

Riepilogo delle modifiche al Testo Unico ASSILT
(in vigore dal 1° gennaio 2022)

Il nuovo Testo Unico è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione il 17 novembre 2021 e ratificato dall'Assemblea dei Rappresentanti il 24 novembre 2021. Le modifiche hanno effetto a partire dal 1° gennaio 2022 (data fattura).

Partendo dal Titolo 2 del testo che tratta i temi delle modalità di erogazione dei contributi per prestazioni sanitarie le modifiche riguardano:

- Art. 16 (*Documentazione fiscale e di spesa*) al comma 2 precisato che al fine del rimborso la prescrizione medica può essere utilizzata una sola volta. Le uniche prescrizioni mediche ripetibili sono relative all'acquisto dei farmaci. La validità di una prescrizione medica è, invece, specificatamente indicata in ogni articolo del testo normativo (generalmente 12 mesi dalla data del rilascio).
Al comma 3 precisato che il contributo viene riconosciuto escludendo l'importo pagato dal socio per l'imposta di bollo.
- Art. 18 (*Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale*) al comma 1 precisato che tra i territori ammessi per le effettuazioni di prestazioni sanitarie fuori dal territorio nazionale è incluso il Regno Unito non più parte dell'Unione Europea del mese di febbraio 2020.
- Art. 19 (*Odontoiatria e Ortodonzia – Norme Generali*) al comma 2 precisato che sono erogabili contributi per le prestazioni di "Igiene Orale" anche se fatturate da "igienisti dentali" in quanto è stato istituito il relativo Albo Professionale presso gli Ordini dei Tecnici Sanitari (*Decreto del 13 marzo 2018*).
- Art. 28 (*Protesi e presidi*) le variazioni sono le seguenti:
 - ✓ lettera C. *Presidi sanitari* inserito il presidio per il prolasso uterino;
 - ✓ lettera D. *Apparecchi ortopedici* inserita la specializzazione in Reumatologia tra i medici prescrittori. Introdotta, inoltre, la figura del "tecnico ortopedico" per la fatturazione di tali presidi (*Istituito Albo Professionale con Decreto del 13 marzo 2018*).
 - ✓ lettera E. *Apparecchio acustico e ricevitore per impianto cocleare* variata la denominazione da "audioprotesista" a "tecnico audioprotesista" (*Istituito Albo Professionale con Decreto del 13 marzo 2018*).
 - ✓ lettera G. *Parrucche* tra le patologie che danno diritto al contributo inclusa l'alopecia areata causata da un disturbo del sistema immunitario.
- Art. 29 (*Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici*) in sostituzione delle 5 asportazioni ambulatoriali attualmente previste ogni 12 mesi introdotto un nuovo comma 9 e le seguenti due nuove prestazioni con o senza esame istologico:
 - a. Asportazione e terapie dermatologica senza esame istologico (qualsiasi tecnica – escluse prestazioni estetiche), massimo 2 asportazioni ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile*)
 - b. Asportazione dermatologica con esame istologico, massimo di 3 asportazioni ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile*).

Per queste asportazioni è indispensabile la diagnosi nella prescrizione medica per garantire l'erogazione di contributi per prestazioni dermatologiche non estetiche in quanto non previste dall'attuale normativa (*Articolo 14 comma 4 seconda alinea*).

Per l'esame istologico, se fatturato separatamente e non incluso nel costo della prestazione dermatologica, è erogabile il contributo indicato per tale esame nella Tabella C.

