



4 dicembre 2020

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

Rapporto esplicativo per l'avvio della procedura di
consultazione

Indice

1.	Contesto	3
2.	Panoramica delle modifiche proposte	4
2.1	Ottimizzazione dell'integrazione	4
2.2	Provvedimenti sanitari	7
2.3	Centro di competenza per i medicinali	8
2.4	Tariffazione e controllo delle fatture.....	8
2.5	Sistema di rendite	9
2.6	Gestione dei casi.....	10
2.7	Procedure e perizie	11
2.8	Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI / Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101 ^{bis} LAVS	12
2.9	Altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI.....	13
2.10	Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI	13
3.	Commento ai singoli articoli	14
3.1	Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità (OAI)	14
3.2	Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite	70
3.3	Ordinanza dell'11 settembre 2002 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali	70
3.4	Ordinanza del 31 ottobre 1947 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti77	
3.5	Ordinanza del 18 aprile 1984 sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità	81
3.6	Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie	83
3.7	Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni	86
3.8	Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione contro la disoccupazione	89
3.9	Ordinanza del DFI sulle infermità congenite	89
4.	Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale	90
4.1	Ripercussioni per la Confederazione	90
4.2	Ripercussioni per l'AI.....	91
4.3	Ripercussioni per le altre assicurazioni sociali.....	93
4.4	Ripercussioni per i Cantoni.....	93
4.5	Risultato del <i>quick check</i> per l'AI	93
	Allegato	94

1. Contesto

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

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

In vista dell'entrata in vigore del progetto, prevista per il 1° gennaio 2022, sono necessarie numerose modifiche a livello di ordinanza. La crisi del coronavirus non ha alcuna ripercussione sulle disposizioni d'esecuzione. La maggior parte delle modifiche concerne l'ordinanza del 17 gennaio 1961⁴ sull'assicurazione per l'invalidità (OAI). Dopo attento esame, si è rinunciato a una revisione totale dell'OAI, poiché questa avrebbe comportato un onere supplementare significativo sia in termini di lavori legislativi che per gli organi esecutivi, il che avrebbe compromesso la prevista entrata in vigore il 1° gennaio 2022. Sono inoltre necessari adeguamenti nell'ordinanza dell'11 settembre 2002⁵ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (OPGA), nell'ordinanza del 31 ottobre 1947⁶ sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (OAVS), nell'ordinanza del 18 aprile 1984⁷ sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPP 2), nell'ordinanza del 27 giugno 1995⁸ sull'assicurazione malattie (OAMal), nell'ordinanza del 20 dicembre 1982⁹ sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) e nell'ordinanza del 31 agosto 1983¹⁰ sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione (OADI). Si prevede infine di disciplinare l'elenco delle infermità congenite, che attualmente costituisce l'allegato dell'ordinanza del 9 dicembre 1985¹¹ sulle infermità congenite (OIC), in un'ordinanza dipartimentale. L'insieme delle modifiche e alcune modifiche specifiche delle singole ordinanze che non si riferiscono alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sono esposti e illustrati dapprima in generale (n. 2) e poi in dettaglio (n. 3).

¹ FF 2017 2191

² FF 2020 4951

³ RS 830.1

⁴ RS 831.201

⁵ RS 830.11

⁶ RS 831.01

⁷ RS 831.441.1

⁸ RS 832.102

⁹ RS 832.202

¹⁰ RS 837.02

¹¹ RS 831.232.21

2. Panoramica delle modifiche proposte

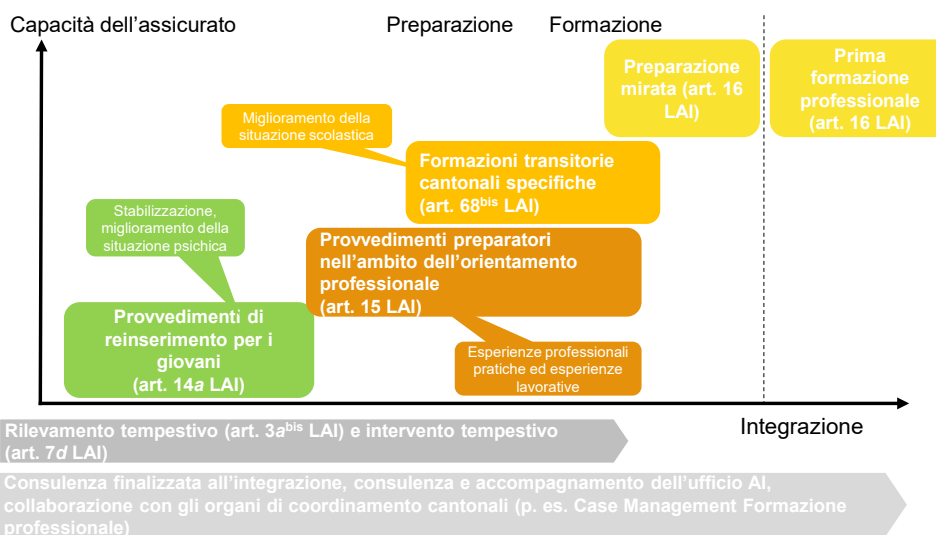
2.1 Ottimizzazione dell'integrazione

Rilevamento e intervento tempestivi

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

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

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



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

Provvedimenti di reinserimento

Le modifiche decise nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI all'articolo 14a della legge federale del 19 giugno 1959¹² sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; di seguito «nLAI» laddove si fa riferimento alla versione della riforma) renderanno i provvedimenti di reinserimento accessibili anche ai giovani che non sono ancora entrati nel mercato del lavoro. I provvedimenti di reinserimento dovranno quindi essere destinati anche specificamente ai giovani (cfr. **grafico**) e coordinati con gli altri nuovi provvedimenti preparatori per i giovani (art. 15, 16, 68^{bis} cpv. 1^{ter} nLAI). A tal fine occorre una modifica dell'OAI (cfr. in particolare l'art. 4^{quinquies} AP-OAI). Inoltre, nel quadro della riforma è stata soppressa la limitazione della durata dei provvedimenti di reinserimento attualmente prevista a due anni sull'arco di tutta la vita. In futuro, dunque, sarà possibile concedere questi provvedimenti anche se lo sono già stati per una durata complessiva di due anni. Occorre pertanto precisare nell'OAI le disposizioni concernenti la durata dei provvedimenti di reinserimento. Infine, le nuove disposizioni

¹² RS 821.20

degli articoli 3a, 14^{quater} e 57 nLAI richiedono adeguamenti degli articoli di ordinanza relativi ai provvedimenti di reinserimento (p. es. art. 4^{sexies} AP-OAI).

Orientamento professionale

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

Prima formazione professionale

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

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

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

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

Cofinanziamento degli organi di coordinamento cantonali

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

Numero di 13–25 enni	Posti (in percentuale)	Esempi di importi massimi in franchi (base 2020) ¹³	Uffici AI in questa categoria
< 10 000	25	40 000	AI, AR, NW, OW, GL, UR
10 000–29 999	50	80 000	SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU
30 000–59 999	75	120 000	LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS
60 000–99 999	100	160 000	SG, AG, GE
> 100 000	200	320 000	ZH, BE, VD

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

Cofinanziamento delle formazioni transitorie cantonali

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

Fornitura di personale a prestito

In seguito alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sarà possibile ricorrere a prestatori di personale autorizzati secondo la legge del 6 ottobre 1989¹⁴ sul collocamento (art. 18a^{bis} nLAI). La nuova legge prevede che i prestatori di personale ricevano dall'AI un'indennità per le loro prestazioni e per le spese supplementari per i contributi alla previdenza professionale e i premi per l'indennità giornaliera in caso di malattia.

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

Indennità giornaliera dell'AI

Con la nuova disposizione della LAI relativa alle indennità giornaliera si intende equiparare, dal punto di vista finanziario, i giovani e i giovani adulti con danni alla salute ai coetanei sani. Concretamente, va evitato che l'importo delle indennità giornaliera dei giovani con danni alla salute che svolgono una formazione superi quello del salario conseguito dai coetanei sani. In

¹³ Per il 2020 si prevedono costi per circa 160 000 fr. per un ETP. Questo importo va adeguato nel corso degli anni, anche in seguito al rincaro, ragion per cui la colonna degli importi massimi va intesa soltanto a titolo esemplificativo. I limiti massimi definiti nell'ordinanza per il cofinanziamento si riferiscono al numero di ETP.

¹⁴ RS 823.11

futuro si avrà diritto alle indennità giornaliere già dall'inizio della formazione, anche in assenza di una perdita di guadagno e prima del compimento dei 18 anni. In questo modo, gli assicurati riceveranno dal datore di lavoro un vero e proprio salario quale compensazione per il lavoro svolto.

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

Copertura contro gli infortuni

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

Nel 2018 il Tribunale federale ha decretato per la prima volta l'assoggettamento di un provvedimento d'integrazione dell'AI (nello specifico, il lavoro a titolo di prova di cui all'art. 18a LAI) alla copertura contro gli infortuni secondo la legge federale del 20 marzo 1981¹⁵ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)¹⁶. In seguito a questa decisione, le disposizioni relative alla copertura dell'assicurazione contro gli infortuni proposte nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI sono state adeguate alla nuova giurisprudenza del Tribunale federale.

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

2.2 Provvedimenti sanitari

Provvedimenti sanitari d'integrazione

Conformemente all'articolo 12 nLAI, nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI il limite d'età per il diritto a provvedimenti sanitari d'integrazione è stato innalzato a 25 anni per gli assicurati che partecipano a un provvedimento d'integrazione professionale. A livello di ordinanza occorre ora disciplinare nel dettaglio la definizione di provvedimenti d'integrazione professionali consecutivi (art. 2^{bis} AP-OAI). Inoltre vanno concretizzate le condizioni per l'assunzione dei costi specificando che la richiesta di un provvedimento sanitario d'integrazione deve essere presentata prima dell'inizio della cura (art. 2 cpv. 4 AP-OAI). In questo modo si contribuirà a ridurre le procedure di delimitazione, amministrativamente onerose, tra gli assicuratori-malattie e l'AI.

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

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

¹⁵ RS 832.20

¹⁶ DTF 144 V 411

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

Inoltre, l'elenco delle infermità congenite deve essere aggiornato. Il nuovo elenco, basato su una consultazione delle società mediche interessate, è il frutto della collaborazione di un ampio gruppo di accompagnamento, composto da medici dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e rappresentanti di H+, FMH, Pro Raris, Inclusion Handicap, associazione dei medici di fiducia e uffici AI. È ad esempio previsto di stralciare dall'elenco le infermità congenite che al momento dell'introduzione della LAI (1960) erano ancora potenzialmente mortali e che oggi possono essere curate con un singolo intervento. Viceversa, vi devono essere inserite le indennità congenite che causano problemi più gravi, in particolare le malattie rare.

Prestazioni di cura mediche in caso di cure a domicilio

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è stato deciso che in futuro sarà il Consiglio federale a stabilire le prestazioni di cura mediche per le quali l'AI assume le spese (art. 14^{ter} cpv. 1 lett. b nLAI). Tali prestazioni, attualmente descritte in istruzioni (lettere circolari AI), saranno disciplinate a livello di ordinanza (art. 3^{quinqüies} AP-OAI). Le prestazioni in questione corrispondono per analogia a quelle definite all'articolo 7 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995¹⁷ sulle prestazioni (OPre), ma non sono identiche a esse. Il disciplinamento delle prestazioni di cura mediche nell'OAI è opportuno, in quanto permette di garantirne giuridicamente l'assegnazione agli assicurati. Quale parte delle prestazioni di cura mediche, nell'articolo 3^{quinqüies} AP-OAI va regolamentata anche la sorveglianza medica, introdotta il 1° gennaio 2020 con la lettera circolare AI n. 394. In questo modo si concretizzano le cure mediche per gli assicurati AI e si instaura una procedura di accertamento standardizzata per l'assegnazione uniforme delle prestazioni.

2.3 Centro di competenza per i medicinali

L'articolo 14^{ter} capoverso 5 nLAI prevede l'allestimento di un elenco per i medicinali per la cura delle infermità congenite (elenco delle specialità per infermità congenite [ES-IC]) per i medicinali che non figurano già nell'elenco delle specialità (ES). I nuovi articoli 3^{sexies}–3^{octies} AP-OAI concretizzano queste disposizioni relative all'elenco. La tenuta dell'ES-IC viene delegata all'UFSP, che data la sua competenza per l'ES vanta già una certa esperienza nello svolgimento delle verifiche del rispetto dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE) dei medicinali. Un medicinale sarà ammesso nell'ES-IC soltanto se è indicato esclusivamente per la cura delle infermità congenite e il suo impiego inizia nella maggior parte dei casi prima del compimento dei 20 anni.

2.4 Tariffazione e controllo delle fatture

Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il Consiglio federale è stato incaricato di coordinare le tariffe nell'ambito dell'AI con gli ordinamenti tariffali delle altre assicurazioni sociali (art. 27 cpv. 2 nLAI). I principi della tariffazione vanno pertanto concretizzati nell'OAI in modo analogo a quanto previsto per le altre assicurazioni sociali, in particolare per analogia con la legge federale del 18 marzo 1994¹⁸ sull'assicurazione malattie (LAMal) e la LAINF. Per i provvedimenti sanitari verranno introdotti i principi per l'ordinamento tariffale e per il calcolo dei costi per la remunerazione delle prestazioni (prestazioni ambulatoriali e ospedaliere;

¹⁷ RS 832.112.31

¹⁸ RS 832.10

art. 24^{bis}–24^{quiquies} AP-OAI). Le convenzioni tariffali per i provvedimenti di reinserimento e i provvedimenti professionali saranno disciplinate separatamente (art. 24^{sexies} AP-OAI).

In seguito a una raccomandazione del Controllo federale delle finanze (CDF)¹⁹, nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI è stato concretizzato il disciplinamento del controllo delle fatture (art. 27^{ter} nLAI), che va quindi esposto dettagliatamente nell'OAI (art. 79^{ter} segg. AP-OAI).

2.5 Sistema di rendite

Sistema di rendite lineare

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

Poiché la nuova graduazione delle rendite si applicherà anche alle prestazioni d'invalidità della previdenza professionale obbligatoria, occorre modificare anche l'OPP 2 (art. 4 AP-OPP 2).

Valutazione del grado d'invalidità

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

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

In futuro si procederà dapprima alla determinazione dello statuto, vale a dire che si stabilirà se un assicurato sia da considerare come esercitante un'attività lucrativa, non esercitante un'attività lucrativa o esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale (art. 24^{septies} AP-OAI). Inoltre, è prevista l'introduzione di principi generali per il confronto dei redditi, in particolare per quanto riguarda il momento determinante e l'impiego di valori statistici (art. 25 AP-OAI). Infine, cambieranno le modalità di determinazione del reddito con invalidità e di quello senza invalidità. Il primo andrà determinato, se possibile, sulla base dei salari effettivi, e in caso contrario sulla base di valori statistici (art. 26 cpv. 1 e 2 AP-OAI). Per la valutazione del grado d'invalidità nel caso degli invalidi dalla nascita e di quelli precoci si applicheranno i principi generali e si rinuncerà alle attuali fasce d'età fino a 30 anni (art. 26 AP-OAI), cosicché sarà eliminata la disparità di trattamento in questo settore. Per il reddito senza invalidità sarà di regola effettuata una parallelizzazione, se il salario conseguito dall'assicurato sarà inferiore di oltre 5 per cento al salario usuale nel settore in questione (art. 26 cpv. 5 AP-OAI). Fatta eccezione per una deduzione dovuta all'invalidità per attività lucrativa a tempo parziale, si rinuncerà all'attuale possibilità di applicare una deduzione dovuta al danno alla salute

¹⁹ CDF, *Traitement et contrôle des factures pour les prestations individuelles de l'AVS et de l'AI – Centrale de compensation et Office fédéral des assurances sociales*; disponibile (in francese con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

(art. 26^{bis} cpv. 3 AP-OAI). Per la valutazione del grado d'invalidità delle persone non esercitanti un'attività lucrativa e di quelle esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale rimarranno sostanzialmente applicabili le regolamentazioni vigenti (art. 27^{bis} AP-OAI). Tuttavia, nel caso delle persone esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale è previsto un disciplinamento uniforme e giuridicamente paritario. In futuro l'esercizio di un'attività lucrativa e lo svolgimento delle mansioni consuete saranno considerati complementari, cosicché tutto ciò che non è attività lucrativa rientrerà nello svolgimento dei lavori domestici (art. 27^{bis} cpv. 1 AP-OAI).

Nello stabilire la capacità funzionale, i servizi medici regionali (SMR) dovranno tenere sistematicamente conto delle limitazioni dovute al danno alla salute (art. 49 cpv. 1^{bis} AP-OAI).

2.6 Gestione dei casi

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

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

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

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

L'impostazione concreta avverrà a livello di direttive.

2.7 Procedure e perizie

Con la procedura di accertamento d'ufficio si intende garantire che le procedure delle assicurazioni sociali si svolgano nel modo più rapido e semplice possibile. Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI sono stati sanciti a livello di legge (nella LPGa) i diritti di partecipazione degli assicurati nonché i ruoli e le competenze degli organi esecutivi per tutte le assicurazioni sociali. Inoltre, i provvedimenti d'accertamento, in particolare quelli inerenti alle perizie mediche, sono stati regolamentati in modo più chiaro uniforme:

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

Diverse misure concretizzate a livello di legge e/o di ordinanza, quali l'istituzione di una commissione indipendente, la determinazione di criteri per l'abilitazione dei periti per le perizie mediche e l'attribuzione dei mandati per le perizie bidisciplinari con metodo aleatorio, danno seguito alle raccomandazioni formulate nel rapporto peritale sulle perizie mediche nell'AI pubblicato nell'autunno del 2020²⁰. Lo studio, commissionato alla fine del 2019 dal DFI e redatto dall'istituto Interface Politikstudien Forschung Beratung in collaborazione con il Servizio di psichiatria forense dell'Università di Berna, ha valutato il sistema dell'attività peritale e l'assegnazione dei mandati.

²⁰ Franziska Müller, Michael Liebrecht, Roman Schleifer, Christof Schwenkel, Andreas Balthasar, *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung: Bericht zuhanden des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern EDI (GS-EDI)*, 2020; disponibile (soltanto in tedesco) all'indirizzo <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>.

2.8 Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI / Ordine di priorità in riferimento all'articolo 101^{bis} LAVS

Ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI

Secondo l'articolo 74 capoverso 1, le organizzazioni centrali delle organizzazioni private di aiuto agli invalidi sono sostenute mediante aiuti finanziari dell'AI. Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, l'articolo 75 nLAI crea le basi per un ordine di priorità a livello federale che disciplini la ripartizione degli aiuti finanziari entro il limite dell'importo massimo previsto. Concretamente, l'articolo di legge è stato completato con una norma di delega al Consiglio federale che gli consente di emanare un ordine di priorità per il versamento dei sussidi. In virtù di questa norma di delega, il meccanismo di base per la ripartizione dei mezzi finanziari va ora definito nell'OAI. Il meccanismo dovrà applicarsi in particolare quando la somma degli aiuti finanziari che sono stati o saranno presumibilmente richiesti supera l'importo dei mezzi disponibili (art. 108^{quinquies} AP-OAI). Inoltre, su tutto il volume dei sussidi sarà attuata una gestione strategica delle prestazioni in base al loro contenuto (art. 108^{sexies} e 108^{septies} AP-OAI). Si prevede di promuovere lo sviluppo di prestazioni nuove o il perfezionamento di prestazioni esistenti mediante progetti. I progetti dovranno in particolare promuovere l'inclusione e concentrarsi sui bambini, sui giovani e sui giovani adulti nonché sulle persone affette da malattie psichiche. Nel quadro di una nuova ordinanza propria, l'UFAS elaborerà la procedura per la richiesta di aiuti finanziari per progetti (art. 108^{septies} AP-OAI). In questo modo sarà possibile sostenere maggiormente nuovi provvedimenti conformi agli obiettivi della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. I rappresentanti delle organizzazioni di aiuto ai disabili saranno coinvolti nell'elaborazione dell'ordinanza dell'Ufficio in particolare per quanto riguarda i progetti (organizzazione, durata, partner ecc.).

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

Per attuare l'articolo 101^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1946²¹ sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti AVS (LAVS), riveduto nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, occorre procedere ai seguenti adeguamenti dell'OAVS.

- *Importo massimo per il versamento degli aiuti finanziari:* il Consiglio federale fisserà ogni quattro anni l'importo massimo annuo per il versamento degli aiuti finanziari, tenendo conto del rincaro. Stabilirà inoltre un limite massimo per la partecipazione finanziaria del Fondo di compensazione AVS alle prestazioni dell'aiuto privato ai disabili (art. 224^{bis} AP-OAVS). L'importo proposto al Consiglio federale si baserà su una verifica degli aiuti finanziari versati e su una stima del bisogno futuro, tenendo conto in particolare dell'evoluzione demografica. L'adeguamento non avverrà quindi automaticamente, bensì in funzione di un bisogno comprovato. L'UFAS predisporrà le basi decisionali. L'AVS potrà farsi carico delle spese per gli studi commissionati in questo contesto.
- *Ordine di priorità:* per il caso in cui la somma degli aiuti finanziari richiesti superi l'importo massimo, nell'OAVS verrà stabilito un ordine di priorità secondo l'articolo 13 capoverso 2 della legge del 5 ottobre 1990²² sui sussidi (LSu), sul quale si baserà la concessione dei sussidi di cui all'articolo 101^{bis} LAVS.

Al contempo, la proposta modifica dell'OAVS permette di introdurre un limite massimo per la partecipazione della Confederazione, secondo i vigenti requisiti in materia di aiuti finanziari. Questo importo sarà pari al 50 per cento (in casi eccezionali, all'80 %) delle spese effettive sostenute dalle organizzazioni per le prestazioni sovvenzionate. Questa regola è già applicata nella prassi, in conformità con la LSu e le raccomandazioni del CDF²³.

Date le differenze di contenuto, l'impostazione dettagliata dell'ordine di priorità può divergere da quella dell'ordine di priorità in riferimento all'articolo 74 LAI.

²¹ RS 831.10

²² RS 616.1

²³ CDF, *Beiträge zur Förderung der Altershilfe – Bundesamt für Sozialversicherungen*, 2013; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

2.9 Altre misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Convenzioni di collaborazione

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

Indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione

Al momento i beneficiari di rendita AI -la cui rendita è stata ridotta o soppressa in seguito a una revisione (art. 17 LPGa o art. 8a LAI) hanno diritto al massimo a 90 indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione (art. 27 cpv. 4 della legge del 25 giugno 1982²⁴ sull'assicurazione contro la disoccupazione [LADI]). Nel quadro della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, con l'articolo 68^{septies} nLAI nonché gli articoli 27 capoverso 5 e 94a nLADI è stato stabilito che questi assicurati disoccupati avranno diritto a 180 indennità giornaliera e l'AI potrà assumere le spese per le indennità giornaliera a partire dal 91° giorno. Ora si tratta di concretizzare a livello di ordinanza la procedura di conteggio tra l'AI e l'assicurazione contro la disoccupazione per le spese a partire dalla 91° indennità giornaliera, il che avviene con l'articolo 120a AP-OADI.

Locali

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

2.10 Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Spese di amministrazione

L'UFAS intende gestire le spese di amministrazione degli uffici AI mediante un budget globale e con un orizzonte temporale più ampio di un anno (preventivo). Anche il CDF, nel suo rapporto sulla verifica del rimborso delle spese agli uffici AI del 27 giugno 2019²⁵, raccomanda di approvare le spese di amministrazione degli uffici AI con cicli pluriennali. Il prolungamento del ciclo di pianificazione e approvazione delle spese rafforzerà la sicurezza della pianificazione delle autorità di vigilanza e degli organi esecutivi.

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

Contributo per l'assistenza

Dalla valutazione sul contributo per l'assistenza (2012–2016)²⁶ è emerso che gli importi forfettari per il servizio notturno non sono sufficienti. L'urgenza di modifiche in questo ambito è ulteriormente aumentata dall'introduzione del contratto normale di lavoro modello (CNL modello) messo a disposizione dalla Segreteria di Stato dell'economia (SECO) per integrare le

²⁴ RS 837.0

²⁵ CDF, *Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen – Bundesamt für Sozialversicherungen*, 2019; disponibile (in francese con riassunto in italiano) all'indirizzo www.efk.admin.ch > Pubblicazioni > Assicurazioni sociali e previdenza per la vecchiaia.

²⁶ Jürg Guggisberg, Severin Bischof, «Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016», in *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca n. 8/17, Berna 2017; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) all'indirizzo www.ufas.admin.ch > Pubblicazioni & Servizi > Ricerca e valutazione > Rapporti di ricerca.

disposizioni dei CNL cantonali nel settore dell'assistenza domestica. Lo scopo del CNL modello è di migliorare la situazione delle persone che garantiscono l'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o con un danno alla salute. Gli attuali importi forfettari del contributo per l'assistenza per il servizio notturno non permettono di remunerare gli assistenti nel rispetto di queste disposizioni.

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

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

Spese di viaggio

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

3. Commento ai singoli articoli

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

Art. 1^{ter} cpv. 1

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

Art. 1^{quinqies}

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

Art. 1^{sexies} cpv. 2

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

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

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

Art. 2

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

Art. 2 cpv. 1

Questo capoverso viene adeguato alla giurisprudenza e semplificato. Per mettere meglio in risalto la delimitazione rispetto alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), viene ripetuto il tenore del pertinente articolo della LAI. Secondo l'articolo 12 LAI, i provvedimenti sanitari d'integrazione non possono essere in alcun caso destinati alla cura dell'affezione in quanto tale, ma devono essere adottati una volta che questa è conclusa. Per determinare il momento in cui la cura di un'affezione è conclusa, l'ordinanza riprende il concetto di «stato di salute relativamente stabilizzato» sviluppato dalla giurisprudenza, rinunciando tuttavia al «relativamente», che è troppo vago. Occorre dunque una situazione in cui la cura dell'affezione sia conclusa e lo stato di salute non possa migliorare sostanzialmente mediante provvedimenti sanitari, che devono quindi servire principalmente a migliorare l'idoneità all'integrazione.

Si rinuncia invece alla condizione che i provvedimenti devono essere ritenuti validi dalla scienza medica, tanto più che il capoverso 2 definisce più dettagliatamente le condizioni per la presa a carico dei provvedimenti e fa riferimento al riveduto articolo 14 capoverso 2 LAI.

Art. 2 cpv. 2

L'articolo 14 capoverso 2 LAI nella versione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI (nLAI) stabilisce esplicitamente che i provvedimenti sanitari devono soddisfare i criteri EAE. Il nuovo articolo 14^{ter} capoverso 2 LAI conferisce al Consiglio federale la competenza di consentire l'assunzione delle spese di questi provvedimenti anche se uno di questi tre criteri non è (ancora) soddisfatto o se, nell'ottica dell'integrazione, l'AI li prende a carico in misura più ampia o a condizioni diverse rispetto all'AOMS (cfr. anche commento all'art. 2^{ter})²⁷. Il Consiglio federale si avvale di questa facoltà normativa. Sarà così possibile assumere le spese anche se l'efficacia non è ancora pienamente comprovata e sono necessarie ulteriori prove empiriche oppure se, in caso di probabilità d'integrazione particolarmente elevata, i possibili risparmi derivanti dall'integrazione superano l'onere supplementare generato dalla cura. L'efficacia si misura in questi casi non soltanto nell'ottica dei miglioramenti fisici o psichici sotto il profilo medico, ma anche rispetto ai risparmi attesi con l'integrazione.

Per quanto concerne i requisiti di efficacia, si rinuncia a una regolamentazione derogatoria, poiché secondo i principi vigenti per la valutazione dell'efficacia nel quadro dell'AOMS – contrariamente a quanto esposto nel commento all'articolo 14^{ter} capoverso 3 LAI nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI²⁸ – non sono sempre necessari studi clinici randomizzati, ma è richiesto soltanto il livello di prova dell'efficacia che ci si può attendere e, in mancanza di studi sufficienti, ci si può basare anche su un'opinione ampiamente condivisa dagli esperti.

²⁷ Per informazioni dettagliate cfr. FF 2017 2191, in particolare pag. 2309.

²⁸ FF 2017 2191, in particolare pag. 2309.

Art. 2 cpv. 3

Negli anni scorsi vi sono state numerose procedure giudiziarie dovute a controversie tra l'AI e assicuratori-malattie su chi dovesse assumere le spese dei provvedimenti sanitari d'integrazione. Onerose dal punto di vista amministrativo, queste controversie hanno richiesto l'uso delle già scarse risorse di personale medico degli uffici AI. Per questo motivo, in futuro la questione della distinzione tra cura dell'affezione in quanto tale e provvedimento sanitario d'integrazione successivo a questa cura andrà accertata non più a posteriori, bensì già all'inizio della cura secondo l'articolo 12 LAI. L'AI rimborserà quindi i provvedimenti di cui all'articolo 12 LAI soltanto se il competente ufficio AI avrà ricevuto la prognosi d'integrazione favorevole del medico specialista curante prima dell'inizio del provvedimento sanitario. In caso di disaccordo circa l'assunzione delle spese, continuerà a vigere l'obbligo degli assicuratori-malattie di anticipare le prestazioni secondo l'articolo 70 capoverso 2 lettera a LPGA.

Art. 2 cpv. 4

Attualmente l'obbligo di menzionare la natura (p. es. tipo di intervento), la durata (orizzonte temporale) e l'entità della prestazione (intensità/frequenza, numero e durata delle sedute) è contenuto nel numero marginale 32 della Circolare sui provvedimenti sanitari d'integrazione dell'assicurazione invalidità (CPSI). Dopo che nel suo rapporto del 16 ottobre 2018²⁹ sulla verifica successiva sui provvedimenti sanitari dell'AI e sul controllo dei costi dei mezzi ausiliari il CDF ha criticato il fatto che finora le prestazioni sono state concesse (mediante decisione o comunicazione) senza che nella relativa decisione o comunicazione ne fossero indicate la natura, la durata e l'entità, nel quadro della presente revisione si inserisce esplicitamente nell'ordinanza l'obbligo di fornire queste indicazioni: i provvedimenti sanitari d'integrazione non possono essere rimborsati a tempo indeterminato: occorre pertanto verificare regolarmente se contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e rafforzino effettivamente l'idoneità all'integrazione. La frequenza di questa verifica dipenderà dal tipo di danno alla salute e dalla cura, ma dovrà essere almeno biennale.

Art. 2^{bis}

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

Art. 2^{bis} cpv. 1

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

Art. 2^{bis} cpv. 2

Questo capoverso precisa che il proseguimento del rimborso dei provvedimenti sanitari d'integrazione è possibile, in determinati casi, anche se non è stato ancora concesso il provvedimento d'integrazione professionale successivo. Nello specifico, se in caso di interruzione di un provvedimento d'integrazione professionale l'ufficio AI dovesse giungere alla conclusione che il potenziale d'integrazione non è ancora esaurito e si può quindi prevedere lo svolgimento positivo di un ulteriore provvedimento professionale, l'AI potrà rimborsare i provvedimenti sanitari d'integrazione, se sono necessari per il successo dell'integrazione e il lasso di tempo che intercorre tra i due provvedimenti professionali non supera i sei mesi.

²⁹ CDF, *Audit de suivi sur les mesures médicales de l'assurance-invalidité et sur le contrôle des coûts des moyens auxiliaires – Office fédéral des assurances sociales*, 2018; disponibile (in francese con riassunto in italiano) sul sito Internet www.efk.ad-min.ch > Pubblicazioni > Salute.

Art. 2^{ter}

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

Art. 3

Art. 3 cpv. 1 lett. a–c

La definizione di infermità congenita di cui all'articolo 3 capoverso 2 LPGA resta invariata. L'articolo 13 nLAI concretizza le condizioni applicabili alle infermità congenite riconosciute dall'AI. Il presente articolo precisa i termini utilizzati nell'articolo di legge. Le infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI sono definite in base ai seguenti criteri, non cumulativi.

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

Let. b: per malattie genetiche si intendono le affezioni riconducibili a un'alterazione del patrimonio genetico dovuta a una mutazione genetica o a un difetto genetico e quindi presenti a nascita avvenuta (art. 3 cpv. 2 LPGA). In tal caso non è necessario che l'affezione sia manifesta nella fase perinatale. Si è in presenza di un'affezione ai sensi della presente lettera quando questa è diagnosticata prima del 20° anno d'età (p. es. atrofia muscolare spinale [SMA]).

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

Art. 3 cpv. 1 lett. d–g

L'articolo 13 nLAI codifica i cinque criteri cumulativi sviluppati dalla giurisprudenza per la definizione delle infermità congenite. Nell'ordinanza vanno precisati i criteri di «affezioni che compromettono la salute», «cure di lunga durata o complesse» e «affezioni curabili», il che avviene nelle presenti lettere. Gli altri criteri elencati nella legge non necessitano di ulteriori precisazioni a livello di ordinanza.

Art. 3 cpv. 1 lett. d

La definizione di «affezione che compromette la salute» è necessaria, poiché l'ultimo periodo del commento all'articolo 13 capoverso 2 lettera b LAI nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI³⁰ è equivoco. Il riferimento a una successiva incapacità al guadagno è sbagliato, dato che l'articolo 13 nLAI si riferisce alle infermità congenite, le quali non hanno alcun nesso con la capacità al guadagno.

Art. 3 cpv. 1 lett. e–f

Secondo l'articolo 13 capoverso 1 lettera d nLAI, devono essere necessarie cure di lunga durata o complesse.

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

Let. f: per «cure complesse» si intendono le cure che implicano il ricorso ad almeno tre ambiti specialistici.

³⁰ FF 2017 2306

Art. 3 cpv. 1 lett. g

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

Le anomalie cromosomiche (p. es. la trisomia 13, o sindrome di Patau) non costituiscono infermità congenite ai sensi dell'articolo 13 nLAI, in quanto non sono curabili in quanto tali. Nemmeno la trisomia 21 è curabile. Per il suo trattamento l'articolo 13 capoverso 3 nLAI prevede tuttavia un'eccezione³¹.

Art. 3 cpv. 2 e 3

Questo capoverso riprende il contenuto della disposizione dell'articolo 1 capoverso 1, secondo e terzo periodo OIC nella versione vigente. La sola predisposizione, in particolare genetica, non costituisce un'infermità congenita. Il momento in cui l'infermità è accertata non ha importanza, vale a dire che l'infermità congenita non deve poter essere diagnosticata imperativamente già al momento della nascita o nei sette giorni successivi. Si deve trattare di un'affezione le cui ripercussioni si manifestano prima del compimento dei 20 anni.

