



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (CMAV)

Valida dal 1° gennaio 2024

In caso di dubbio, fa fede la versione tedesca.

318.303.01 i

01.24

Indice

Adeguamenti al 1° gennaio 2024	3
Abbreviazioni	4
I. Disposizioni generali	5
1. Ambito delle prestazioni	5
1.1 Cerchia dei beneficiari delle prestazioni	5
1.2 Garanzia dei diritti acquisiti	5
2. Diritto alle prestazioni	6
3. Procedura	6
3.1 In generale	6
3.2 Luogo di presentazione della richiesta	6
3.3 Competenza.....	7
3.4 Procedura d'accertamento	7
3.5 Forma e notifica della decisione	8
3.6 Rimborso delle spese.....	8
3.7 Diritto alla sostituzione della prestazione.....	9
II. Disposizioni speciali	10
4. Calzature.....	10
5. Mezzi ausiliari per il cranio e la faccia	11
9. Carrozzelle.....	15
11. Mezzi ausiliari per ciechi e ipovedenti gravi.....	17
III. Entrata in vigore e disposizioni transitorie	19

Adeguamenti al 1° gennaio 2024

La presente versione della CMAV sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2023.

Le modifiche riguardano l'attuazione di una mozione nell'ambito della fornitura di scarpe ortopediche (adeguamento dell'OMAV); vengono inoltre apportate alcune precisazioni.

1001	Adeguamento in seguito alla riforma AVS 21
1022	Diritto di sostituzione: rimando in seguito alla precisazione nella CMAI
2003	Fornitura di scarpe ortopediche: diritto a un contributo annuo in seguito alla modifica dell'OMAV con effetto dal 1° gennaio 2024 (in base alla mozione 21.4036)
2016	Soppressione in seguito all'abrogazione della disposizione transitoria per la protesizzazione con apparecchi acustici (introduzione del sistema forfettario l'1.7.2011) in quanto non più pertinente
2025	Precisazione del diritto agli occhiali-lente

Abbreviazioni

AI	Assicurazione invalidità
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
CMAI	Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità
IVA	Imposta sul valore aggiunto
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (RS 831.20)
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.10)
N.	numero marginale
n.	numero (dell'allegato OMAV)
OMAV	Ordinanza del 28 agosto 1978 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (RS 831.135.1)
segg.	seguenti
UCC	Ufficio centrale di compensazione
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali

I. Disposizioni generali

1000 Se non specificato diversamente, gli importi indicati nella presente circolare (limiti massimi, importi limite, partecipazioni ai costi) s'intendono IVA inclusa.

1. Ambito delle prestazioni

1.1 Cerchia dei beneficiari delle prestazioni

1001
1/24 Hanno diritto a prestazioni per i mezzi ausiliari dell'AVS le persone domiciliate in Svizzera che hanno raggiunto l'età di riferimento, anticipano la riscossione della totalità della rendita AVS o ricevono prestazioni complementari (v. art. 43^{quater} LAVS).

1002 Le disposizioni delle direttive sulle rendite si applicano alla questione del domicilio (N. 7108 segg.).

1.2 Garanzia dei diritti acquisiti

1003 Gli assicurati che beneficiano già di mezzi ausiliari dell'AI oppure di prestazioni sostitutive giusta gli articoli 21 e 21^{bis} LAI nel momento in cui nasce il diritto alle prestazioni conformemente al N. 1001 continuano ad averne diritto nella stessa misura fintanto che le condizioni determinanti dell'AI sono adempiute e salvo disposizioni contrarie della presente circolare. Per gli apparecchi acustici, l'assicurato ha diritto almeno a quanto era stato concesso dall'AI. I diritti acquisiti si estendono alle riparazioni, alla sostituzione parziale, ad eventuali spese d'uso e di manutenzione nonché alle spese di viaggio. Le richieste di prestazioni di tali assicurati devono essere trattate secondo le istruzioni contenute nella CMAI.

