

**Ordinanza
sul rimborso delle spese di malattia
e delle spese dovute all'invalidità in materia
di prestazioni complementari
(OMPC)**

del 29 dicembre 1997 (Stato 18 gennaio 2000)

Il Dipartimento federale dell'interno,

visto l'articolo 19 dell'ordinanza del 15 gennaio 1971¹ sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (OPC),
ordina:

Sezione 1: Disposizioni generali

Art. 1 Tempo determinante per il rimborso

¹ Le spese di malattia, d'invalidità e per i mezzi ausiliari debitamente comprovate sono rimborsate soltanto per l'anno civile in cui ha avuto luogo la cura o è stato fatto l'acquisto. Questa regolamentazione si applica per analogia anche alle spese relative a una degenza temporanea in un istituto.

² Gli organi esecutivi possono ritenere determinante la data della fattura. È fatto salvo il capoverso 3.

³ Le spese da rimborsare sono determinate conformemente al capoverso 1 se l'assicurato o singoli membri della sua famiglia non hanno più diritto a una prestazione complementare annua. Lo stesso vale nel caso in cui l'avente diritto cambi il domicilio, se il Cantone di domicilio precedente e quello nuovo applicano, secondo i capoversi 1 e 2, criteri differenti per calcolare le spese da rimborsare per il periodo determinante.

Art. 2 Termine per chiedere il rimborso

Le spese di cui all'articolo 1 capoverso 1 sono rimborsate se:

- a. il rimborso è fatto valere entro quindici mesi dalla fatturazione;
- b. le spese sono insorte in un periodo in cui il richiedente adempiva una delle condizioni menzionate negli articoli 2a - 2d della legge federale del 19 marzo 1965² sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC); e
- c. il termine di carenza previsto nell'articolo 2 capoverso 2 LPC era adempito.

RU 1998 239

¹ RS 831.301

² RS 831.30

Art. 3 Limiti del rimborso

Il diritto al rimborso delle spese può essere fatto valere solo nei limiti dell'importo previsto dall'articolo 3d LPC e nella misura in cui tali spese non siano già rimborsate in virtù delle disposizioni di altre assicurazioni, in particolare dell'assicurazione malattie o dell'assicurazione infortuni. La concessione di un assegno per grandi invalidi dell'AVS, dell'AI, dell'assicurazione infortuni o dell'assicurazione militare non è equiparata a un rimborso delle spese da parte di altre assicurazioni.

Art. 4 Rimborso dopo la morte dell'assicurato

Le spese di malattia, d'invalidità e per i mezzi ausiliari causate da un assicurato defunto cui era applicabile il calcolo della prestazione complementare annua sono rimborsate se i suoi successori le fanno valere entro dodici mesi dal decesso.

Art. 5 Spese di malattie e per i mezzi ausiliari insorte all'estero

¹ Le spese di malattia, d'invalidità e per i mezzi ausiliari insorte in Svizzera sono rimborsate.

² Le spese insorte all'estero sono eccezionalmente rimborsate se si rivelano necessarie durante un soggiorno fuori dalla Svizzera o se i provvedimenti sanitari indicati erano eseguibili solo all'estero.

³ Le spese di balneoterapia e di soggiorni di convalescenza all'estero non sono rimborsate.

⁴ Allorché un mezzo ausiliario non consegnato in prestito è acquistato all'estero è determinante il prezzo previsto in Svizzera se chiaramente inferiore.

Sezione 2:**Spese per il medico, il dentista, i medicinali, le cure e l'assistenza****Art. 6** Partecipazione ai costi

La partecipazione ai costi ai sensi dell'articolo 64 della legge federale sull'assicurazione malattie³ (LAMal) è rimborsata per le prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 24 LAMal.

Art. 7 Assicurazione con franchigie opzionali

Se la forma d'assicurazione scelta prevede una franchigia più elevata ai sensi dell'articolo 93 dell'ordinanza del 27 giugno 1995⁴ sull'assicurazione malattie (OAMal), è rimborsata una partecipazione ai costi di 830 franchi al massimo all'anno.

