

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

del 29 dicembre 1997 (Stato 9 dicembre 2003)

---

*Il Dipartimento federale dell'interno,*

visto l'articolo 19 dell'ordinanza del 15 gennaio 1971<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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 1965<sup>2</sup> sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC); e

RU 1998 239

<sup>1</sup> RS 831.301

<sup>2</sup> RS 831.30

- c. il termine di carenza previsto nell'articolo 2 capoverso 2 LPC era adempito.

### **Art. 3<sup>3</sup>** Relazione con le prestazioni di altre assicurazioni

<sup>1</sup> Un diritto al rimborso delle spese ai sensi dell'articolo 3d LPC<sup>4</sup> può essere fatto valere nella misura in cui tali spese non siano già prese in carico da altre assicurazioni. 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.

<sup>2</sup> In caso di aumento dell'importo rimborsabile secondo l'articolo 3d capoverso 2<sup>bis</sup> LPC o l'articolo 19b OPC, l'assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'assicurazione infortuni è dedotto dalle spese, debitamente comprovate, per le cure e l'assistenza ai sensi degli articoli da 13 a 13b. Il rimborso non può tuttavia essere inferiore all'importo massimo secondo l'articolo 3d capoverso 2 LPC.

<sup>3</sup> Nella misura in cui l'assicurazione malattia ha tenuto in considerazione l'assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'assicurazione infortuni per fissare l'importo delle spese di cura e assistenza a domicilio che essa è tenuta a rimborsare, l'assegno per grandi invalidi non è dedotto dalle spese considerate.

<sup>4</sup> Nei casi di cui all'articolo 3d capoverso 2<sup>ter</sup> LPC, i capoversi 2 e 3 sono applicabili per analogia.

### **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

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Le spese di balneoterapia e di soggiorni di convalescenza all'estero non sono rimborsate.

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

<sup>3</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 4299).

<sup>4</sup> RS 831.30

## **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 del 18 marzo 1994<sup>5</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal) è rimborsata per le prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'articolo 24 LAMal.

### **Art. 7**<sup>6</sup> Assicurazione con franchigie opzionali

Se una persona opta per un'assicurazione con una franchigia più elevata ai sensi dell'articolo 93 dell'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>7</sup> sull'assicurazione malattia (OAMal), il rimborso della partecipazione ai costi ammonta a 1000 franchi al massimo all'anno.

### **Art. 8** Spese per trattamenti dentari

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

<sup>2</sup> Per il rimborso è determinante la tariffa dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità (tariffa AINF/AM/AI)<sup>8</sup> per gli onorari delle prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per i lavori di tecnica dentaria.

<sup>3</sup> 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 delle prestazioni complementari (PC). Se un trattamento il cui costo supera i 3000 franchi è effettuato senza l'approvazione del preventivo, sono rimborsati al massimo 3000 franchi.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> RS **832.10**

<sup>6</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003 4299**).

<sup>7</sup> RS **832.102**

<sup>8</sup> Ottenibile presso l'INSAI, Divisione delle tariffe mediche, casella postale 4358, 6002 Lucerna.

**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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Se un Cantone, sulla base dell'articolo 5 capoverso 3 lettera a LPC<sup>9</sup>, 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.

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

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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.

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

<sup>5</sup> ...<sup>10</sup>

<sup>6</sup> 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 Spitem riconosciuta.

<sup>7</sup> 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.

<sup>9</sup> RS 831.30

<sup>10</sup> Abrogato dal n. I dell'O del 17 nov. 2003, con effetto dal 1° gen. 2004 (RU 2003 4299).

**Art. 13a**<sup>11</sup> Spese per il personale di cura assunto direttamente

<sup>1</sup> Le spese per il personale di cura assunto direttamente sono rimborsate ai beneficiari di un assegno per grandi invalidi di grado medio o elevato che vivono a domicilio fino a concorrenza delle spese di cura e di assistenza che non possono essere prese in carico da un'organizzazione Spitex riconosciuta ai sensi dell'articolo 51 OAMa<sup>12</sup>.

<sup>2</sup> Un organo designato dal cantone determina sia la parte delle cure e dell'assistenza che non può, in un caso concreto, essere presa in carico da un'organizzazione Spitex riconosciuta, sia il profilo della persona da impiegare. Se l'organo competente non viene consultato o se le sue direttive non sono rispettate, le spese non vengono rimborsate.

**Art. 13b**<sup>13</sup> Spese per le cure e l'assistenza prestate dai membri della famiglia

<sup>1</sup> Le spese per le cure e l'assistenza prestate dai membri della famiglia sono rimborsate solo se questi ultimi:

- a. non sono considerati nel calcolo della PC; e
- b. se essi hanno subito, a causa delle cure prestate, una considerevole perdita di guadagno per un periodo prolungato.

<sup>2</sup> Le spese possono essere rimborsate al massimo fino a concorrenza della perdita di guadagno.

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

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 4299). Per il cpv. 2 vedi anche le disp. fin. di detta modificazione alla fine del presente testo.

<sup>12</sup> RS 832.102

<sup>13</sup> Introdotto dal n. I dell'O del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU 2003 4299).

<sup>14</sup> RS 831.30

**Art. 15** Spese di trasporto

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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

<sup>1</sup> Nell'ambito dell'articolo 3d capoverso 1 lettera e LPC<sup>15</sup>, 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.

<sup>2</sup> 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 1978<sup>16</sup> sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (OMAV);  
e
- b. per cui l'AVS ha erogato un sussidio.

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

<sup>4</sup> 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.

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>15</sup> RS 831.30

<sup>16</sup> RS 831.135.1

**Art. 17**            Accertamenti

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Le spese per gli accertamenti sono repute spese ai sensi dell'articolo 3d capoverso 1 lettera e LPC<sup>17</sup>.

**Art. 18**            Depositi AI; consegna e ritiro

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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**<sup>18</sup>**Sezione 4: Disposizioni finali****Art. 20**            Diritto previgente: abrogazione

L'ordinanza del 20 gennaio 1971<sup>19</sup> 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.

**Disposizione finale della modificazione del 17 novembre 2003**<sup>20</sup>

<sup>1</sup> I Cantoni devono designare l'organo ai sensi dell'articolo 13a capoverso 2 entro un anno dall'entrata in vigore della modifica dell'ordinanza.

<sup>2</sup> Fintanto che l'organo non è ancora stato designato, l'articolo 13a capoverso 2 non è applicabile.

<sup>17</sup> RS **831.30**

<sup>18</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI dell'11 set. 2002 (RU **2002** 3728).

<sup>19</sup> [RU **1971** 218, **1978** 1391, **1982** 1545, **1983** 18, **1984** 261, **1986** 1208, **1988** 96, **1990** 1089, **1992** 286, **1993** 1266, **1996** 38]

<sup>20</sup> RU **2003** 4299

*Allegato*<sup>21</sup>  
(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\* Cani 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

<sup>21</sup> 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