Art. 3 cpv. 4

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

Art. 3^{bis}

Art. 3^{bis} cpv. 1

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

Art. 3^{bis} cpv. 2

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

In futuro chiunque potrà presentare una richiesta all'UFAS per l'ammissione di un'infermità congenita nel pertinente elenco. L'UFAS definirà i requisiti per la richiesta e metterà a disposizione su Internet un apposito modulo ufficiale. Esaminerà quindi le richieste pervenutegli e,

³¹ Cfr. mozione Zanetti 13.3720 Inserire la trisomia 21 nell'elenco delle infermità congenite, depositata il 18 settembre 2013.

se complete, le sottoporrà al DFI. Quest'ultimo deciderà in via definitiva se ammettere un'infermità congenita nell'elenco. In virtù della delega di competenza conferitagli, ha la possibilità di prevedere ulteriori precisazioni a livello di ordinanza.

Art. 3^{ter}

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

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

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

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

Art. 3^{quater}

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

Art. 3^{quinqües}

Le prestazioni di cura a carico dell'AI sono state costantemente migliorate e ampliate negli ultimi anni. Dal 1° gennaio 2020 vi rientra anche la sorveglianza medica, conformemente alla lettera circolare AI n. 394³². La sorveglianza di lunga durata fa parte, come quella di breve durata, dei provvedimenti della categoria «Esami e cure». Si può così tenere meglio conto del diritto a cure a domicilio adeguate al bisogno dei bambini e giovani con gravi disabilità. Come per tutte le prestazioni in natura, anche in questo caso è l'UFAS a disciplinare l'entità e il contenuto delle prestazioni, nello specifico accordandosi con le associazioni dei fornitori di prestazioni.

La lettera circolare AI n. 394 illustra le modalità per la concessione delle prestazioni di cura sotto forma di istruzioni e indica i link ai documenti necessari per la rilevazione del bisogno.

Art. 3^{quinqües} cpv. 1

In caso di cure a domicilio, l'AI assume le spese delle prestazioni di cura mediche fornite da personale infermieristico. Per «a domicilio» si intende al domicilio di una persona in senso stretto, ovvero il suo appartamento o il luogo in cui è a casa propria.

Art. 3^{quinqües} cpv. 2

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

³² Disponibile all'indirizzo <https://sozialversicherungen.admin.ch/it/d/12495/download>.

- a. Valutazione, consulenza e coordinamento: queste prestazioni servono a valutare nonché a pianificare e documentare il bisogno di cure. Vi rientrano anche l'istruzione dei genitori e la loro supervisione regolare da parte del personale infermieristico. In questo ambito possono essere presi in considerazione anche compiti di coordinamento. I provvedimenti in questione corrispondono per analogia alle prestazioni descritte all'articolo 7 capoverso 2 lettera a OPre.
- b. Esami e cure: queste prestazioni corrispondono alle cure mediche. Vi rientrano ad esempio la terapia respiratoria e l'alimentazione enterale o parenterale. I provvedimenti in questione corrispondono per analogia alle prestazioni descritte all'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre.

Art. 3^{quinqües} cpv. 3

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

Art. 3^{quinqües} cpv. 4

Per poter tener aggiornato il processo di determinazione delle prestazioni di cura mediche prese a carico dall'AI è necessario che l'UFAS definisca l'entità e il contenuto delle prestazioni di cui al capoverso 2 a livello di direttive.

Art. 3^{quinqües} cpv. 5

La sorveglianza di lunga durata è una cura ai sensi dell'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre. Con questa espressione si intendono le cure fornite a bambini e giovani per i quali in qualsiasi momento può insorgere una situazione potenzialmente mortale o pericolosa per la salute che necessita dell'intervento di personale medico.

L'entità della sorveglianza medica di lunga durata a carico dell'AI è determinata mediante una procedura di rilevazione del bisogno standardizzata che è stata elaborata insieme con i fornitori di prestazioni. Questo permette una rilevazione uniforme e garantisce quindi la parità di trattamento tra gli assicurati. Oltre al bisogno di cure vero e proprio, vengono considerate anche le risorse dell'ambiente familiare e i fattori aggravanti.

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

Di regola, i bambini e i giovani dovrebbero essere sorvegliati e curati per almeno otto ore al giorno dai genitori o da familiari di riferimento. Questo è importante dal punto di vista pedagogico, per garantire il miglior sviluppo possibile del bambino o del giovane. Si vogliono inoltre favorire la tutela della sfera intima, l'autonomia familiare e la costituzione del legame tra figlio/genitori/fratelli e sorelle. In casi speciali, si può esigere dai familiari un numero inferiore di ore di sorveglianza e cura giornaliera e l'AI può rimborsare prestazioni mediche fino a 24 ore al giorno. Questo può avvenire, ad esempio, se per motivi di salute il rappresentante legale non è in grado di garantire le otto ore in questione.

Poiché sarà l'UFAS a disciplinare queste eccezioni, gli adeguamenti necessari potranno essere decisi e attuati rapidamente. Il coordinamento con altre prestazioni dell'AI sarà garantito.

Art. 3^{sexies}

Art. 3^{sexies} cpv. 1

In applicazione dell'articolo 14^{ter} capoverso 5 nLAI, occorre definire l'Ufficio federale responsabile per la tenuta del nuovo elenco dei medicinali. Considerate la sua grande esperienza in questo ambito e la necessità di coordinamento con la procedura di ammissione nell'ES secondo gli articoli 64a segg. OAMal, questo compito sarà delegato all'UFSP. Come per la tenuta dell'ES, l'UFSP sarà consigliato dalla Commissione federale dei medicinali di cui all'articolo 37e OAMal.

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

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

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

Art. 3^{sexies} cpv. 2

Un medicamento sarà ammesso nell'ES-IC soltanto se è indicato esclusivamente per la cura delle infermità congenite di cui all'articolo 3^{bis} capoverso 1 AP-OAI. Se un medicamento ha anche altre indicazioni, sarà ammesso nell'ES o, in caso di estensione dell'indicazione, radiato dall'ES-IC e ammesso nell'ES.

La seconda condizione di ammissione è che la cura con il medicamento in questione inizi di regola prima del compimento dei 20 anni. Per principio, nell'ES-IC potranno quindi essere ammessi soltanto i medicinali che nel momento in cui inizia la cura sono rimborsati dall'AI. Se un medicamento è indicato per la cura di un'infermità congenita, ma il suo impiego a tal fine inizia nella maggior parte dei casi soltanto in età adulta, esso verrà ammesso nell'ES.

Un medicamento non potrà essere ammesso simultaneamente nell'ES e nell'ES-IC. Ogni medicamento sarà inserito soltanto nell'elenco per il quale adempie le condizioni di ammissione. Le condizioni elencate nel presente articolo e la disposizione dell'articolo 65 capoverso 1^{bis} AP-OAMal servono a garantire questo coordinamento.

Art. 3^{sexies} cpv. 3

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

Con questo rimando si attua l'articolo 14^{ter} capoverso 3 nLAI, che prevede una delega di competenza al Consiglio federale per disciplinare il rimborso delle spese per medicinali fuori indicazione (*Off Label Use*). Con l'applicazione per analogia degli articoli 71a–71d OAMal nell'AI si mira a concretizzare la prassi vigente. Il Parlamento (Boll. Uff. 2019 N 112 seg.) ha chiesto che l'introduzione del nuovo elenco dei medicinali dell'AI non comporti un peggioramento della situazione attuale. Questa sua richiesta potrà essere soddisfatta anche mediante una disposizione dell'UFAS a livello di circolare secondo cui tutte le infermità congenite vanno considerate quali malattie che possono avere esito letale per l'assicurato o possono provocare danni cronici alla sua salute. Questo criterio relativamente restrittivo previsto all'articolo 71a OAMal sarà dunque considerato adempiuto in generale per tutte le infermità congenite secondo l'articolo 13 LAI e non andrà quindi verificato, secondo quanto già prevede la prassi vigente. Nella circolare si dovrà inoltre stabilire che, nel caso dei medicinali omologati soltanto per gli adulti, l'esame del rimborso nel caso specifico deve essere incentrato in primo luogo sulla questione della sicurezza del medicamento per i minorenni.

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

Art. 3^{sexies} cpv. 4

Per l'ammissione di medicinali nell'ES-IC si rinuncia a un termine analogo a quello previsto all'articolo 31b OPre, dato che in molti casi si tratta di medicinali per la cura di malattie rare, per i quali la verifica del rispetto dei criteri EAE è estremamente onerosa. Questo è giustificato dal fatto che l'interpretazione degli studi (a causa del basso numero di partecipanti) e la verifica dell'economicità sono più complesse.

Art. 3^{septies}

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

Analogamente a quanto previsto all'articolo 67a OAMal, le eccedenze conseguite con i medicinali figuranti nell'ES-IC dovranno essere restituite. Gli importi in questione andranno restituiti al Fondo di compensazione dell'AI (Fondo di compensazione AI) di cui all'articolo 79 LAI.

Le eccedenze andranno restituite anche se una parte di esse è ascrivibile a rimborsi da parte degli assicuratori-malattie. Lo stesso vale già oggi, in senso inverso, per la restituzione delle eccedenze secondo l'articolo 67a OAMal all'istituzione comune, nei casi in cui l'AI ha effettuato una parte dei rimborsi.

Art. 3^{octies}

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

L'UFAS e l'UFSP concluderanno a tal fine un accordo amministrativo che disciplinerà l'entità del rimborso e la adeguerà regolarmente all'onere effettivamente sostenuto dall'UFSP.

Art. 3^{novies}

Art. 3^{novies} cpv. 1

Questo capoverso concretizza l'armonizzazione dell'AI con l'assicurazione contro gli infortuni e l'AOMS. La ripresa per analogia dell'articolo 71 OAINF garantisce che l'AI proceda al rimborso delle prestazioni figuranti negli elenchi dell'articolo 52 capoverso 1 LAMal in modo analogo all'AOMS. Per quanto concerne l'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp), questo verrà applicato soltanto per i mezzi e gli apparecchi necessari per la diagnosi o la cura delle infermità congenite. Per i mezzi ausiliari di cui all'articolo 21 LAI, non si applicherà dunque l'EMAp, ma ci si dovrà riferire alle pertinenti convenzioni tariffali concluse con l'AI.

Art. 3^{novies} cpv. 2

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

Art. 4^{bis}

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

Art. 4^{quater} cpv. 1

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

Art. 4^{quinquies}

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

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

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

Art. 4^{quinquies} cpv. 3

In questo capoverso viene precisata l'estensione dei provvedimenti di reinserimento ai giovani. Come indicato nei capoversi 1 e 2, i provvedimenti di reinserimento sono volti a preparare gli assicurati a provvedimenti professionali. Il capoverso 3 esprime il fatto che nel caso dei provvedimenti di reinserimento destinati ai giovani occorrono inoltre conoscenze specifiche per poter distinguere le ripercussioni dei danni alla salute psichica dai comportamenti tipici della pubertà. I provvedimenti di reinserimento destinati ai giovani pongono l'accento sull'aumento della capacità al lavoro, in modo da permettere lo svolgimento di provvedimenti successivi. Questi provvedimenti successivi possono essere formazioni transitorie cantonali per colmare lacune scolastiche (art. 68^{bis} cpv. 1^{ter} LAI), stage nell'ambito dell'orientamento professionale (art. 15 LAI) per acquisire esperienze professionali oppure una prima formazione professionale (art. 16 LAI). Analogamente a quanto previsto per gli altri provvedimenti preparatori destinati a essi, gli uffici AI potranno assegnare ai giovani provvedimenti di reinserimento destinati loro soltanto dopo la conclusione del periodo dell'obbligo scolastico, in quanto secondo l'articolo 62 della Costituzione federale (Cost.)³³ la scuola dell'obbligo è di competenza cantonale. La scuola dell'obbligo comprende anche l'offerta per bambini e giovani con un danno alla salute nel periodo dell'obbligo scolastico, quali ad esempio la scuola

³³ RS 101

speciale, le sospensioni e la pedagogia curativa. L'AI non può interferire nella sfera di competenza dei Cantoni.

Art. 4^{quinqies} cpv. 4

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

Art. 4^{sexies}

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

Art. 4^{sexies} cpv. 1

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

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

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

Art. 4^{sexies} cpv. 4

Considerate le precisazioni dell'articolo 8 capoverso 3 nLAI e delle disposizioni di ordinanza relative agli articoli 3a, 14^{quater} e 57 nLAI, la regolamentazione del vigente capoverso 4 non è più necessaria.

Art. 4^{sexies} cpv. 5

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

passo avanti in modo da far progredire la riabilitazione. Anche in questo caso, però, è possibile che, a seconda della situazione, soltanto una parte del provvedimento prolungato si svolga nel mercato del lavoro primario.

Art. 4^{sexies} cpv. 6

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

Art. 4^{septies}

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

Art. 4a

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

Art. 4a cpv. 1

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

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

Art. 4a cpv. 2

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

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

Art. 4a cpv. 3

Questo capoverso descrive i possibili provvedimenti a lungo termine secondo l'articolo 15 capoverso 2 nLAI previsti per verificare approfonditamente l'idoneità e la predisposizione degli assicurati a nuovi indirizzi professionali o attività (p. es. per una riforma professionale). Le verifiche potranno essere effettuate mediante impieghi presso aziende del mercato del lavoro primario o istituzioni d'integrazione professionale. La durata degli impieghi non potrà superare i tre mesi, poiché una durata superiore non permetterebbe di ottenere ulteriori risultati sostanziali ed è necessaria un'alternativa che faccia avanzare il processo d'integrazione. Contrariamente ai provvedimenti d'accertamento professionale (CAP), quelli di cui al presente capoverso non hanno quale obiettivo la verifica dell'idoneità all'integrazione.

Art. 4a cpv. 4

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

Art. 5

Art. 5 cpv. 1

Si tratta di una modifica puramente redazionale. la legge del 13 dicembre 2002³⁴ sulla formazione professionale (LFPr) figura per la prima volta nell'ordinanza e viene pertanto introdotta con il suo titolo esteso e, data la ricorrenza nell'atto normativo, anche con quello abbreviato.

Art. 5 cpv. 2

Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, nel quadro dell'articolo 16 LAI si può decidere la concessione di una preparazione a una prima formazione professionale, se è già stata scelta una professione e non si tratta di un anno per scegliere la professione o di un anno intermedio generale³⁵. Di conseguenza, l'avvenuta scelta della professione costituisce il criterio per distinguere questo provvedimento dal nuovo provvedimento di cui all'articolo 15 capoverso 1 nLAI. La scelta della professione secondo l'articolo 16 nLAI si considera avvenuta se per la successiva prima formazione professionale è già stato stipulato un contratto o vi è un'iscrizione vincolante oppure è stata fissata una preparazione che fa parte integrante della successiva prima formazione professionale. Sulla base di queste definizioni, la preparazione nel quadro dell'articolo 16 nLAI è designata quale «preparazione mirata».

I provvedimenti volti alla preparazione mirata alla futura prima formazione professionale secondo l'articolo 16 capoverso 1 LAI potranno essere assegnati, se è già stato firmato il contratto di tirocinio per la formazione in questione o è già avvenuta un'iscrizione vincolante oppure se la preparazione è parte integrante o un requisito della prima formazione professionale (p. es. stage, corso propedeutico).

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

³⁴ RS 412.10

³⁵ Cfr. RCC 1981 pag. 461.

L'eventuale diritto a indennità giornaliera sarà disciplinato all'articolo 22 capoverso 1 AP-OAI.

Art. 5 cpv. 3

Art. 5 cpv. 3 lett. a

Per un'integrazione nel mercato del lavoro primario il più possibile rapida e duratura, che eviti la concessione di una rendita, dopo una prima formazione professionale svolta secondo la LFPr, ma nel mercato del lavoro secondario, ne potrà essere concessa una successiva, se questa sarà svolta a un livello di formazione superiore (imperativamente secondo la LFPr) e nel mercato del lavoro primario. Il passaggio a un livello di formazione superiore include, ad esempio, il passaggio da una formazione conclusa con un certificato federale di formazione pratica (CFP) a una per l'ottenimento di un attestato federale di capacità (AFC). Un'altra condizione è che il potenziale d'integrazione dell'assicurato non sia esaurito.

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

Art. 5 cpv. 3 lett. b

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

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

Art. 5 cpv. 4

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

Art. 5 cpv. 7

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

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

Le prime formazioni professionali che non sono disciplinate nella LFPr continueranno a essere concesse per l'intera durata, senza scaglionamento³⁶. Le spiegazioni relative alla gestione dei casi (cfr. art. 41a AP-OAI) valgono anche per l'articolo 16 capoverso 3 lettera c nLAI.

Art. 5^{bis}

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

Art. 5^{bis} cpv. 1

Questo adeguamento tiene conto della giurisprudenza attuale per la delimitazione del diritto alle prestazioni secondo gli articoli 16 e 17 LAI, che al momento non è stabilita né a livello di ordinanza né di direttive. Di norma, si è in presenza di una riforma professionale

³⁶ Cfr. DTF 142 V 523.

quando l'assicurato ha esercitato un'attività lucrativa con la quale ha conseguito un reddito economicamente rilevante per almeno sei mesi e ora deve riorientarsi per motivi di salute. Prima della riforma professionale l'assicurato non deve necessariamente aver imparato una professione, ma deve aver esercitato un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità.

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

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

Art. 5^{bis} cpv. 2

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

Art. 5^{bis} cpv. 3

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

Art. 5^{bis} cpv. 4

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

Art. 5^{bis} cpv. 5

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

Art. 5^{bis} cpv. 6

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

Art. 5^{bis} cpv. 7

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

Art. 5^{ter}

Questo nuovo articolo corrisponde materialmente al vigente articolo 5^{bis} OAI.

Art. 6

Art. 6 cpv. 2

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

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

Art. 6^{quinquies}

Art. 6^{quinquies} cpv. 1

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

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

I prestatori di personale sono soggetti alle disposizioni della LC e dell'ordinanza del 16 gennaio 1991³⁷ sul collocamento (OC). Gli articoli 18–22 LC e gli articoli 46–53 OC si applicano anche ai prestatori di personale esentati dall'obbligo di autorizzazione ai sensi dell'articolo 12 LC.

Art. 6^{quinquies} cpv. 2

Le condizioni per la concessione dell'indennità di cui all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b nLAI sono disciplinate per analogia con l'indennità di cui all'articolo 18cLAI e all'articolo 6^{quater} OAI. Poiché il prestatore di personale è il datore di lavoro dell'assicurato, deve anche pagare i contributi sociali, in particolare alla previdenza professionale, ed i premi di un'eventuale assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia. Questi ultimi possono però aumentare se l'assicurato presenta un'incapacità al lavoro dovuta a malattia. L'indennità di cui all'articolo 18a^{bis} capoverso 3 lettera b nLAI potrà quindi essere pagata soltanto se un'assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia fornisce prestazioni o il prestatore di personale continua a versare il salario. Secondo il capoverso 2, è sufficiente che l'incapacità al lavoro sia dovuta a una malattia, a prescindere da quale ne sia l'origine (preesistente o meno) e dal nesso di causalità tra tale incapacità al lavoro e un eventuale aumento dei contributi alla previdenza professionale obbligatoria o all'assicurazione d'indennità giornaliera. Il termine di attesa di due giorni corrisponde a quello ordinario delle altre assicurazioni sociali (cfr. art. 72 cpv. 2, secondo periodo LAMal per le indennità giornaliere in caso di malattia, art. 16 cpv. 2 LAINF per le indennità giornaliere in caso di infortunio e art. 22 cpv. 1 LAI per le indennità giornaliere dell'AI). Questa indennità sarà concessa in aggiunta all'importo massimo di cui al capoverso 1.

Art. 6^{quinquies} cpv. 3

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

Art. 6^{quinquies} cpv. 4

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

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

³⁷ RS 823.111

Art. 6^{quinquies} cpv. 5

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

Art. 6^{quinquies} cpv. 6

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

Art. 17

Art. 17 cpv. 1

Nella versione francese,

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

Art. 17 cpv. 2

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

Art. 18 cpv. 1 e 2

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

Art. 19

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

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

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

Art. 19 cpv. 1, secondo periodo

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Attualmente le indennità giornaliere per il periodo di attesa entrano in linea di conto soltanto dopo una riforma professionale o una prima formazione professionale. Questo articolo è stato però modificato per l'ultima volta nel 2003, mentre il lavoro a titolo di prova (art. 18a LAI), che dà anch'esso diritto a indennità giornaliera, è stato introdotto nel 2012. Per garantire la parità di trattamento e la coerenza dell'intero sistema della reintegrazione, occorre pertanto estendere

il diritto alle indennità giornaliere per il periodo di attesa anche al periodo della ricerca di un impiego successivo al lavoro a titolo di prova. Questa modifica permette di colmare una lacuna nella sistematica del processo di reintegrazione completando, in virtù dell'articolo 22 capoverso 6 LAI, l'elenco dei provvedimenti d'integrazione dopo i quali un assicurato ha diritto a un'indennità giornaliera durante la ricerca di un impiego.

L'assicurato ha diritto all'indennità giornaliera per il periodo di attesa anche quando questo precede il nuovo provvedimento della fornitura di personale a prestito (art. 18a^{bis} nLAI), se quest'ultima è a sua volta preceduta da una prima formazione professionale, da una riforma professionale o da un lavoro a titolo di prova.

Art. 19 cpv. 2

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

In questo modo codifica la prassi del Tribunale federale secondo cui l'assicurato non può far valere il diritto a un'indennità giornaliera dell'AI durante la procedura della medesima assicurazione, fintanto che ha diritto a un'indennità giornaliera dell'assicurazione contro la disoccupazione³⁸.

Art. 20^{ter}

Art. 20^{ter} cpv. 1

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. L'articolo 23 capoverso 1^{bis} LAI è stato introdotto simultaneamente all'articolo 8a LAI (reintegrazione dei beneficiari di rendita) nell'ambito del primo pacchetto della 6^a revisione AI³⁹ (revisione AI 6a). Il rimando dell'articolo 20^{ter} capoverso 1 OAI non è stato però adeguato. Questo vale tuttavia soltanto per l'articolo 23 capoverso 1 LAI, dato che l'articolo 23 capoverso 1^{bis} LAI fa riferimento all'indennità giornaliera in caso di reintegrazione dei beneficiari di rendita ai sensi dell'articolo 8a LAI e va dunque escluso. La situazione in questione è in effetti già disciplinata all'articolo 22^{bis} capoverso 5 LAI.

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

Art. 20^{ter} cpv. 2

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

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

Art. 20^{quater} cpv. 1

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

La riforma Ulteriore sviluppo dell'AI comporta l'introduzione di una nuova assicurazione contro gli infortuni, quella delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAINF che seguono provvedimenti dell'AI (la cosiddetta assicurazione delle persone che seguono provvedimenti dell'AI [AINF-AI]). Sia l'articolo 20^{quater} OAI che l'articolo 16 capoverso 3 LAINF contemplano una clausola di sussidiarietà della rispettiva assicurazione nei confronti dell'altra.

³⁸ Sentenza del Tribunale federale 8C_27/2017 del 27 marzo 2017.

³⁹ RU 2011 5659

Per l'AINF-AI è determinante la procedura secondo la LAINF, se non è previsto diversamente. Poiché la LAINF è considerata diritto prioritario, l'articolo 20^{quater} OAI deve essere adeguato in modo da evitare che la clausola di sussidiarietà dell'articolo 16 capoverso 3 LAINF precluda il diritto a prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni.

Art. 20^{quater} cpv. 6

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

Nel caso delle persone che durante un provvedimento d'integrazione non sono affiliate né all'assicurazione contro gli infortuni in virtù di un contratto di lavoro né alla nuova AINF-AI, occorre continuare a versare le indennità giornaliere in caso di interruzione del provvedimento come avviene oggi.

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

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

Questa modifica deriva dalla sentenza del Tribunale federale 8C_508/2019 del 27 maggio 2020, secondo cui la disposizione in esame è illegale. La condizione di «affermare plausibilmente che [gli assicurati] avrebbero successivamente intrapreso un'attività lucrativa di una certa durata se non fosse insorta l'incapacità al lavoro» non si fonda infatti su una base legale sufficiente. Il calcolo dell'indennità giornaliera si basa soltanto sull'ultimo reddito lavorativo effettivamente conseguito senza limitazioni dovute a ragioni di salute (art. 23 cpv. 1 LAI). Le eccezioni a questa regola sono definite con precisione dalla legge. In futuro si dovrà evitare che le persone con problemi di salute vengano a trovarsi in una situazione migliore rispetto a prima dell'insorgere dell'invalidità.

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

Art. 21^{septies} cpv. 4

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

Art. 21^{septies} cpv. 5

Questa modifica non deriva direttamente dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Nel caso delle persone che percepiscono una rendita ordinaria o «definitiva» dell'assicurazione contro gli infortuni in seguito a un'invalidità, la prestazione non può essere soppressa durante un provvedimento d'integrazione⁴⁰. Per contro, il cumulo della rendita dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'indennità giornaliera dell'AI determinano un sovrindennizzo, poiché l'indennità giornaliera è calcolata in base al reddito senza danno alla salute. Se l'articolo 47 capoverso 1^{ter} LAI introduce una base legale per il cumulo di rendita e indennità giornaliera, la disposizione si applica però soltanto in relazione a una rendita dell'AI. In caso di cumulo di una rendita d'invalidità dell'assicurazione contro gli infortuni e di indennità giornaliera dell'AI comportante un sovrindennizzo, il Tribunale federale ha lasciato aperta la questione di sapere quale dei due assicuratori sia legittimato a ridurre la propria prestazione⁴¹. Per colmare que-

⁴⁰ DTF 139 V 514

⁴¹ DTF 139 V 514 consid. 4.

sta lacuna, in virtù dell'articolo 68 LPG, il presente nuovo capoverso stabilisce che l'indennità giornaliera dell'AI sarà ridotta di un trentesimo dell'importo della rendita dell'assicurazione contro gli infortuni.

Art. 21^{octies} cpv. 3

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

Art. 22

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

Art. 22 cpv. 1

La preparazione mirata a una prima formazione professionale secondo l'articolo 16 nLAI e l'articolo 5 capoverso 2 AP-OAI dà diritto a indennità giornaliera in determinate situazioni. È il caso in particolare quando l'assicurato vi ha poi diritto durante la formazione in questione. L'importo dell'indennità corrisponde a quanto indicato all'articolo 22 capoverso 4 lettera c AP-OAI. La preparazione mirata a una prima formazione professionale va distinta dai provvedimenti preparatori secondo l'articolo 15 capoverso 1 nLAI, che non danno diritto a indennità giornaliera.

Art. 22 cpv. 2

Se il salario effettivo di un assicurato che svolge una prima formazione professionale diverge di almeno il 5 per cento dal salario statistico usuale nel settore in questione e non corrisponde dunque alla media cantonale del settore, bisogna fare riferimento al salario indicativo che figura nel *Lohnbuch Schweiz*⁴², pubblicato ogni anno dall'Ufficio dell'economia e del lavoro del Cantone di Zurigo. Questa pubblicazione, basata sui dati dei CCL e sulle raccomandazioni delle associazioni professionali e dei datori di lavoro svizzeri, fornisce fasce di salari indicativi, cui in generale i datori di lavoro si attengono⁴³.

Art. 22 cpv. 3

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

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

⁴² Cfr. Ufficio dell'economia e del lavoro del Cantone di Zurigo, *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick*, 2020 (pubblicazione annuale).

⁴³ DTF 135 V 297

Art. 22 cpv. 4

L'articolo 24^{ter} capoverso 2 nLAI incarica il Consiglio federale di fissare l'importo dell'indennità giornaliera per gli assicurati che svolgono una prima formazione professionale senza contratto di tirocinio. I percorsi formativi di questi assicurati sono molto eterogenei, in particolare in termini di livello di formazione, curriculum e reddito conseguito durante la formazione. Per questo motivo il presente capoverso prevede importi diversi in funzione delle condizioni della formazione.

Art. 22 cpv. 4 lett. a

Le formazioni di livello terziario includono le formazioni seguite presso scuole universitarie, scuole universitarie professionali e alte scuole pedagogiche, nonché le formazioni professionali superiori. Gli assicurati interessati che non svolgono uno stage remunerato hanno diritto alle indennità giornaliere in virtù dell'articolo 22 capoverso 3 nLAI. L'importo di queste indennità giornaliere si fonda sul reddito mensile mediano risultante dall'Indagine sulla situazione socio-economica degli studenti (SSEE) dell'Ufficio federale di statistica (UST), ovvero a 500 franchi al mese, da cui vanno dedotti gli oneri sociali da versare al datore di lavoro. Questo importo tiene conto del reddito di un'attività lucrativa, ma anche del sostegno familiare e di altre possibili fonti di reddito (in particolare sussidi e borse di studio).

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

L'importo dell'indennità giornaliera dipende dall'anno di formazione e non dall'età dell'assicurato (cfr. art. 24^{ter} cpv. 2 nLAI).

Art. 22 cpv. 4 lett. b

L'indennità giornaliera degli assicurati che seguono una formazione di livello terziario e svolgono uno stage remunerato nel quadro della formazione verrà calcolata conformemente all'articolo 24^{ter} capoverso 1 nLAI. L'importo mensile dell'indennità giornaliera corrisponderà al salario convenuto nel contratto di stage. L'applicazione dell'articolo 24^{ter} capoverso 1 nLAI garantirà la parità di trattamento tra coloro che svolgono una prima formazione professionale secondo l'articolo 16 LAI, in funzione del livello e del tipo di formazione svolta.

Secondo l'articolo 24^{ter} capoverso 3 nLAI, per gli assicurati che hanno compiuto il 25° anno d'età l'importo mensile dell'indennità giornaliera corrisponde all'importo massimo della rendita di vecchiaia secondo l'articolo 34 capoversi 3 e 5 LAVS (ovvero 2370 fr. nel 2020). In realtà è senz'altro possibile che un assicurato riceva una remunerazione più elevata durante lo stage ancor prima di aver compiuto i 25 anni. Anche in tal caso, l'indennità giornaliera è limitata a questo importo. Gli assicurati cui il datore di lavoro versa un salario inferiore all'importo massimo della rendita di vecchiaia riceveranno direttamente la differenza fino a concorrenza di questo importo.

Art. 22 cpv. 4 lett. c

Per tutte le altre formazioni (in particolare la preparazione a un lavoro ausiliario o a un'attività in un laboratorio protetto oppure i provvedimenti volti alla preparazione mirata a una prima formazione professionale), salvo quelle menzionate all'articolo 22 capoverso 4 nLAI, l'importo dell'indennità si baserà sul salario mediano più basso di un apprendista del primo anno (CFP/AFC) secondo quanto indicato nel *Lohnbuch Schweiz*⁴⁴. Per tenere conto dei progressi fatti nel primo anno di formazione, l'importo dell'indennità giornaliera aumenterà il secondo anno.

⁴⁴ Ufficio dell'economia e del lavoro del Cantone di Zurigo, *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick*, 2020 (pubblicazione annuale).

Sistema delle indennità

(salario netto, senza deduzione degli oneri sociali. La parte del datore di lavoro è assunta dall'AI, secondo l'art. 25 cpv. 2 LAI):

Primo anno di formazione	300 fr. al mese
Dal secondo anno di formazione	400 fr. al mese

Art. 22 cpv. 5

Con la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, il vigente articolo 22 capoverso 3 LAI diventerà l'articolo 22^{bis} capoverso 2 LAI. Gli assicurati che percepiscono un salario nel quadro della prima formazione professionale hanno per principio diritto agli assegni familiari per ogni figlio, conformemente alla legge del 24 marzo 2006⁴⁵ sugli assegni familiari (LAFam), se il salario corrisponde almeno alla metà dell'importo annuo della rendita completa minima di vecchiaia dell'AVS (art. 13 cpv. 3 LAFam), ovvero 592 franchi al mese o 7110 franchi all'anno, nel 2019. Se il salario è inferiore a questo importo, come può succedere nell'ambito di una prima formazione professionale, e gli assicurati adempiono le condizioni per la concessione degli assegni familiari ai sensi della LAFam, l'AI versa la prestazione per i figli.

Art. 24 cpv. 3

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

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

Art. 24^{bis}

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

Art. 24^{bis} cpv. 1

Con la sentenza C-529/2012 del 10 dicembre 2014, il Tribunale amministrativo federale ha constatato che la LAI non contiene prescrizioni materiali per il calcolo delle tariffe. I principi generali e astratti relativi all'ordinamento tariffale e al calcolo dei costi per il rimborso delle prestazioni sono enunciati al capoverso 1.

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

Art. 24^{bis} cpv. 2

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

⁴⁵ RS 836.2

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

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

Art. 24^{bis} cpv. 3

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

Art. 24^{bis} cpv. 4

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

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

Art. 24^{bis} cpv. 5

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

Art. 24^{ter}

Art. 24^{ter} cpv. 1

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

Art. 24^{ter} cpv. 2

Questo capoverso introduce l'obbligo di chiedere il parere del Sorvegliante dei prezzi nel quadro dell'esame dell'adeguatezza di una tariffa, conformemente all'articolo 14 della legge federale del 20 dicembre 1985⁴⁶ sulla sorveglianza dei prezzi. La consultazione dovrà avvenire prima della conclusione di convenzioni tariffali nazionali e nell'ambito della fissazione di tariffe da parte dell'autorità competente secondo l'articolo 24^{bis} capoverso 5.

Art. 24^{ter} cpv. 4

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

Art. 24^{quater}

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

Art. 24^{quater} cpv. 1

Questo capoverso riprende l'articolo 70c capoverso 1 OAINF, ma escludendo il riferimento alla remunerazione di vitto e alloggio, che nell'AI è disciplinata separatamente (art. 90 OAI).

⁴⁶ RS 942.20

Per prestazioni identiche, le strutture tariffali devono essere uniformi a livello nazionale. Questo principio agevola l'applicazione dell'assicurazione e quella di criteri economici uniformi tra le varie assicurazioni sociali.

Art. 24^{quater} cpv. 2

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

Art. 24^{quater} cpv. 3

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

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

Art. 24^{quater} cpv. 4

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

Art. 24^{quinquies}

Questo capoverso riprende l'articolo 70b capoverso 1 OAINF, adeguandolo al contesto dell'Al.

Per prestazioni identiche, le strutture tariffali devono essere uniformi a livello nazionale. Questo principio agevola l'applicazione di criteri economici uniformi. Inoltre, questo nuovo articolo precisa che, per la remunerazione delle cure ambulatoriali, nell'Al vanno applicate strutture tariffali uniformi a livello nazionale.

Art. 24^{sexies}

Questo articolo va a completare il disciplinamento dell'articolo 41 capoverso 1 lettera l OAl, secondo cui la conclusione di convenzioni è di competenza degli uffici Al. Per il fornitore di prestazioni non sussiste tuttavia il diritto alla conclusione di una convenzione.

Art. 24^{sexies} cpv. 1

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

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

Art. 24^{sexies} cpv. 2

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

Titolo prima dell'art. 24^{septies}

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

Art. 24^{septies}

Art. 24^{septies} cpv. 1

Per poter stabilire il metodo di valutazione applicabile, occorre determinare lo statuto dell'assicurato. Sono previsti tre statuti: esercitante un'attività lucrativa (a tempo pieno), non esercitante un'attività lucrativa o esercitante un'attività lucrativa a tempo parziale.