³ RS 832.10

⁴ RS 832.102

Art. 8 Spese per trattamenti dentari

¹ Le spese per trattamenti dentari semplici, economici e adeguati sono rimborsate. È fatto salvo il capoverso 3.

² Per il rimborso è determinante la tariffa dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità (tariffa AINF/AM/AI)⁵ per gli onorari delle prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per i lavori di tecnica dentaria.

³ Se le spese per trattamenti dentari (compreso il laboratorio) sono presumibilmente superiori a 3000 franchi, prima del trattamento si deve sottoporre un preventivo all'ufficio PC. Se un trattamento il cui costo supera i 3000 franchi è effettuato senza l'approvazione del preventivo, sono rimborsati al massimo 3000 franchi.

⁴ I preventivi e le fatture devono rispettare le posizioni tariffali della tariffa AINF/AM/AI.

Art. 9 Spese per prodotti dietetici

Le spese supplementari debitamente comprovate, causate da un regime dietetico d'importanza vitale prescritto da un medico a persone che non vivono né in un istituto né in un ospedale, sono considerate spese di malattia. Va rimborsata una somma forfettaria annua di 2100 franchi.

Art. 10 Spese di soggiorno temporaneo in un ospedale

In caso di soggiorno temporaneo in un ospedale, dalla partecipazione ai costi ai sensi dell'articolo 6 è dedotta una quota appropriata per le spese di mantenimento.

Art. 11 Spese derivanti da un soggiorno di convalescenza

¹ Le spese per soggiorni di convalescenza prescritti da un medico sono rimborsate, previa deduzione di una quota appropriata per le spese di mantenimento, se la convalescenza è stata effettuata in un istituto o in un ospedale.

² Se un Cantone, sulla base dell'articolo 5 capoverso 3 lettera a LPC, ha limitato le spese da prendere in considerazione in caso di soggiorno in un istituto o in un ospedale, questa limitazione è applicabile per analogia anche ai soggiorni di convalescenza.

Art. 12 Spese derivanti da un soggiorno temporaneo in una stazione balneoterapica

Le spese di cure balneoterapiche prescritte da un medico sono prese in considerazione, previa deduzione di una quota appropriata per le spese di mantenimento, se la persona assicurata era sottoposta a controllo medico durante il soggiorno di cura.

⁵ Ottenibile presso l'INSAI, Divisione delle tariffe mediche, casella postale 4358, 6002 Lucerna.

Art. 13 Spese di aiuto, cura e assistenza a domicilio

¹ Le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da malattia e prestate da servizi pubblici o di utilità pubblica sono rimborsate.

² Nel caso di una tariffa scalare secondo il reddito o la sostanza, si tiene conto solo della tariffa più bassa.

³ Le spese di cura e assistenza insorte in un istituto diurno, in un ospedale giornaliero o in un ambulatorio, pubblici o di utilità pubblica, sono anch'esse rimborsate.

⁴ Le spese per cure prestate da istituti privati sono rimborsate in quanto corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica.

⁵ Un'indennità ai membri della famiglia è presa in considerazione solo se essi hanno subito, a causa delle cure prestate durante un periodo prolungato, una diminuzione sensibile e durevole del reddito da attività lucrativa. In caso di rinuncia duratura all'esercizio di un'attività lucrativa l'indennità da prendere in considerazione ammonta a 24 000 franchi al massimo. Non si computano indennità per cure a domicilio prestate a membri della famiglia compresi nel calcolo della prestazione complementare.

⁶ Le spese debitamente comprovate di aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica sono rimborsate fino a 4800 franchi al massimo per anno civile se tali prestazioni sono fornite da una persona che:

- a. non vive nella stessa economia domestica; o
- b. non lavora per un'organizzazione Spitex riconosciuta.

⁷ In caso di rimborso ai sensi del capoverso 6, le spese fatturate prese in considerazione sono limitate a un massimo di 25 franchi l'ora.

Art. 14 Spese di aiuto, cura e assistenza a persone invalide in strutture diurne

¹ Le spese di aiuto, cura e assistenza a persone invalide in strutture diurne, in centri occupazionali e in istituti diurni analoghi sono rimborsate se:

- a. la persona invalida vi ha soggiornato per più di cinque ore al giorno; e
- b. la struttura diurna è gestita da un servizio pubblico o privato di utilità pubblica.

