



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 2013

318.303.01 i

12.12

Indice

Abbreviazioni.....	3
1^a parte: Disposizioni generali.....	4
1. Ambito delle prestazioni	4
1.1 Cerchia dei beneficiari delle prestazioni	4
1.2 Garanzia dei diritti acquisiti	4
2. Diritto alle prestazioni	4
3. Procedura	5
3.1 In generale.....	5
3.2 Luogo di presentazione della richiesta	5
3.3 Competenza.....	6
3.4 Procedura d'accertamento	6
3.5 Forma e notifica della decisione.....	6
3.7 Rimborso delle spese.....	7
3.9 Diritto alla sostituzione della prestazione	7
2^a parte: Disposizioni speciali	8
4 Calzature.....	8
4.51 OMAV Scarpe ortopediche su misura e scarpe ortopediche fabbricate in serie inclusi i costi di produzione..	8
5 Mezzi ausiliari per il cranio e la faccia	9
5.52 OMAV Epitesi della faccia	9
5.56 OMAV Parrucche,	9
5.57 OMAV Apparecchi acustici per un orecchio	9
5.58 OMAV Apparecchi ortofonici dopo un'operazione alla laringe	12
9 Carrozzelle.....	13
9.51 OMAV Carrozzelle senza motore	13
11 Mezzi ausiliari per andicappati alla vista.....	15
11.57 OMAV Occhiali-lente,	15
3^a parte: Entrata in vigore e disposizioni transitorie	16

Abbreviazioni

In questa circolare sono usate le seguenti abbreviazioni specifiche:

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

1^a parte: Disposizioni generali

1. Ambito delle prestazioni

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

1.1 Cerchia dei beneficiari delle prestazioni

1001 Hanno diritto a prestazioni per i mezzi ausiliari dell'AVS le persone domiciliate in Svizzera che hanno raggiunto l'età pensionabile ordinaria, anticipano la riscossione della rendita AVS o ricevono prestazioni complementari (cfr. art. 43^{ter} 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 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.
- 1006 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 per un orecchio
 - 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'UAI 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'UAI 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 (cfr. 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, vedi 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'UAI comunica la decisione per mezzo di una comunicazione per l'assicurato (per la consegna di copie, cfr. 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.

3.7 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'UAI competente;
 - il fornitore emette una fattura all'UAI 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'UAI 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.info.

3.9 Diritto alla sostituzione della prestazione

- 1022 Se, anziché un mezzo ausiliario cui ha diritto, l'assicurato acquista un altro ausilio che serve allo stesso scopo, l'AVS può fornire prestazioni conformemente al N. 1005.

2^a parte: 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 (cfr. al riguardo le istruzioni contenute nella CMAI).

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

2003 Un nuovo contributo per scarpe ortopediche su misura può essere concesso al più presto dopo due anni. Un contributo può essere accordato prima della scadenza dei due anni 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 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 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, se la mancanza di capigliatura nuoce all'aspetto esteriore dell'assicurato/a. La partecipazione alle spese dell'assicurazione ammonta al massimo a 1000 franchi per anno civile.

2007 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 Il contributo dell'assicurazione non deve superare 1000 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).

5.57 OMAV Apparecchi acustici per un orecchio, allorché l'assicurato/a soffre di una grave ipoacusia e la posa di un apparecchio permette di migliorare notevolmente l'acutezza uditiva e di facilitare considerevolmente i contatti con il proprio ambiente. La prestazione dell'assicurazione può essere richiesta

al massimo ogni cinque anni, a meno che una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva renda necessaria la sostituzione dell'apparecchio prima del termine. Gli apparecchi acustici devono essere consegnati da specialisti.

Il forfait ammonta a 630 franchi.

L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali allestisce un elenco degli apparecchi che rispondono ai requisiti dell'assicurazione e per i quali è ammesso il versamento di un forfait.

Se esisteva già un diritto nei confronti dell'assicurazione per l'invalidità, esso è mantenuto almeno in ugual misura nei riguardi dell'AVS, a condizione che i presupposti per la sua consegna siano ancora adempiuti.

Per l'acquisto di un apparecchio acustico i forfait sono versati dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi.