2. Diritto alle prestazioni

- 1004 Il diritto si limita esclusivamente alle prestazioni indicate in modo esaustivo nell'elenco dell'allegato OMAV. È fatto salvo il N. 1003.
- 1005
1/20 Gli assicurati devono acquisire di persona il mezzo ausiliario e pagare una partecipazione ai costi del 25 per cento sul prezzo netto, a condizione che la presente circolare non disponga altrimenti. L'assicurazione eroga un contributo alle spese pari al 75 per cento del prezzo netto. Il prezzo netto corrisponde al prezzo AI (IVA inclusa).
- 1006
1/19 Ai beneficiari di rendite di vecchiaia sono concesse le prestazioni conformemente al N. 1005 per i mezzi ausiliari seguenti:
- scarpe ortopediche su misura;
 - epitesi della faccia;
 - parrucche;
 - apparecchi acustici;
 - apparecchi ortofonici;
 - occhiali-lente;
 - carrozzelle.
- 1007 Le spese di riparazione, d'uso e per un eventuale allenamento per l'uso non sono a carico dell'assicurazione.

3. Procedura

3.1 In generale

- 1008 Nella misura in cui questa circolare non dispone altrimenti, sono applicabili per analogia le istruzioni dell'assicurazione per l'invalidità sulla procedura e sulla consegna di mezzi ausiliari.

3.2 Luogo di presentazione della richiesta

- 1009 Le richieste di mezzi ausiliari devono essere inoltrate alla cassa di compensazione competente per la determinazione e l'assegnazione della rendita di vecchiaia oppure

che lo sarà in caso di differimento della rendita. Essa trasmette all'ufficio AI competente la richiesta esaminata e, eventualmente, completata con l'attestazione che l'assicurato adempie le condizioni previste dal N. 1001.

3.3 Competenza

- 1010 L'ufficio AI che sarebbe competente per le prestazioni dell'AI è competente in tutti i casi per esaminare le condizioni di diritto e per decidere sulla richiesta; ciò è valido anche per i casi di diritti acquisiti secondo il N. 1003.

3.4 Procedura d'accertamento

- 1011 Per il versamento dei contributi di tutti i mezzi ausiliari, eccettuati quelli menzionati nei N. 1011–1013, è sufficiente in linea di massima un'attestazione medica che figura sul modulo di richiesta.
- 1012 Per le richieste di modelli semplici di carrozzelle per assicurati che non vivono in un istituto, in linea di massima è sufficiente che una delle persone o uno degli organi indicati sul modulo di richiesta confermino che le condizioni di diritto sono adempiute. Per modelli speciali un medico o un altro specialista deve compilare l'apposito modulo.
- 1013 Per le scarpe ortopediche su misura, per quanto riguarda l'accertamento bisogna procedere come nell'AI (v. CMAI). Eccezionalmente possono essere rilasciate su prescrizione del medico di famiglia se non è possibile consultare uno specialista o se solo con enormi difficoltà è possibile avere un colloquio con quest'ultimo. In caso di preventivo elevato, si deve richiedere un'altra offerta.
- 1014 Per gli apparecchi acustici, si vedano i N. 2009 segg.
- 1015 Le spese di viaggio connesse con l'accertamento o l'adattamento di un mezzo ausiliario non sono rimborsate. È fatto salvo il N. 1003.

3.5 Forma e notifica della decisione

- 1016 Se la prestazione fatta valere dall'assicurato è stata accordata interamente, si deve procedere come segue: l'ufficio AI comunica la decisione per mezzo di una comunicazione per l'assicurato (per la consegna di copie, v. la circolare sulla procedura e il N. 1018).
- 1017 Per l'assegnazione di contributi ai mezzi ausiliari a beneficiari di prestazioni complementari, una copia della comunicazione con una fotocopia della fattura vengono trasmesse al competente organo di esecuzione delle prestazioni complementari.
- 1018 Se la richiesta inoltrata è rifiutata totalmente o parzialmente oppure l'assicurato, per altri motivi, non è d'accordo con la prestazione assegnata, la cassa *cantonale* di compensazione competente deve notificare una decisione adeguata.