Art. 24^{septies} cpv. 2

In linea di massima, per determinare lo statuto ci si può basare sulla situazione precedente l'insorgere del danno alla salute. Tuttavia, da allora possono essere intervenuti cambiamenti sostanziali che richiedono una nuova determinazione dello statuto. Tali cambiamenti devono essere oggettivamente plausibili o comprovati dall'assicurato. Occorre basarsi sempre su condizioni oggettive per valutare come la persona in questione avrebbe deciso nella sua situazione di vita concreta senza limitazioni dovute a ragioni di salute: è determinante sempre e soltanto il comportamento ipotetico della persona in questione⁴⁷. Bisogna prendere in considerazione l'insieme delle circostanze nei singoli casi, quali accordi per la ripartizione dei compiti in seno alla famiglia, eventuali compiti di assistenza nei confronti di familiari, l'età, le capacità professionali, la formazione, le inclinazioni e le doti personali dell'assicurato, secondo il criterio dell'esperienza generale della vita⁴⁸.

Lo statuto dell'assicurato (e di conseguenza il metodo di valutazione applicabile) è stabilito in base all'evolversi della situazione fino al momento dell'emanazione della decisione⁴⁹.

Il presente capoverso 2 riprende la regolamentazione del vigente articolo 27^{bis} capoverso 1 OAI, secondo cui gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale o lavorano gratuitamente nell'azienda del coniuge vanno considerati come esercitanti un'attività lucrativa, quando si può presumere che al momento dell'esame del loro diritto alla rendita eserciterebbero un'attività a tempo pieno se non soffrissero di un danno alla salute.

Art. 24^{septies} cpv. 3 lett. a

Il gruppo di assicurati più ampio è costituito dalle persone esercitanti un'attività lucrativa, il cui grado d'invalidità viene valutato mediante un confronto dei redditi secondo l'articolo 16 LPGA. Lo statuto di persona «esercitante un'attività lucrativa» secondo la presente lettera si applica a tutti gli assicurati che in assenza del danno alla salute eserciterebbero un'attività lucrativa con un grado d'occupazione corrispondente al 100 per cento. Di norma, ci si basa sulla situazione personale e lavorativa precedente l'insorgere del danno alla salute. Se l'assicurato lavorava al 100 per cento, si può generalmente presumere che anche nel caso ipotetico dell'assenza del danno alla salute continuerebbe a farlo (fatti salvi eventuali cambiamenti della situazione secondo l'art. 24^{septies} cpv. 1 AP-OAI). Il grado d'occupazione corrispondente al 100 per cento varia a seconda dell'attività e va valutato in base all'orario di lavoro aziendale usuale presso il datore di lavoro in questione.

È irrilevante che l'assicurato eserciti un'attività lucrativa salariata o indipendente oppure lavori gratuitamente nell'azienda del coniuge.

⁴⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_889/2011 del 30 marzo 2012 consid. 3.2.1.

⁴⁸ Cfr. p. es. DTF 117 V 194.

⁴⁹ Cfr. RCC 1989 pag. 127.

In futuro le persone in corso di formazione rientreranno nel campo di applicazione della lettera a e non più in quello del vigente articolo 26^{bis} OAI. Per allievi, studenti o persone in formazione professionale si terrà conto della regolamentazione dell'articolo 5 LAI. Conformemente all'articolo 5 capoverso 2 LAI, l'invalidità degli assicurati non esercitanti un'attività lucrativa di età inferiore a 20 anni si determina secondo l'articolo 8 capoverso 2 LPGa. Per questi giovanissimi assicurati la questione è se il danno alla salute cagionerà presumibilmente un'incapacità al guadagno, il che significa che in questi casi sono considerati come esercitanti un'attività lucrativa. Conformemente all'articolo 5 capoverso 1 LAI, l'invalidità degli assicurati di 20 anni compiuti si determina secondo l'articolo 8 capoverso 3 LPGa, soltanto nella misura in cui non si può ragionevolmente esigere da loro l'esercizio di un'attività lucrativa. Anche secondo l'articolo 8 capoverso 3 LPGa per gli assicurati di età superiore a 20 anni si deve presumere lo statuto di persone non esercitanti un'attività lucrativa e dunque l'impossibilità di svolgere le proprie mansioni consuete soltanto se non si può ragionevolmente esigere da loro che esercitino un'attività lucrativa.

Nel complesso, per semplificare si può affermare che nel caso degli assicurati in formazione che prima dell'insorgere dell'invalidità non esercitavano un'attività lucrativa si dovrebbe per principio presumere che vadano considerati come esercitanti un'attività lucrativa, salvo se circostanze concrete fanno pensare che non sia ragionevolmente esigibile l'avvio di un'attività lucrativa. Di conseguenza, nel loro caso la valutazione dell'invalidità avviene per principio mediante un confronto dei redditi.

Art. 24^{septies} cpv. 3 lett. b

Una persona ha lo statuto di «non esercitante un'attività lucrativa», se prima dell'insorgere del danno alla salute non esercitava alcuna attività lucrativa e non aveva previsto di intraprenderne una nemmeno nel caso in cui fosse rimasta sana. In tali casi il grado d'invalidità viene valutato con il cosiddetto metodo specifico del confronto delle attività secondo l'articolo 28a capoverso 2 LAI.

Anche chi vive di rendita o riscuote anticipatamente una rendita di vecchiaia è considerato quale assicurato non esercitante un'attività lucrativa, se il danno alla salute insorge dopo il passaggio allo statuto di persona che vive di rendita o dopo il pensionamento. Se una persona che vive di rendita gestisce da sé la propria sostanza, questa attività può essergli computata quale attività lucrativa (eventualmente a tempo parziale) ai sensi dell'articolo 24^{septies} capoverso 3 lettera a o c AP-OAI.

Art. 24^{septies} cpv. 3 lett. c

Gli assicurati che, se non soffrissero di un danno alla salute, eserciterebbero un'attività lucrativa con un grado d'occupazione non corrispondente al 100 per cento sono considerati «esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale» e il loro grado d'invalidità è valutato in base al cosiddetto metodo misto secondo l'articolo 28a capoverso 3 LAI. Anche in questo caso, in linea di massima ci si deve basare sulla situazione personale e lavorativa precedente l'insorgere del danno alla salute.

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

Art. 25, rubrica e cpv. 2–4

Rubrica

La rubrica vigente «Principio» viene modificata in «Principi del confronto dei redditi», dato che in futuro l'articolo 25 stabilirà i principi fondamentali per la fissazione del reddito lavorativo determinante secondo l'articolo 28a capoverso 1 LAI. Questi redditi con e senza invalidità (art. 16 LPGa) sono designati dalla giurisprudenza e nella vigente Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità con i termini «reddito d'invalido» e «reddito senza invalidità».

Art. 25 cpv. 2

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

Il nuovo capoverso 2 stabilisce un principio importante per il confronto dei redditi, ovvero che il reddito senza invalidità e quello con invalidità vanno sempre stabiliti con riferimento al medesimo lasso di tempo. Per principio sono determinanti le condizioni effettive al momento più prossimo in cui può nascere il diritto alla rendita, anche se vanno considerate eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino all'emanazione della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita⁵⁰.

Nella prassi è inoltre importante che, ai fini del confronto dei redditi, fattori estranei all'invalidità siano ignorati oppure presi in considerazione in ugual misura sia per il reddito senza invalidità che per quello con invalidità⁵¹. Per questo motivo è fondamentale che entrambi i redditi di paragone siano confrontati sul medesimo mercato del lavoro, soprattutto nel caso dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero e degli uffici AI dei Cantoni di confine. Un eventuale confronto tra salari esteri e quelli relativamente elevati della Svizzera produrrebbe infatti distorsioni che, a seconda delle circostanze, potrebbero avvantaggiare o penalizzare le persone in questione. Nel presente capoverso viene pertanto stabilito che per la valutazione del grado d'invalidità sono determinanti le condizioni e i salari sul mercato del lavoro in Svizzera.

Art. 25 cpv. 3

Se si deve far ricorso a valori statistici, occorre basarsi sui valori centrali della Rilevazione della struttura dei salari (RSS) dell'UST, indipendenti dall'età e differenziati a seconda del sesso.

Si deve dunque continuare a seguire la giurisprudenza vigente del Tribunale federale sull'applicazione delle tabelle dei salari, secondo la quale sono di regola determinanti i valori della tabella TA1_tirage_skill_level (Salario mensile lordo secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato)⁵². Se però vi sono buoni motivi per considerare i valori di un'altra tabella (p. es. perché un assicurato può essere occupato sia nel settore pubblico che in quello privato o nel caso di una persona particolarmente qualificata con un diploma universitario), ci si potrà continuare a basare anche su altre tabelle della RSS.

In casi ben motivati, sarà ancora possibile impiegare altri valori statistici, ad esempio per i lavoratori indipendenti, per i quali i valori della RSS possono essere inadeguati, poiché si basano sui salari dei lavoratori dipendenti⁵³. Per gli indipendenti potranno dunque essere eventualmente considerati i salari concretamente versati ai dipendenti nell'azienda in questione per la valutazione della pertinente attività⁵⁴ o, per gli indipendenti senza dipendenti, anche i valori statistici del relativo settore⁵⁵.

Se vengono considerate le tabelle dei salari, conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale e anche in seguito alla presente modifica d'ordinanza, va considerata sempre la tabella della RSS più attuale al momento dell'emanazione della decisione⁵⁶. Se del caso, il valore della tabella che fa riferimento a un anno precedente va indicizzato verso l'alto all'anno di riferimento, ovvero adeguato all'evoluzione dei salari nominali basandosi sull'indice svizzero dei salari dell'UST.

⁵⁰ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_132/2020 del 18 giugno 2020 consid. 4.1.1.

⁵¹ Cfr. DTF 129 V 222 consid. 4.4.

⁵² Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 6.4.2.

⁵³ Cfr. il tipo di rilevazione della RSS, disponibile all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/rilevazioni/rss.assetdetail.6468401.html>.

⁵⁴ Cfr. RCC 1962 pag. 125.

⁵⁵ Cfr. sentenza del Tribunale federale I 575/00 del 9 maggio 2001.

⁵⁶ Cfr. DTF 143 V 295 consid. 2.3.

Art. 25 cpv. 4

Tutti i valori della RSS si basano su una settimana di 40 ore. Dato che però l'orario di lavoro usuale nelle aziende in Svizzera è più elevato, i valori vanno adeguati di conseguenza all'orario usuale nelle singole aziende. A tal fine è applicabile la statistica della durata normale di lavoro nelle aziende, per divisioni economiche, in ore settimanali, elaborata dall'UST⁵⁷. Se vengono considerati valori statistici per un settore specifico, vanno impiegati anche gli orari di lavoro usuali nelle aziende del settore in questione. Negli altri casi, ci si basa sul totale degli orari di lavoro usuali nelle aziende.

Art. 26

Il vigente articolo 26 OAI contempla regole concernenti i cosiddetti invalidi dalla nascita o precoci, ovvero le persone che a causa della loro invalidità non hanno potuto acquisire sufficienti conoscenze professionali o concludere una formazione professionale. Per motivi di parità di trattamento, in futuro anche per questi casi, ove possibile e ragionevole, si applicheranno le regole generali per la determinazione del reddito senza invalidità e del reddito senza invalidità esposte di seguito. Per contro, per gli assicurati che a causa dell'invalidità non possono iniziare alcuna formazione professionale o possono svolgere soltanto un avviamento professionale AI o una formazione pratica INSOS il reddito senza invalidità sarà determinato secondo la disposizione del capoverso 4.

Art. 26 cpv. 1

Secondo l'articolo 16 LPGA, il reddito senza invalidità è il reddito lavorativo che l'assicurato avrebbe potuto conseguire con probabilità preponderante, se non fosse diventato invalido. Per determinare questo reddito, ci si deve basare se possibile sulle condizioni effettive precedenti l'insorgere del danno alla salute⁵⁸.

Non è determinante che l'assicurato abbia concluso una formazione professionale secondo la LFP (CFP, AFC, esame federale di professione o esame professionale federale superiore) o una formazione universitaria oppure non abbia concluso alcuna formazione professionale. È invece sempre determinante il reddito conseguito dall'assicurato nell'ultima attività esercitata prima di diventare invalido, fintantoché si può presumere che in assenza del danno alla salute la svolgerebbe ancora.

Se prima dell'insorgere dell'invalidità un assicurato lavorava con un grado d'occupazione superiore al 100 per cento, gli si computerà nel reddito senza invalidità l'intero reddito conseguito in tal modo. Non verrà più effettuata una riduzione a un grado del 100 per cento. Analogamente, nell'articolo 24^{septies} capoverso 3 lettera a l'attività lucrativa è definita con un grado d'occupazione pari o superiore al 100 per cento.

In casi in cui una persona svolgeva anche un'attività lucrativa accessoria oltre a una a tempo pieno, effettuava regolarmente ore supplementari o lavorava a titolo di indipendente, la giurisprudenza del Tribunale federale ha già rinunciato alla riduzione a un grado d'occupazione del 100 per cento⁵⁹. Le regole per determinare il reddito senza invalidità valgono per principio sia per i lavoratori dipendenti che per quelli indipendenti.

Per questi ultimi occorre inoltre interrogarsi sull'evoluzione che l'azienda dell'assicurato avrebbe avuto se non fosse subentrata l'invalidità⁶⁰. Per determinare i redditi effettivi, di regola si chiedono i pertinenti documenti contabili, che vengono poi confrontati con le iscrizioni nel conto individuale. Laddove le condizioni non sono già sufficientemente note, l'ufficio AI svolge inoltre un accertamento sul posto. Poiché per i lavoratori indipendenti sono frequenti

⁵⁷ Disponibile (in tedesco e in francese) all'indirizzo <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.as-setdetail.je-d-03.02.03.01.04.01.html>.

⁵⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_4040/2007 dell'11 aprile 2008 consid. 2.3.

⁵⁹ Cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_765/2007 dell'11 luglio 2008 consid. 4.1.2 e 8C_671/2010 del 25 febbraio 2011 consid. 4.5.

⁶⁰ RCC 1963 pag. 427.

variazioni molto forti del reddito a intervalli relativamente brevi, in tali casi ci si deve basare sul valore medio di un periodo sufficientemente lungo⁶¹.

Per i lavoratori indipendenti il reddito che non deriva direttamente dall'attività dell'invalido (p. es. interessi del capitale investito o reddito derivante dalla collaborazione di familiari) va detratto⁶².

La persona che dirige una società anonima o una società a garanzia limitata deve essere considerata in linea di principio come persona salariata. Tuttavia, se tale persona ha un'influenza determinante sulla società (ad es. perché è l'unica ad avere il diritto di firma o è azionista unico), è giustificato valutare il grado d'invalidità con il metodo utilizzato per i lavoratori indipendenti, in particolare tenendo conto della media dei redditi di più anni o procedendo a un confronto ponderato delle attività⁶³. In tali casi, le iscrizioni nel conto individuale possono non essere determinanti, dato che l'assicurato ha un'influenza decisiva sulla ripartizione tra salario e utile e vi sono state anche riflessioni di diritto fiscale⁶⁴.

Nel caso dei lavoratori indipendenti con redditi di confronto che non possono essere determinati in modo attendibile, invece del normale confronto dei redditi si deve procedere a un confronto ponderato delle attività (il cosiddetto metodo straordinario)⁶⁵. Viene dunque effettuato dapprima un confronto delle attività, ovvero si determina quali attività l'assicurato ha svolto e può svolgere, e in che misura, prima e dopo l'insorgere del danno alla salute; queste attività vengono poi ponderate applicando i salari di riferimento usuali nel settore in questione. In questo modo è possibile determinare sia il reddito senza invalidità che quello con invalidità ed effettuare quindi il confronto dei redditi. Si tratta di un caso speciale di determinazione dei valori effettivi secondo il capoverso 2.

Un confronto ponderato delle attività viene effettuato anche per determinare le limitazioni in caso di collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge, poiché trattandosi di collaborazione gratuita non si dispone di alcun reddito.

Art. 26 cpv. 2

Se non si può impiegare il reddito effettivo secondo il capoverso 1, perché questo non può essere determinato con sufficiente precisione, ad esempio a causa di un'assenza pluriennale dal mercato del lavoro o del licenziamento dell'assicurato per motivi aziendali⁶⁶, oppure, per i lavoratori indipendenti, nei primi e poco rappresentativi anni di attività⁶⁷, si deve far ricorso a valori statistici.

Va quindi chiesto, nel caso concreto, quanto guadagnerebbe, secondo le statistiche, una persona sana con la stessa formazione e nelle stesse condizioni professionali⁶⁸.

Va fatto riferimento alla formazione professionale dell'assicurato, salvo se quest'ultimo non ha mai lavorato nella professione in questione o non lo ha fatto più per diversi anni. In linea di massima si impiegano i valori del settore corrispondente alla formazione professionale che sono indicati nella tabella TA1_tirage_skill_level della RSS⁶⁹. Se grazie alla sua formazione o esperienza professionale l'assicurato può accedere all'intero mercato del lavoro, si possono considerare i valori totali della tabella TA1_tirage_skill_level (differenziati secondo il livello di competenze e il sesso).

La formazione professionale dell'assicurato può incidere anche sulla scelta del livello di competenze all'interno della tabella. Le persone senza formazione professionale, ad esempio, si

⁶¹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_771/2017 del 29 maggio 2018 consid. 3.1.6.

⁶² Cfr. RCC 1962 pag. 481.

⁶³ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_898/2010 del 13 aprile 2011 consid. 5.3.

⁶⁴ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_346/2012 del 24 agosto 2012 consid. 4.

⁶⁵ Cfr. DTF 128 V 29.

⁶⁶ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_513/2014 del 17 dicembre 2014 consid. 6.5 seg.

⁶⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.1.

⁶⁸ Cfr. DTF 114 V 310 consid. 4a.

⁶⁹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_237/2007 del 24 agosto 2007 consid. 5.1.

situano spesso nel livello di competenze 1 e gran parte di quelle con una formazione professionale (p. es. CFP o AFC) nel livello di competenze 2⁷⁰.

Se non si può computare alcun reddito effettivo, gli assicurati con un CFP o un AFC rientrano sempre nel campo di applicazione del capoverso 2. In tali casi, il Tribunale federale ha talvolta negato l'acquisizione di sufficienti conoscenze professionali, se nonostante il CFP o l'AFC gli assicurati non sono veramente riusciti ad accedere al mercato del lavoro primario⁷¹. Questa giurisprudenza non è in linea con i principi della LFPr, che disciplina dettagliatamente i requisiti per il CFP e l'AFC. Dato che la forte standardizzazione della formazione professionale garantisce che un assicurato con tale titolo disponga delle relative conoscenze e competenze, non è possibile che vi sia una disparità di trattamento tra persone con e senza danno alla salute. L'impiegabilità eventualmente ridotta del titolo professionale va tenuta in considerazione nella determinazione del reddito con invalidità (art. 26^{bis} AP-OAI).

Art. 26 cpv. 3

Le persone che hanno iniziato una formazione professionale e nel corso di essa si sono ammalate o infortunate e non hanno quindi potuto concluderla sono equiparate alle persone che hanno concluso la formazione. Questo capoverso riprende così la regolamentazione del vigente articolo 26 capoverso 2 OAI.

La nozione di formazione professionale include tutte le formazioni successive alla conclusione della scuola dell'obbligo⁷². Concretamente, si tratta della formazione professionale di base (CFP, AFC e maturità professionale), delle scuole di cultura generale (certificato di scuola specializzata, maturità specializzata e maturità liceale) nonché delle formazioni del livello terziario (formazione professionale superiore e scuole universitarie).

Questa regolamentazione si applica anche alle persone che mirano a una determinata formazione professionale, ma che a causa di un'invalidità insorta nel frattempo non possono iniziarla o, dopo averla iniziata, devono passare a una formazione con una qualifica inferiore a causa di un'invalidità insorta nel frattempo o di un aggravamento del danno alla salute.

I giovani che svolgono un avviamento professionale AI o una formazione pratica INSOS non rientrano invece nel campo di applicazione di questa disposizione, bensì in quello del capoverso 4.

Art. 26 cpv. 4

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

Poiché in tali casi non è noto quali formazione professionale gli assicurati avrebbero intrapreso o potuto intraprendere in assenza del danno alla salute, si continuerà ad applicare loro il valore centrale della RSS.

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

Applicando i valori statistici senza graduazione secondo l'età agli invalidi dalla nascita o precoci che nonostante tutti gli sforzi d'integrazione possibili dell'AI non possono accedere a una formazione professionale ordinaria, sarà computato, a seconda delle circostanze già dal

⁷⁰ Per i singoli livelli di competenza cfr. le osservazioni nei risultati commentati della RSS 2016, pagg. 25 e 26 (disponibili in tedesco e in francese).

⁷¹ Cfr. p. es. sentenza del Tribunale federale 9C_233/2018 dell'11 aprile 2019.

⁷² Cfr. la panoramica del sistema formativo svizzero elaborata dalla SEFRI, disponibile all'indirizzo <https://www.sbf.ad-min.ch/sbfi/it/home/formazione/spazio-formativo-svizzero/sistema-formativo-svizzero.html>.

18° anno di età, un reddito senza invalidità statistico determinato secondo i principi generali. La disparità di trattamento dovuta all'attuale riduzione artificiale del reddito senza invalidità, e quindi anche del grado d'invalidità prima dei 30 anni, sarà così soppressa. Questo è molto importante, soprattutto perché proprio gli invalidi dalla nascita e quelli precoci dispongono raramente di un'assicurazione del 2° pilastro e devono dunque coprire il loro intero fabbisogno vitale con le prestazioni assicurative del 1° pilastro.

Il valore statistico centrale della RSS quale base per determinare il reddito senza invalidità copre tutte le fasce salariali per tutte le fasce d'età.

All'interno della tabella TA1_tirage_skill_level ci si basa sul valore totale di tutti i rami economici e sul totale per tutti i livelli di competenze, dato che non si può prevedere quale formazione avrebbe potuto concludere l'assicurato in assenza del danno alla salute e quale livello di competenze avrebbe raggiunto. A differenza di quanto previsto negli altri casi di applicazione della RSS, per gli invalidi dalla nascita e quelli precoci saranno tuttavia considerati i valori indipendenti dall'età, ma non differenziati a seconda del sesso, poiché per questi assicurati non esistono riferimenti ad attività già svolte.

Art. 26 cpv. 5

Se il reddito senza invalidità è inferiore di oltre il 5 per cento al salario usuale nel settore in questione secondo la tabella della RSS, va effettuata una cosiddetta parallelizzazione⁷³.

Per parallelizzazione s'intende che nell'ambito del confronto dei redditi i fattori estranei all'invalidità non sono presi in considerazione o lo sono in egual misura per entrambi i redditi. Si tratta di tutti i fattori (prevalentemente economici) che incidono negativamente sul reddito dell'assicurato già prima dell'insorgere del danno alla salute, come ad esempio un livello salariale basso sul piano regionale, la categoria di permesso di soggiorno (compresi i frontalieri) o la nazionalità, nonché condizioni personali quali le carenze linguistiche, la mancanza di una formazione professionale o l'età.

Per uniformare la prassi, si procede a un adeguamento del reddito senza invalidità al 95 per cento del valore centrale usuale nel settore corrispondente secondo la RSS.

La nuova regolamentazione è più vantaggiosa per gli assicurati, poiché in futuro non ci si dovrà più chiedere quali fattori esattamente hanno comportato un reddito inferiore alla media e, addirittura, se la persona si sia eventualmente accontentata di un tale reddito modesto⁷⁴. Si parte dunque dal presupposto che difficilmente una persona con un'attività salariata si accontenti volontariamente di un tale reddito. Di conseguenza, si dovrà effettuare automaticamente la parallelizzazione, se il reddito senza invalidità secondo il capoverso 1 sarà inferiore di oltre il 5 per cento al valore centrale usuale nel settore in questione secondo la RSS.

Garantendo la parallelizzazione automatica per i salariati, tutti i fattori che potrebbero teoricamente essere presi in considerazione anche per la deduzione dovuta al danno alla salute conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale lo saranno già in quella sede e non potranno quindi più essere considerati per deduzione in questione⁷⁵.

Art. 26 cpv. 6 lett. a

In questa lettera viene dapprima stabilito che non va effettuata alcuna parallelizzazione secondo il capoverso 5, se all'attività in questione si applica un CCL di obbligatorietà generale o un CNL e l'assicurato raggiunge il salario minimo previsto nel pertinente CCL o CNL. Questo disciplinamento corrisponde al principio sviluppato dalla giurisprudenza, secondo cui il guadagno minimo secondo un CCL riflette il reddito usuale nel settore in questione meglio del salario corrispondente della RSS⁷⁶. Si deve presupporre che il salario minimo negoziato dalle parti sociali o fissato da un'autorità non sia equiparabile a un reddito inferiore alla media.

⁷³ Cfr. DTF 135 V 58, 135 V 297.

⁷⁴ Cfr. in proposito p. es. DTF 134 V 322 consid. 4.1.

⁷⁵ Cfr. DTF 135 V 297 consid. 6.2.

⁷⁶ Cfr. sentenze del Tribunale federale 8C_537/2016 dell'11 aprile 2017 consid. 6 e 8C_141/2016 del 17 maggio 2016 consid. 5.2.2.3.

Art. 26 cpv. 6 lett. b

Non si dovrà effettuare la parallelizzazione secondo il capoverso 6, se anche per la determinazione del reddito con invalidità ci si basa sul reddito effettivo e quest'ultimo è a sua volta inferiore alla media. Per il confronto dei redditi, infatti, i fattori estranei all'invalidità non vanno presi in considerazione o devono essere considerati in egual misura per entrambi i redditi.

Art. 26 cpv. 6 lett. c

Nel caso dei lavoratori indipendenti non si può presumere che non si siano accontentati volontariamente di un tale reddito modesto. Proprio per questi lavoratori è infatti tipico che si accontentino di un reddito modesto anche per diversi anni, non da ultimo per motivi legati anche al diritto assicurativo e a quello fiscale. Al riguardo viene quindi ripresa la giurisprudenza vigente⁷⁷. Per avere un disciplinamento semplice e uniforme, nel caso dei lavoratori indipendenti sarà esclusa la parallelizzazione.

Questo non significa però automaticamente che in ogni caso si debba computare quale reddito senza invalidità un reddito insufficiente per coprire il fabbisogno vitale. In particolare nei casi in cui l'impresa è ancora molto giovane e i redditi dei primi anni non sono rappresentativi, per determinare il reddito senza invalidità va fatto eventualmente ricorso ai valori statistici⁷⁸.

Art. 26^{bis}

Il vigente articolo 26^{bis} OAI disciplina lo statuto degli assicurati in corso di formazione. In futuro questa regolamentazione sarà contenuta in forma generale nel nuovo articolo 24^{septies}.

Art. 26^{bis} cpv. 1

Secondo l'articolo 16 LPGa, il reddito con invalidità è il reddito che l'assicurato consegue dopo l'insorgere dell'invalidità e lo svolgimento delle cure mediche e di eventuali provvedimenti d'integrazione, oppure che potrebbe conseguire con un'attività ragionevolmente esigibile in una situazione equilibrata del mercato del lavoro.

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

Affinché il reddito effettivo sia computato quale reddito con invalidità, occorre che con esso l'assicurato sfrutti al meglio la sua capacità funzionale residua (cfr. anche art. 54a cpv. 3 nLAI) e che il reddito conseguito presenti una certa stabilità, in modo che non si debba procedere a una revisione poco dopo la determinazione della prestazione. Lo stato di salute deve pertanto permettere di svolgere tale attività lavorativa per un periodo prolungato. Questo fattore sostituirà gli ulteriori fattori attualmente necessari secondo la giurisprudenza⁷⁹, ovvero che il salario conseguito corrisponda alla prestazione lavorativa e che sussista un rapporto di lavoro particolarmente stabile o la possibilità di conseguire durevolmente un reddito corrispondente sul mercato del lavoro equilibrato, poiché si tratta di criteri praticamente inattuabili.

Analogamente a quanto previsto dalla giurisprudenza vigente, si dovrà poter continuare a calcolare il salario effettivamente conseguito in base al grado d'occupazione esigibile, qualora l'assicurato non sfrutti ancora pienamente la sua capacità al lavoro residua e almeno per il datore di lavoro sia possibile un aumento del grado d'occupazione⁸⁰.

Art. 26^{bis} cpv. 2

Secondo l'articolo 16 LPGa, per determinare il reddito con invalidità ci si deve chiedere nel caso specifico quanto la persona potrebbe ancora guadagnare sul mercato del lavoro equilibrato con la sua capacità funzionale residua. Analogamente a quanto previsto per il reddito senza invalidità (cfr. art. 26 cpv. 1 AP-OAI), vanno considerate la formazione e le condizioni

⁷⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.1; DTF 135 V 58.

⁷⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_148/2016 del 2 novembre 2016 consid. 2.2.

⁷⁹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_720/2012 del 11 febbraio 2013 consid. 2.3.2.

⁸⁰ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_720/2012 del 11 febbraio 2013 consid. 2.3.2.

professionali dell'assicurato nonché le qualifiche acquisite mediante la partecipazione a provvedimenti d'integrazione professionali.

Se si tratta di una persona che prima del danno alla salute lavorava con un grado d'occupazione superiore al 100 per cento e dispone quindi di un reddito senza invalidità elevato (cfr. art. 26 cpv. 1 OAI), si deve accertare se sia eventualmente ragionevolmente esigibile che anche dopo l'insorgere del danno alla salute continui a lavorare più del 100 per cento⁸¹.

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

Nel caso dei lavoratori indipendenti, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno si può eventualmente esigere l'esercizio di un'attività lucrativa dipendente, se da quest'ultima ci si può attendere una migliore valorizzazione della capacità al lavoro residua e se, tenuto conto di tutti i fattori soggettivi e oggettivi, il cambio dell'attività professionale appare ragionevolmente esigibile⁸².

Per gli assicurati invalidi dalla nascita o precoci, il reddito senza invalidità verrà determinato in base a valori statistici non differenziati a seconda del sesso (cfr. art. 26 cpv. 4 AP-OAI). Di conseguenza, diversamente da quanto previsto per gli altri casi in cui si applica la RSS, anche il reddito con invalidità sarà determinato con valori corrispondenti non differenziati a seconda del sesso (cfr. art. 25 cpv. 3 AP-OAI)⁸³.

Art. 26^{bis} cpv. 3

Per considerare i fattori dovuti all'invalidità pregiudizievoli per il salario, il Tribunale federale ha elaborato la deduzione dovuta al danno alla salute⁸⁴. Effettuata sul reddito con invalidità determinato in base alla tabella dei salari, questa deduzione arriva al massimo al 25 per cento del salario statistico.

La deduzione dovuta al danno alla salute non sarà ripresa nella sua forma attuale a livello di ordinanza e non verrà quindi più applicata. Tuttavia, le limitazioni dell'assicurato dovute al danno alla salute e le ripercussioni del lavoro a tempo parziale verranno considerate mediante le regolamentazioni esposte di seguito.

- In primo luogo nella valutazione della capacità funzionale residua dell'assicurato andranno prese sistematicamente in considerazione le limitazioni dovute al danno alla salute in senso stretto (limitazioni qualitative e quantitative nello svolgimento di un'attività lucrativa dovute a fattori medici; cfr. anche art. 49 cpv. 1^{bis} AP-OAI). Questa nuova regolamentazione migliorerà la situazione degli assicurati rispetto a oggi, in quanto la limitazione della deduzione dovuta all'invalidità al 25 per cento al massimo del salario statistico sarà soppressa.
- I fattori economici già esistenti prima dell'insorgere del danno alla salute e con un'incidenza sul reddito conseguibile (p. es. categoria di permesso di soggiorno o nazionalità) verranno considerati soltanto per la parallelizzazione del reddito senza invalidità (cfr. art. 26 cpv. 5 AP-OAI). Poiché in futuro la parallelizzazione avverrà per principio in modo più sistematico e non richiederà l'accertamento dei motivi di un reddito inferiore alla media, gli assicurati non saranno penalizzati rispetto a oggi.
- I due fattori «età» e «anni di servizio» potranno essere soppressi senza ripercussioni per gli assicurati. Il fattore «età» continuerà però a essere considerato nell'esame di un'eventuale impossibilità di valorizzare la capacità al lavoro residua sul mercato del lavoro equilibrato⁸⁵. La tabella T17 della RSS (Salario mensile lordo [valore centrale] secondo i gruppi di professioni, l'età e il sesso) indica che il fattore età non comporta una diminuzione del salario in alcuna delle categorie. Più il profilo dei requisiti richiesti (o il «livello di competenze», secondo la nuova terminologia) è basso, più il fattore «anni di servizio»

⁸¹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_766/2011 del 30 dicembre 2011 consid. 3.2.2.

⁸² Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_460/2011 del 22 settembre 2011 consid. 4 seg.

⁸³ Cfr. anche AVS 2000 pag. 82.

⁸⁴ Cfr. DTF 126 V 75.

⁸⁵ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_610/2007 del 23 ottobre 2007 consid. 4.1.

perde importanza nel settore privato⁸⁶. Inoltre, benché per la giurisprudenza sia plausibile che la perdita del posto di lavoro dopo un impiego di lunga durata comporti anche la perdita del vantaggio salariale dovuto agli anni di servizio, un rapporto di lavoro pluriennale presso uno stesso datore di lavoro può anche influire favorevolmente sul salario iniziale presso il nuovo datore di lavoro⁸⁷. Va anche rilevato che, in tutti i casi in cui si è proceduto alla parallelizzazione di un reddito senza invalidità effettivo inferiore alla media o determinato in base a un valore statistico, fattori quali la mancanza di una formazione, l'età o il numero di anni di servizio non hanno comportato una deduzione dovuta al danno alla salute, poiché altrimenti sarebbero stati considerati due volte⁸⁸.

Di conseguenza, l'unico fattore che verrà mantenuto tra quelli attualmente considerati dalla giurisprudenza per la deduzione dovuta al danno alla salute sarà il «lavoro a tempo parziale», di cui non si può tener conto in altro modo. In futuro, questo fattore sarà considerato mediante una deduzione forfettaria per il tempo parziale, basata sui valori della tabella T18 della RSS (Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il grado di occupazione, la posizione professionale e il sesso) degli anni 2008–2018. Di conseguenza, per tutti gli assicurati che a causa dell'invalidità possono lavorare soltanto al 50 per cento o meno, il salario statistico sarà ridotto in modo forfettario del 10 per cento.

Art. 27

Art. 27, rubrica

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

Art. 27 cpv. 2

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

Art. 27^{bis}

La rubrica dell'articolo 27^{bis} va adeguata, poiché l'attuale regolamentazione speciale sullo statuto delle persone che lavorano a tempo parziale o che collaborano gratuitamente nell'azienda del coniuge (art. 27^{bis} cpv. 1 OAI) sarà disciplinata dall'articolo 24^{septies} capoversi 2 e 3 lettera a AP-OAI. Nell'articolo 27^{bis} resteranno dunque soltanto le regole concernenti la valutazione del grado d'invalidità per i lavoratori a tempo parziale.