- 2009 Un contributo per un apparecchio acustico può essere assegnato a un assicurato affetto da grave ipoacusia. L'ipoacusia è reputata grave se il disturbo dell'udito accertato da uno specialista otorinolaringoiatra (ORL) riconosciuto dall'Al raggiunge la soglia definita conformemente alle direttive per gli otorinolaringoiatri riconosciuti.
- 2010 L'apparecchio acustico deve permettere all'assicurato di migliorare manifestamente i contatti con il proprio ambiente.
- 2011 La prestazione dell'assicurazione corrisponde al contributo forfettario definito al n. 5.57 OMAV, pari al 75 per cento di un forfait Al per una protesizzazione con apparecchi monoauricolari.
- 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'AI 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 Per quanto riguarda la garanzia dei diritti acquisiti va osservato che il diritto nei confronti dell'AVS è mantenuto per principio nella stessa misura di quello nei confronti dell'AI. Se l'acutezza uditiva di un assicurato in età AVS che beneficia di diritti acquisiti peggiora notevolmente, su raccomandazione del medico specialista (indicazione medica) si possono consegnare due apparecchi acustici. Se alle persone in età AVS cui sono stati consegnati apparecchi acustici il medico specialista raccomanda per la prima volta un impianto acustico, quest'ultimo può essere preso a carico nell'ambito dei diritti acquisiti.
- 2014 La parte esterna di apparecchi impiantati o ad ancoraggio osseo (impianti cocleari, BAHA, soundbridge) è di regola parificata a un apparecchio acustico. Se dal punto di vista medico è indicato e necessario un tale apparecchio anziché un apparecchio acustico, per la parte esterna (processore vocale, processore audio) l'AVS può assumere il 75 per cento dei costi conformemente agli importi massimi figuranti sull'elenco degli apparecchi impiantati o ad ancoraggio osseo. Se un processore audio ad ancoraggio osseo o impiantato nell'orecchio medio è adattato da un audioprotesista, l'assicurato ha diritto al 75 per cento del forfait di prestazione previsto al n. 5.07.1 OMAI (forfait 750 franchi).
- 2015 Per quanto riguarda le condizioni concernenti gli apparecchi acustici ammessi (elenco degli apparecchi acustici) e gli specialisti, vedi i N. 2037 segg. CMAI.
- 2016 **Normativa transitoria per la protesizzazione con apparecchi acustici**
Le richieste ricevute dall'ufficio AI entro il 30 giugno 2011

(timbro d'arrivo) vanno valutate e rimborsate in base alla convenzione tariffale valida fino a quella data. A tutte le richieste ricevute dopo il 30 giugno 2011 sono applicabili le disposizioni dell'OMAV in vigore dal 1° luglio 2011 (sistema forfettario).

Per gli apparecchi acustici rimborsati ancora secondo la convenzione tariffale, le disposizioni concernenti il rimborso della tariffa continuano ad essere applicate durante tutto il periodo in cui è utilizzato l'apparecchio acustico.

Tutte le nuove protesizzazioni eseguite a partire dal 1° luglio 2011 (anche quelle anticipate sulla base di un'indicazione medica) vanno valutate e rimborsate secondo le disposizioni del sistema forfettario. Nel sistema forfettario in vigore dal 1° luglio 2011 una prima perizia è necessaria solo per la prima protesizzazione (vi è solo un'indicazione medica). Tuttavia, poiché la soglia del diritto al rimborso è lievemente più elevata rispetto alle disposizioni in vigore fino al 30 giugno 2011, per ogni assicurato cui viene fornito per la prima volta un apparecchio secondo il nuovo

sistema forfettario deve essere eseguita una prima perizia.

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 Carrozzelle

9.51 OMAV Carrozzelle 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 1840 franchi, rispettivamente di 2200 franchi se l'assicurato/a necessita di un cuscino antidecubito. Le forniture speciali devono essere effettuate da fornitori idonei riconosciuti dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

2020 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.

2021 Se, per motivi connessi con l'invalidità, è necessaria una carrozzella speciale, l'assicurato può richiedere un contributo forfettario più elevato, ossia di 1840 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 2200 franchi. Le carrozzelle speciali sono consegnate esclusivamente 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 tetraplegia;
- amputazione/contratture.

Dopo l'esame da parte dell'ufficio AI, l'avente diritto viene mandato al deposito AI più vicino, che prima di consegnare il materiale verifica se le condizioni di diritto sono adempiute.

- 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 Gli occhiali che, oltre alla correzione della vista difettosa, presentano un ingrandimento di almeno una volta e mezzo (8 1/2") 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: fr. 590.–

– occhiali-lente binoculari: fr. 900.–

– occhiali-lente telescopici monoculari o sistema di occhiali-lente con più lenti: fr. 1334.–

– occhiali-lente telescopici binoculari: fr. 2048.–

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 (cfr. il N. 2027).

3ª parte: Entrata in vigore e disposizioni transitorie

La presente circolare entra in vigore il 1° gennaio 2013 e sostituisce quella valida dal 1° gennaio 2011. È applicabile a tutte le richieste di prestazioni presentate a partire da questa data.