3.6 Rimborso delle spese

- 1019 Fatta eccezione per le carrozzelle e per gli apparecchi acustici (versamento d'importi forfettari agli assicurati), spetta in linea di massima all'assicurato decidere con il fornitore chi dei due deve emettere la fattura all'assicurazione. Sono possibili due varianti:
- l'assicurato incarica il fornitore di emettere la fattura o la ricevuta e la presenta all'ufficio AI competente;
 - il fornitore emette una fattura all'ufficio AI direttamente sul modulo ufficiale 318.445, indicando il prezzo netto con deduzione della partecipazione ai costi dell'assicurato.
- 1020 Se le condizioni di diritto sono adempiute, l'importo forfettario per una carrozzella è versato all'assicurato.
- 1021 L'assicurato deve far valere presso l'ufficio AI competente il contributo alle spese per gli apparecchi acustici compilando l'apposito modulo di fatturazione. Al modulo va allegata una copia della fattura originale sulla quale vanno riportate le informazioni figuranti sul retro del modulo. Il modulo è disponibile all'indirizzo www.avs-ai.ch.

3.7 Diritto alla sostituzione della prestazione

1022 Se, anziché un mezzo ausiliario cui ha diritto, l'assicurato
1/24 acquista un altro ausilio che serve allo stesso scopo, l'AVS
può fornire prestazioni conformemente al N. 1005. Si ri-
manda per analogia alle spiegazioni di cui ai N. 1030–
1030.3 e 1030.5 CMAI.

II. Disposizioni speciali

2000 Il diritto si limita esclusivamente alle prestazioni indicate in modo esaustivo nell'elenco dell'allegato OMAV. È fatto salvo il N. 1003.

4. Calzature

4.51 OMAV Scarpe ortopediche su misura e scarpe ortopediche fabbricate in serie inclusi i costi di produzione

2001 Si accorda un contributo per scarpe ortopediche su misura se queste sono adattate in modo individuale a una forma o a una funzione patologica del piede, se sostituiscono un apparecchio ortopedico o, in caso di bisogno, lo completano e se non è possibile fornire all'assicurato scarpe fabbricate in serie con o senza modifiche, oppure con solette ortopediche. Le scarpe ortopediche fabbricate in serie, comprese le rifiniture, sono assimilate alle scarpe ortopediche su misura (v. al riguardo le istruzioni contenute nella CMAI).

2001.1
1/23 La fornitura di scarpe ortopediche deve permettere di raggiungere uno degli obiettivi d'integrazione seguenti: spostarsi, stabilire contatti con l'ambiente o ampliare la propria autonomia (sentenza del TF 9C_365/2021 del 19.01.2022).

2002 Il prezzo netto non deve superare gli importi delle tariffe valide per l'Al per i lavori di tecnica ortopedica.

2003
1/24 Un nuovo contributo per scarpe ortopediche su misura può essere concesso ogni anno. Un contributo può essere accordato prima della scadenza dell'anno solo se uno specialista in ortopedia giustifica in modo plausibile questo provvedimento.

2004 Non è concesso nessun contributo per la modifica di scarpe fabbricate in serie.

5. Mezzi ausiliari per il cranio e la faccia

5.52 OMAV Epitesi della faccia

La prestazione dell'assicurazione può essere richiesta al massimo ogni due anni.

- 2005
1/22 Sono considerate epitesi della faccia le parti di ricambio modellate individualmente e destinate a coprire i difetti della faccia oppure a sostituire le parti mancanti del viso, come i padiglioni auricolari artificiali, i nasi artificiali, le protesi mascellari, i palati artificiali, le epitesi dell'occhio, le sopracciglia ecc.
- 2006 Talune epitesi della faccia sono fissate alla montatura degli occhiali. Per le spese di quest'ultima, un contributo è concesso dall'AVS a condizione che essa sia un elemento integrante dell'epitesi. Non sarà invece concessa nessuna prestazione per eventuali lenti.