Art. 27^{bis} cpv. 1

L'articolo 27^{bis} OAI sarà ristrutturato. Il vigente capoverso 2 sarà spostato al capoverso 1, con una modifica materiale per quanto riguarda la valutazione del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale: in futuro essa sarà uguale per tutti, in modo da stabilire una soluzione uniforme e giuridicamente paritaria per tutti i lavoratori a tempo parziale. L'attività lucrativa e le mansioni consuete non lucrative sono complementari, in quanto tutto ciò che non è attività lucrativa rientra nello svolgimento dei lavori domestici. In altre parole, sommando le due parti si ottiene un valore del 100 per cento. Questa interpretazione corrisponde alla concezione dell'AI come assicurazione universale. L'attuale precisazione «assicurati che esercitano un'attività a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI» sarà stralciata per parlare soltanto di «assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale». Non saranno così menzionati i casi speciali dei lavoratori a tempo parziale senza mansioni consuete, una categoria venutasi a creare di recente in seguito alla giurisprudenza del Tribunale federale.

⁸⁶ Cfr. DTF 126 V 75.

⁸⁷ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_552/2017 del 18 gennaio 2018 consid. 5.4.1.

⁸⁸ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_774/2019 del 3 marzo 2020 consid. 8.6.

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

Art. 27^{bis} cpv. 2

La regolamentazione del vigente capoverso 3 sarà spostata al capoverso 2, che in futuro, oltre a precisare le modalità per la determinazione del reddito senza invalidità (lett. a) e per la ponderazione delle perdite di guadagno (lett. c), stabilirà che anche il reddito con invalidità va calcolato sulla base di un'attività lucrativa con un grado d'occupazione del 100 per cento (lett. b). Questo adeguamento è riconducibile al fatto che secondo la giurisprudenza è irrilevante se l'assicurato abbia o meno lavorato a un tale grado d'occupazione prima dell'insorgere del danno alla salute⁸⁹. Una volta determinato, il salario a tempo pieno va adeguato in base alla capacità funzionale attestata a livello medico (cfr. in proposito anche art. 26^{bis} cpv. 1 AP-OAI).

Art. 27^{bis} cpv. 3

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

Art. 33^{bis} cpv. 2

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

Art. 38 cpv. 2

Nel suo tenore vigente, questo capoverso fa riferimento al «diritto almeno a un quarto di rendita». Con l'introduzione del sistema di rendite lineare nell'AI, in futuro l'ammontare di una rendita d'invalidità sarà espresso in percentuali di una rendita intera e non più in quarti di rendita, ragion per cui questa espressione andrebbe sostituita. In realtà, però, il vigente capoverso 2 può essere abrogato, in quanto costituisce una semplice ripetizione dell'articolo 42 capoverso 3 LAI.

Art. 39e cpv. 5

Nel 2020 si è proceduto a un ampliamento del catalogo delle prestazioni mediche in caso di cure a domicilio, che nel quadro della presente revisione è sancito nell'articolo 3^{quinqies} capoverso 5 AP-OAI. Secondo il presente nuovo capoverso, le ore per la sorveglianza di lunga durata andranno dedotte proporzionalmente dal bisogno di aiuto per il contributo per l'assistenza. In questo modo si vuole garantire che non vi siano doppi indennizzi per la sorveglianza.

⁸⁹ Cfr. DTF 145 V 370.

Art. 39f

Art. 39f cpv. 1

Nella versione tedesca di questo capoverso si procede a un adeguamento formale della menzione dei franchi. Inoltre, conformemente alla decisione del Consiglio federale del 14 ottobre 2020 sull'adeguamento delle rendite AVS/AI all'attuale evoluzione dei prezzi e dei salari, dal 1° gennaio 2021 l'importo in franchi verrà aumentato.

Art. 39f cpv. 2

Nella versione tedesca di questo capoverso si procede a un adeguamento formale della menzione dei franchi. Inoltre, conformemente alla decisione del Consiglio federale del 14 ottobre 2020 sull'adeguamento delle rendite AVS/AI all'attuale evoluzione dei prezzi e dei salari, dal 1° gennaio 2021 l'importo in franchi verrà aumentato.

Art. 39f cpv. 3

Questa modifica non deriva dalla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, bensì dalla valutazione del contributo per l'assistenza per il periodo 2012–2016⁹⁰, che ha evidenziato il problema dell'insufficienza degli importi forfettari per il servizio notturno, nonché da un adeguamento apportato nel 2018 dalla Segreteria di Stato dell'economia (SECO). Per migliorare la situazione delle persone che si occupano dell'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o disabili a casa, nel 2018 la SECO ha pubblicato un modello che integra le disposizioni dei CNL nel settore dell'assistenza domestica con varie disposizioni. Lo scopo del CNL modello è di migliorare la situazione delle persone che garantiscono l'assistenza 24 ore su 24 di persone anziane o con un danno alla salute. Il CNL modello della SECO stabilisce che, soprattutto nel caso del servizio notturno, anche il tempo di presenza deve essere retribuito. Con l'integrazione delle nuove disposizioni della SECO nei CNL cantonali, gli attuali importi forfettari del contributo per l'assistenza per il servizio notturno non permettono ai beneficiari di questa prestazione di remunerare adeguatamente gli assistenti. L'AI deve applicare le stesse regole su tutto il territorio nazionale e non può adattarsi alle varie legislazioni cantonali, ragion per cui l'importo massimo del forfait per il servizio notturno viene adeguato in linea con il CNL modello della SECO.

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

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

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

⁹⁰ Jürg Guggisberg, Severin Bischof, «Evaluation Assistenzbeitrag 2012–2016», in *Beiträge zur sozialen Sicherheit*, rapporto di ricerca n. 8/17, Berna 2017; disponibile (in tedesco con riassunto in italiano) sul sito Internet www.ufas.admin.ch → Pubblicazioni & Servizi → Ricerca e valutazione → Rapporti di ricerca.

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

Art. 39i

Art. 39i cpv. 2

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

Art. 39i cpv. 2^{bis}

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

Art. 39i cpv. 2^{ter}

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

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

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

Art. 39j

Art. 39j cpv. 2

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

Art. 39j cpv. 3

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

Art. 41 cpv. 1 lett. e^{ter}, k e l

Art. 41 cpv. 1 lett. e

La disposizione della lettera e vigente è soppressa, poiché in futuro la pianificazione dell'integrazione avverrà nell'ambito della gestione dei casi (cfr. art. 41a AP-OAI). Inoltre, la sorveglianza dell'esecuzione dei provvedimenti d'integrazione ordinati sarà disciplinata nell'articolo 57 capoverso 1 lettera f nLAI.

La lettera e menzionerà tra i compiti degli uffici AI l'esame delle condizioni nell'ambito dell'obbligo di ridurre il danno. Nella fase di pianificazione delle tappe successive nel quadro della gestione dei casi, le condizioni per le cure mediche vanno esaminate e attuate il prima possibile (già al momento della richiesta o al momento della pianificazione dell'integrazione).

Art. 41 cpv. 1 lett. f

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

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

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

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

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

Art. 41 cpv. 1 lett. k

L'espressione «valutare l'invalidità» viene adeguata alla formulazione dell'articolo 28a nLAI, sostituendo «invalidità» con «grado d'invalidità».

Art. 41 cpv. 1 lett. l

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

Art. 41a

Art. 41a cpv. 1

Gli uffici AI provvedono a una gestione dei casi continua e uniforme per tutta la procedura dell'AI e sull'arco della vita degli assicurati, dalla nascita fino al pensionamento. Lo scopo principale della gestione dei casi è migliorare le possibilità di raggiungere gli obiettivi dei provvedimenti decisi nell'intera procedura dell'AI, svolgendoli al momento e nella misura o nel contesto opportuni e sorvegliandone l'esecuzione nonché accompagnando gli assicurati. Se nell'ambito dell'integrazione professionale la gestione dei casi rientra già tra i compiti degli uffici AI e costituisce la base per il successo dell'attività d'integrazione, essa sarà introdotta anche per i provvedimenti sanitari. Questo permetterà di porre per tempo le basi per la successiva collaborazione tra i diversi attori interessati, in modo da fornire un contributo sostanziale al successo dell'integrazione.

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

Art. 41a cpv. 2

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

Art. 41a cpv. 2 lett. a

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

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

Art. 41a cpv. 2 lett. b

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

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

Art. 41a cpv. 2 lett. c

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

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

Art. 41a cpv. 2 lett. d

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

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

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

Art. 41a cpv. 3

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

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

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

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

Art. 41a cpv. 4

L'assicurato (o il suo rappresentante legale) dovrà acconsentire all'accompagnamento dell'ufficio AI nell'ambito della gestione dei casi per i provvedimenti sanitari di cui agli articoli 12 e 13 nLAI. Per contro, non sussisterà un diritto alla gestione dei casi.

Art. 41a cpv. 5

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

Non sussisterà un diritto alla gestione dei casi esterna.

Art. 41b

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

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

Secondo queste lettere, l'elenco dovrà contenere dati sui singoli periti e centri peritali incaricati. Gli uffici AI indicheranno quelli che soddisfano i requisiti necessari.

Art. 41b cpv. 1 lett. c

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

- N. 1: il numero delle perizie eseguite, per categoria.
- N. 2: nell'ambito di una perizia, i periti valutano non solo la capacità funzionale ma anche l'incapacità al lavoro degli assicurati. Nell'ottica della maggior trasparenza possibile dei dati pubblicati, le incapacità al lavoro attestate nell'attività precedentemente svolta dagli assicurati e in un'attività adattata (in funzione della capacità comprovata) andranno indicate in percentuale di un posto a tempo pieno. Questi due dati andranno espressi in forma tabellare in fasce di decine (0–10, 11–20, 21–30 ecc.).

- N. 3: nell'ottica della qualità delle perizie, la valutazione dell'attendibilità nell'ambito di una procedura di ricorso è un criterio fondamentale. Nelle procedure di ricorso contro decisioni degli uffici AI, i tribunali devono valutare anche le basi delle medesime. In questo contesto le perizie mediche svolgono un ruolo importante, ma i tribunali devono valutare anche se esse soddisfino i requisiti di una perizia giuridicamente valida e possano quindi essere utilizzate quale base per la decisione dell'ufficio AI. In base a questa verifica dei tribunali, nell'elenco sarà indicato il numero delle perizie valutate dai tribunali, ripartite in perizie dal valore probatorio pieno, parziale o nullo.
- N. 4: andrà inoltre indicato l'importo complessivo del rimborso dell'AI che i periti o i centri peritali hanno ricevuto per i mandati peritali dal competente ufficio AI.

Art. 41b cpv. 2

I dati da indicare nell'elenco saranno rilevati dal 1° gennaio al 31 dicembre di un anno civile e saranno pubblicati in quello successivo.

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

Art. 41b cpv. 3

Il legislatore ha stabilito che ogni ufficio AI dovrà tenere e pubblicare un elenco secondo l'articolo 57 capoverso 1 lettera n nLAI. Poiché ai centri peritali sono conferiti mandati da diverse regioni linguistiche e alcuni periti operano per più uffici AI in una regione sovracantonale, nell'ottica della trasparenza è ragionevole che i singoli elenchi pubblicati dagli uffici AI vengano riuniti dall'UFAS in una panoramica nazionale e poi pubblicati in questa forma.

Art. 49 cpv. 1^{bis}

L'attuale deduzione dovuta al danno alla salute sarà presa in considerazione in varie disposizioni (cfr. in proposito il commento agli art. 26 cpv. 5 e 26^{bis} cpv. 3).

Le limitazioni dovute al danno alla salute in senso stretto, ovvero quelle qualitative e quantitative nello svolgimento di un'attività lucrativa dovute all'invalidità e comprovate a livello medico secondo l'articolo 8 LPGa, andranno sistematicamente considerate nella valutazione della capacità funzionale. Per esempio, una capacità di rendimento ridotta nel periodo di presenza ragionevolmente esigibile o un maggiore bisogno di pause andranno sistematicamente dedotti al momento dell'indicazione della capacità funzionale residua. In questo modo si tiene conto anche della giurisprudenza del Tribunale federale, secondo cui la capacità al lavoro attestata a livello medico costituisce un'indicazione della prestazione effettivamente esigibile e non dell'eventuale presenza sul posto di lavoro⁹¹.

A seconda delle circostanze, saranno necessarie ulteriori domande al medico curante, affinché il SMR possa stabilire in modo globale e plausibile la capacità funzionale residua dell'assicurato, tenendo conto di tutti i fattori medici determinanti (cfr. art. 54a cpv. 3 nLAI).

Art. 53

Art. 53 cpv. 1

Gli uffici AI cantonali seguono una dinamica di pianificazione diversa per l'esercizio e gli investimenti, il che richiede un'ottica differenziata per i due settori. In seguito alla digitalizza-

⁹¹ Cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_25/2010 del 21 maggio 2010 consid. 4.2.2.

zione dei processi con la clientela, gli investimenti sono destinati a crescere. È dunque opportuno prevedere una gestione strategica separata dei mezzi da pianificare in quest'ambito rispetto alle spese d'esercizio, facendo ricorso a strumenti di pianificazione professionali.

Art. 53 cpv. 2

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

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

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

Art. 55 cpv. 1

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

Art. 56

Art. 56 cpv. 1

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

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

Art. 56 cpv. 2

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

Art. 66

Art. 66 cpv. 1^{bis}

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

Art. 66 cpv. 2

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

Art. 69 cpv. 2

Nella versione francese,

il termine «enquête» è sostituito con «instruction». Il primo è infatti sempre meno utilizzato nella prassi dell'Al: oggi si parla ad esempio di «instruction médicale» e «instruction complémentaire» invece che di «enquête médicale» e «enquête complémentaire», ragion per cui la terminologia va aggiornata anche nel presente articolo. La versione tedesca dell'articolo 69 capoverso 2, secondo periodo utilizza il termine «Abklärung» e quella italiana il termine «sopralluogo» sin dalla sua entrata in vigore, il 1° luglio 1987⁹².

Art. 70

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

Art. 72^{bis} cpv. 1

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

Con queste misure l'informazione e la trasparenza sull'attribuzione dei mandati peritali migliorerà notevolmente rispetto a oggi, ragion per cui tutti gli assicuratori potranno continuare ad attribuire direttamente i mandati per le perizie monodisciplinari.

A seconda della complessità delle questioni mediche ancora in sospeso, l'Al può necessitare di una perizia che interessa due discipline mediche. Queste perizie bidisciplinari pongono esigenze più elevate ai periti rispetto a quelle monodisciplinari, in quanto le due perizie parziali devono essere riunite in una valutazione globale, tesa al raggiungimento di un consenso, circa le ripercussioni delle limitazioni dovute al danno alla salute. D'altra parte, però, esse non richiedono ancora una vera e propria gestione dei casi, com'è invece il caso per le perizie pluridisciplinari con tre o più discipline mediche. Non da ultimo a causa dei requisiti professionali per i periti nell'ottica del raggiungimento di un consenso, le perizie bidisciplinari vengono sempre più spesso allestite da centri peritali, perché grazie alla loro struttura i centri peritali abilitati per l'Al dispongono di una rete di medici con numerosi specialisti abituati a lavorare in modo consensuale nel quadro di perizie pluridisciplinari. Questa infrastruttura dei centri peritali, la loro esperienza nell'organizzazione di perizie complesse e le conoscenze tecniche nonché l'esperienza professionale dei loro periti fanno sì che sempre più perizie bidisciplinari vengano eseguite dai centri peritali.

Dati i requisiti professionali e strutturali richiesti per l'allestimento di perizie bidisciplinari e pluridisciplinari e al fine di garantire una procedura di attribuzione il più possibile neutrale, non è ragionevole prevedere due modalità di attribuzione diverse per gli stessi centri peritali. Le nuove basi legali prevedono pertanto che per motivi di garanzia della qualità le perizie bidisciplinari potranno in futuro essere allestite soltanto da centri peritali e i relativi mandati, come quelli per le perizie pluridisciplinari, andranno attribuiti in base al consolidato metodo aleatorio. In questo modo si garantirà che l'attribuzione di mandati per le perizie bidisciplinari e pluridisciplinari ai circa 30 centri peritali attualmente abilitati avverrà in modo uniforme secondo il metodo aleatorio, senza che gli uffici Al possano influenzare la scelta del centro peritale. Inoltre, i nuovi requisiti relativi alla qualità delle strutture e dei processi dei centri peritali farà aumentare anche i requisiti qualitativi e di garanzia della qualità.

⁹² RU 1987 456

L'attribuzione dei mandati con il metodo aleatorio, insieme con le altre prescrizioni formulate nella DTF 137 V 210, permette di fugare i timori generali di dipendenza e parzialità derivanti dalle condizioni quadro del sistema peritale⁹³. Per questi motivi, dal 2012 i mandati per le perizie pluridisciplinari vengono attribuiti con metodo aleatorio ai circa 30 centri peritali abilitati dall'Al.

Affinché i mandati per le perizie bidisciplinari possano in futuro essere attribuiti soltanto ai centri peritali e questo avvenga applicando le stesse condizioni procedurali previste per quelle pluridisciplinari, il presente capoverso 1 viene adeguato. Anche la piattaforma di attribuzione SuisseMED@P andrà adeguata di conseguenza.

Art. 72^{ter}

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

Art. 73^{bis} cpv. 2 lett. e, g e h

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

In questa lettera si procede a un adeguamento formale del concetto di «assicuratore-malattie». Come oggi, anche in futuro questo termine farà riferimento agli assicuratori secondo il previgente articolo 11 LAMal, il cui contenuto è stato ripreso negli articoli 2 e 3 della legge del 26 settembre 2014⁹⁴ sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal). Con la presente modifica viene introdotta l'espressione «assicuratore-malattie ai sensi della LVAMal». Questo adeguamento concerne anche gli articoli 88^{ter} e 88^{quater} capoverso 1 OAI.

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

Per la riuscita dei provvedimenti d'integrazione, è necessaria la partecipazione di tutte le persone e di tutti i servizi coinvolti. Per migliorare la cooperazione a questo livello, la comunicazione deve essere chiara e questi servizi e persone devono avere accesso alle informazioni essenziali. Per questo motivo, una copia del preavviso dovrà essere notificata al medico curante (lett. g; cfr. art. 66a cpv. 1 lett. c^{bis} nLAI) e agli agenti esecutori (lett. h; cfr. vigente art. 76 cpv. 1 lett. f OAI), ivi compresi i terapisti e i fornitori di mezzi ausiliari.

Nell'ambito della reintegrazione, fatta eccezione per le indennità giornaliere, un preavviso è notificato soltanto in caso di rifiuto di prestazioni o di accettazione parziale della richiesta di prestazioni. Il medico curante e gli agenti esecutori hanno così la possibilità di venire immediatamente a conoscenza della bozza di decisione dell'ufficio AI e possono quindi proporre altre soluzioni senza perdere tempo prezioso e contattare l'assicurato per consigliarlo. Tuttavia, queste persone e questi servizi non sono legittimati a formulare osservazioni al posto dell'assicurato.

Va rammentato che, se le condizioni per l'assegnazione di una prestazione sono manifestamente adempiute e le richieste dell'assicurato sono pienamente accolte, i provvedimenti possono essere accordati senza la notificazione di un preavviso o di una decisione (art. 74^{ter} OAI).

Art. 76 cpv. 1 lett. f

Questa lettera è abrogata, dato che in seguito all'inserimento, nell'articolo 73^{bis} capoverso 2 lettera h, degli agenti esecutori nell'elenco delle persone e dei servizi cui va notificato il preavviso, in futuro questi rientreranno nel campo d'applicazione dell'articolo 76 capoverso 1 lettera a.

⁹³ Cfr. in proposito DTF 137 V 210 consid. 2.4, pag. 237.

⁹⁴ RS 832.12

Art. 78 cpv. 3

Questo capoverso può essere abrogato. Il Tribunale federale ha stabilito che per una svista l'articolo 78 capoverso 3 non è stato adeguato all'articolo 45 capoverso 1 LPG⁹⁵. Il presente capoverso va dunque abrogato, dato che non esiste alcun margine di deroga all'articolo 45 capoverso 1 LPG.

Art. 79 cpv. 5

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

Art. 79^{ter}

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

Art. 79^{ter} cpv. 1

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

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

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

Art. 79^{ter} cpv. 2

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

Art. 79^{ter} cpv. 3

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

Art. 79^{ter} cpv. 4

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

Art. 79^{quater}

Art. 79^{quater} cpv. 1

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

Il rimando del secondo periodo all'articolo 59a capoverso 1 OAMal consentirà di applicare per analogia l'ordinanza del DFI del 20 novembre 2012⁹⁶ sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori. Questa regolamenta, nel caso di un modello di remunerazione di tipo DRG, la questione della simultanea trasmissione della fattura e degli insiemi di dati contenenti le indicazioni amministrative e mediche necessarie per

⁹⁵ Cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_764/2014 del 21 luglio 2015.

⁹⁶ RS 832.102.14

consentirne il controllo. Questi insiemi di dati, che contengono soltanto le variabili necessarie per determinare i gruppi di casi e controllare le fatture, devono imperativamente essere strutturati uniformemente a livello nazionale.

Art. 79^{quater} cpv. 2

Questo capoverso riprende l'articolo 59a capoverso 2 OAMal. L'ordinanza del 30 giugno 1993⁹⁷ sulle rilevazioni statistiche disciplina l'esecuzione di rilevazioni statistiche e il trattamento dei dati rilevati ai fini di allestire statistiche. Nell'allegato stabilisce gli organi responsabili di tali rilevazioni, precisandone le condizioni di realizzazione. Essa si applica alle rilevazioni totali, parziali e campionarie della Confederazione con o senza questionari nonché all'utilizzazione di dati amministrativi.

Art. 79^{quater} cpv. 3

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

Art. 79^{quater} cpv. 4

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

Art. 79^{quinquies}

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

Art. 79^{sexies}

Art. 79^{sexies} cpv. 1

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

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

Art. 79^{sexies} cpv. 2

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

Art. 88^{ter}

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

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

⁹⁷ RS 431.012.1

Art. 88^{quater}

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

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

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

Art. 88^{sexies}

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

Art. 88^{septies}

Art. 88^{septies} cpv. 1

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

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

Sia la somma dei salari provvisoria che quella effettiva verranno determinate conformemente all'articolo 115a capoversi 1 e 2 AP-OAINF.

Art. 88^{septies} cpv. 2

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

Art. 88^{octies}

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

Art. 89^{ter} cpv. 1

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

Art. 90

Art. 90 cpv. 2

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

Art. 90 cpv. 2^{bis}

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

Art. 91 cpv. 1

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

Art. 96^{bis}

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

Art. 96^{bis} cpv. 1

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

Art. 96^{bis} cpv. 2

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

Art. 96^{ter}

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

Art. 96^{ter} cpv. 1

Le prestazioni auspiccate o necessarie dell'organo cantonale sono soprattutto il rilevamento tempestivo e una stretta collaborazione con l'ufficio AI, ma vi possono rientrare anche altre prestazioni. Il contributo all'organo di coordinamento cantonale dipende dalle prestazioni da esso fornite: se questo svolge sia il rilevamento tempestivo che l'accompagnamento di giovani con un danno alla salute, deve sostenere un onere maggiore rispetto al caso in cui si facesse carico di una sola di queste prestazioni, il che si rifletterà anche nell'importo del relativo contributo.

Art. 96^{ter} cpv. 2

I Cantoni (e di conseguenza i loro uffici AI) saranno suddivisi in cinque categorie, ognuna delle quali darà diritto a un contributo fisso diverso, in funzione della loro quota della popolazione residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni. Questi contributi consentiranno di finanziare 0,25 posti equivalenti a tempo pieno (ETP), 0,5 ETP, 0,75 ETP, 1 ETP o al massimo 2 ETP nel Cantone più popoloso (al riguardo cfr. anche la tabella al n. 2.1). Con questa chiave di ripartizione si eviteranno contributi esigui, di scarsa utilità. L'UFAS preciserà la chiave di ripartizione e la aggiornerà ogni tre anni.

Art. 96^{ter} cpv. 3

Il contributo finanziario agli organi di coordinamento cantonali secondo l'articolo 68^{bis} capoverso 1^{bis} nLAI va definito sul lungo periodo e in funzione del bisogno. In base all'articolo 68^{bis} capoverso 1^{quater} nLAI, l'importo massimo sarà limitato a due ETP e dipenderà dalla

quota della popolazione cantonale residente permanente di età compresa tra i 13 e i 25 anni. Il presupposto è che un Cantone con un maggior numero di giovani registri un numero più elevato di giovani con problematiche multiple e danni alla salute. La lettera b collega la lettera a con le prescrizioni dell'articolo 68^{bis} capoverso 1^{quater} nLAI. In base alle prestazioni previste, gli uffici AI potranno richiedere all'UFAS, nel quadro della procedura di preventivo ordinaria, il contributo corrispondente alla loro categoria (cfr. commento al cpv. 2).

Art. 96^{quater}

Questo nuovo articolo contiene criteri minimi per i provvedimenti preparatori cantonali cofinanziati dall'AI, tenuto conto della LFPr e dell'impostazione degli altri provvedimenti preparatori per i giovani previsti nella LAI (cfr. figura al n. 2.1).

Art. 96^{quater} cpv. 1

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

Art. 96^{quater} cpv. 2

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

Art. 96^{quater} cpv. 3

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

Art. 98^{bis}

In seguito all'adeguamento della norma di responsabilità, questa includerà in futuro anche provvedimenti dell'AI che si svolgono del tutto o in parte nel mercato del lavoro secondario. Dalla volontà del legislatore si evince che la nuova regolamentazione in materia di responsabilità si applicherà soltanto ai provvedimenti eseguiti nel mercato del lavoro primario e senza contratto di lavoro o di tirocinio. Negli altri casi, le questioni di responsabilità saranno disciplinate dal diritto del lavoro secondo il Codice delle obbligazioni o tramite l'assicurazione di responsabilità civile aziendale dell'impresa in questione.

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

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

Art. 98^{ter}

Art. 98^{ter} cpv. 1

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

Art. 98^{ter} cpv. 2

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

Art. 98^{ter} cpv. 3

Le richieste andranno presentate all'UFAS, che stabilirà le informazioni da fornire e metterà a disposizione delle organizzazioni un apposito modulo.

Art. 98^{ter} cpv. 4

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

Art. 98^{quater}

Art. 98^{quater} cpv. 1

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

Art. 98^{quater} cpv. 2

Grazie a questi criteri si potrà fare una distinzione tra le convenzioni di collaborazione di cui all'articolo 68^{sexies} nLAI e i progetti pilota di cui all'articolo 68^{quater} LAI.

Art. 98^{quater} cpv. 3

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

La partecipazione finanziaria dell'AI andrà coordinata con gli altri aiuti finanziari previsti dalla LAI o da altre leggi federali, in particolare dalla legge del 13 dicembre 2002⁹⁸ sui disabili (LDis), dalla LADI, dalla LFPr e dalla legge federale del 16 dicembre 2005⁹⁹ sugli stranieri e la loro integrazione (LStrI).

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

Capo ottavo: Gli aiuti finanziari per la promozione dell'aiuto agli invalidi

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

⁹⁸ RS 151.3

⁹⁹ RS 142.20

Art. 108

Rubrica

In questo e negli articoli seguenti, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari». Secondo la LSu, il termine «sussidi» include segnatamente gli aiuti finanziari e le indennità. I sussidi di cui all'articolo 74 LAI sono però versati esclusivamente sotto forma di aiuti finanziari, ragion per cui si procede a questo adeguamento terminologico.

Art. 108 cpv. 1

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento alla rubrica). Inoltre, il termine «offerte» è sostituito con «prestazioni», in modo da armonizzare la terminologia con quella adottata nella disposizione sugli aiuti finanziari per la promozione dell'aiuto agli invalidi. Questa modifica non ha ripercussioni materiali sul presente capoverso.

Art. 108 cpv. 1^{ter}

In considerazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità¹⁰⁰, in futuro anche la promozione dell'inclusione sarà una condizione per il diritto agli aiuti finanziari. In questo modo si intende far sì che gli aiuti finanziari siano maggiormente destinati all'inclusione delle persone con disabilità e che le istituzioni beneficiarie siano chiamate ad assumersi le proprie responsabilità, prestando molta più attenzione agli obiettivi della Convenzione nelle loro prestazioni e in quanto imprese. Per sottolineare l'importanza di questa condizione, la si formula in un capoverso a sé stante. Per il versamento degli aiuti finanziari va posto l'accento sui punti seguenti:

- sostenere le prestazioni esistenti e dimostratesi efficaci;
- promuovere miglioramenti e ottimizzazioni ponendo al centro dell'attenzione:
 - il potenziamento delle risorse delle persone interessate affinché possano conoscere meglio i propri diritti e doveri ed esercitarli (aiuto all'autoaiuto, *empowerment*),
 - l'abbattimento delle barriere,

lo sviluppo e il finanziamento di prestazioni inclusive.

Art. 108 cpv. 2

Si tratta di una modifica puramente formale: in futuro si utilizzerà il termine «legge sui sussidi». Inoltre, anche in questo capoverso il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento alla rubrica).

Art. 108^{bis}

Art. 108^{bis} cpv. 1

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento alla rubrica dell'art. 108). L'espressione «in modo finalizzato ed economico» viene soppressa e inserita, con un adeguamento terminologico, nel capoverso 1^{bis}.

Art. 108^{bis} cpv. 1^{bis}

In questo capoverso vengono riprese le condizioni di appropriatezza (attualmente «in modo finalizzato») ed economicità del vigente capoverso 1, cui sono aggiunti gli aggettivi «moderne» e «mirate». In questo modo si chiarisce che le prestazioni dovranno essere adeguate al bisogno del momento e orientate al gruppo target che l'AI intende promuovere secondo l'articolo 108 OAI. Queste condizioni sono in linea con l'indirizzo generale da raggiungere con l'ordine di priorità. Inoltre, danno maggiore importanza alla fornitura delle prestazioni.

Art. 108^{ter}

Art. 108^{ter} cpv. 1

La condizione indicata in questo capoverso riguarda gli aiuti finanziari in generale (prestazioni esistenti e progetti).

¹⁰⁰ RS 0.109

L'aggiunta del riferimento all'articolo 108 OAI è necessaria dato lo stretto legame tra la copertura del bisogno, la fornitura delle prestazioni e i fornitori di prestazioni.

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento alla rubrica dell'art. 108).

Art. 108^{ter} cpv. 2–4

A causa di problemi emersi nella prassi, il contenuto del vigente capoverso 2 va disciplinato più dettagliatamente in capoversi separati (cpv. 2–4). Per poter adempiere le condizioni di cui all'articolo 14 capoverso 1 LSu, secondo cui sono computabili soltanto le spese effettivamente sopportate, per l'UFAS è imperativo potersi fare un quadro corretto e trasparente dei conti annuali delle singole organizzazioni mantello (*true and fair view*). Il termine «contabilità» include prescrizioni sulla contabilità finanziaria e prescrizioni di conteggio dettagliate per la contabilità aziendale. La contabilità delle organizzazioni mantello deve dunque riflettere le condizioni effettive (*true and fair*). Le informazioni della contabilità finanziaria sono una base fondamentale per ulteriori dettagli, in particolare per la contabilità analitica. Questa rappresentazione costituisce dunque la base fondamentale per la verifica dei dati del reporting. L'UFAS disciplina i dettagli mediante circolari, tenendo conto delle dimensioni delle diverse organizzazioni.

Nell'ambito della garanzia della qualità, queste ultime sono tenute ad analizzare e riesaminare regolarmente le proprie prestazioni nonché la loro ripartizione e ponderazione, nel quadro dei relativi contratti, e ad adeguarle dove necessario (processo di miglioramento continuo). Le prestazioni devono rispondere a un bisogno reale e devono essere orientate al gruppo target delle persone che beneficiano di un provvedimento dell'AI.

Art. 108^{quater}

Questo articolo viene riformulato. Per «importo massimo» si intendono i «limiti massimi dei sussidi previsti dall'articolo 74» LAI ai sensi dell'articolo 75 nLAI. Il valore iniziale dell'importo massimo viene fissato complessivamente a 544 milioni di franchi (livello dell'indice di base IPC 12.2019), il che corrisponde al volume contrattuale per le prestazioni secondo l'articolo 74 LAI del periodo contrattuale 2020–2023, escludendo però i 20 milioni di franchi destinati alle prestazioni secondo l'articolo 101^{bis} LAVS. Gli aiuti finanziari continueranno a essere fissati per tutta la durata del periodo contrattuale, come avviene oggi. Per principio, un periodo contrattuale avrà una durata quadriennale. Gli aiuti finanziari saranno versati in rate annue d'importo medio pari a 136 milioni di franchi. Come già oggi, il versamento annuo potrà variare nel corso del periodo contrattuale, poiché le organizzazioni potranno compensare negli anni successivi le prestazioni non fornite in un determinato anno. Durante il periodo contrattuale andranno versati acconti (cfr. art. 110 cpv. 4 AP-OAI).

L'importo massimo viene fissato esplicitamente quale importo, poiché le prestazioni di aiuto privato ai disabili così sovvenzionate sono fornite sussidiariamente a quelle dei Cantoni (cfr. art. 112c Cost.) e hanno dunque carattere politico. Dato che in virtù delle prescrizioni legali vigenti può concedere aiuti finanziari soltanto a organizzazioni mantello attive a livello nazionale o di regione linguistica, l'UFAS non è in grado di influenzare direttamente la ripartizione tra i Cantoni. Ci si attende quindi che siano le organizzazioni mantello a garantire un'adeguata ripartizione delle prestazioni su tutto il territorio. Di conseguenza, occorre un certo coordinamento tra i Cantoni e le organizzazioni mantello. Anche per questo motivo ha senso che l'importo massimo sia fissato esplicitamente. Spetterà al Consiglio federale decidere future variazioni di questo importo al di fuori dell'adeguamento al rincaro.

L'importo di 544 milioni di franchi corrisponde all'importo massimo per il periodo contrattuale 2024–2027 e verrà adeguato all'eventuale rincaro per ogni periodo contrattuale successivo (analogamente a quanto previsto dal vigente art. 108^{quater} cpv. 1 OAI), sulla base del dicembre anteriore all'anno precedente l'inizio del periodo contrattuale (esempio: per il periodo contrattuale 2024–2027, sulla base del dicembre 2022). L'adeguamento al rincaro sarà effettuato dall'UFAS.

Art. 108^{quinquies}**Art. 108^{quinquies} cpv. 1**

Per le prestazioni esistenti e per i progetti del periodo contrattuale precedente sarà stanziato il 97 per cento dell'importo complessivo di 544 mio. franchi.

Art. 108^{quinquies} cpv. 2

Le richieste per mantenere le prestazioni esistenti vanno inoltrate all'UFAS (nell'ultimo anno di un periodo contrattuale). Se gli aiuti finanziari richiesti superano il 97 per cento dell'importo massimo stabilito, quelli richiesti per le prestazioni esistenti secondo l'articolo 108^{sexies} capoverso 1 lettera a AP-OAI verranno ridotti in percentuale fino al raggiungimento di quell'importo.