² Le spese conteggiate sono limitate a un massimo di 45 franchi per ogni giorno che la persona invalida ha trascorso nella struttura diurna.

³ Nessuna spesa è rimborsata:

- a. in caso di attività con retribuzione in denaro di oltre 50 franchi al mese;
- b. in caso di soggiorno in un istituto con calcolo della PC ai sensi dell'articolo 3b capoverso 2 LPC.

Art. 15 Spese di trasporto

¹ Le spese di trasporto comprovate sono rimborsate se il trasporto è avvenuto in Svizzera e se sono state provocate da un'urgenza o da uno spostamento indispensabile.

² Sono rimborsate anche le spese comprovate di trasporto fino al luogo del trattamento medico più vicino. Si assumono le spese corrispondenti alle tariffe dei trasporti pubblici per il percorso più diretto. Se l'impedimento obbliga la persona assicurata a ricorrere a un altro mezzo di trasporto, le spese relative sono rimborsate.

³ Le strutture diurne ai sensi dell'articolo 14 sono parificati ai luoghi di trattamento medico ai sensi del capoverso 2.

Sezione 3: Mezzi ausiliari e apparecchi ausiliari**Art. 16** Diritto

¹ Nell'ambito dell'articolo 3d capoverso 1 lettera e LPC, i beneficiari di prestazioni complementari hanno diritto al rimborso delle spese d'acquisto o alla consegna in prestito dei mezzi ausiliari e degli apparecchi ausiliari (apparecchi di trattamento e di cura) elencati in allegato. I mezzi ausiliari e gli apparecchi ausiliari designati in allegato da un asterisco (*) sono consegnati solamente in prestito.

² I beneficiari di prestazioni complementari hanno inoltre diritto a un rimborso corrispondente a un terzo del sussidio erogato dall'AVS per i mezzi ausiliari:

- a. che figurano nell'allegato dell'ordinanza del 28 agosto 1978⁶ sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (OMAV); e
- b. per cui l'AVS ha erogato un sussidio.

³ Sono inoltre rimborsate le spese di endoprotesi anatomiche e funzionali applicate con un intervento chirurgico.

⁴ Il diritto al rimborso può essere fatto valere solo in quanto il mezzo ausiliario non sia consegnato dall'AVS, dall'AI o dall'assicurazione malattie. Gli apparecchi di trattamento e di cura ai sensi del sezione II dell'allegato sono dati in prestito solo per le cure a domicilio.

⁵ Le spese di acquisto e di noleggio sono rimborsate in quanto si tratti di mezzi ausiliari semplici e adeguati.

⁶ Le disposizioni dell'assicurazione per l'invalidità sono applicabili per analogia riguardo al rimborso delle spese di riparazione, di adattamento e di rinnovo, come pure di quelle concernenti l'addestramento all'uso di mezzi ausiliari e di apparecchi ausiliari.

Art. 17 Accertamenti

¹ Qualora sembri dubbio che il mezzo ausiliario o l'apparecchio ausiliario sia necessario o sia semplice e adeguato, l'assicurato deve esibire l'attestato di un medico, di un servizio sociale per l'aiuto agli invalidi o di un centro di terapia occupazionale.

² Nel caso di apparecchi acustici, un perito riconosciuto dall'assicurazione per l'invalidità dovrà attestare che l'assicurato ne ha bisogno e che si tratta di un apparecchio semplice e adeguato.

³ Le spese per gli accertamenti sono repute spese ai sensi dell'articolo 3d capoverso 1 lettera e LPC.

Art. 18 Depositi AI; consegna e ritiro

¹ Qualora il mezzo ausiliario o l'apparecchio ausiliario da consegnare in prestito sia disponibile nei depositi AI, l'assicurato non ne ha diritto a uno nuovo.

² Le disposizioni dell'assicurazione per l'invalidità sono applicabili per il ritiro, l'immagazzinamento e l'ulteriore impiego dei mezzi e degli apparecchi consegnati in prestito.