5.56 OMAV Parrucche

- 2007
1/19 Un contributo per parrucche è concesso solo se l'aspetto esteriore di un assicurato è notevolmente alterato a causa della mancanza di capigliatura. Non è concessa nessuna prestazione in caso di calvizie senile.
- 2008
1/23 Il contributo dell'assicurazione non deve superare 1 000 franchi per anno civile. Nel corso dell'anno in cui è avvenuta la prima consegna, si può avere la totalità dell'importo (nessuna limitazione pro rata). Il prezzo d'acquisto deve essere comprovato dal fornitore di prestazioni (fornitore di parrucche del centro di consegna) e la fattura va firmata dall'assicurato.

5.57 OMAV Apparecchi acustici

- 1/19 La condizione per il rimborso è che l'assicurato soffra di una grave ipoacusia e che la posa di un tale apparecchio permetta di migliorare notevolmente la sua acutezza uditiva e di facilitare considerevolmente i contatti con il suo ambiente.

L'assicurato ha diritto al rimborso forfettario di uno o due apparecchi acustici al massimo ogni cinque anni; la sostituzione dell'apparecchio prima del termine è possibile se resa necessaria da una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva. Gli apparecchi acustici devono essere consegnati da specialisti.

Il forfait ammonta al 75 per cento del corrispondente forfait dell'assicurazione invalidità (AI) secondo il n. 5.07 dell'allegato dell'ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità (OMAI). Il diritto si limita alla protesizzazione con apparecchi acustici; non sussiste alcun diritto a ulteriori partecipazioni ai costi da parte dell'assicurazione.

Il forfait è versato unicamente per apparecchi acustici che rispondono ai requisiti dell'assicurazione.

Esso è versato dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi.

- 2009
1/21
- Un contributo per uno o due apparecchi acustici può essere assegnato a un assicurato affetto da grave ipoacusia. L'ipoacusia dà diritto a un rimborso se il disturbo dell'udito accertato da uno specialista otorinolaringoiatra (ORL) riconosciuto dall'AI raggiunge la soglia definita conformemente alle direttive per gli otorinolaringoiatri riconosciuti. Per una prima protesizzazione un medico specialista ORL riconosciuto dovrà eseguire preventivamente una perizia. Se si tratta invece di un'ulteriore protesizzazione dello stesso tipo (p. es. monoauricolare–monoauricolare), la perizia – sebbene raccomandata e finanziata dall'UFAS – non è più obbligatoria. Le direttive per i medici specialisti ORL attualmente in vigore sono disponibili sul sito Internet www.orl-hno.ch (in tedesco e in francese).
- 2010
- L'apparecchio acustico deve permettere all'assicurato di migliorare manifestamente i contatti con il proprio ambiente

-
- 2011
1/19 La prestazione dell'assicurazione corrisponde al 75 per cento del corrispondente forfait dell'Al, vale a dire 630 franchi per una protesizzazione con un apparecchio monoauricolare e 1 237,50 franchi per una protesizzazione con un apparecchio binauricolare.
- 2012 Un contributo per la sostituzione di un apparecchio difettoso è assegnato al più presto dopo cinque anni (vale anche in caso di perdita). Può essere accordato prima di questo termine soltanto se uno specialista ORL riconosciuto dall'Al conferma la necessità di un nuovo apparecchio in seguito a modifiche importanti dell'acutezza uditiva. Il peggioramento dell'udito necessario è definito nelle raccomandazioni per gli otorinolaringoiatri riconosciuti.
- 2013
1/19 Per quanto riguarda le condizioni concernenti gli specialisti riconosciuti e il tipo di apparecchi acustici rimborsati (elenco degli apparecchi acustici) si vedano i N. 2037 segg. CMAI.
- 2013.1
1/22 Per quanto riguarda la garanzia dei diritti acquisiti va osservato che il diritto nei confronti dell'AVS mantiene per principio nella stessa misura quello nei confronti dell'Al. Se un assicurato che beneficia della garanzia dei diritti acquisiti nell'Al subisce, in età AVS, un notevole peggioramento dell'acutezza uditiva e/o dal punto di vista medico risulta indicato, per la prima volta, un apparecchio acustico impiantato, questo può essere preso a carico in virtù dei diritti acquisiti.