Gli esempi di calcolo seguenti mostrano come il superamento dell'importo massimo inciderebbe sulla somma contrattuale delle singole organizzazioni mantello. I calcoli si basano su un volume complessivo massimo di 527,68 milioni di franchi (97 % di 544 mio. fr.), conformemente all'articolo 108^{quinquies} capoverso 1 AP-OAI. Per gli esempi si presume un superamento di 6 milioni di franchi di questo volume complessivo a causa di progetti trasferiti dal periodo contrattuale precedente.

La riduzione lineare ammonterebbe in questo caso all'1,137 per cento (6 mio. fr. su 527,68 mio. fr.) e sarebbe applicata come segue (per ragioni di comprensibilità, le cifre degli esempi sono arrotondate a 1000 fr.):

Esempio 1: organizzazione mantello senza progetti trasferiti

Somma contrattuale del periodo precedente	15 920 000 fr.
<u>Somma derivante da prestazioni sostituite</u>	<u>0 fr.</u>
Somma intermedia (base per la riduzione)	15 920 000 fr.
<u>Riduzione lineare dell'1,137 %</u>	<u>181 000 fr.</u>
Somma intermedia	15 739 000 fr.
<u>Nuove prestazioni da progetti trasferiti</u>	<u>0 fr.</u>
Somma contrattuale del nuovo periodo	15 739 000 fr.

Esempio 2: organizzazione mantello con progetti trasferiti che sostituiscono altre prestazioni

Somma contrattuale del periodo precedente	15 920 000 fr.
<u>Somma derivante da prestazioni sostituite</u>	<u>1 400 000 fr.</u>
Somma intermedia (base per la riduzione)	14 520 000 fr.
<u>Riduzione lineare dell'1,137 %</u>	<u>165 000 fr.</u>
Somma intermedia	15 755 000 fr.
<u>Nuove prestazioni da progetti trasferiti</u>	<u>0 fr.</u>
Somma contrattuale del nuovo periodo	15 755 000 fr.

Esempio 3: organizzazione mantello con progetti trasferiti senza sostituzione di prestazioni proprie

Somma contrattuale del periodo precedente	15 920 000 fr.
<u>Somma derivante da prestazioni sostituite</u>	<u>0 fr.</u>
Somma intermedia (base per la riduzione)	15 920 000 fr.
<u>Riduzione lineare dell'1,137 %</u>	<u>181 000 fr.</u>
Somma intermedia	15 739 000 fr.
<u>Nuove prestazioni da progetti trasferiti</u>	<u>920'000 fr.</u>
Somma contrattuale del nuovo periodo	16 659 000 fr.

Art. 108^{quinquies} cpv. 3

Se il 97 per cento dell'importo massimo non verrà esaurito, l'importo residuo rimarrà presso il Fondo di compensazione AI e non sarà riportato al nuovo periodo contrattuale.

Art. 108^{quinquies} cpv. 4

Il rimanente 3 per cento dell'importo massimo sarà stanziato per progetti secondo l'articolo 108^{septies} AP-OAI. Se alla fine di un periodo contrattuale l'importo non sarà esaurito, l'importo residuo rimarrà presso il Fondo di compensazione AI e non sarà riportato al nuovo periodo contrattuale. Se gli aiuti finanziari richiesti per progetti supereranno il 3 per cento dell'importo massimo stabilito, si procederà a una valutazione conformemente all'articolo 108^{septies} AP-OAI.

Art. 108^{sexies}

In questo articolo si definisce il concetto di «prestazioni esistenti». Si tratta di prestazioni già sostenute con aiuti finanziari nel periodo contrattuale precedente e ancora offerte. Queste sono indicate in quanto tali nel contratto già nel quadro delle relative trattative. Per «prestazioni esistenti» si intendono anche quelle che sono state perfezionate nel quadro di progetti e possono quindi essere sostituite con prestazioni migliori.

Le prestazioni nuove sono invece valutate nel quadro di progetti e, se del caso, integrate nei contratti in corso.

Art. 108^{septies}

Art. 108^{septies} cpv. 1

In questo capoverso si definisce il termine «progetti»: questi devono promuovere lo sviluppo di nuove prestazioni efficaci o il perfezionamento di prestazioni esistenti. In caso di valutazione positiva, questi saranno integrati nelle prestazioni esistenti. I progetti dovranno in particolare promuovere l'inclusione, concentrandosi in primo luogo su bambini, adolescenti e giovani adulti nonché persone affette da malattie psichiche.

Art. 108^{septies} cpv. 2

L'UFAS stabilirà in un'ordinanza propria l'impostazione dell'ordine di priorità da adottare per i progetti, in modo da poter reagire con maggiore flessibilità in funzione del bisogno dei gruppi target. Disciplinerà inoltre la valutazione qualitativa e la procedura per l'approvazione dei progetti fino all'esaurimento delle risorse disponibili (importo massimo). Una volta esaurite le risorse, non potranno più essere approvate richieste di sussidi. Le risorse stanziare per i progetti e non utilizzate scadranno alla fine di un periodo contrattuale (cfr. art. 108^{quinquies} cpv. 4 AP-OAI).

Art. 108^{septies} cpv. 2 lett. a

Obiettivi e condizioni saranno definiti concretamente nell'ordinanza dell'UFAS, che elaborerà una griglia di valutazione.

Art. 108^{septies} cpv. 2 lett. b

L'UFAS stabilirà mediante un'ordinanza propria i principi da seguire per la valutazione dei progetti. Le valutazioni dovranno garantire che soltanto i progetti efficaci vengano integrati nell'attività ordinaria.

Art. 110

I capoversi 1–3 derivano dai vigenti capoversi 1 e 2.

Art. 110 cpv. 1

In questo capoverso verranno in futuro menzionati anche i progetti. Il secondo periodo del vigente capoverso 1 è spostato al capoverso 2 lettera a.

Art. 110 cpv. 2

L'UFAS stabilirà quali documenti vanno presentati in vista della conclusione del contratto per la concessione di aiuti finanziari e durante il periodo contrattuale (lett. a). Il termine per l'inoltro dei documenti durante il periodo contrattuale (lett. b) sarà ridotto da sei a quattro mesi, in modo da accelerare la procedura. Questo permetterà di disporre più rapidamente dei dati relativi ai futuri pagamenti e periodi contrattuali.

Art. 110 cpv. 3

In caso di inosservanza del termine ordinario o prorogato per l'inoltro dei documenti senza ragioni valide, i pagamenti verranno sospesi. Sarà applicabile la LSu.

Art. 110 cpv. 4

Per principio gli aiuti finanziari saranno versati in due acconti annui. Alla conclusione del periodo contrattuale si effettuerà un conguaglio (come previsto nel vigente cpv. 3). In futuro, l'UFAS potrà modificare il piano di pagamento, se vi sono validi motivi. L'esperienza mostra che ad oggi l'UFAS non può reagire con sufficiente flessibilità a situazioni particolari delle organizzazioni. Ad esempio, in caso di dati errati o mancanti che non vengono corretti o forniti entro un termine utile, gli acconti successivi andrebbero sospesi o ridotti.

Il vigente articolo 110 capoverso 4 OAI è abrogato. In futuro, infatti, l'importo determinante degli aiuti finanziari sarà l'importo massimo di cui all'articolo 108^{quater} capoverso 1 AP-OAI. Non saranno più previste prestazioni più estese. La fornitura di prestazioni nuove o perfezionate potrà essere richiesta nel quadro di progetti.

Art. 110 cpv. 5

Il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari» (cfr. commento alla rubrica dell'art. 108). Non vengono apportate modifiche materiali.

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

a. Indennità giornaliera

Come menzionato nel messaggio concernente la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI¹⁰¹, il nuovo sistema si applicherà a tutte le prime formazioni professionali iniziate dopo l'entrata in vigore del nuovo disciplinamento. Farà stato unicamente l'inizio effettivo della formazione in questione (primo giorno di formazione).

b. Valutazione del grado d'invalidità

Con la presente modifica vengono adeguate le prescrizioni concernenti la determinazione del reddito senza invalidità per gli invalidi dalla nascita e quelli precoci (cfr. art. 26 cpv. 3 e 4 AP-OAI).

La soppressione delle fasce d'età previste nel vigente articolo 26 capoverso 1 OAI consentirà il computo di un reddito senza invalidità più elevato per gli assicurati di età inferiore ai 30 anni. Per evitare di penalizzare gli attuali beneficiari di rendita di questa fascia d'età, il loro diritto alla rendita andrà rivisto. In caso contrario, infatti, non essendo più in vigore la pertinente disposizione di ordinanza, non vi sarebbe più l'adeguamento automatico in base alle fasce d'età.

Questo riguarda sia le persone che non hanno potuto concludere una formazione professionale nonostante tutti gli sforzi dell'AI, per le quali in futuro sarà computato un valore mediano senza graduazione in funzione dell'età, sia quelle che, pur avendo ottenuto un titolo secondo la LFPr si sono viste computare un reddito senza invalidità secondo la disposizione vigente dell'articolo 26 capoverso 1 OAI, alle quali in futuro verrà computato il reddito statistico per il titolo professionale corrispondente. La soppressione delle fasce d'età garantirà di regola a questi assicurati un reddito senza invalidità pari, se non superiore, a quello determinato secondo il calcolo attuale.

¹⁰¹ FF 2017 2191, in particolare pag. 2335.

c. Sistema di rendite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso dei medicinali inseriti nella CPSI che non sono stati ammessi nell'EFIC, la convenzione conclusa tra l'UFAS e il titolare dell'omologazione continuerà ad applicarsi fino all'ammissione del medicamento in questione nell'ES-IC o fino alla scadenza della convenzione. I medicinali in questione verranno stralciati dalla CPSI nel momento in cui saranno stati ammessi nell'ES-IC. In base all'articolo 14^{ter} capoverso 5 nLAI, in linea di massima non vi sarà più alcun margine discrezionale per l'assunzione dei costi in virtù dell'inserimento in una circolare. Le convenzioni in essere con i titolari dell'omologazione resteranno però momentaneamente in vigore, cosicché sarà garantita l'assunzione dei costi mediante l'applicazione per analogia dell'articolo 71b OAMal.

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

f. Diritto applicabile ai contratti secondo l'articolo 74 LAI

Questa disposizione transitoria è necessaria, poiché per il periodo 2020–2023 sono già stati conclusi contratti per la concessione di aiuti finanziari, per i quali le disposizioni giuridiche previgenti dovranno continuare ad applicarsi fino alla scadenza del contratto. Il nuovo ordine di priorità potrà quindi essere adottato soltanto per un nuovo periodo contrattuale (ovvero dal 1° gennaio 2024). Occorre dunque che le nuove disposizioni entrino in vigore già prima dell'inizio del nuovo periodo contrattuale affinché l'UFAS possa emanare per tempo le disposizioni necessarie per i progetti secondo l'articolo 108^{septies} AP-OAI. È dunque ragionevole prevedere un'entrata in vigore anteriore al 2024, considerando anche che l'UFAS potrà così concludere contratti per un nuovo periodo contrattuale dal 1° gennaio 2024 in base alle nuove disposizioni già prima del 31 dicembre 2023.

Per contro, per ragioni di tempo non è ideale approvare progetti già dal 2022 e svolgere le relative valutazioni per il 2024, dato che le basi necessarie per le trattative contrattuali del periodo 2024–2027 (p. es. volume contrattuale ed eventuali riduzioni) dovrebbero già essere disponibili all'inizio del 2023.

3.2 Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite

Nel quadro della presente revisione, l'OIC viene abrogata e reimpostata quale ordinanza dipartimentale (OIC-DFI; cfr. n. 3.9). Le regolamentazioni vigenti dell'OIC vengono prevalentemente riprese nella LAI e nell'OAI.

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

Si rinuncia a emanare disposizioni d'esecuzione relative all'articolo 14 capoverso 2 nLAI, poiché la concretizzazione dei criteri EAE è molto ampia e tecnica. Questa dovrà dunque avvenire al livello della CPSI. Per garantire la coerenza tra l'AOMS e l'AI, andrà inoltre applicato per analogia nell'AI il documento di lavoro dell'UFSP sull'operazionalizzazione dei criteri EAE¹⁰². Conformemente a quanto deciso dal Parlamento, si può rinunciare anche alla menzione dell'ultima frase dell'articolo 14 capoverso 2 nLAI concernente le malattie rare, poiché dalle deliberazioni parlamentari è emerso che questa ha un carattere meramente dichiaratorio.

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

Art. 7j

L'articolo 44 nLPGA disciplina la procedura per l'attribuzione dei mandati peritali. Il presente articolo stabilisce che l'assicuratore dovrà verificare gli eventuali motivi di ricusazione fatti valere dall'assicurato nei confronti del perito incaricato. Se l'assicuratore confermerà il perito nonostante la richiesta di ricusazione, dovrà comunicarlo mediante una decisione incidentale. Tuttavia, prima di arrivare a tale decisione, si dovrà cercare di raggiungere un accordo

¹⁰² Disponibile (in tedesco e in francese) sul sito Internet www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Designazione delle prestazioni > Procedure di domanda > Procedure di domanda: prestazioni generali > Documenti.

tra l'assicuratore e l'assicurato. La presente disposizione di ordinanza precisa la procedura di conciliazione da seguire.

Art. 7j cpv. 1

Nell'ambito dell'attribuzione di un mandato per una perizia medica mediante trattativa privata, l'assicuratore designerà i periti necessari nel caso specifico. L'assicurato potrà far valere motivi di ricazione contro questi periti e rifiutarli. In virtù dell'articolo 44 capoverso 2 nLPGA, potrà inoltre presentare controproposte. In questo caso, l'assicuratore sarà tenuto a verificare i motivi di ricazione. Nell'ottica di una determinazione consensuale dei periti, si dovrà dunque sempre cercare, nei limiti del possibile, un accordo tra l'assicuratore e l'assicurato. Questo avverrà nel quadro di una procedura di conciliazione.

Art. 7j cpv. 2

Il tentativo di conciliazione potrà essere effettuato in forma orale nel quadro di un colloquio e dovrà essere debitamente verbalizzato. A prescindere dalla forma in cui si svolgerà (orale o scritta), andrà inoltre documentato negli atti conformemente all'articolo 46 LPGA. La possibilità di un tentativo di conciliazione non farà tuttavia venir meno la competenza dell'assicuratore di designare i periti. Continuerà quindi ad applicarsi la giurisprudenza vigente, secondo cui gli assicurati non hanno il diritto di scegliere un perito¹⁰³.

Se l'assicuratore e l'assicurato giungeranno a un accordo su un nuovo perito, la procedura si concluderà¹⁰⁴. Se invece l'assicuratore confermerà il perito inizialmente previsto, dovrà emanare una decisione incidentale secondo l'articolo 44 capoverso 4 nLPGA.

Art. 7j cpv. 3

L'attribuzione dei mandati con metodo aleatorio permette di fugare i timori generali di dipendenza e parzialità derivanti dalle condizioni quadro del sistema peritale¹⁰⁵. In questo modo non è più possibile accusare gli assicuratori di scegliere i periti nell'ottica dei risultati. Sebbene le riserve generali diventino prive di fondamento, anche con l'introduzione del metodo aleatorio le parti interessate devono prendere in considerazione le eventuali obiezioni relative ai casi specifici. L'assicurato continuerà quindi ad avere la possibilità di ricusare i periti per i motivi di cui all'articolo 36 capoverso 1 LPGA. In questo caso, l'assicuratore dovrà verificare i motivi di ricazione, ma non sarà necessario effettuare un tentativo di conciliazione¹⁰⁶, poiché altrimenti si instaurerebbe una scelta dei periti orientata ai risultati, che è proprio quello che si vuole evitare con il metodo aleatorio¹⁰⁷.

Art. 7k

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

Art. 7k cpv. 1

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

Il presente capoverso prevede dunque l'obbligo dell'assicuratore di informare l'assicurato, all'annuncio della perizia, in merito alla facoltatività della registrazione.

¹⁰³ Cfr. DTF **132** V 93 consid. 6.5.

¹⁰⁴ FF **2017** 2191, in particolare pagg. 2338–2339.

¹⁰⁵ Cfr. DTF **137** V 210 consid. 2.4, pag. 237.

¹⁰⁶ Cfr. FF **2017** 2191, in particolare pagg. 2338–2339.

¹⁰⁷ Cfr. DTF **139** V 349 consid. 5.2, pag. 354.

Art. 7k cpv. 2

Se l'assicurato intenderà rinunciare alla registrazione del colloquio, dovrà confermarlo all'assicuratore in forma scritta, se possibile prima dello svolgimento della perizia. A tal fine, all'annuncio della perizia l'assicuratore dovrà inviare all'assicurato un apposito modulo da compilare e rinviargli prima della perizia. L'assicuratore metterà quindi agli atti la dichiarazione di rinuncia e la inoltrerà al perito. In questo modo si garantirà che tutte le parti interessate siano informate, prima della perizia, sulla volontà di registrare o meno il colloquio e di mettere o meno agli atti la registrazione.

A seconda delle circostanze, l'assicurato potrà prendere la decisione di rinuncia anche immediatamente prima del colloquio o, a seconda del suo svolgimento, dopo la fine del medesimo. In questo caso, la dichiarazione di rinuncia andrà firmata direttamente presso il perito, che la inoltrerà all'assicuratore affinché sia messa agli atti.

Nel caso di una rinuncia nel quadro di una perizia bidisciplinare o pluridisciplinare, dalla dichiarazione dovrà risultare chiaramente il perito presso il quale l'assicurato ha rinunciato alla registrazione su supporto audio.

Art. 7k cpv. 3

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

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

Art. 7k cpv. 4

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

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

Art. 7k cpv. 5

In futuro una perizia potrà essere impiegata soltanto se sia essa che la registrazione del colloquio saranno state messe agli atti. Andrà pertanto garantito che subito dopo la perizia il perito controlli se il colloquio sia stato registrato integralmente e se possa essere riprodotto senza problemi tecnici e le parole dell'assicurato e del perito siano ben udibili.

In questo modo si intende far sì che in caso di difetti o registrazione incompleta o di qualità insufficiente si possa rimediare già presso il perito, con il consenso e il coinvolgimento dell'assicurato, completando o eventualmente ripetendo il colloquio.

Al ricevimento della perizia e del colloquio, l'assicuratore dovrà poter presumere che essi siano completi e possano essere messi agli atti correttamente.

Art. 7k cpv. 6

Per principio, in futuro la registrazione su supporto audio del colloquio tra l'assicurato e il perito sarà parte integrante della perizia. Per poter adempiere l'elevato obbligo di diligenza ne-

cessario nel trattamento di questi dati degni di particolare protezione, le registrazioni su supporto audio dovranno poter essere ascoltate soltanto nel quadro di una procedura d'opposizione secondo l'articolo 52 LPGa, di una procedura di preavviso secondo l'articolo 57a LAI, in fase di revisione e riconsiderazione secondo l'articolo 53 LPGa, in una procedura di ricorso cantonale secondo gli articoli 56 segg. LPGa e nel quadro del contenzioso dinanzi al Tribunale federale secondo l'articolo 62 LPGa. In questo modo si garantisce che le registrazioni su supporto audio verranno ascoltate unicamente in caso di controversia. Non saranno ammessi altri impieghi, in particolare un'analisi della registrazione su supporto audio. Se la perizia è incontestata, le registrazioni su supporto audio non verranno utilizzate e si eviterà quindi che vengano ascoltate da terzi.

Art. 7I

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

Art. 7I cpv. 1 lett. a

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

L'aggiornamento è un obbligo professionale derivante dal titolo di medico specialista. Per quanto concerne i diplomi di aggiornamento necessari, lo stato delle conoscenze sulla prassi attuale può essere verificato tramite l'elenco dei medici della Federazione dei medici svizzeri (FMH)¹⁰⁸.

Art. 7I cpv. 1 lett. b

Dal 1° gennaio 2018, in seguito alla revisione della legge del 23 giugno 2006¹⁰⁹ sulle professioni mediche, tutte le persone che esercitano una professione medica universitaria in Svizzera devono essere iscritte nel registro delle professioni mediche (MedReg)¹¹⁰. Questo registro fornisce informazioni alle autorità cantonali competenti per il rilascio delle autorizzazioni per quanto concerne i diplomi e i titoli di perfezionamento di tutte le persone, svizzere e straniere, che esercitano la loro professione medica in Svizzera. In questo modo il MedReg sostiene i Cantoni nella vigilanza su queste persone e garantisce che tutte le autorità di vigilanza cantonali abbiano accesso a tutti i dati inerenti alle autorizzazioni (comprese le eventuali misure disciplinari) degli altri Cantoni.

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

Art. 7I cpv. 1 lett. c

In Svizzera i medici che esercitano un'attività indipendente necessitano di un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione. In questa categoria rientrano anche i medici con un

¹⁰⁸ Disponibile all'indirizzo <https://doctorfmh.ch/>.

¹⁰⁹ Disponibile all'indirizzo <https://www.medregom.admin.ch/>.

¹¹⁰ RS 811.11

rapporto di lavoro dipendente, se esercitano la loro attività sotto la propria responsabilità professionale (p. es. primari, medici responsabili di un servizio, medici alle dipendenze di persone giuridiche).

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

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

Art. 71 cpv. 1 lett. d

Oltre a formazione, perfezionamento e aggiornamento rilevanti dal punto di vista professionale, i periti dovranno disporre anche di esperienza clinica. In linea con i requisiti posti ai medici di fiducia nell'AOMS (cfr. art. 57 LAMal), anche i periti attivi nell'ambito delle perizie mediche dovranno vantare un'esperienza clinica di almeno cinque anni in uno studio medico o aver rivestito una funzione medica direttiva in un ospedale. In questo modo si garantirà che i periti abbiano un rapporto con l'attività pratica di medico curante. I periti dovranno provare agli assicuratori di soddisfare questo requisito nel quadro del loro curriculum professionale.

Art. 71 cpv. 2

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

In Svizzera lo sviluppo interdisciplinare della medicina assicurativa è garantito dalla Swiss Insurance Medicine (SIM), che propone perfezionamenti e aggiornamenti nel settore. Associazione di diritto privato, la SIM è stata incaricata nel 2004 dalla FMH di occuparsi della formazione dei periti medici. Da allora propone una formazione modulare per i periti, che si conclude con il rilascio di un certificato. I moduli sono elaborati con il coinvolgimento di rappresentanti di società mediche. Per sapere quali periti certificati sono disponibili è possibile consultare il sito Internet della SIM¹¹¹.

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

La qualifica in medicina assicurativa sarà prescritta soltanto per le discipline più richieste, in modo da garantire il ricorso a periti con tale perfezionamento nella stragrande maggioranza delle perizie. Così si terrà però anche conto del fatto che nelle discipline meno richieste vi è spesso una carenza di periti e che questi allestiscono solo poche perizie all'anno. Queste fanno generalmente parte di una perizia bidisciplinare o pluridisciplinare, la cui qualità è garantita dall'allestimento consensuale delle perizie in collaborazione con altri periti formati in medicina assicurativa.

Art. 71 cpv. 3

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

In Svizzera i requisiti professionali per i neuropsicologi sono disciplinati nella LAMal e nell'OAMal. Di conseguenza, i requisiti previsti in quest'ultima ordinanza vengono ripresi nella presente disposizione. Concretamente, verranno dunque richiesti un perfezionamento

¹¹¹ Disponibile (in tedesco e in francese) all'indirizzo <https://www.swiss-insurance-medicine.ch>.

specifico in neuropsicologia, in aggiunta a un master e a una formazione postuniversitaria pratico-clinica pluriennale sulla base degli standard qualitativi definiti dall'UFSP.

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

Art. 7l cpv. 4

Oltre ad adempiere i requisiti professionali previsti, i periti e i centri peritali dovranno anche essere disposti a fornire agli assicuratori i documenti richiesti (organigrammi, processi, misure per la garanzia della qualità ecc.). Questo è necessario affinché gli assicuratori e gli organi esecutivi possano, da un lato, valutare la situazione dell'organizzazione e dei suoi processi e, dall'altro, mettere i documenti a disposizione della Commissione federale per la garanzia della qualità delle perizie mediche (cfr. art. 7n).

Art. 7m

Attualmente in Svizzera non ci sono istituzioni indipendenti che si occupino di questioni di qualità e garanzia della qualità nelle perizie mediche. Di conseguenza, non ci sono nemmeno requisiti e prescrizioni qualitative vincolanti per l'allestimento delle perizie mediche né criteri vincolanti e strumenti per la valutazione della loro qualità.

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

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

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

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

Art. 7n

Art. 7n cpv. 1

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

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

Art. 7n cpv. 1 lett. a–e

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

Nella maggior parte dei casi, i centri peritali allestiscono perizie bidisciplinari e pluridisciplinari, il cui allestimento richiede requisiti più elevati, data la partecipazione di due o più periti e la conseguente necessità di trovare un consenso. Poiché mancano requisiti generali vincolanti per le strutture e i processi di un centro peritale, la costituenda commissione dovrà definire anche i criteri per l'abilitazione dei centri peritali attivi per le assicurazioni sociali e la loro attività. La commissione elaborerà i criteri necessari concernenti vari aspetti (p. es. infrastruttura, indipendenza, requisiti professionali, autorizzazioni, struttura, gestione dei casi, gestione della qualità e garanzia della qualità). In futuro sarà il Consiglio federale a disciplinare i requisiti relativi alle qualifiche professionali per i periti medici (cfr. art. 71 AP-OPGA), che potranno essere verificati in modo semplice dagli assicurati e dagli assicuratori.

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

Art. 7n cpv. 2

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

Art. 7n cpv. 3

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

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

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

Art. 7n cpv. 4

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

Art. 7n cpv. 5

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

Disposizione transitoria

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

Per garantire che un numero sufficiente di periti possa rispondere alla forte domanda di perizie, è necessario prevedere un periodo transitorio entro il quale i medici specialisti potranno acquisire il certificato della SIM nelle discipline previste all'articolo 71 capoverso 2.

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

Art. 51 cpv. 5

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

Art. 53 cpv. 1, secondo periodo

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

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

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

Art. 222

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

In questo e negli articoli seguenti, il termine «sussidi» è sostituito con «aiuti finanziari». Secondo la LSu, il termine «sussidi» include segnatamente gli aiuti finanziari e le indennità. I sussidi di cui all'articolo 101^{bis} LAVS sono però versati esclusivamente sotto forma di aiuti finanziari, ragion per cui si procede a questo adeguamento terminologico.

Art. 222 cpv. 3

La partecipazione del Fondo di compensazione dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (Fondo di compensazione AVS) ammonta a 20 milioni di franchi (nel 2020). Questi mezzi vengono accreditati al Fondo di compensazione Al per il finanziamento delle prestazioni a favore delle persone anziane che soffrono di infermità dovute a disabilità dopo aver raggiunto l'età di pensionamento. Nel primo periodo, l'espressione «in proporzione» viene stralciata, in quanto fa pensare che l'AVS partecipi in misura proporzionale agli aiuti finanziari versati dall'Al. Si indica però esplicitamente che la partecipazione dell'AVS si basa sulle prestazioni effettivamente fornite dalle organizzazioni di aiuto agli invalidi in favore di queste persone. A tali prestazioni si applicheranno le disposizioni dell'OAI concernenti i sussidi alle

organizzazioni private di aiuto agli invalidi (art. 108–110 AP-OAI). Le disposizioni degli articoli 223–225 si applicheranno esclusivamente agli aiuti finanziari alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane secondo il capoverso 1.

Art. 223

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

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

Art. 223 cpv. 1

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

Dall'entrata in vigore della NPC, il 1° gennaio 2008, l'aiuto prestato a domicilio da professionisti non è più finanziato dalla Confederazione, che versa aiuti finanziari soltanto se queste prestazioni sono fornite da volontari. Per evitare fraintendimenti con l'«aiuto a domicilio» prestato da professionisti, il nuovo tenore parla di «prestazioni fornite a domicilio o in relazione con il domicilio», le quali includono ad esempio l'accompagnamento di una persona per sbrigare faccende fuori casa. I servizi ambulatoriali non sono più menzionati, in quanto fanno riferimento a un settore di cure per il quale sono ormai responsabili i Cantoni.

Art. 223 cpv. 2

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

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

Art. 223 cpv. 3

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

Art. 223 cpv. 4

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

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

Art. 224

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

Art. 224 cpv. 1

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

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

Il secondo periodo viene inoltre completato in modo da menzionare anche la presa in considerazione dei contributi finanziari di terzi. Questa aggiunta va al contempo a sostituire il terzo periodo, che viene stralciato in quanto troppo restrittivo. In futuro si terrà così conto non soltanto delle prestazioni finanziarie delle corporazioni territoriali di diritto pubblico, ma anche di altre prestazioni di terzi. Per alcune organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane, ad esempio, le donazioni costituiscono una fonte di finanziamento importante.

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

Art. 224 cpv. 2

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

Art. 224 cpv. 3

Questa nuova disposizione concretizza a livello di ordinanza una prassi già applicata nei contratti in essere e prevista nelle pertinenti direttive dell'UFAS dal 2017. La limitazione della partecipazione finanziaria della Confederazione ai costi effettivamente sostenuti è conforme alla LSu. La quota massima del 50 per cento mette in evidenza il ruolo sussidiario della Confederazione nell'assistenza alle persone anziane. Se la Confederazione ha un interesse particolare allo svolgimento di un compito che non può assumere direttamente, è possibile derogare a questa limitazione del 50 per cento, se, in considerazione della sua struttura e dei suoi obiettivi, l'organizzazione sostenuta ha possibilità di finanziamento limitate. Attualmente una tale eccezione vale per il Consiglio svizzero degli anziani (CSA). Fondato nell'ambito dell'attuazione della dichiarazione politica e del piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento del 2002¹¹², questo organo rappresenta gli interessi delle persone anziane in Svizzera e assume compiti relativi allo sviluppo e al coordinamento di organizzazioni che perseguono lo stesso scopo. Il CSA conta quasi esclusivamente sul volontariato e, fatta eccezione per i contributi dei membri, le sue possibilità di finanziamento (p. es. ricavi da prestazioni e liberalità) sono molto modeste.

¹¹² Nazioni Unite, «Dichiarazione politica e Piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento», Seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento, 2002; disponibile (in francese) all'indirizzo <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>.

Art. 224^{bis}

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

Art. 224^{bis} cpv. 1

Il Consiglio federale fisserà ogni quattro anni, mediante decisione, l'importo massimo annuo per il versamento degli aiuti finanziari alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane. A tal fine potrà prevedere anche un adeguamento graduale nel corso dei quattro anni, che sia coordinato ad esempio con la durata dei relativi contratti in corso o da concludere. I probabili cambiamenti nel settore dell'assistenza alle persone anziane giustificano una rivalutazione della situazione e una decisione politica a intervalli regolari. Secondo lo scenario di riferimento dell'UST sull'evoluzione della popolazione¹¹³, tra il 2020 e il 2035 il numero di ultrasessantacinquenni salirà di oltre il 40 per cento, superando i 2,3 milioni di persone. Di conseguenza si può prevedere una maggiore domanda di prestazioni, soprattutto in età avanzata, e un maggiore bisogno di coordinamento. L'adeguamento periodico dell'importo massimo non segue tuttavia automaticamente il ritmo dell'evoluzione demografica, bensì tiene conto dei bisogni emersi nelle organizzazioni, che dipendono anche da altri fattori (p. es. l'evoluzione dei modi di vita, l'evoluzione tecnologica, lo stato di salute della popolazione anziana, altre fonti di finanziamento).

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

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

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

Art. 224^{bis} cpv. 2

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

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

Art. 224^{bis} cpv. 3

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

Art. 224^{ter}

Questo nuovo articolo tiene conto del requisito posto nell'articolo 13 capoverso 2 LSu, secondo cui, se le domande presentate o prevedibili superano i mezzi disponibili, va istituito un ordine di priorità. La base dell'ordine di priorità dovrà essere sancita nell'ordinanza. I mezzi

¹¹³ UST, *Scenari dell'evoluzione della popolazione per la Svizzera e per i Cantoni 2020–2050*, 2020; disponibile sul sito Internet www.bfs.admin.ch > Trovare statistiche > Popolazione > Evoluzione futura.

disponibili andranno impiegati in primo luogo per i compiti prioritari. Le priorità non vanno però intese nel senso che i compiti meno prioritari vanno esclusi dall'attribuzione dei mezzi, ma semplicemente nel senso che essi vanno ponderati in misura inferiore.

Art. 224^{ter} cpv. 1

I compiti elencati in questa disposizione corrispondono a quelli ammessi secondo l'articolo 101^{bis} capoverso 1 LAVS. L'ordine in cui sono menzionati riflette le priorità nel sostegno al coordinamento dell'assistenza alle persone anziane a livello nazionale, nei lavori di sviluppo e nella formazione continua per il personale ausiliario. Il rilievo dato a questi tre settori corrisponde alla ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni: si tratta esattamente degli ambiti di attività delle organizzazioni sussidiate che, per il loro finanziamento da parte degli enti pubblici, dipendono dalla Confederazione, vale a dire dagli aiuti finanziari dell'AVS, i quali coprono fino al 50 per cento dei costi (art. 224 cpv. 3). Circa un quarto degli aiuti finanziari sarà versato per prestazioni in questi tre settori. In particolare con il sostegno dei lavori di sviluppo si intende garantire che l'assistenza alle persone anziane sia destinata agli sviluppi in questa fascia di popolazione e nella società nel suo complesso e che le organizzazioni possano adeguare i propri metodi di lavoro e prestazioni per reagire efficacemente ai nuovi bisogni. I rimanenti compiti previsti nell'ordine di priorità prevedono invece contributi da parte di altre istituzioni pubbliche, in particolare da parte dei Cantoni. L'impegno della Confederazione con gli aiuti finanziari di cui all'articolo 101^{bis} LAVS è inoltre importante per garantire a livello nazionale prestazioni quali la consulenza sociale o condizioni uniformi per il coinvolgimento dei volontari. Circa tre quarti degli aiuti finanziari saranno destinati a questi compiti. Mediante contratti con le organizzazioni, inoltre, la Confederazione garantirà che le prestazioni dirette da essa finanziate vadano a beneficio in particolare delle persone anziane vulnerabili. Nell'ottica del sostegno alle organizzazioni per l'assistenza alle persone anziane, la vulnerabilità va intesa quale cumulo di almeno due delle quattro dimensioni seguenti: capitale economico (risorse materiali), capitale sociale (relazioni), capitale culturale (conoscenze, esperienza) e capitale fisico (salute fisica e psichica)¹¹⁴. In presenza di mezzi limitati, i compiti prioritari andranno ridotti in misura inferiore a quelli meno prioritari. Le priorità non vanno però intese nel senso che si deve rinunciare completamente ai compiti meno prioritari prima di poter ridurre gli altri.