Art. 19 Notifica

Il rimborso totale o parziale delle spese, come pure la consegna in prestito di un mezzo ausiliario o di un apparecchio ausiliario sono notificati per scritto all'assicurato. Egli sarà anche informato che può esigere una decisione formale impugnabile. Questo vale anche nei casi di rifiuto.

Sezione 4: Disposizioni finali**Art. 20** Diritto previgente: abrogazione

L'ordinanza del 20 gennaio 1971⁷ sulla deduzione delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari (OMPC) è abrogata.

Art. 21 Entrata in vigore

La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1998.

⁷ [RU 1971 218, 1978 1391, 1982 1545, 1983 18, 1984 261, 1986 1208, 1988 96, 1990 1089, 1992 286, 1993 1266, 1996 38]

*Allegato*⁸
(art. 16 cpv. 1)

Lista dei mezzi ausiliari e degli apparecchi di trattamento e di cura

I. Mezzi ausiliari

2 Ortesi

2.03 *Ortesi del tronco*

se esistono insufficienze funzionali della colonna vertebrale con disturbi dorsali notevoli o alterazioni della colonna vertebrale comprovate da esame clinico e radiologico, non influenzabili o solo insufficientemente influenzabili con provvedimenti sanitari.

4 Scarpe

4.02 *Modifiche o rifiniture ortopediche costose di scarpe confezionate.*

7 **Occhiali per afachici o lenti a contatto dopo operazione della cataratta**

Per gli occhiali per afachici provvisori usati subito dopo l'operazione si rimborsano le spese di noleggio fino a un massimo di 60 franchi.

11 **Mezzi ausiliari per ciechi o grandi invalidi della vista**

11.01* *Bastoni lunghi per ciechi*

11.02* *Canì guida per ciechi*

se comprovato che l'assicurato sa occuparsi di un cane guida e grazie a tale aiuto può spostarsi autonomamente fuori casa. I costi del noleggio sono a carico dell'assicurazione.

11.03* *Macchine per scrivere in Braille*

11.04* *Magnetofoni*

destinati ai ciechi e ai minorati gravi della vista per riprodurre testi letterari registrati su nastro magnetico.

16 **Mezzi ausiliari per stabilire contatti con l'ambiente**

16.01* *Macchine elettriche per scrivere*

fornite agli assicurati che, a causa di paralisi o di altre infermità degli arti superiori, non possono né scrivere a mano, né con una macchina per scrivere ordinaria.

⁸ Aggiornato giusta il n. I dell'O del DFI del 16 dic. 1999, in vigore dal 1° feb. 2000 (RU 2000 81).

- 16.02* *Macchine automatiche per scrivere*
se l'assicurato non è in grado né di parlare né di scrivere a causa di paralisi e può stabilire contatti con l'ambiente solamente mediante tale apparecchio.
- 16.03* *Magnetofoni*
se l'assicurato, affetto da paralisi, non può leggere libri da solo e necessita di tale apparecchio per riprodurre testi letterari registrati su nastro magnetico.
- 16.04* *Volta pagine*
se l'assicurato che adempie le condizioni per aver diritto a un magnetofono abbisogna del predetto apparecchio al posto di un magnetofono.
- 16.05* *Dispositivi automatici di comando del telefono*
se l'assicurato, affetto da grave paralisi, non essendo ricoverato né in un ospedale né in un istituto specializzato per malati cronici, può stabilire contatti con l'ambiente soltanto mediante tale dispositivo.

II. Apparecchi di trattamento e di cura

- 20* *Respiratori in caso di insufficienza respiratoria*
- 21* *Inalatori*
- 22* *Installazioni sanitarie complementari automatiche*
se l'assicurato non è in grado altrimenti di attendere da solo all'igiene del corpo.
- 23* *Elevatori per malati*
se un medico attesta la necessità di un tale mezzo per le cure a domicilio.
- 24* *Letti azionati elettricamente*
se è confermato dal medico che il letto azionato elettricamente è indispensabile per la cura a domicilio.
- 25 *Seggette*
- 26* *Sedie per persone affette da cossartrosi*
- 27* *Potenze (collegate al letto d'ospedale)*

* Apparecchi consegnati in prestito