5.57.1 OMAV Disposizioni particolari per apparecchi acustici impiantanti o ad ancoraggio osseo e per impianti dell'orecchio medio

- 1/19 L'AVS copre il 75 per cento dell'importo rimborsato dall'Al alle componenti esterne degli apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo e a quelle degli impianti dell'orecchio medio.

L'AVS versa inoltre un forfait di prestazione per l'adattamento e le prestazioni successive per le componenti

esterne degli apparecchi acustici ad ancoraggio osseo e degli impianti dell'orecchio medio. Questo forfait ammonta al 75 per cento del corrispondente forfait dell'AI secondo il n. 5.07.1 dell'allegato OMAI.

Il forfait di prestazione è versato dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi.

Il diritto si limita alla partecipazione alle componenti esterne e al forfait di prestazione per l'adattamento e le prestazioni successive; non sussiste alcun diritto a ulteriori partecipazioni ai costi da parte dell'assicurazione.

2014
1/19 L'AVS può assumere il 75 per cento dei costi conformemente agli importi massimi figuranti sull'elenco degli apparecchi impiantanti o ad ancoraggio osseo ([www.ahv-iv.ch/Opuscoli e Moduli/Apparecchi acustici](http://www.ahv-iv.ch/Opuscoli_e_Moduli/Apparecchi_acustici)). Se un processore audio ad ancoraggio osseo o impianto nell'orecchio medio è adattato da un audioprotesista, l'assicurato ha diritto al 75 per cento del corrispondente forfait dell'AI, vale a dire 750 franchi per un apparecchio monoauricolare e 1 125 franchi per un apparecchio binauricolare, che è versato direttamente all'assicurato. I costi per l'apparecchio possono essere fatturati dal prestatore e pagati direttamente a lui.

2015
1/19 La protesizzazione deve migliorare notevolmente la comprensione linguistica. Spetta all'assicurato dimostrare che è in grado a livello fisico, psichico e mentale di utilizzare con profitto un apparecchio acustico impiantato o ad ancoraggio osseo.

2016
1/24 Soppresso

5.58 OMAV Apparecchi ortofonici dopo un'operazione alla laringe

La prestazione dell'assicurazione può essere richiesta al massimo ogni cinque anni.

-
- 2017 Un contributo per gli apparecchi ortofonici può essere concesso dopo laringectomia se l'apprendimento della lingua esofagea (possibilità di parlare grazie all'aiuto dell'esofago) non è possibile o è insufficiente. Le protesi vocali inserite tra la trachea e l'esofago non rispondono al concetto di mezzo ausiliario.
- 2018 Un nuovo contributo può essere richiesto al più presto dopo cinque anni (vale anche in caso di perdita).
- 2019 Gli assicurati cui era già stato rimborsato un apparecchio ortofonico da parte dell'AVS prima del 1° gennaio 1993 continuano ad avere diritto al rimborso delle riparazioni, degli adattamenti e di eventuali spese di manutenzione (garanzia dei diritti acquisiti).

9. Carrozze

9.51 OMAV Carrozze senza motore

quando saranno probabilmente utilizzate in modo continuo e duraturo. Il contributo dell'assicurazione è di 900 franchi e può essere richiesto al massimo ogni cinque anni. Se a causa dell'invalidità è necessario fornire una carrozzella speciale, il contributo è di 1 840 franchi, rispettivamente di 2 200 franchi se l'assicurato necessita di un cuscino anti-decubito. Le forniture speciali devono essere effettuate da fornitori idonei riconosciuti dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

- 2020
1/20 Gli assicurati che, per spostarsi, sono costretti a ricorrere ad una carrozzella probabilmente in modo continuo e duraturo hanno diritto a un contributo di 900 franchi, che può essere richiesto al massimo ogni cinque anni. In ogni caso il forfait è versato interamente all'assicurato. In caso di prima fornitura o di fornitura successiva deve essere compilato il modulo «Richiesta: mezzo ausiliario dell'AVS» (N. 009.001). A questo o alla fattura vanno inoltre allegati la ricevuta per l'acquisto della nuova carrozzella o il contratto di noleggio.