Art. 224^{ter} cpv. 2

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

Art. 225

Art. 225 cpv. 1 e 3–5

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

Art. 225 cpv. 3

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

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

Art. 4

La ripresa del sistema di rendite lineare nel settore della previdenza professionale obbligatoria rende necessario un adeguamento dell'articolo 4 OPP 2. Secondo questo articolo, in caso di invalidità parziale, per l'assicurazione del salario ancora percepito occorre ridurre gli importi limite (soglia d'entrata, deduzione di coordinamento e importo limite superiore). Se attualmente è applicata una riduzione degli importi limite in funzione delle frazioni di rendita

¹¹⁴ Nadja Gasser, Carlo Knöpfel, Kurt Seifert, *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*, Zurigo 2015.

(ovvero di un quarto per un quarto di rendita, di metà per una mezza rendita e di tre quarti per tre quarti di rendita), in futuro l'introduzione del sistema di rendite lineare nella previdenza professionale obbligatoria comporterà una riduzione in percentuale. La riduzione degli importi limite continuerà così a corrispondere al diritto alla rendita nel caso specifico. Dato che in futuro questo sarà espresso in percentuale di una rendita intera, anche la riduzione degli importi limite corrisponderà a una percentuale esatta. Di conseguenza, per le persone parzialmente invalide che continuano a esercitare un'attività lucrativa nella misura della loro capacità al lavoro residua verranno meno gli spiacevoli effetti della graduazione in frazioni di rendita anche per quanto riguarda l'assicurazione nella previdenza professionale obbligatoria del salario ancora percepito. Gli istituti di previdenza avranno la facoltà di riprendere questo sistema anche nel regime sovraobbligatorio, il che, viste le prescrizioni uniformi, faciliterebbe nel complesso il calcolo delle rendite.

Esempio

Per le persone con un grado d'invalidità compreso tra il 50 e il 69 per cento, in futuro la rendita corrisponderà a una quota percentuale della rendita intera corrispondente al grado d'invalidità (cfr. art. 24a cpv. 2 nLPP). Con un grado d'invalidità del 55 per cento, ad esempio, si avrà dunque diritto a una rendita pari al 55 per cento di una rendita intera. Se una persona parzialmente invalida continuerà a sfruttare la propria capacità al lavoro residua, in caso di attività lucrativa dipendente sarà assicurata nella previdenza professionale obbligatoria già con un reddito annuo di 9600 franchi (in base alle regole di arrotondamento matematico, l'istituto di previdenza può arrotondare l'importo effettivamente determinato di 9599.85 fr.), in quanto l'attuale soglia d'entrata di 21 333 franchi si ridurrà del 55 per cento. L'attuale deduzione di coordinamento di 24 885 franchi si ridurrà della stessa percentuale a un valore arrotondato di 11 198 franchi (valore effettivo: 11 198.25 fr.), cosicché il salario coordinato su cui sono versati i contributi nella previdenza professionale aumenterà a tutto vantaggio della persona interessata.

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

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

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

3.6 Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie

Art. 35

Gli assicurati con un'infermità congenita figurante nell'allegato dell'OIC-DFI (cfr. n. 3.9) avranno diritto a prestazioni dell'AOMS, se non adempiono le condizioni assicurative dell'AI (art. 6 e 9 cpv. 3 LAI)¹¹⁵ o hanno compiuto il 20° anno d'età. In generale, per le infermità congenite che non sono coperte dall'AI, l'AOMS assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia secondo la LAMal (art. 27 LAMal). Concretamente, l'AOMS rimborsa quindi i seguenti costi:

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

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

Le prestazioni prese a carico dall'AI prima del raggiungimento del limite d'età verranno in seguito assunte dall'AOMS secondo le disposizioni della LAMal (e delle relative ordinanze). Conformemente al presente articolo, il DFI dovrà provvedere a che i provvedimenti sanitari riconosciuti dall'AI in caso di infermità congenite vengano inseriti negli elenchi e negli atti normativi in cui figurano le prestazioni in questione. Questo varrà in particolare per tutte le prestazioni figuranti negli elenchi positivi esaustivi, ovvero per analisi, mezzi e apparecchi, medicinali, prestazioni di medicina preventiva, cure in caso di malattia e cure dentarie (cfr. anche art. 19a OPre) e per le prestazioni di fornitori non medici. Poiché per le prestazioni che figurano negli elenchi positivi vale in linea di massima il principio della richiesta, il che significa che per principio il DFI verifica l'ammissione in questi elenchi soltanto su richiesta delle persone interessate, il Dipartimento dovrà provvedere attivamente a tenere aggiornati gli elenchi per quanto riguarda le infermità congenite riconosciute dall'AI. Nel settore dei medicinali, se da un lato continuerà per principio a valere il principio della richiesta del titolare dell'omologazione, dall'altro sarà anche garantito un coordinamento, in modo che in linea di massima sia l'AI che l'AOMS rimborsino i medicinali che figurano nell'ES e nell'ES-IC (cfr. art. 3^{novies} AP-OAI e art. 52 cpv. 2 nLAMal). Le prestazioni fornite da medici e chiropratici che sono state prese a carico dall'AI lo saranno dall'AOMS, dopo il raggiungimento del limite

¹¹⁵ Cfr. DTF 126 V 103 consid. 3 e 4.

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

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

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

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

Art. 65 cpv. 1^{bis}

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

Inoltre, poiché l'AOMS rimborserà non solo i medicinali figuranti nell'ES ma anche quelli figuranti nell'ES-IC (art. 52 cpv. 2 nLAMal), il vigente EFIC, l'unico elenco dell'AOMS per i medicinali rimborsati dall'AI agli assicurati per un'infermità congenita fino al compimento dei 20 anni e di cui dopo quel momento gli assicurati continuano ad aver bisogno, diventa dunque obsoleto (cfr. disposizione transitoria cpv. 2 AP-OAMal).

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

Il presente nuovo capoverso è rilevante anche per le estensioni e le limitazioni dell'indicazione di medicinali per la cura di infermità congenite elencate nell'OIC-DFI (cfr. n. 3.9).

In caso di presentazione di una domanda di estensione dell'indicazione secondo l'articolo 65^f OAMal, potrà succedere che il medicamento in questione non adempia più le condizioni per

figurare nell'ES-IC di cui all'articolo 3^{sexies} capoverso 2 AP-OAI. Può essere il caso in particolare se la nuova indicazione contempla la cura di un'affezione che non costituisce un'infermità congenita. In tal caso, nel quadro della decisione sull'estensione dell'indicazione (decisione ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968¹¹⁶ sulla procedura amministrativa [PA]), si statuiranno contemporaneamente sia la radiazione del medicamento dall'ES-IC che la sua ammissione nell'ES.

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

Si potrà così giungere a decisioni sul passaggio di un medicamento da un elenco all'altro (ES o ES-IC) anche nel caso in cui in seguito a una modifica dell'elenco delle infermità congenite in allegato all'OIC-DFI, un medicamento non debba più figurare più nell'elenco in questione (ES o ES-IC).

Disposizione transitoria

Disposizione transitoria, cpv. 1

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

Disposizione transitoria, cpv. 2

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

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

Disposizione transitoria, cpv. 3

L'AOMS rimborserà, oltre ai medicinali figuranti nell'ES, anche quelli figuranti nell'ES-IC (art. 52 cpv. 2 nLAMal). Con la nuova normativa, l'EFIC, l'elenco dell'AOMS per i medicinali rimborsati dall'AI agli assicurati per un'infermità congenita fino al compimento dei 20 anni e di cui dopo quel momento gli assicurati continuano ad aver bisogno, diventerà obsoleto (cfr. commento all'art. 65 cpv. 1^{bis} AP-OAMal). Il passaggio nell'ES o nell'ES-IC dei medicinali attualmente figuranti nell'EFIC avverrà nel quadro del riesame delle condizioni di ammissione previsto ogni tre anni conformemente all'articolo 65d OAMal. Una volta che la verifica di tutti i medicinali si sarà conclusa definitivamente sul piano legale, l'EFIC verrà abrogato. Questo significa che durante una fase transitoria verranno tenuti sia l'EFIC che l'ES-IC e l'ES.

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

L'AI rimborsa sia prodotti alimentari speciali che prodotti dietetici. La CPSI riporta diversi elenchi, che al momento non risultano tuttavia aggiornati. In questi elenchi non figurano né i

¹¹⁶ RS 172.021

prezzi dei singoli prodotti né un limite massimo dei costi per minorenni. In futuro questi elenchi andranno aggiornati.

Nell'ambito dell'AOMS, attualmente i prodotti dietetici sono ammessi nell'EFIC (anche in questo caso senza prezzo), anche se contrariamente ai medicinali figuranti nell'ES e nell'EFIC essi non costituiscono medicinali ai sensi della legge del 15 dicembre 2000¹¹⁷ sugli agenti terapeutici (LATER) e non dispongono di un'omologazione da parte di Swissmedic. I prodotti dietetici sono derrate alimentari secondo la legge del 20 giugno 2014¹¹⁸ sulle derrate alimentari (LDerr; alimenti a fini medici speciali, FSMP) o dispositivi medici secondo la LATER. In futuro, tali prodotti non andranno pertanto più ammessi negli elenchi dei medicinali. Anche dopo l'abrogazione dell'EFIC, tuttavia, il rimborso dei prodotti dietetici da parte dell'AOMS resterà per principio garantito. A tal fine, i prodotti dietetici saranno disciplinati nell'EMAp mediante un rimando alla CPSI dell'UFAS. Anche in questi casi si applicheranno in linea di massima le condizioni previste dall'AOMS (in particolare i criteri EAE). Per esempio, i prodotti alimentari speciali poveri di proteine non saranno rimborsati dall'AOMS, perché gli adulti sono in grado di garantirsi un'alimentazione equilibrata senza dover ricorrere ad alimenti speciali poveri di proteine.

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

Art. 53 cpv. 1, 3 e 4

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

Art. 56

Con l'introduzione dell'assicurazione per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF, gli uffici AI diventeranno parte della procedura dell'assicurazione contro gli infortuni e saranno dunque tenuti a fornirle le informazioni necessarie. Il presente articolo precisa l'entità di questa comunicazione e aggiunge gli uffici AI all'elenco degli organi interessati.

Art. 72

Art. 72 cpv. 1

L'introduzione dell'assicurazione per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF comporterà nuovi obblighi per gli uffici AI, che dovranno dunque essere sufficientemente informati sull'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni.

Art. 72 cpv. 2

Parallelamente al diritto a essere informati sull'applicazione dell'assicurazione contro gli infortuni, gli uffici AI avranno anche il dovere di trasmettere queste informazioni alle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF e di comunicare loro in particolare la possibilità degli accordi di protrazione dell'assicurazione.

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

Per la nuova assicurazione contro gli infortuni delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF, nell'OAINF viene inserito un titolo separato dopo il titolo ottavo, relativo all'assicurazione contro gli infortuni dei disoccupati.

¹¹⁷ RS 812.21

¹¹⁸ RS 817.0

Art. 132

Art. 132 cpv. 1

Nella LAINF l'inizio e la fine dell'assicurazione per i salariati assicurati obbligatoriamente contro gli infortuni sono disciplinati in modo generale. Per l'assicurazione delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF (assicurazione delle persone che seguono provvedimenti dell'AI; AINF-AI), l'inizio e la fine va disciplinata in modo specifico.

L'inizio dell'AINF-AI è fissato per analogia alla regolamentazione per i salariati assicurati obbligatoriamente, basandosi sull'inizio del provvedimento invece che sull'inizio del rapporto di lavoro. Di conseguenza, se un provvedimento dell'AI non potrà essere seguito, pur essendo stato concesso mediante decisione formale, non nascerà alcuna copertura assicurativa contro gli infortuni. Affinché le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF inizino ad essere assicurate, dovranno almeno essersi avviate verso il luogo in cui si svolge il provvedimento.

Art. 132 cpv. 2

La fine dell'AINF-AI dovrà essere disciplinata diversamente rispetto a quella dell'assicurazione obbligatoria dei salariati, dato lo stretto legame con i provvedimenti dell'AI.

Art. 132a

Art. 132a cpv. 1

Il guadagno assicurato ai sensi dell'articolo 15 capoverso 2 LAINF di cui all'articolo 11 capoverso 3 nLAI non corrisponde alla somma dei salari di cui all'articolo 132d AP-OAINF, bensì al salario determinante in caso di infortunio. Quest'ultimo funge da base per il calcolo delle prestazioni in contanti dell'assicurazione contro gli infortuni.

L'importo dell'indennità giornaliera di questa assicurazione corrisponde, in caso di infortunio, all'indennità giornaliera dell'AI riscossa in precedenza, ragion per cui per il calcolo del guadagno assicurato l'indennità giornaliera versata va convertita in importo al 100 per cento.

Art. 132a cpv. 2

Le modalità di calcolo previste all'articolo 23 capoverso 6 AINF si applicheranno anche alle persone che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI.

Art. 132a cpv. 3

L'ufficio AI dovrà notificare l'infortunio alla Suva, fornendo tra l'altro le indicazioni necessarie sul guadagno assicurato.

Art. 132b

Art. 132b cpv. 1

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI, per il calcolo dell'indennità giornaliera ci si baserà sul guadagno assicurato determinato secondo l'articolo 132a capoverso 2 AP-OAINF.

Art. 132b cpv. 2

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF che percepiscono un'indennità giornaliera dell'AI, si considererà quale base per il calcolo delle rendite, a titolo di guadagno assicurato, il reddito dell'attività lucrativa su cui l'ufficio AI si è fondato per calcolare l'indennità giornaliera.

Art. 132b cpv. 3

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF che non hanno diritto né a un'indennità giornaliera dell'AI né a una rendita dell'AI, per il calcolo delle rendite ci si baserà sul guadagno assicurato determinato secondo l'articolo 132a capoverso 2 AP-OAINF.

Art. 132c

Art. 132c cpv. 1

Per i salariati assicurati obbligatoriamente la prestazione è graduata in funzione della capacità al lavoro recuperata (art. 25 cpv. 3 OAINF). Per l'AINF-AI non è prevista alcuna graduazione della prestazione. Non si avrà più diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni se il provvedimento dell'AI sarà o potrebbe essere ripreso, nel qual caso l'eventuale diritto successivo all'indennità giornaliera dell'AI sarà deciso secondo le regole di quest'ultima assicurazione.

Art. 132c cpv. 2

Secondo l'articolo 17 capoverso 4 nLAINF, l'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni corrisponde all'indennità giornaliera netta dell'AI. All'indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni va pertanto aggiunta la prestazione per i figli di cui all'articolo 23^{bis} LAI.

Art. 132d

L'assicurazione delle persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF includerà diverse categorie di assicurati, il che comporterà anche una certa eterogeneità nel calcolo dei premi.

Art. 132d cpv. 1

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF che percepiscono un'indennità giornaliera dell'AI, i premi saranno riscossi in per mille del guadagno assicurato.

Art. 132d cpv. 2

Per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF che percepiscono una rendita dell'AI, i premi saranno calcolati in funzione dell'importo della rendita. Nel calcolo dei premi andrà considerato che l'assicurazione contro gli infortuni non versa alcuna indennità giornaliera.

Art. 132d cpv. 3

Gli assicurati non dovranno partecipare al finanziamento dei premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali. Il calcolo delle quote dei premi per le persone di cui all'articolo 1a capoverso 1 lettera c nLAINF cagionerebbe all'AI un onere amministrativo assolutamente sproporzionato rispetto alle entrate o ai risparmi che realizzerebbe.

Art. 132d cpv. 4

Entrambe le parti avranno il diritto di chiedere una modifica delle aliquote dei premi, il che permetterà di tenere conto dell'esperienza acquisita in materia di rischi nel calcolo dei premi. Questa soluzione corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

Art. 132d cpv. 5

Una modifica delle aliquote dei premi richiede l'aggiornamento nel preventivo dei fondi soggetti alla legge sui sussidi, ragion per cui occorre un certo periodo di preparazione prima della decisione. Questa procedura corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

Art. 132d cpv. 6

L'articolo 66a capoverso 3 nLAI impone all'AI di mettere a disposizione della Suva, in forma anonimizzata, i dati personali necessari per l'analisi dei rischi. Dal canto suo, la Suva allestirà una statistica dei rischi che potrà essere considerata quale esperienza acquisita ai fini del calcolo dei premi (cfr. cpv. 4). Questa procedura corrisponde a quella prevista nell'assicurazione contro gli infortuni per i disoccupati.

3.8 Ordinanza del 31 agosto 1983 sull'assicurazione contro la disoccupazione

Art. 120a

Il nuovo articolo 120a AP-OADI disciplina la procedura per il conteggio delle indennità giornaliere – compresi i contributi alle assicurazioni sociali e le spese per i provvedimenti inerenti al mercato del lavoro – di cui l'AI assumerà le spese conformemente all'articolo 94a nLADI.

Art. 120a cpv. 1

Secondo questo capoverso, l'assicurazione contro la disoccupazione, tramite il suo ufficio di compensazione, potrà esercitare il proprio diritto al rimborso entro la fine di gennaio dell'anno successivo presentando all'UCC un conteggio annuale delle spese a carico del Fondo di compensazione AI.

Art. 120a cpv. 2

Per poter essere confrontato con i dati delle rendite d'invalidità ridotte o soppresse, il conteggio dovrà contenere un elenco dettagliato dei casi e almeno indicazioni circa l'importo da rimborsare, il numero AVS degli assicurati in questione, il numero delle indennità giornaliere pagate, i contributi alle assicurazioni sociali e le spese per i provvedimenti inerenti al mercato del lavoro.

Art. 120a cpv. 3

L'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione trasmetterà all'UFAS, in concomitanza con l'invio all'UCC, una copia del conteggio di cui al capoverso 1.

Art. 120a cpv. 4

L'UCC verificherà il conteggio dettagliato trasmessogli dall'ufficio di compensazione dell'assicurazione contro la disoccupazione e rimborserà le prestazioni contabilizzandole su un nuovo conto del Fondo di compensazione AI.

3.9 Ordinanza del DFI sulle infermità congenite

Art. 1

L'OIC viene abrogata e riformulata quale ordinanza dipartimentale (OIC-DFI). In futuro i criteri per l'ammissione di un'infermità congenita nell'elenco delle infermità congenite saranno disciplinati nell'OAI (cfr. art. 3 cpv. 1–5, 3^{bis}, 3^{ter} AP-OAI). Poiché in quanto ordinanza dipartimentale l'OIC-DFI potrà essere modificata dal DFI, quest'ultimo avrà anche la competenza di riconoscere quali infermità congenite ai sensi dell'AI infermità che cagionano spese superiori a 3 milioni di franchi. Questo sarà possibile d'ufficio o in seguito a una richiesta, che potrà essere inoltrata mediante l'apposito modulo pubblicato dall'UFAS.

Art. 2

L'OIC-DFI dovrà entrare in vigore simultaneamente alla modifica dell'OAI del (data di adozione della modifica dell'OAI).

Allegato

Nell'allegato dell'OIC-DFI figurerà l'elenco delle infermità congenite. Le modifiche rispetto all'allegato dell'OIC sono illustrate in forma sinottica in allegato al presente rapporto.

4. Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

Di seguito viene illustrato in che misura le ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale delle disposizioni d'esecuzione si discostano da quelle della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI (revisione di legge)¹¹⁹.

4.1 Ripercussioni per la Confederazione

a) Ripercussioni finanziarie

Data la separazione della quota a carico della Confederazione dall'evoluzione delle uscite dell'AI, l'aumento o la diminuzione di queste uscite non ha ripercussioni finanziarie per la Confederazione.

Riduzione individuale dei premi

La Confederazione versa un sussidio per la riduzione individuale dei premi nel settore dell'AOMS pari al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione (art. 66 cpv. 2 LAMal). Con il presente progetto di modifica, i risparmi della Confederazione in questo ambito risulteranno inferiori e ammonteranno a meno di 1 milione di franchi, dato che i risparmi previsti nell'AOMS, pari a 9 milioni di franchi (cfr. n. 3.3), saranno inferiori a quanto inizialmente previsto.

Commissione extraparlamentare per la garanzia della qualità delle perizie mediche

La nuova commissione extraparlamentare per la garanzia della qualità delle perizie mediche istituita dal Parlamento farà capo al DFI e l'organo specializzato incaricato del disbrigo dei suoi affari (segreteria ai sensi dell'art. 8^{bis} OLOGA) sarà accorpato all'UFAS. Di conseguenza, l'UFAS sarà responsabile per il finanziamento della commissione (art. 8e cpv. 2 lett. j e k OLOGA).

Considerate le notevoli conoscenze tecniche dei futuri membri della commissione e il fatto che questa dovrà prendere decisioni importanti per la garanzia della qualità, la commissione va classificata nella categoria di indennizzo G2 secondo l'articolo 8n capoverso 1 lettera b OLOGA. Ai suoi membri spetterà dunque un'indennità giornaliera di 400 franchi. Ipotizzando cinque o sei sedute all'anno, le spese per gli indennizzi dovrebbero ammontare a circa 35 000 franchi.

Nell'ambito della sua attività, la commissione tratterà ed esaminerà dal punto di vista scientifico anche aspetti tecnici della garanzia della qualità. Inoltre, verificherà e valuterà i risultati delle perizie mediche nelle assicurazioni sociali per potersi esprimere sulla loro qualità. A tal fine, dovrà conferire mandati di ricerca a esperti scientifici esterni o istituti. Per questi mandati sono stimati costi supplementari pari a circa 100 000 franchi all'anno, a seconda dei mandati.

b) Ripercussioni sull'effettivo del personale

Le risorse di personale indicate nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI comprendono 6,3 ETP per l'UFAS. Il Consiglio federale ha stanziato i mezzi necessari nel quadro di una valutazione globale delle risorse nel settore del personale del 2020 e li ha iscritto nel preventivo 2021 (3 ETP) e nei piani finanziari (6,3 ETP). Sono inoltre previsti 2 ETP per l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero, che fa capo all'UCC (che saranno iscritti a bilancio dall'UCC nel preventivo 2022). Tutti i posti previsti (8,3 ETP) saranno finanziati dal Fondo di compensazione AI e non andranno quindi a incidere sul bilancio.

¹¹⁹ Per le ripercussioni per l'AI cfr. UFAS, *Finanzielle Auswirkungen (Weiterentwicklung der IV) im Jahr 2030, 2020*; disponibile (anche in francese) all'indirizzo <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/finanzielle-auswirkungen-weiterentwicklung-iv-2030-d.pdf>.

Oltre ai posti già previsti nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI, in base allo stato attuale delle conoscenze del DFI occorreranno altri otto ETP presso l'Amministrazione federale. Da un lato, quattro andranno creati presso l'UFSP per il centro di competenza per i medicinali, uno dei quali di durata limitata fino alla fine del 2024. Gli emolumenti permetteranno di finanziare 0,25 ETP. Le uscite legate a questi posti e le spese dell'UFSP che non sono coperte tramite emolumenti saranno assunte dal Fondo di compensazione AI e non comporteranno dunque alcun onere supplementare per la Confederazione. Dall'altro lato, l'organo specializzato della summenzionata commissione extraparlamentare (segreteria ai sensi dell'art. 8^{bis} OLOGA) sarà accorpato a livello amministrativo all'UFAS. Questo organo elaborerà per la commissione basi di diritto e di medicina assicurativa per la garanzia della qualità delle perizie mediche, seguirà valutazioni della qualità e/o studi in materia ed effettuerà verifiche concrete di centri peritali. Di conseguenza, è importante che, come la commissione, possa lavorare, sia a livello organizzativo che finanziario, in modo indipendente e senza influssi di gruppi di interesse. Considerata la vasta gamma dei compiti e i requisiti professionali richiesti, vanno previsti almeno quattro ETP. I posti non saranno finanziati dal Fondo di compensazione AI.

L'effettivo fabbisogno supplementare relativo alla commissione extraparlamentare e al centro di competenza per i medicinali e il loro finanziamento saranno nuovamente verificati e sottoposti per approvazione al Consiglio federale mediante un'apposita richiesta di risorse.

La seguente tabella mostra in sintesi tutti i posti necessari:

	2021	2022	2023	2024
Fabbisogno supplementare indicato nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI				
BSV (mezzi iscritti nel preventivo 2021 e nei piani finanziari)	3	6,3	6,3	6,3
UCC (mezzi non ancora iscritti a bilancio)	-	2	2	2
Stima dell'ulteriore fabbisogno supplementare, mezzi non ancora iscritti a bilancio				
Commissione parlamentare (UFAS)	-	4	4	4
Centro di competenza per i medicinali (UFSP)	-	4	4	4
Totale ETP supplementari necessari	3	16,3	16,3	16,3

4.2 Ripercussioni per l'AI

a) Misure della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Panoramica delle ripercussioni

Globalmente, la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI non dovrà incidere sui costi. In seguito ai dibattiti parlamentari, i risparmi nel 2030 ammontano a circa 3 milioni di franchi (stato: situazione finanziaria del 2020). Le modifiche di ordinanza comporteranno pochi cambiamenti al riguardo: considerando le misure previste a livello di ordinanza, i risparmi nel 2030 ammontano a circa 4 milioni di franchi (cfr. tabella).

Tabella – Ripercussioni finanziarie per l'AI nel 2030

In milioni di franchi, ai prezzi del 2020

	Stato: decisione del Parlamento del 19 giugno 2020	Divergenze dovute alle modifiche di ordinanza	Totale delle ripercussioni
Provvedimenti sanitari	21	-21	0
Sistema di rendite	3	9	12
Altre misure	-27	0	-27

Totale Ulteriore sviluppo dell'AI	-3	-12	-15
Misure non legate all'Ulteriore sviluppo dell'AI	0	11	11
Totale di tutte le misure	-3	-1	-4

Di seguito sono illustrate dettagliatamente le divergenze dovute alle modifiche di ordinanza.

Provvedimenti sanitari

Nel complesso, gli adeguamenti nell'ambito dei provvedimenti sanitari non andranno a incidere sui costi. La divergenza di 21 milioni di franchi rispetto a quanto deciso dal Parlamento deriva dalle seguenti modifiche previste a livello di ordinanza.

- L'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite comporterà per l'AI spese supplementari inferiori a quanto inizialmente indicato, ovvero 18 milioni di franchi invece di circa 40 milioni, il che corrisponde a uno sgravio di 22 milioni di franchi. Si tratta di una stima, poiché mancano alcuni dati statistici.
- Nell'ambito dei provvedimenti sanitari d'integrazione, in considerazione dall'aumento del limite di età erano state stimate spese supplementari pari a 5 milioni di franchi. Data la precisazione prevista a livello di ordinanza circa l'esercizio del diritto a questi provvedimenti, sarà possibile compensare questi 5 milioni. Rispetto a quanto deciso dal Parlamento, si registrerà così uno sgravio di 5 milioni di franchi.
- L'introduzione di un centro di competenza per i medicinali finanziato dal Fondo di compensazione AI comporterà spese supplementari per circa mezzo milione di franchi.
- L'introduzione della gestione dei casi nell'ambito dei provvedimenti sanitari richiede un aumento dell'effettivo del personale presso gli uffici AI di 30 ETP, il che cagionerà spese supplementari per circa 5 milioni di franchi.

Sistema di rendite

L'introduzione del sistema di rendite lineare implica un'ampia ridefinizione delle regolamentazioni concernenti la valutazione del grado d'invalidità. In seguito alla parallelizzazione sistematica nel caso dei lavoratori dipendenti e al computo di un ambito delle mansioni consuete per tutti i lavoratori a tempo parziale, sono prevedibili leggeri aumenti delle rendite. In compenso, il fatto di considerare un titolo di formazione professionale secondo la LFPr nella determinazione del reddito senza invalidità, la soppressione della possibilità di una parallelizzazione nel caso dei lavoratori indipendenti e la nuova deduzione per attività a tempo parziale al posto dell'attuale deduzione dovuta al danno alla salute potrebbero generare una lieve diminuzione delle rendite. L'importo delle ripercussioni finanziarie in questo contesto è difficilmente quantificabile. Tuttavia, i due valori dovrebbero più o meno compensarsi a vicenda.

La soppressione delle fasce di età per il salario mediano nel caso degli invalidi dalla nascita e di quelli precoci comporterà spese supplementari per l'AI pari a oltre 1 milione di franchi per le nuove rendite, cui vanno aggiunte spese per l'adeguamento delle rendite correnti per circa 6 milioni di franchi nell'anno del passaggio al nuovo sistema, che diminuiranno di 1 milione all'anno negli anni successivi. Le spese supplementari annue dovute alle nuove rendite e al passaggio dell'effettivo delle rendite al nuovo sistema ammonteranno a 7 milioni di franchi.

La considerazione sistematica delle limitazioni dovute al danno alla salute nello stabilire la capacità funzionale cagionerà un onere supplementare per i SMR. A tal fine saranno necessari 10–12 ETP, il che comporterà spese supplementari per circa 2 milioni di franchi all'anno.

Dalle modifiche di ordinanza previste nel settore del sistema di rendite risulteranno dunque spese supplementari per 9 milioni di franchi rispetto a quanto deciso dal Parlamento.

b) Misure non legate alla riforma Ulteriore sviluppo dell'AI

Spese di amministrazione

Gli adeguamenti nell'ambito delle spese di amministrazione non avranno ripercussioni finanziarie.

Contributo per l'assistenza

Le spese per l'aumento degli importi forfettari per il servizio notturno ammonteranno a 10 milioni di franchi e la flessibilizzazione delle prestazioni di consulenza costerà circa 1 milione di franchi all'anno-

Spese di viaggio

Gli adeguamenti concernenti le spese di viaggio cagioneranno spese supplementari marginali.

4.3 Ripercussioni per le altre assicurazioni sociali

I risparmi per l'AOMS saranno inferiori a quanto ipotizzato e ammonteranno a circa 9 milioni di franchi. Questo è riconducibile a diversi motivi. Innanzitutto, poiché i lavori per aggiornare l'elenco delle infermità congenite sono stati effettuati soltanto in vista della presente revisione delle disposizioni d'esecuzione, soltanto ora emerge chiaramente che una parte dei risparmi andrà a vantaggio non dell'AOMS bensì dei Cantoni. Inoltre, le disposizioni previste nel presente progetto per quanto riguarda l'elenco delle infermità congenite e i provvedimenti sanitari d'integrazione comporteranno risparmi più modesti per l'AOMS.

Per quanto concerne le PC, gli adeguamenti previsti per la valutazione del grado d'invalidità degli invalidi precoci genereranno risparmi pari a circa 3 milioni di franchi.

4.4 Ripercussioni per i Cantoni

Le ripercussioni dell'aggiornamento dell'elenco delle infermità congenite non erano state indicate nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI, in quanto i relativi lavori non erano ancora stati avviati. Dato che i Cantoni partecipano nella misura del 55 per cento alle spese per le cure ospedaliere, il proposto adeguamento dell'elenco delle infermità congenite determinerà risparmi per i Cantoni pari a circa 9 milioni di franchi all'anno.

4.5 Risultato del *quick check* per l'AIR

Dal *quick check* per dell'analisi d'impatto della regolamentazione (AIR) è emerso che le misure decise a livello di legge e nelle ordinanze secondo il presente progetto non avranno ripercussioni o determineranno uno sgravio amministrativo e finanziario per le imprese e le aziende. La presente revisione non andrà a incidere particolarmente su determinati settori e non comporterà nuovi o maggiori obblighi di azione per le imprese. Non sono attese ripercussioni per l'economia. Le ripercussioni finanziarie del presente progetto si discostano soltanto in misura modesta dalle indicazioni fornite nel messaggio sull'ulteriore sviluppo dell'AI. Risulta pertanto superfluo svolgere un'AIR approfondita.

Allegato

Tabella – Confronto tra l'elenco delle infermità congenite nell'allegato dell'OIC (vigente) e quello nell'allegato dell'OIC-DFI (nuovo), con relativi commenti

OIC (vigente)	OIC-DFI (nuovo)	Commento
I. Pelle		
101. Cicatrici cutanee congenite, per quanto sia necessaria un'operazione	101. Difetti congeniti della pelle, comprese aplasie e briglie amniotiche, a condizione che per la correzione non sia sufficiente una sola operazione	• A questa infermità congenita (IC) vengono aggiunte le affezioni ai sensi del n. 112, poiché si tratta di affezioni affini. • Con la condizione della necessità di più operazioni si intende garantire che solo i casi gravi rientrino nel campo di applicazione di questo numero.
102. Pterigio e sindattilie cutanee	102. Pterigio	In futuro le sindattilie complesse rientreranno nel n. 177.
103. Cisti dermoidi congenite dell'orbita, della radice del naso, del collo, del mediastino e della regione sacrale	103. Ciste dermoide congenita con espansione orbitale o intracranica, a condizione che sia necessaria un'operazione	• L'asportazione delle cisti dermoidi descritte è resa difficile dalla loro posizione (espansione orbitale o intracranica). • Sebbene le cisti dermoidi corrispondano a teratomi (n. 486), rientrano nel presente numero per via della specificità delle cisti dermoidi dell'orbita. • Il riferimento all'espansione include e sostituisce le regioni del corpo elencate nel testo vigente.
104. Displasia ectodermale	104. Displasia ectodermale	Questo numero resta invariato.
105. Malattie bullose congenite della pelle (epidermolisi bullosa ereditaria, acrodermatite enteropatica e pemfigo cronico benigno familiare)	105. Malattie bullose congenite della pelle (quali epidermolisi bullosa ereditaria e pemfigo cronico benigno familiare), a condizione che la diagnosi sia stata confermata mediante esame istologico o genetico-molecolare	• L'elenco viene completato con la precisazione «quali» per non escludere nessun possibile quadro clinico. • Per garantire che si tratti effettivamente di una delle affezioni descritte, viene aggiunta una condizione concreta relativa alla formulazione della diagnosi.

107. Malattie ittiosiformi congenite e cheratosi palmo-plantari ereditarie	107. Malattie ittiosiformi congenite e cheratosi palmo-plantari ereditarie	Il numero rimane invariato.
109. Naevi congeniti, quando presentano una degenerazione maligna o quando non è possibile una semplice escissione a causa della grandezza o della localizzazione	109. Naevi congeniti, a condizione che l'asportazione richieda più operazioni o una terapia laser	La condizione della necessità di «più operazioni o una terapia laser» corrisponde materialmente alla formulazione odierna «non è possibile una semplice escissione a causa della grandezza o della localizzazione».
110. Mastocitosi cutanee congenite (urticaria pigmentosa e mastocitosi cutanea diffusa)	110. Mastocitosi cutanee congenite (urticaria pigmentosa e mastocitosi cutanea diffusa ad esclusione del mastocitoma isolato)	Viene aggiunta la menzione dell'esclusione del mastocitoma isolato, poiché questo può essere asportato con una sola operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 LAI nella versione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI (di seguito «nLAI»).
111. Xeroderma pigmentoso	111. Xeroderma pigmentoso	Questo numero resta invariato.
112. Aplasie tegumentarie congenite, per quanto sia necessaria un'operazione o una cura ospedaliera		In futuro questa malattia rientrerà nel n. 101.
113. Amastia congenita e atelia congenita		Queste malformazioni non adempiono i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI, dato che possono essere trattate attraverso semplici ricostruzioni operatorie e/o tatuaggi. Amastie o atelie possono comparire nel quadro di una sindrome di Poland, che rientra nel n. 190. In questi casi il loro trattamento è preso in considerazione in base al n. 190.
II. Scheletro		
A. Affezioni sistemiche dello scheletro		
121. Condrodistrofia (per es.: acondroplasia, ipocondroplasia, displasia epifisaria multipla)	121. Condrodistrofia, quali acondroplasia, ipocondroplasia, displasia epifisaria multipla	Questo numero rimane invariato.

122. Encondromatosi	122. Emiipertrofia/emiatrofia facciale e/o cranica congenita, ma senza asimmetrie facciali progressive, quali iperplasia emimandibolare, allungamento emimandibolare, iperplasia condilare	• In futuro l'encondromatosi rientrerà nel n. 124. • Nel n. 122 figureranno invece le emiipertrofie craniche. • Le asimmetrie facciali progressive che vengono escluse (quali iperplasia emimandibolare, allungamento emimandibolare, iperplasia condilare) sono affezioni dovute a malattia. È pertanto presumibile che si tratti di una malattia ai sensi dell'articolo 17 lettera f numero 3 dell'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31). Analogamente, gli allungamenti facciali nella pubertà vanno distinti dalle emiipertrofie congenite, poiché è quasi impossibile accertare se in questi casi si tratti di un'IC o una malattia.
123. Disostosi congenite	123. Disostosi congenite: 1. sinostosi del cranio, a condizione sia necessaria un'operazione, e disostosi cranio-facciali 2. disostosi che interessa prevalentemente lo scheletro assile 3. disostosi che interessa prevalentemente le estremità	• Il numero viene precisato. In futuro il n. 123 comprenderà anche le sinostosi del cranio che attualmente rientrano nel n. 142. Queste sono tuttavia considerate come IC solo se è necessaria un'operazione.
124. Esostosi cartilagine, per quanto sia necessaria un'operazione	124. Sviluppo disorganizzato delle componenti scheletriche, quali esostosi cartilaginee congenite, displasia fibrosa, encondromatosi (escluse le esostosi isolate), tumori ossei congeniti, a condizione che sia necessaria un'operazione	• Il numero viene adeguato all'attuale classificazione/terminologia e precisato. • In futuro l'encondromatosi (n. 122) e la displasia fibrosa (n. 128) rientreranno nel presente numero, dato che appartengono entrambe al medesimo gruppo di malattie. • Anche i tumori ossei congeniti appartengono a questa categoria.
125. Emiipertrofie ed altre asimmetrie corporee congenite, per quanto sia necessaria un'operazione	125. Emiipertrofie congenite (escluse quelle facciali o craniche), a condizione che sia necessaria un'operazione	Questo numero contiene soltanto asimmetrie gravi che non interessano il cranio e/o il viso. L'emiipertrofia/emiatrofia facciale e/o cranica congenita rientreranno nel n. 122.

126. Osteogenesi imperfetta	126. Osteogenesi imperfetta e altre malattie congenite con bassa massa ossea	Il gruppo di malattie viene ampliato per non escludere quadri clinici affini.
127. Osteoporosi	127. Osteopetrosi e altre malattie congenite sclerosanti, quali malattia di Pyle (displasia metafisaria), malattia di Camurati-Engelmann	Il gruppo di malattie viene ampliato per non escludere quadri clinici affini.
128. Displasie fibrose		In futuro le displasie fibrose rientreranno nel n. 124.
B. Malformazioni scheletriche regionali		
a. Testa		
141. Difetti ossei del cranio	141. Difetti congeniti del cranio, quali anomalie dell'ossificazione, a condizione che sia necessaria un'operazione	In questo numero sono trattate principalmente le anomalie dell'ossificazione. Semplici disturbi dei tessuti molli non rientrano nel campo di applicazione di questo numero.
142. Sinostosi del cranio, per quanto sia necessaria un'operazione		In futuro la sinostosi del cranio rientrerà nel n. 123.
143. Platibasia (impressione basale)		La platibasia consiste in un'anomalia della giunzione cranio-cervicale e viene definita come l'appiattimento della base cranica per cui l'angolo formato dall'intersezione dei piani del clivus e della fossa anteriore è superiore a 135°. Generalmente con questo quadro clinico non si manifestano sintomi o deficit neurologici e/o funzionali. Per questo motivo la platibasia viene stralciata.
b. Colonna vertebrale		
151. ...		Poiché già oggi non ha alcun contenuto, il numero viene stralciato.

152. Malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra)	152. Malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra)	Nella versione tedesca, il termine «Missbildung» è sostituito con il termine oggi in uso «Fehlbildung». Altrettanto vale per i n. 177, 241, 251, 281, 292, 296, 313, 342, 345, 348, 351, 355, 358, 359, 381, 358, 411, 423, 444 e 492.
c. Costole, torace e scapole		
161. Costole cervicali, per quanto sia necessaria un'operazione		Il trattamento delle costole cervicali richiede una singola e semplice operazione. I successivi controlli funzionali e l'eventuale fisioterapia non giustificano il mantenimento di questo numero.
162. Fessura sternale congenita	162. Fessura sternale congenita	Questo numero resta invariato.
163. Torace a imbuto, se è necessaria un'operazione	163. Torace a imbuto congenito e deformazioni combinate della parete toracica, a condizione che sia necessaria un'operazione	In futuro rientreranno in questo numero anche altre malformazioni del torace.
164. Torace carenato, per quanto sia necessaria un'operazione o un'ortesi		La convessità a carena dello sterno non ha conseguenze per la salute. L'eventuale trattamento comporta una singola e semplice operazione.
165. Scapola alata congenita e anomalia di Sprengel	165. Anomalia di Sprengel	La scapola alata viene stralciata, poiché nella maggior parte dei casi costituisce un sintomo di un'altra patologia (p. es. la paralisi di muscoli).
166. Torsione congenita dello sterno, per quanto sia necessaria un'operazione		In futuro la torsione congenita dello sterno rientrerà nel n. 163, poiché nella maggior parte dei casi è legata a deformazioni della cassa toracica.
167. Deformazioni congenite laterali della parete toracica, per quanto sia necessaria un'operazione		Le deformazioni laterali del torace da sole sono molto rare e non hanno valore patologico. Esse presentano rilevanza clinica soltanto nel quadro di altre malformazioni. Per questo motivo il presente numero verrà incluso nel n. 163.

d. Estremità		
170. Coxa vara congenita, per quanto sia necessaria un'operazione		Di regola il trattamento della coxa vara richiede una singola e semplice operazione nonché controlli successivi. Sebbene in alcuni casi isolati siano necessarie nuove operazioni, questo numero non adempie i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI e viene dunque stralciato.
171. Coxa antetorta o retrotorta congenita, per quanto sia necessaria un'operazione		Deviazioni assiali di questo tipo non hanno generalmente valore patologico. Spesso i valori si normalizzano da soli entro la fine della crescita. Soltanto in una piccola parte di casi è quindi necessaria una terapia. Questa consiste in una semplice operazione, che ha senso solo in presenza di chiari disturbi, il che succede soltanto in rari casi. Il presente numero non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI e viene pertanto stralciato.
172. Pseudoartrosi congenita delle estremità	172. Pseudoartrosi congenite, comprese pseudoartrosi in seguito a Coxa vara congenita, a condizione che sia necessaria un'operazione	• Sebbene le pseudoartrosi più frequenti interessino la tibia, quest'ultima non è menzionata specificamente, perché le pseudoartrosi possono interessare anche altre ossa delle estremità (p. es. l'ulna). Sono invece escluse dal presente numero le pseudoartrosi della clavicola, poiché questo osso non appartiene alle estremità. • Dato che non tutte le pseudoartrosi necessitano di un trattamento, viene aggiunto il criterio della necessità di un'operazione.
174. ...		Poiché già oggi non ha alcun contenuto, il numero viene stralciato.
176. Amelie, dismelie e focomelie congenite		In futuro tutte le malformazioni che interessano le estremità rientreranno nel n. 177.
177. Altri difetti congeniti e malformazioni congenite delle estremità, per quanto sia necessaria un'operazione, un'apparecchiatura o una cura con apparecchio gessato	177. Alterazioni ossee congenite e malformazioni congenite delle estremità, quali amelie, focomelie, dismelie, sindattilie complesse complete, a condizione che siano necessarie più operazioni, ripetute ingessature o un'apparecchiatura	Dato che il numero è completato e ampliato con le malformazioni di cui al n. 176, le indicazioni concernenti i criteri fungono da indicatori del grado di gravità.

178. Torsione tibiale interna e esterna, a contare dal compimento di 4 anni, per quanto l'operazione sia necessaria		Le torsioni di questo tipo non hanno valore patologico. Inoltre possono essere curate con un semplice intervento chirurgico a carattere preventivo.
III. Articolazioni, muscoli e tendini		
180. Piede addotto o piede metatarso varo congenito, per quanto sia necessaria un'operazione	180. Malformazioni congenite dei piedi, quali piede a «z», talo verticale, a condizione che siano necessarie un'operazione, ripetute ingessature o un'apparecchiatura. È escluso il piede equino (piede varo equino congenito, n. 182)	Il criterio della necessità di un'operazione, ripetute ingessature o un'apparecchiatura funge da indicatore del grado di gravità. Il singolo trattamento con ingessatura, che dura di regola circa tre mesi, non è sufficiente per adempiere i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI. In futuro le condizioni saranno pertanto cumulative.
181. Artromiodisplasia congenita (artrogriposi)	181. Artrogriposi	La terminologia viene aggiornata.
182. Piede varo equino congenito	182. Piede varo equino congenito	Questo numero resta invariato.
183. Lussazione congenita dell'anca e displasia congenita dell'anca	183. Displasia congenita dell'anca e lussazione congenita dell'anca, a condizione che sia necessaria un'apparecchiatura o un'operazione	In futuro sarà necessario un determinato grado di gravità. Poiché le displasie lievi (fino al grado IIc) vengono trattate con tutori divaricatori e non con trattamenti complessi, non rappresentano un'affezione grave e non adempiono dunque i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI.
184. Distrofia muscolare progressiva e altre miopatie congenite	184. Miopatie congenite e miastenia congenita (sindrome miastenica congenita)	Il numero viene riformulato in modo generale e in futuro includerà la sindrome miastenica e l'adinamia episodica ereditaria (n. 192).
185. Miastenia grave congenita		In futuro la miastenia grave congenita rientrerà nel n. 184.

188. Torcicollo congenito, per quanto sia necessaria un'operazione		- Nella maggior parte dei casi i torcicolli sono dovuti soltanto a cause muscolari. Una lesione o una contrazione del muscolo sternocleidomastoideo può essere curata con provvedimenti di fisioterapia o chiropratica. - Se un torcicollo si manifesta in relazione a una malformazione, allora rientra nel numero della relativa IC (p. es. n. 125).
189. Miosite ossificante progressiva congenita	189. Fibrodisplasia ossificante progressiva (FOP)	La terminologia viene aggiornata.
190. Aplasia e forte ipoplasia dei muscoli striati	190. Aplasia e forte ipoplasia dei muscoli scheletrici, a condizione che sussistano limitazioni funzionali	Questa IC viene completata con la condizione di una limitazione funzionale, perché il solo sottosviluppo di muscoli senza limitazioni funzionali non ha valore patologico e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI. La sindrome di Poland rientra in questo numero.
191. Tendovaginite stenotica congenita		La tendovaginite stenotica congenita non adempie i criteri dell'articolo 13 capoverso 2 nLAI, perché può essere curata attraverso una sola operazione (chirurgia eseguita in giornata). Inoltre non sono necessari trattamenti successivi particolari.
192. Adinamia episodica ereditaria		In futuro questa IC rientrerà nel n. 184.
193. Piede piatto congenito, per quanto sia necessaria un'operazione o una cura con apparecchio gessato		In futuro i piedi piatti congeniti rientreranno nel n. 180.
194. Lussazione congenita del ginocchio, per quanto sia necessaria un'operazione, un'apparecchiatura o una cura con apparecchio gessato	194. Lussazione congenita (esclusa l'articolazione dell'anca), a condizione che sia necessaria un'operazione, un'apparecchiatura o un'ingessatura. È esclusa la lussazione congenita dell'anca (n. 183)	- Il numero viene esteso a tutte le articolazioni (esclusa l'anca). - La lussazione dell'anca rientrerà nel n. 183.

195. Lussazione congenita della rotula, per quanto sia necessaria un'operazione	195. Malattie congenite non infiammatorie delle articolazioni (quali fibromatosi ialina, displasia pseudoreumatoide progressiva)	• La lussazione congenita della rotula non è grave e si manifesta nella maggior parte dei casi nel quadro di un'altra affezione. Inoltre, viene trattata con una singola e semplice operazione. Pertanto viene stralciata. • In futuro in questo numero rientreranno le malattie congenite delle articolazioni. Va considerato che esistono più di 500 patologie scheletriche genetiche rare, suddivise in 42 gruppi di malattie. La displasia pseudoreumatoide progressiva rientra nel gruppo 31, in cui figurano altre malattie quale per esempio la sindrome CINCA (o NOMID).
IV. Faccia		
Le prestazioni dell'AI sono concesse soltanto dal momento in cui l'infermità congenita, rilevata da un esame craniometrico (n. 208, 209 e 210), è comprovata.		
201. Cheilo-gnato-palatoschisi (fessura labiale, mascellare, palatina)	201. Fessura labiale, mascellare, palatina	Viene eliminata la terminologia scientifica.
202. Fessure facciali mediane, oblique e trasversali	202. Fessure facciali mediane, oblique e trasversali	Questo numero resta invariato.
203. Fistole congenite del naso e delle labbra	203. Fessure congenite del naso e fistole congenite del naso e delle labbra	Vengono aggiunte le fessure del naso, dato che attualmente queste malformazioni in quanto tali non sono contemplate nell'elenco delle IC.
204. Proboscis lateralis	204. Proboscis lateralis	Questo numero resta invariato.
205. Displasie dentarie congenite, nella misura in cui ne sono colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo che sono spuntati. In caso di odontodisplasia (ghost teeth) è sufficiente che siano colpiti due denti in un quadrante	205. Displasia dentaria congenita, se ne sono colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo che sono spuntati; in caso di odontodisplasia (ghost teeth) è sufficiente che siano colpiti due denti in un quadrante. La diagnosi deve essere verificata da un rappresentante	Viene introdotta la condizione della necessità che la diagnosi sia stata verificata da un rappresentante accreditato della Società svizzera odontoiatri (SSO) o delle sue società mediche. La SSO conosce persone competenti in ambito accademico o extra accademico, ragion per cui deve essere incaricata dell'accREDITAMENTO. La verifica approfondita delle richieste di prestazioni in virtù di questo numero dovrebbe permettere di rilevare una percentuale non irrilevante di richieste erroneamente presentate per difetti dentari acquisiti: oltre a contesti di tipo «idiotipico», relativamente frequenti, figurano tra questi anche disturbi dello sviluppo della dentatura di origine metabolica e/o medicamentosa connessi a gravi IC e al

	della Società svizzera odontoiatri (SSO) riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento	loro trattamento in tenera età. Dato il loro stretto nesso causale con l'affezione principale, il loro trattamento verrà rimborsato in virtù del relativo numero.
206. Anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella ad esclusione dei denti del giudizio	206. Anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella (non è tenuto conto dei denti del giudizio)	Non vi sono modifiche materiali. Si tratta di un semplice adeguamento terminologico.
207. Iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi	207. Iperodontia congenita, quando il o i denti permanenti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi. Gli odontomi non sono considerati denti soprannumerari	Il grado di gravità del problema non dipende dal numero di denti soprannumerari. Per questa ragione gli uffici AI provvedono a rilevare dei campioni, vale a dire che ogni 10 o 20 richieste di prestazioni in virtù del n. 207 viene chiesto di fornire fotografie e radiografie della bocca, le quali sono poi inoltrate per controllo alla segreteria della commissione per le questioni assicurative della Società svizzera di ortopedia dento-facciale (SSODF). Questa procedura è giustificata dal fatto che le riflessioni in materia di ortodonzia sono rilevanti per la valutazione della necessità di un trattamento.
208. Micrognatismo inferiore congenito, se, nel corso del primo anno di vita, provoca delle turbe di deglutizione e di respirazione che rendono necessaria una cura o se l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di 9° o più (rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascello-basale di almeno 37°) o se i	208. Micrognatismo inferiore congenito, 1. se, nel corso del primo anno di vita, pro-voca dei disturbi di deglutizione e di respirazione diagnosticati che rendono necessaria una cura, o 2. in caso di malocclusione se l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un	• Resta la necessità che un accertamento ortodontico venga eseguito da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI secondo l'elenco disponibile sul sito della SSO (https://www.sso.ch/it/medici-dentisti/assicurazione-invalidita.html). • Le diagnosi di ortodonzia (valori craniometrici) sono verificate a campione. L'ufficio AI competente richiede l'originale della teleradiografia della bocca, la quale è poi inoltrata alla segreteria della commissione per le questioni assicurative della SSODF per ulteriori misurazioni. • La terminologia viene adeguata.

denti permanenti, ad esclusione dei denti del giudizio, presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per metà di mascella	angolo ANB di 9° o più, rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascello-basale di almeno 37°, o se i denti permanenti (ad esclusione dei denti del giudizio), presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per ciascuna metà di mascella. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento.	
209. Mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più). Mordex clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più)	209. Mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più). Mordex clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più).	Cfr. commento al n. 208.

	La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento.	
210. Prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno -1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di $+1^\circ$ e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno	210. Prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela dopo la crescita degli incisivi permanenti una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno -1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione di occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di $+1^\circ$ e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento	Cfr. commento al n. 208.
211. Epulis dei neonati		L'epulis è uno pseudotumore. Viene trattato con una singola e semplice operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
212. Atresia delle coane (uni o bilaterale)	212. Atresia delle coane (uni o bilaterale)	Questo numero resta invariato.

213. Glossoschisi		Una lingua bifida viene corretta con una singola e semplice operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
214. Macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua	214. Macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua. Un'operazione è necessaria: 1. quando la macroglossia provoca problemi di respirazione e deglutizione nel neonato, 2. in presenza di disturbi del linguaggio, a condizione che questi siano riconducibili alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico specialista in otorinolaringoiatria con specializzazione in foniatria, o 3. in caso di malocclusione, a condizione che questi siano riconducibili alle dimensioni della lingua e che prima dell'esecuzione dell'operazione questo rapporto sia confermato mediante una perizia svolta da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per gli accertamenti ortodontici.	Vengono introdotte precise condizioni al fine di garantire la qualità e la correttezza dell'indicazione.

215. Cisti e tumori congeniti della lingua		Questo tipo di cisti e tumori viene trattato con una singola e semplice operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
216. Affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipoplasia o aplasia di tutte le grandi ghiandole salivari)	216. Affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipoplasie o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari)	Questo numero resta invariato.
218. Ritenzione congenita o anchilosi dei denti, nella misura in cui sono interessati diversi molari o almeno due premolari o molari della seconda dentizione posti uno accanto all'altro (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti	218. Ritenzione congenita o anchilosi dei denti, se sono interessati diversi molari o almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti. La diagnosi deve essere formulata da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI per questo specifico accertamento.	La terminologia viene adeguata. Resta la necessità che un accertamento ortodontico venga eseguito da un medico dentista specialista in ortodonzia riconosciuto dall'AI secondo l'elenco disponibile sul sito della SSO (https://www.sso.ch/it/medici-dentisti/assicurazione-invalidita.html) o da un istituto universitario odontoiatrico svizzero.
V. Collo		
231. Gozzo congenito		Questo numero viene stralciato, perché la relativa affezione non esiste praticamente più. Inoltre la sua cura richiede un semplice trattamento medicamentoso.
232. Cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert)	232. Cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert), a condizione	Le malformazioni descritte sono considerate IC ai sensi dell'articolo 13 nLAI solo se necessitano di più operazioni. Se il loro trattamento richiede una sola operazione, i criteri di definizione non sono adempiuti.

	che siano necessarie più operazioni	
VI. Polmoni		
241. Bronchiectasie congenite	241. Malformazione congenita dei bronchi, quali broncomalacia, stenosi bronchiale, aplasia o displasia della cartilagine bronchiale, bronchiectasie congenite, cisti broncogene	Il numero viene esteso ad altre malformazioni e patologie.
242. Enfisema lobare congenito	242. Enfisema lobare congenito	Questo numero resta invariato.
243. Agenesia parziale e ipoplasia dei polmoni	243. Agenesia parziale congenita o ipoplasia congenita dei polmoni	Il numero viene precisato.
244. Cisti e tumori congeniti dei polmoni	244. Tumori congeniti dei polmoni	In futuro le cisti dei polmoni rientreranno nel n. 245.
245. Sequestro polmonare congenito	245. Sequestro polmonare congenito e malformazione congenita delle vie aeree polmonari (CPAM), a condizione che sia necessaria una terapia d'intervento (p. es. chirurgia)	Il numero viene ampliato in modo da comprendere malformazioni complesse, che richiedono un'osservazione e un trattamento, comprese le cisti dei polmoni (attualmente al n. 244). Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di una terapia d'intervento.
247. Sindrome delle membrane ialine	247. Displasie broncopolmonari (BPD) moderate e gravi, a condizione che sia necessaria una terapia (trattamento medicamentoso, ossigenoterapia, sostegno ventilatorio)	La malattia delle membrane ialine, ovvero la sindrome da distress respiratorio nel neonato, rappresenta un disturbo acuto della funzione polmonare e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI. In compenso vengono inserite nell'elenco le BPD, complicazioni a lungo termine spesso collegate a questa sindrome. La suddivisione delle BPD è prevista a livello di circolare.

248. Sindrome di Mikity-Wilson		In neonatologia non si incontra praticamente più questa diagnosi e il termine è in disuso, dato che questo quadro clinico corrisponde in verità alla displasia broncopolmonare (n. 247). Il presente numero viene dunque stralciato.
249. Discinesia primaria delle ciglia (se l'esame al microscopio elettronico è eseguito al di fuori di un periodo d'infezione)	249. Malformazioni congenite della laringe e della trachea, quali stenosi congenita della trachea, fistole e fessure laringo-tracheo-esofagee	Il numero viene adeguato in modo che rifletta lo stato attuale delle conoscenze.
VII. Vie respiratorie		
251. Malformazioni congenite della laringe e della trachea	251. Malformazioni congenite della laringe e della trachea quali stenosi congenita della trachea, fistole e fessure laringo-tracheo-esofagee	Il numero viene adeguato in modo che rifletta lo stato attuale delle conoscenze e completato con ulteriori malformazioni.
	252. Laringomalacia e tracheomalacia, a condizione che sia necessario ricorrere alla respirazione artificiale a domicilio (CPAP, BiPAP e simili) o a un intervento chirurgico	La laringomalacia e la tracheomalacia non costituiscono vere e proprie malformazioni, ragion per cui vengono inserite in un nuovo numero separato. A fronte di una certa tendenza alla guarigione spontanea e al fine includere soltanto i casi gravi, queste IC vengono subordinate alla necessità della respirazione artificiale a domicilio o di un intervento chirurgico.
VIII. Mediastino		
261. Tumori e cisti congeniti del mediastino	261. Tumori e cisti congeniti del mediastino, a condizione che sia necessaria un'operazione	Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
IX. Esofago, stomaco e intestini		
271. Atresia e stenosi congenite dell'esofago, fistole esofago-tracheali	271. Stenosi e atresia congenite dell'esofago nonché fistole esofago-tracheali	Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.

272. Megaesofago congenito	272. Megaesofago congenito	Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.
273. Stenosi ipertrofica del piloro		Questa malformazione può essere corretta con una singola e semplice operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
274. Atresia e stenosi congenite dello stomaco, dell'intestino, del retto e dell'ano	274. Stenosi e atresia congenite dello stomaco, degli intestini, del retto e dell'ano	Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.
275. Cisti, tumori, duplicature e diverticoli congeniti del tubo digerente	275. Cisti, tumori, duplicature e diverticoli congeniti degli intestini, a condizione che sia necessaria un'operazione	Viene precisata la posizione delle infermità in conformità con il titolo del capitolo e viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione, per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero.
276. Anomalie del sito intestinale, cieco mobile escluso	276. Anomalie del sito intestinale (compreso il volvolo), cieco mobile escluso	Il numero viene completato con la menzione della torsione intestinale (volvolo).
277. Ileo del neonato		Nella maggior parte dei casi l'ileo del neonato non è una malattia autonoma ma costituisce un sintomo di altre patologie, ovvero di altre IC come per esempio la fibrosi cistica (n. 459). Pertanto in futuro i trattamenti dell'occlusione intestinale rientreranno nel numero della relativa IC principale.
278. Aganglioni e anomalie delle cellule ganglionari dell'intestino crasso o dell'intestino tenue	278. Aganglioni e anomalie delle cellule ganglionari dell'intestino crasso e dell'intestino tenue, compresa la pseudo-occlusione intestinale primaria cronica (CIPO)	Il numero viene precisato e ampliato.
279. Celiachia conseguente all'intolleranza congenita alla gliadina		Questa malattia è una predisposizione genetica non congenita e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.

280. Riflusso gastro-esofageo congenito, per quanto sia necessaria un'operazione		Il reflusso come IC a sé stante è stralciato. Questo problema può essere trattato con una singola e semplice operazione. Quando si presenta in bambini con altre patologie o quando è la conseguenza di un'altra affezione (p. es. paresi cerebrale), il suo trattamento rientra nel numero della relativa IC.
281. Malformazioni congenite del diaframma	281. Malformazioni congenite del diaframma	Questo numero resta invariato.
282. Enterocolite necrotizzante dei prematuri aventi un peso alla nascita inferiore a 2000 g o dei neonati, a condizione che si manifesti nelle quattro settimane che seguono la nascita	282. Enterocolite necrotizzante dei prematuri, a condizione che sia necessario un intervento chirurgico (drenaggio, laparotomia)	• Soltanto l'enterocolite necrotizzante che necessita di un intervento chirurgico è considerata un'IC. • Il sospetto di una enterocolite necrotizzante che richiede una terapia antibiotica e/o un digiuno non è considerato un'IC. • Viene eliminato il riferimento al peso alla nascita. Sebbene infatti si manifesti prevalentemente in prematuri molto piccoli (peso alla nascita al di sotto dei 1500 grammi), l'enterocolite necrotizzante può presentarsi anche in altri i neonati.
X. Fegato, vie biliari e pancreas		
291. Atresia e ipoplasia congenita delle vie biliari	291. Atresia e ipoplasia congenita delle vie biliari	Questo numero resta invariato.
292. Ciste congenita del coledoco	292. Altre malformazioni congenite delle vie biliari, a condizione che sia necessario un intervento chirurgico	Il numero viene ampliato. Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
293. Cisti congenite del fegato		Se è necessario un intervento, basta una singola e semplice operazione.
294. Fibrosi congenita del fegato	294. Fibrosi congenita del fegato	Questo numero resta invariato.
295. Tumori congeniti del fegato	295. Tumori congeniti del fegato	Questo numero resta invariato.

296. Malformazioni e cisti congenite del pancreas	296. Malformazioni e cisti congenite del pancreas	Questo numero resta invariato.
XI. Parete addominale		
302. Onfalocele e laparoscisi	302. Onfalocele e laparoscisi	Questo numero resta invariato.
303. Ernia inguinale laterale		L'ernia inguinale laterale viene trattata con un'unica operazione e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
XII. Cuore, vasi e sistema linfatico		
311. Emangioma cavernoso o tuberoso	311. Emangioma congenito, a condizione che sia necessaria una terapia complessa (diverse terapie laser, crioterapie oppure operazioni con o senza trattamento medicamentoso preliminare)	Il numero viene completato con la condizione della necessità di una terapia complessa per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero. Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.
312. Linfangioma congenito, linfangectasia congenita	312. Linfangioma congenito e malformazioni linfatiche congenite	Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.
313. Malformazioni congenite del cuore e dei vasi	313. Malformazioni congenite del cuore e dei vasi, a condizione che siano necessari una terapia (p. es. medicamentosa, mediante catetere od operativa) o controlli regolari da parte di un medico specialista	La terminologia viene aggiornata e il numero precisato con la menzione della necessità di una terapia o di controlli.
314. Linfangectasia intestinale congenita	314. Cardiomiopatie e aritmie congenite, a condizione che sia	In futuro la linfangectasia intestinale congenita rientrerà nel n. 312. Nel presente numero figureranno le cardiomiopatie e aritmie.

	necessaria una terapia (medicamentosa, mediante catetere od operativa)	
	315. Angioedema ereditario, a condizione che sia confermato mediante esame genetico-molecolare	L'angioedema ereditario fa parte del capitolo Cuore, vasi e sistema linfatico e rientrerà quindi nel n. 315 invece che nel 327. La diagnosi deve essere confermata mediante esame genetico-molecolare.
XIII. Sangue, milza e sistema reticolo-endoteliale		
321. Anemie, leucopenie e trombocitopenie del neonato		Questo numero è molto generico e dà ampio spazio a interpretazioni, ragion per cui viene stralciato. Le forme congenite di queste malattie del sangue rientrano già nei n. 322–324 e 326.
322. Anemie ipoplastiche o aplastiche, leucopenie e trombocitopenie congenite	322. Anemie ipoplastiche o aplastiche, leucopenie e trombocitopenie congenite	Questo numero resta invariato.
323. Anemie emolitiche congenite (alterazioni degli eritrociti, degli enzimi o dell'emoglobina)	323. Anemie emolitiche congenite (alterazioni degli eritrociti, degli enzimi o dell'emoglobina)	Questo numero resta invariato.
324. Coagulopatie e trombocitopatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione)	324. Coagulopatie e trombocitopatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione)	Questo numero resta invariato.
325. Iperbilirubinemia del neonato di diversa causa, per quanto sia necessaria un'exanguino-trasfusione		L'iperbilirubinemia del neonato è una condizione che richiede un trattamento semplice. Inoltre questo quadro clinico è praticamente sparito.
326. Sindrome congenita di deficienza immunitaria (IDS)	326. Immunodeficienza congenita, a condizione che sia necessaria una terapia	Il numero viene riformulato ed «esteso», dato che questo gruppo di malattie comprende svariate affezioni. Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di una terapia.
327. Angioedema ereditario		L'angioedema ereditario rientrerà nel nuovo n. 315, dato che si tratta di un disturbo dei vasi.

329. Leucemia del neonato	329. Leucemie congenite	Il numero viene adeguato, dato che dal punto di vista oncologico le cosiddette leucemie infantili possono manifestarsi fino al 12° mese di vita. Queste sono congenite.
330. Istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian è Letterer-Siwe)	330. Istiocitosi congenite	La terminologia viene aggiornata.
331. Poliglobulia congenita, per quanto sia stato necessario un prelievo terapeutico di sangue (salasso) sostituito con plasma		In questo numero viene impiegato un termine desueto. Oggi si parla di policitemia. Questa è una manifestazione di altre affezioni principali e non deve essere dunque menzionata quale IC a sé stante.
333. Malformazioni congenite e ectopie della milza		Le malformazioni congenite e le ectopie della milza non sono rilevanti, dato che non hanno conseguenze per lo stato di salute. Inoltre nella maggior parte dei casi si tratta di affezioni emerse per caso.
XIV. Sistema uro-genitale		
341. Glomerulopatie e tubulopatie congenite	341. Glomerulopatie e tubulopatie congenite	Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco
342. Malformazioni, duplicature ed alterazioni congenite dei reni, comprese l'ipplasia, l'agenesia e la distopia	342. Ipodisplasie, displasie e malformazioni dei reni	Il numero viene aggiornato.
343. Tumori e cisti congeniti dei reni	343. Tumori e cisti congeniti dei reni (escluse le cisti solitarie semplici), a condizione che sia necessaria un'operazione o una terapia medicamentosa	Il numero viene adeguato escludendo le cisti solitarie semplici irrilevanti (che non richiedono una terapia). Viene aggiunta la condizione della necessità di una terapia.
344. Idronefrosi congenita		Questo numero viene stralciato, perché l'idronefrosi è la conseguenza di altre patologie che rientrano in altri numeri, per esempio le malformazioni degli ureteri (n. 345).