- 2021
1/22
- Se, per motivi connessi con l'invalidità, è necessaria una carrozzella speciale, l'assicurato può richiedere un contributo forfettario più elevato, ossia di 1 840 franchi (al massimo ogni cinque anni). Se **inoltre** l'assicurato presenta un rischio elevato di decubito e necessita quindi di un cuscino antidecubito, il contributo ammonta a 2 200 franchi. Le carrozzelle speciali possono essere consegnate esclusivamente dai fornitori riconosciuti che hanno aderito alla convenzione tariffale per la fornitura di carrozzelle e dai depositi AI. L'assicurato ha diritto a un forfait per una carrozzella speciale solo se adempie almeno una delle condizioni seguenti e non può spostarsi con una carrozzella semplice (il modulo deve essere compilato dal medico curante o da un altro specialista):
- peso superiore a 120 kg;
 - altezza superiore a 185 cm o inferiore a 150 cm;
 - posizione seduta autonoma impossibile (ad es. nessun controllo del tronco);
 - emiplegia o emiparesi;
 - tetraplegia o tetraparesi;
 - amputazione/contratture.
- 2022
- Le persone che soggiornano in un istituto non hanno diritto al contributo per una carrozzella semplice ma, in caso di comprovata necessità, possono richiedere una carrozzella speciale, a condizione che ne abbiano bisogno in maniera durevole per spostarsi e non ricevano un assegno per grandi invalidi di grado elevato. Le carrozzelle per le cure non sono considerate carrozzelle speciali e non possono quindi essere cofinanziate dall'AVS.
- 2023
- Non hanno diritto al contributo per una carrozzella le persone:
- degenti in ospedale, cioè che probabilmente soggiornano per un lungo periodo in un ospedale;
 - che soggiornano in un istituto e per spostarsi necessitano di una carrozzella semplice;

- che adoperano una carrozzella solo temporaneamente (p. es. durante la cura di una malattia acuta o di un infortunio) oppure solo occasionalmente per uscite più importanti.

2024 Oltre al contributo forfettario per l'acquisto di una carrozzella non possono essere assunti altri costi da parte dell'assicurazione.

11. Mezzi ausiliari per ciechi e ipovedenti gravi

11.57 OMAV Occhiali-lente

- 2025
1/24 Gli occhiali che, oltre alla correzione della vista difettosa, presentano un ingrandimento di almeno una volta e mezzo (Add. 6.0) su una distanza di paragone di 25 centimetri, sono considerati occhiali-lente.
- 2026 Gli assicurati che, senza questo rimedio, non sono in grado di leggere testi lunghi scritti con caratteri normali hanno diritto ad un contributo dell'AVS.
- 2027 Il contributo ammonta al 75 per cento del prezzo netto di un paio di occhiali-lente semplice e adeguato, senza però superare gli importi seguenti:
- | | |
|---|---------------|
| – occhiali-lente monoculari: | 590 franchi |
| – occhiali-lente binoculari: | 900 franchi |
| – occhiali-lente telescopici monoculari
o sistema di occhiali-lente con più lenti: | 1 334 franchi |
| – occhiali-lente telescopici binoculari: | 2 048 franchi |
- Il prezzo della montatura e l'IVA sono compresi in questi importi.
- 2028 Un nuovo contributo può essere concesso al più presto dopo cinque anni se gli occhiali-lente non possono essere utilizzati più a lungo.

- 2029 Un nuovo contributo può essere concesso prima della scadenza di questo termine se un oculista conferma che una nuova prestazione d'assistenza è necessaria a causa di una notevole modifica della facoltà visiva.
- 2030 Gli assicurati che non possono utilizzare occhiali-lente e che perciò acquistano un sistema di lettura e scrittura hanno diritto ad un contributo alle spese pari al massimo al prezzo limite di un paio di occhiali-lente telescopici binoculari (v. N. 2027).

III. Entrata in vigore e disposizioni transitorie

La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2024 e sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2023. È applicabile a tutte le richieste di prestazioni presentate a partire da questa data.