345. Malformazioni congenite degli ureteri (stenosi, atresie, ureteroceli, distopia, megauretere)	345. Malformazioni congenite degli ureteri quali stenosi degli orifizi uretrali esterno ed interno, atresie, ectopie dell'orifizio uretrale interno, ureteroceli e megauretere, a condizione che ne risulti un'ostruzione del flusso urinario che necessita di una terapia	Il numero viene precisato e completato con la condizione della necessità di una terapia.
346. Riflusso vescico-ureterale congenito	346. Reflusso vescico-ureterale (RVU) congenito a partire dal grado III o a condizione che sia necessario un trattamento mediante intervento (endoscopico o chirurgico)	Poiché il reflusso vescico-ureterale (RVU) congenito fino al grado III può essere trattato sostanzialmente a livello medicamentoso e dunque non rappresenta un'IC grave ai sensi dell'articolo 13 nLAI, vengono aggiunte la menzione del grado di gravità e la condizione della necessità di un trattamento mediante intervento.
348. Malformazioni congenite della vescica (p. es.: diverticolo della vescica, megavescica congenita)	348. Malformazioni congenite della vescica (quali agenesia della vescica, aplasia della vescica, fistole, comprese quelle dell'uraco), a condizione che sia necessaria un'operazione	Il numero viene aggiornato e completato con la condizione della necessità di un'operazione. Una parte delle malformazioni della vescica (p. es. l'estrofia) rientrerà nel riformulato n. 350, perché la formulazione attuale è troppo ampia. Poiché alcune malformazioni, come per esempio il diverticolo della vescica, spesso decorrono in modo asintomatico e vengono rilevate per caso, viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
349. Tumori congeniti della vescica	349. Tumori congeniti della vescica e dell'apparato urinario	Il numero viene ampliato in modo da includere anche i tumori dell'apparato urinario.
350. Estrofia della vescica	350. Epispadia ed estrofia vescicale, compreso il complesso estrofia vescicale-epispadia-estrofia della cloaca (BEEC)	Il numero viene ampliato perché l'estrofia vescicale è spesso connessa con un'epispadia o malformazioni della cloaca. In futuro queste affezioni rientreranno dunque nello stesso numero.
351. Atresia e stenosi congenite dell'uretra e diverticolo dell'uretra	351. Malformazioni uretrali congenite, compresa la formazione	Il numero viene ampliato (con il riferimento a malformazioni in generale) e completato con la condizione della necessità di un'operazione, per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero.

	di fistole quali le fistole retto-uretrali, a condizione che sia necessaria un'operazione	
352. Ipospadi ed epispadi	352. Ipospadi, a condizione che sia necessaria un'operazione	• In futuro l'epispadi rientrerà nel n. 350. • Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
353. Fistola vescico-ombelicale congenita e ciste congenita dell'uraco		In futuro queste malformazioni rientreranno nel n. 348.
354. Fistole retto-uro-genitali congenite		In futuro le fistole retto-uro-genitali congenite rientreranno nel n. 351.
355. Criptorchismo (unilaterale o bilaterale), per quanto sia necessaria un'operazione	355. Criptorchismo bilaterale o unilaterale in combinazione con altre malformazioni genitali quali ipospadi, torsione del pene o micropenia; agenesia e displasia testicolare, compresi testicoli intraddominali, a condizione che sia necessario un intervento o un trattamento ormonale	Il numero viene aggiornato. Il criptorchismo semplice (posizione anomala del testicolo) non adempie i criteri dell'articolo 13 nLAI. Le malformazioni e le posizioni anomale menzionate nel nuovo tenore costituiscono invece inequivocabilmente IC e rientreranno dunque in questo numero.
356. Idrocele del testicolo e del funicolo spermatico congenito e cisti del legamento rotondo, per quanto sia necessaria un'operazione		Questa IC viene stralciata, perché possono essere curate con una singola e semplice operazione e non adempiono dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
357. Palmura e curvatura congenita del pene	357. Curvatura congenita del pene, a condizione che sia necessaria un'operazione	Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione. La palmura viene stralciata, perché non adempie i criteri dell'articolo 13 nLAI.
358. Atresia congenita dell'imene, della vagina, del collo uterino o	358. Malformazioni congenite degli organi genitali femminili interni ed esterni, a condizione che	• Il numero viene ampliato e completato con la condizione della necessità di un trattamento. Al fine di garantire la qualità della diagnosi viene introdotta la condizione della necessità che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di

dell'utero e stenosi congenita della vagina	la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD e che siano necessarie un'operazione e/o una terapia ormonale	diagnosi DSD (disorders/differences of sex development). Quest'ultimo è un gruppo di riferimento e/o di esperti attivo in grandi centri. • Con la nuova formulazione viene inclusa una parte delle varianti dello sviluppo sessuale che rientrano nei DSD.
359. Ermafroditismo vero e pseudoermafroditismo	359. Disordine congenito dello sviluppo delle gonadi (ovaie e testicoli), quali disgenesia gonadica, aplasia gonadica, ovotestis, a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD	Il numero viene aggiornato e, al fine di garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD. Quest'ultimo è un gruppo di riferimento e/o di esperti attivo in grandi centri.
361. Duplicatura degli organi genitali femminili (utero bicorni a unicollo o bicollo, utero unicollo e utero doppio con o senza doppia vagina)		In futuro le malformazioni di rilievo rientreranno nel n. 358.
XV. Sistema nervoso centrale, periferico ed autonomo		
381. Malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele, idromielia, meningocele, diastematomielia e tethered cord)	381. Malformazioni del sistema nervoso: 1. sistema nervoso centrale e suo rivestimento, quali encefalocele, mielomeningocele, idromielia, meningocele, diastematomielia e tethered cord, 2. sistema nervoso periferico e autonomo, quali disautonomia familiare, analgesia congenita	• Il numero viene precisato e suddiviso in funzione dei sistemi per una migliore comprensione. • In futuro vi rientreranno anche i disturbi del sistema autonomo.
382. Turbe centrali di ipoventilazione dei neonati	382. Ipoventilazione alveolare centrale congenita (CCHS, nota	Il numero viene completato con il nome della malattia.

	anche come sindrome di Ondine)	
383. Affezioni erodegenerative del sistema nervoso (p. es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie muscolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita, sindrome di Rett)	383. Affezioni erodegenerative del sistema nervoso, quali atassia di Friedreich, leucodistrofia, affezione progressiva della materia grigia, atrofia muscolare di origine spinale o neurale, sindrome di Rett	In futuro la disautonomia familiare e l'analgesia congenite rientreranno nel n. 381, dato che non sono patologie degenerative bensì malformazioni del sistema nervoso.
384. Medulloblastoma, ependimoma, glioma, papilloma del plesso corioideo, cordoma	384. Tumori cerebrali congeniti ed embrionali (quali medulloblastoma, ependimoma, glioma, papilloma del plesso corioideo, cordoma)	Secondo la letteratura scientifica e il parere degli esperti, la maggior parte dei tumori cerebrali nei bambini sono tumori embrionali o cosiddetti tumori congeniti (dato che derivano da cellule progenitrici di origine neurogliale). Per questa ragione il presente numero viene ampliato.
385. Tumori e malformazioni congenite dell'ipofisi (come il craniofaringioma, la ciste di Rathke e la tasca di Rathke persistente)	385. Tumori e malformazioni congeniti dell'ipofisi, quali craniofaringioma, ciste di Rathke e tasca di Rathke persistente	Il numero viene aggiornato.
386. Idrocefalo congenito	386. Idrocefalo congenito e idrocefalo postemorragico in seguito a sanguinamento o ischemia perinatale	Il numero viene ampliato per non escludere nessuna possibile quadro clinico.
387. Epilessia congenita (ad eccezione delle forme per le quali una terapia anticonvulsiva non è necessaria, oppure è necessaria solo durante una crisi)	387. Epilessia (primaria) congenita (escluse le forme per le quali una terapia anticonvulsiva non è necessaria, oppure è necessaria soltanto durante una crisi)	Il numero viene precisato con il termine «primaria» tra parentesi per escluderne le forme secondarie di epilessia.

390. Paralisi cerebrali congenite (spastiche, discinetiche □ distoniche, coreoatetosische □, atassiche)	390. Paresi cerebrale infantile congenita (spastica, discinetica, atassica)	La terminologia viene aggiornata.
395. Leggeri disturbi motori cerebrali (cura fino al compimento del secondo anno di età)	395. Sintomi neuromotori quali chiari schemi motori patologici (schemi motori asimmetrici, variabilità limitata della motricità spontanea [stereotipie]) o altri sintomi documentati in aumento con il passare del tempo (schema posturale asimmetrico, opistotono, reazioni primitive persistenti e anomalie qualitative marcate del tono muscolare [ipotonia del tronco con tono elevato nella zona delle estremità]), se si manifestano nei primi due anni di vita, sono considerati quali possibili sintomi precoci di una paralisi cerebrale e necessitano di una terapia. Un ritardo dello sviluppo motorio e una plagiocefalia non sono considerati IC ai sensi del n. 395	Il presente numero viene precisato a fronte della formulazione attualmente troppo vaga e dei problemi di delimitazione che ne derivano. Viene inoltre adeguato alla terminologia attuale.
396. Simpatogonioma (neuroblastoma simpatico), simpaticoblastoma, ganglioneuroblastoma e ganglioneuroma	396. Simpatogonioma (neuroblastoma simpatico), simpaticoblastoma, ganglioneuroblastoma e ganglioneuroma	Questo numero resta invariato.
397. Paralisi e paresi congenite	397. Paralisi e paresi congenite	Il numero viene ripreso invariato. Nella versione tedesca la terminologia scientifica viene tradotta in tedesco.

XVI. Malattie psichiche e gravi ritardi dello sviluppo		
401. ...		Poiché già oggi non ha alcun contenuto, il numero viene stralciato.
402. ...		Poiché già oggi non ha alcun contenuto, il numero viene stralciato.
403. Oligofrenia congenita (solo per la cura del comportamento eretistico o apatico)	403. Gravi disturbi del comportamento in persone con una ridotta capacità intellettuale congenita, a condizione che sia necessaria una terapia. La ridotta capacità intellettuale non è di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI	• La terminologia (oligofrenia) viene aggiornata. • La situazione attuale mostra che l'interpretazione dei termini utilizzati, in particolare riguardo al comportamento eretistico, è molto eterogenea. Inoltre la causa di un comportamento apatico è molto difficile da rilevare. Per questo motivo e per limitare il margine interpretativo il presente numero viene riformulato. Viene specificato che la ridotta capacità intellettuale non è di per sé un'IC ai sensi dell'AI.
404. Disturbi del comportamento nei bambini d'intelligenza normale, ossia una menomazione patologica dell'affettività o della capacità di socializzare, oltre a disturbi della regolazione emozionale basale, della comprensione, delle funzioni percettive, della percezione sensoriale, della capacità di concentrazione e della capacità di memorizzare, se diagnosticati e curati come tali prima del compimento del nono anno di età; l'oligofrenia congenita è classificata esclusivamente al n. 403	404. Disturbi congeniti del comportamento nei bambini senza ridotta capacità intellettuale, con prova cumulativa di: 1. disturbi del comportamento, ossia una menomazione patologica dell'affettività o della capacità di socializzare, 2. disturbi della regolazione emozionale basale, 3. disturbi della comprensione (funzioni percettive), 4. disturbi della capacità di concentrazione, 5. disturbi della capacità di memorizzare. La diagnosi e l'inizio della cura devono avvenire prima del compimento del nono anno di età	Il numero viene precisato.

405. Disturbi dello spettro dell'autismo, per quanto i loro sintomi si siano manifestati prima del compimento del quinto anno di età	405. Disturbi dello spettro dell'autismo, a condizione che la diagnosi sia confermata da un medico specialista in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, in neuropsiatria o in pediatria dello sviluppo	• Il limite d'età viene stralciato, perché nel caso dei pazienti affetti da un disturbo dello spettro dell'autismo non è sempre possibile diagnosticare la patologia in tenera età, in particolare in presenza di situazioni di autismo ad alto funzionamento. • Inoltre, secondo la giurisprudenza è sufficiente che il disturbo fosse individuabile prima del compimento del quinto anno di età, senza essere necessariamente diagnosticato. Nella prassi, gli accertamenti per stabilire se in effetti la diagnosi fosse individuabile prima di questo limite di età hanno finora causato un onere ingente. • La possibilità di formulare una diagnosi viene estesa ai medici specializzati in pediatria dello sviluppo, poiché dal 2010 la pediatria dello sviluppo è una delle formazioni approfondite in pediatria riconosciute dall'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM) e il relativo titolo è dunque equiparato al titolo di neuropsiatria dal punto di vista formale, specialistico e contenutistico.
406. Psicosi primarie infantili, per quanto i loro sintomi si siano manifestati prima del compimento del quinto anno di età		Questo numero viene stralciato, perché non corrisponde a nessuna diagnosi dei sistemi di classificazione. Secondo la Società svizzera di psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza (SSPPA), le psicosi cliniche rientrano eventualmente nel n. 403 o 404, se sono presenti i relativi sintomi.
XVII. Organi dei sensi		
a. Occhio		
Quando il riconoscimento di un'infermità congenita dipende da una determinata diminuzione dell'acuità visiva, questa deve essere misurata dopo correzione del vizio di rifrazione. Se non è possibile misurare l'acuità visiva e se l'occhio in causa non può fissare centralmente, si ammette che l'acuità visiva sia di 0,2 o meno	Quando il riconoscimento di un'infermità congenita dipende da una determinata diminuzione dell'acuità visiva, questa deve essere misurata dopo correzione del vizio di rifrazione. Se non è possibile misurare l'acuità visiva e se l'occhio in causa non può fissare centralmente, si ammette che l'acuità visiva sia di 0,3 o	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso.

(n. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427).	meno (n. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427).	
411. Malformazioni delle palpebre (coloboma e anchiloblefaroma)	411. Malformazioni congenite delle palpebre, a condizione che sia necessaria un'operazione	• Il numero viene ampliato. • Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
412. Ptosi congenita della palpebra	412. Ptosi congenita, a condizione che causi una limitazione dell'asse visivo nello sguardo verso l'alto di <30°	Viene aggiunta l'indicazione di un angolo dell'asse visivo. Se un bambino non è in grado di guardare verso l'alto, questo porta a un'ambliopia dell'occhio interessato e richiede una terapia.
413. Aplasia dei canali lacrimali	413. Aplasia dei canali lacrimali	Questo numero resta invariato.
415. Anoftalmia, buftalmia e glaucoma congenito	415. Anoftalmia, buftalmia e glaucoma congenito	Questo numero resta invariato.
416. Opacità congenita della cornea con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	416. Opacità congenite della cornea con acuità visiva di 0,3 o meno (dopo correzione del vizio di rifrazione) o a condizione che sia necessaria un'operazione	L'acuità visiva viene adeguata, perché un'operazione è indicata anche con un'acuità visiva di < 0,5, in particolare se l'intervento permette di aumentarla a > 0,5. Diventa irrilevante che siano interessati uno o entrambi gli occhi.
417. Nistagmo congenito, per quanto sia necessaria un'operazione	417. Nistagmo congenito con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione) o a condizione che sia necessaria un'operazione	Il nistagmo congenito comporta praticamente sempre una grave diminuzione dell'acuità visiva. Il numero viene pertanto adeguato e ampliato. Per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero viene aggiunta l'indicazione dell'acuità visiva.
418. Anomalie congenite dell'iride e dell'uvea con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno	418. Anomalie congenite dell'uvea con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso. La menzione dell'anomalia all'iride viene stralciata, poiché quest'ultima è parte integrante dell'uvea. Per garantire che soltanto

ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione) o a condizione che sia necessaria un'operazione	i casi gravi rientrano sotto questo numero viene aggiunta la condizione della necessità di un'operazione.
419. Opacità congenite del cristallino o del corpo vitreo e anomalie di posizione del cristallino con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	419. Opacità congenite del cristallino o del corpo vitreo e anomalie di posizione del cristallino con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso. A causa di malattie o difetti genetici, il cristallino può diventare opaco o dislocarsi e causare così una riduzione dell'acuità visiva anche dopo la nascita.
420. Retinopatia dei prematuri e pseudoglioma congenito (compreso il morbo di Coats)	420. Retinopatia del prematuro (ROP)	Il morbo di Coats viene stralciato, perché non è congenito (si manifesta sia nei bambini che negli adulti e la sua eziologia non è nota) e non adempie dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI.
421. Retinoblastoma	421. Retinoblastoma	Questo numero resta invariato.
422. Degenerazioni tapetoretiniche congenite	422. Affezioni e anomalie congenite della retina (quali amaurosi congenita di Leber, cromatopsia, albinismo, degenerazioni tapetoretiniche quali retinite pigmentosa) che entro il compimento del quinto anno di età causano un'acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	Il numero viene ampliato e precisato e viene aggiunta l'indicazione dell'acuità visiva per garantire che vi rientrino soltanto i casi gravi. Inoltre, per garantire che si tratta di una patologia congenita, viene inserita l'indicazione del limite di età.

423. Malformazioni e affezioni congenite del nervo ottico con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	423. Malformazioni e affezioni congenite del nervo ottico con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso.
424. Tumori congeniti della cavità orbitale	424. Tumori congeniti della cavità orbitale, se si manifestano entro il compimento del quinto anno di età	Viene inserita l'indicazione del limite di età, dato che i tumori congeniti compaiono praticamente sempre prima del quinto anno di vita (causa: mancato sviluppo delle cellule della retina). Questo permette dunque di distinguerli dai tumori non congeniti.
425. Anomalie congenite di rifrazione con acuità visiva di 0,2 o meno ad un occhio o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	425. Anomalie congenite di rifrazione con acuità visiva di 0,3 o meno ad un occhio (dopo correzione del vizio di rifrazione) o 0,4 o meno ai due occhi (dopo correzione del vizio di rifrazione)	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso.
426. ...	426. Disturbo congenito dell'acuità visiva centrale (disturbi funzionali elementari della vista quali disturbo del campo visivo, della sensibilità al contrasto, della visione dei colori e della percezione della profondità) e cecità corticale congenita	Viene introdotto un nuovo numero in modo da contemplare i disturbi dell'acuità visiva centrale, che attualmente non figurano nell'elenco.
427. Strabismo e microstrabismo concomitante unilaterale, se esiste un'ambliopia di 0,2 o meno (dopo correzione)	427. Strabismo e microstrabismo unilaterale, se esiste un'ambliopia con acuità visiva di 0,3 o meno (dopo correzione del vizio di rifrazione)	L'acuità visiva viene adeguata, perché alla luce della situazione attuale (in particolare le elevate esigenze di tipo visivo nell'odierno mondo professionale) il limite di 0,2 risulta troppo basso. Il numero viene adeguato, poiché anche uno strabismo non concomitante può causare un'ambliopia.

428. Paresi congenite dei muscoli dell'occhio (se sono necessari prismi, operazioni o trattamento ortottico)	428. Paresi congenite dei muscoli dell'occhio e sindrome di Duane, a condizione che siano necessari prismi, operazioni o trattamento ortottico	Il numero viene ampliato e la terminologia adeguata.
b. Orecchio		
441. Atresia congenita dell'orecchio, compresa l'antotia e la microtia	441. Atresia auricolare congenita (comprese antotia e microtia) e atresia delle orecchie (ossea o fibrosa) con difetto di trasmissione con una perdita dell'udito di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz	Il numero viene ampliato in modo da farvi rientrare l'atresia delle orecchie. Viene inoltre aggiunta l'indicazione del difetto di trasmissione, per garantire che soltanto i casi gravi rientrino sotto questo numero.
442. ...		Poiché già oggi non ha alcun contenuto, il numero viene stralciato.
443. Rime congenite nella regione auricolare, fistole congenite dell'orecchio medio, anomalie congenite del timpano	443. Rime congenite nella regione auricolare, fistole congenite dell'orecchio medio, anomalie congenite del timpano. Le appendici auricolari non sono di per sé infermità congenite ai sensi dell'AI	Le appendici auricolari vengono escluse dal presente numero, dato che possono essere asportate con una singola e semplice operazione.
444. Malformazioni congenite dell'orecchio medio con sordità parziale uni o bilaterale con una perdita dell'udito di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz	444. Malformazioni congenite dell'orecchio medio con sordità parziale uni o bilaterale con una perdita dell'udito di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz	Questo numero resta invariato. Nella versione tedesca viene aggiornata la terminologia.

445. Sordità congenita totale		Il numero viene stralciato, perché la sordità congenita totale rientrerà nel n. 446.
446. Sordità congenita neurosensoriale con una perdita di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz	446. Sordità congenita neurosensoriale con una perdita dell'udito di almeno 30 dB all'audiogramma tonale in due delle seguenti frequenze: 500, 1000, 2000 e 4000 Hz nonché sordità congenita totale	La terminologia viene aggiornata e nel numero viene aggiunta la sordità congenita totale (attualmente al n. 445).
447. Colesteatoma congenita	447. Colesteatoma congenita	Questo numero resta invariato.
XVIII. Metabolismo e ghiandole endocrine		
	450. Malattie congenite del metabolismo lisosomiale, quali mucopolisaccaridosi, morbo di Gaucher, morbo di Niemann-Pick, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Viene creato un nuovo numero specifico per le malattie da accumulo lisosomiale. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
451. Turbe congenite del metabolismo degli idrati di carbonio (glicogenosi, galactosemia, intolleranza al fruttosio, ipoglicemia di McQuarrie, ipoglicemia di Zetterstroem, ipoglicemia sensibile alla leucina, iperosaluria primaria, anomalie congenite del metabolismo del piruvico, assorbimento difettoso del	451. Disturbi congeniti del metabolismo degli idrati di carbonio, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Il numero viene aggiornato eliminando i termini obsoleti. • Questi non sono più menzionati singolarmente per non escludere nessun quadro clinico. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento. • Viene inoltre eliminata l'indicazione del limite di età, riferita al diabete. In base allo stato attuale delle conoscenze, all'origine del diabete congenito vi è un difetto genetico, diagnosticabile a partire dal sesto mese di vita. Per questa ragione il limite di quattro settimane viene eliminato.

lattosio, assorbimento difettoso del saccarosio e diabete mellito se questi è constatato nelle prime quattro settimane		
452. Turbe congenite del metabolismo degli aminoacidi e delle proteine (p. es.: fenilchetonuria, cistinosi, cistinuria, oxalosi, sindrome oculocerebrorenale di Lowe, anomalie congenite del ciclo dell'urea e altre iperammoniemie congenite)	452. Disturbi congeniti del metabolismo degli aminoacidi e delle proteine, compresi ciclo dell'urea e acidosi organiche, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Il numero viene aggiornato eliminando i termini obsoleti. • Questi non sono più menzionati singolarmente per non escludere nessun quadro clinico. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
453. Turbe congenite del metabolismo dei lipidi e delle lipoproteine (p. es.: idiozia amaurotica, morbo di Niemann-Pick, morbo di Gaucher, ipercolesterinemia ereditaria, iperlipemia ereditaria, leucodistrofie)	453. Disturbi congeniti del metabolismo dei lipidi, degli acidi grassi e delle lipoproteine (quali sindrome di Smith-Lemli-Opitz, ipercolesterinemia ereditaria, iperlipemia ereditaria), a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Il numero viene aggiornato eliminando i termini obsoleti. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
454. Turbe congenite del metabolismo dei mucopolisaccaridi e delle glicoproteine (p. es.: morbo di Pfaundler-Hurler, morbo di Morquio)	454. Disturbi congeniti della glicosilazione, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da	• Il numero viene adeguato. I disturbi che riguardano il metabolismo degli idrati di carbonio rientreranno tutti nel n. 451. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.

	una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	
455. Turbe congenite del metabolismo delle purine e delle pirimidine (xantinuria)	455. Disturbi congeniti del metabolismo delle purine e delle pirimidine (quali xantinuria), a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Il numero viene adeguato con l'aggiunta di «quali» alla diagnosi menzionata tra parentesi, per non escludere nessuna malattia di questo gruppo di affezioni. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
456. Turbe congenite del metabolismo dei metalli (morbo di Wilson, emocromatosi e sindrome di Menkes)	456. Disturbi congeniti del metabolismo dei sali minerali, compresi oligoelementi, nonché di vitamine, cofattori e neurotrasmettitori, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima (nel caso della malattia di Wilson anche da un pediatra specialista in gastroenterologia ed epatologia pediatrica)	• Il numero viene aggiornato e adeguato alla terminologia in uso. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
457. Turbe congenite del metabolismo della mioglobina, dell'emoglobina e della bilirubina (porfiria, mioglobinuria)	457. Porfiria congenita e disturbi congeniti del metabolismo della bilirubina	• Il numero viene aggiornato e adeguato alla terminologia in uso.

458. Turbe congenite della funzione epatica (itteri ereditari non emolitici)	458. Difetti congeniti degli enzimi epatici (quali difetti della sintesi degli acidi biliari)	• Il numero viene corretto in base alla notifica della società svizzera di gastroenterologia, epatologia e nutrizione pediatrica (Schweizerische Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung, SGPGHE): in questo capitolo sui disturbi del metabolismo non si deve utilizzare «funzione epatica», poiché in tedesco con il termine «Leberfunktion» si indica comunemente la funzione di sintesi del fegato, ovvero tra l'altro la sintesi dei fattori coagulanti (e dunque riguardante le malattie del sangue). • Inoltre in futuro i disturbi del metabolismo perossisomiale rientreranno in un numero separato (n. 469).
459. Turbe congenite della funzione pancreatica (mucoviscidosi e insufficienza primaria del pancreas)	459. Difetti congeniti della funzione pancreatica (insufficienza primaria del pancreas, come nel caso della sindrome di Shwachman)	• La fibrosi cistica (mucoviscidosi) viene stralciata da questo numero e inserita in un numero separato (n. 480). La ragione è che la fibrosi cistica comporta un disturbo non solo della funzione pancreatica, ma anche di altri organi. • Il numero viene completato con un esempio.
	460. Disturbi congeniti del metabolismo mitocondriale, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Dato che attualmente le malattie mitocondriali non sono contemplate in quanto tali nell'elenco, viene creato un nuovo numero per menzionarle specificamente. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
461. Turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D)	461. Disturbi congeniti del metabolismo delle ossa, quali ipofosfatasia, rachitismo resistente alla vitamina D	• In futuro la displasia diafisaria progressiva (o sindrome di Camurati-Engelmann) rientrerà nel n. 127, mentre la osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein nel n. 126. Queste due malattie non rappresentano infatti di per sé disturbi del metabolismo delle ossa, bensì disturbi dell'ossificazione.
462. Turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (microsomia ipofisaria, diabete insipido,	462. Disturbi congeniti della funzione ipotalamo-ipofisaria (mi-	La terminologia viene precisata.

sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann)	crosomia ipofisaria, diabete insipido, relativi disturbi funzionali nel caso della sindrome di Prader-Willi e della sindrome di Kallmann)	
463. Turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi e ipotireosi)	463. Disturbi congeniti della funzione tiroidea (atireosi e ipotireosi)	La terminologia viene adeguata.
464. Turbe congenite della funzione paratiroidea (ipoparatiroidismo, pseudoipoparatiroidismo)	464. Disturbi congeniti della funzione paratiroidea (ipoparatiroidismo, pseudoipo-paratiroidismo)	La terminologia viene adeguata.
465. Turbe congenite della funzione surrenale (sindrome adrenogenitale e insufficienza surrenale)	465. Disturbi congeniti funzionali e strutturali delle ghiandole surrenali (sindrome adrenogenitale), a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD	La terminologia viene aggiornata e, al fine di garantire la qualità della diagnosi, il numero viene completato con la condizione della necessità che quest'ultima sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD. Quest'ultimo è un gruppo di riferimento e/o di esperti attivo in grandi centri.
466. Turbe congenite della funzione delle gonadi (malformazioni delle gonadi, anorchidia, sindrome di Klinefelter e resistenza agli androgeni; cfr. anche n. 488)	466. Disturbi congeniti della funzione delle gonadi (disturbo della sintesi di androgeni ed estrogeni, resistenza del recettore degli androgeni e di quello degli estrogeni), a condizione che la diagnosi sia stata confermata da un gruppo di diagnosi DSD	Cfr. n. 465
467. Difetti congeniti enzimatici del metabolismo intermedio manifestantesi nel corso dei primi cinque anni di vita	467. Difetti molecolari congeniti che causano malattie multisistemiche complesse, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento	In futuro i difetti congeniti enzimatici del metabolismo intermedio rientreranno nei n. 451–457. Il presente numero contemplerà le malattie multisistemiche complesse congenite. Si rinuncia a menzionare esempi, poiché nella maggior parte dei casi si tratta di malattie (molto) rare, indicate dalla relativa mutazione genetica. Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.

	per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	
468. Feocromocitoma e feocromoblastoma	468. Feocromocitoma e feocromoblastoma	Questo numero resta invariato.
	469. Tumori congeniti della corteccia surrenale	Viene creato un nuovo numero per menzionare questi tumori congeniti.
	470. Disturbi congeniti del metabolismo perossisomiale, a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro di genetica medica o da una rete di riferimento per il metabolismo e che il trattamento sia diretto da quest'ultima	• Dato che attualmente i disturbi congeniti del metabolismo perossisomiale non sono contemplati nell'elenco, viene creato un nuovo numero per menzionarli specificamente. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta la condizione della necessità che questa sia formulata da una rete di riferimento.
XIX. Malformazioni congenite che interessano diversi sistemi organici		
	480. Fibrosi cistica (mucoviscidosi), a condizione che la diagnosi sia stata formulata in un centro specializzato per la fibrosi cistica	• Viene creato un nuovo numero per menzionare specificamente la fibrosi cistica. • Per garantire la qualità della diagnosi, viene introdotta una condizione riguardante la sua formulazione.
481. Neurofibromatosi	481. Sindrome neurocutanea, quali neurofibromatosi, sclerosi tuberosa Bourneville e incontinenza pigmenti	La neurofibromatosi è una patologia del sistema nervoso che fa parte delle cosiddette sindromi neurocutanee (o facomatosi) e che comporta malformazioni a livello di pelle e sistema nervoso. Fanno parte di questo gruppo di malattie tra l'altro la sclerosi tuberosa Bourneville (tuberi corticali) e incontinenza pigmenti (numerosi macchie da pigmento sulla pelle, disturbi a unghie, capelli e denti nonché malformazioni del sistema nervoso centrale). Il numero viene ampliato per farvi rientrare malattie affini. Il n. 487 viene stralciato e il suo contenuto riportato nel n. 481. Inoltre viene aggiunta l'incontinenza pigmenti, che attualmente non è contemplata nell'elenco delle IC.

482. Angiomatosi cerebrale e retinica (von Hippel-Lindau)	482. Facomatosi con componenti vascolari, quali malattia di von Hippel-Lindau, malattia di Rendu-Osler, sindrome di Sturge-Weber-Krabbe	Il numero viene aggiornato e ampliato, dato che le facomatosi (o sindromi neurocutanee) con malformazioni vascolari fanno parte di questo gruppo di malattie.
483. Angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe)		In futuro questa malattia rientrerà nel n. 482.
484. Atassia teleangiectatica (Louis Bar)	484. Atassia teleangiectatica (Louis Bar)	Questo numero resta invariato.
485. Distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudo-xanthoma elastico)	485. Distrofie congenite del tessuto connettivo, come nel caso della sindrome di Marfan, della sindrome di Ehlers-Danlos, della cutis laxa congenita, dello pseudo-xantoma elastico, della sindrome di Williams-Beuren e della sindrome di Loeys-Dietz	Il numero viene aggiornato e completato con altre affezioni.
486. Teratomi e altri tumori delle cellule germinali (p. es.: disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma)	486. Teratomi e altri tumori delle cellule germinali, quali disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore del sacco vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma	Il numero viene ripreso con minime modifiche redazionali.
487. Sclerosi cerebrale tuberosa (Bourneville)		In futuro la sclerosi cerebrale tuberosa (Bourneville) rientrerà nel n. 481.
488. Sindrome di Turner (solo turbe della funzione delle gonadi e della crescita)	488. Disturbi della funzione delle gonadi e della crescita nel caso della sindrome di Turner, a condizione che sia necessaria una	Il numero viene formulato in modo più chiaro.

	terapia. La sindrome di Turner non è di per sé un'infermità congenita ai sensi dell'AI	
489. Trisomia 21 (sindrome di Down)	489. Trisomia 21 (sindrome di Down)	Questo numero resta invariato.
XX. Altre infermità		
490. Infezione congenita per HIV	490. Postumi di malattie infettive congenite, quali HIV, lue congenita, toxoplasmosi, citomegalia, epatite virale congenita, comprese relative embriopatie e fetopatie	In futuro rientreranno in questo numero anche i postumi di malattie infettive congenite (che attualmente figurano nel n. 493). L'infezione per HIV rimarrà in questo numero.
491. Tumori del neonato		Questo numero è obsoleto, dato che i tumori rientrano nei capitoli relativi agli organi interessati nei casi specifici.
492. Malformazioni dupplici (p. es.: fratelli siamesi, epignato)	492. Malformazioni duplici (fratelli siamesi)	La terminologia viene corretta.
493. Postumi di embriopatie e di fetopatie (l'oligofrenia congenita è classificata al n. 403), malattie infettive congenite (p. es.: lue congenita, toxoplasmosi, tubercolosi, listeriosi, citomegalia)	493. Postumi di embriopatie e di fetopatie da esposizione a sostanze nocive, quali alcol o medicinali	In futuro rientreranno nel presente numero soltanto i postumi di embriopatie e di fetopatie da esposizione a sostanze nocive. I postumi di malattie infettive figureanno separatamente nel n. 490.
494. Prematuri aventi un peso alla nascita inferiore a 2000 g, sino al raggiungimento di 3000 g	494. Neonati che al momento della nascita hanno un'età gestazionale inferiore alle 28 0/7 settimane di gravidanza, fino alla prima dimissione dall'ospedale	Il tenore di questo numero è rimasto invariato dall'entrata in vigore della LAI, nel 1960. Dal punto di vista medico, va osservato che l'essere al di sotto di un certo limite di peso non costituisce di per sé una malattia. Considerato inoltre che tutte le complicazioni gravi connesse a una nascita prematura sono riconosciute come IC (p. es. paresi cerebrali al n. 390 e 395; retinopatia al n. 420 ecc.), si è posta la questione se fosse il caso di stralciare integralmente il n. 494. Il gruppo di accompagnamento si è espresso praticamente all'unanimità (9 su 10) a favore

		dello stralcio del numero in questione. La società svizzera di neonatologia, membro della FMH, ha formulato un'obiezione contro la decisione, a fronte delle conseguenze finanziarie. Su questa base, nonostante gli argomenti solidamente fondati dal punto di vista medico, si è deciso di rinunciare allo stralcio integrale del n. 494 e di adeguarlo ai progressi della medicina. Pertanto, il numero in questione è mantenuto nell'elenco, ma al posto del peso alla nascita si fa riferimento all'età gestazionale, più pertinente per lo stato di salute del neonato. Inoltre, il limite della 28 ^a settimana di gravidanza risulta inferiore al precedente limite di 2000 grammi. L'adeguamento è opportuno, perché nel settore della neonatologia sono stati compiuti progressi importanti dal punto di vista medico e la definizione di IC deve limitarsi ai bambini che necessitano di un trattamento complesso o di un lungo ricovero in ospedale. L'adeguamento del limite porterà a una riduzione di circa due terzi dei bambini affetti da un'IC ai sensi del n. 494. Il rimanente terzo è però quello che genera tre quarti dei relativi costi. A ciò si aggiunge che i bambini affetti da una grave malattia nonostante la nascita dopo la 28 ^a settimana di gravidanza adempiono con elevata probabilità le condizioni per un'altra IC.
495. Infezioni neonatali gravi, per quanto si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva		Si tratta di patologie acute (p. es. infezione da streptococco) che possono essere curate in breve tempo (tra l'altro attraverso una terapia antibiotica) e non adempiono dunque i criteri dell'articolo 13 nLAI. Il numero viene pertanto stralciato.
496. Farmacodipendenza neonatale, per quanto sia necessaria una cura intensiva		Il trattamento di una farmacodipendenza acuta o la disintossicazione nel caso di neonati è relativamente semplice e non costituisce pertanto più una cura complessa. Se si sviluppano postumi cronici, ovvero embriopatie e fetopatie, queste affezioni rientrano nel n. 493.
497 Gravi turbe respiratorie d'adattamento (p. es.: asfissia, sindrome da affanno respiratorio, apnea), per quanto si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva		Si tratta di affezioni acute (p. es. sindrome da affanno respiratorio) che possono essere curate in breve tempo (da alcuni giorni fino a un massimo di poche settimane, p. es. attraverso respirazione artificiale [CPAP]). Pertanto non sono necessarie cure di lunga durata o complesse ai sensi dell'articolo 13 nLAI. Le complicazioni o conseguenze di lunga durata (p. es. paresi cerebrali) continueranno a essere coperte in virtù dell'elenco delle IC in base al relativo numero.

498. Turbe metaboliche neonatali gravi (ipoglicemia, ipocalcemia, ipomagnesiemia), per quanto si manifestino nel corso delle prime 72 ore di vita e sia necessaria una cura intensiva		Si tratta di patologie acute (p. es. ipoglicemia transitoria) che possono essere curate in breve tempo (da alcuni giorni fino a un massimo di poche settimane, p. es. attraverso la somministrazione intravenosa di destrosio). Non si tratta dunque di cure né di lunga durata né complesse, ragion per cui i criteri dell'articolo 13 nLAI non sono adempiuti.
499. Gravi lesioni traumatiche dovute alla nascita, per quanto sia necessaria una cura intensiva		Si tratta di lesioni o traumi, e non di malattie. Le lesioni non soddisfano i criteri dell'articolo 13 nLAI.