Le ulteriori variazioni che riguardano l'Articolo 29 sono le seguenti:

- ✓ Inserita la figura professionali di "tecnico audiometrista" e "tecnico di neurofisiopatologia" in quanto istituito lo specifico Albo professionale. Precisata la denominazione della figura professionale "tecnico ortottista" anziché "ortottista".
- ✓ Prevista la possibilità di eseguire in Farmacia gli esami Holter cardiaco, Holter pressorio, l'Elettrocardiogramma e la Spirometria (*come l'attuale articolo 78 – Emergenza sanitaria*).
- ✓ Collocate in altri articoli le seguenti prestazioni soggette alla valutazione della Linea Sanitaria:
 - Ossigenoterapia iperbarica, creato un nuovo comma all'Articolo 55 – *Ventilatori per la respirazione assistita*
 - Chirurgia proctologica inserita nell'Allegato C – *Classi Interventi chirurgici in regime privati e trattamenti*

- ✓ Introdotte le nuove prestazioni:
 1. Lavaggio bursale eco guidato delle articolazioni in ortopedia per calcificazioni ossee (65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a prestazione - massimo 2 lavaggi ogni 12 mesi);
 2. Agobiopsia mammaria stereotassica - Mammotone (65% della spesa sostenuta fino a € 1.500,00 - tutto incluso – massimo 1 agobiopsia ogni 12 mesi)
- ✓ Inoltre, dal 1° gennaio 2022 sopprese:
 - Litotrixxia per calcolosi epatica, in quanto non più utilizzata.
 - Frenulotomia in urologia e in otorinolaringoiatria in quanto presenti nell'elenco degli interventi chirurgici privati (*Allegato c del TUA*).

Per l'articolo 29, infine, rivisitata la modalità di riconoscimento dei contributi per alcune prestazioni da a "fattura" a "seduta".

Le prestazioni oggetto di tale modifica sono le ecografie, le radiografie, le risonanze magnetiche, l'esame doppler, la tomografia computerizzata e l'OCT in oculistica.

Per tali prestazioni il calcolo verrà eseguito tenendo conto della quantità indicata in fattura con un limite massimo di erogazione (2 ogni 12 mesi per tutte le prestazioni sopraindicate tranne che per le radiografie per le quali sono erogabili contributi per 3 prestazioni ogni 12 mesi). Ulteriori necessità saranno valutate dalla Linea Sanitaria. Non varia il contributo massimo erogabile.

- Art. 30 (*Esami di laboratorio*) al comma 1, precisato che le prescrizioni mediche non possono essere utilizzate più volte. Ad ogni ricevuta di spesa deve essere allegata una nuova prescrizione medica. Creato un nuovo comma 5 per definire che nell'ambito del plafond massimo sono erogabile 2 tamponi antigenici, molecolari o test sierologici per ogni tipologia (ogni mese). Dal 1° gennaio 2022 il plafond concedibile per gli esami di laboratorio viene riportato a 350 euro ogni 12 mesi (*temporizzazione mobile con controllo del progresso*) per effetto della fine di validità al 31 dicembre 2021 dell'articolo 78 – Emergenza sanitaria. Precipato che la prescrizione medica non è necessaria nel caso in cui il tampone antigenico o molecolare viene eseguito per accertamenti diagnostici o interventi chirurgici. Inoltre, i tamponi e i test possono essere eseguiti presso strutture sanitarie o, nel caso dei tamponi antigenici, anche presso le farmacie. Integrato l'elenco degli esami genetici indicati nella tabella d con l'Analisi della mutazione del DNA. Si tratta di un esame efficace per la determinazione delle malattie genetiche.
- Art. 31 (*Farmaci*) aggiornato il Prontuario farmaceutico con nuove molecole:
 - "Testosterone" (farmaco Nibed) per terapia ormonale sostitutiva a rilascio lento;
 - "Doxiciclina" (farmaco Efracea) e "Ivermectina" (farmaco Efacti) per le lesioni papulo-pustolose nei pazienti adulti con rosacea facciale;
 - "Glucagone cloridrato" (farmaco Baqsimi) per il trattamento della ipoglicemia severa (diabete mellito).
- ✓ Inserito un nuovo comma 8 per il riconoscimento dei contributi per i vaccini anti-meningococco, anti-pneumococco per i quali attualmente riconosciamo contributi con specifica delibera del C.d.A. rinnovata ogni anno. Contributi sono erogabili anche per il vaccino anti HPV e anti Herpes zoster.
- Art. 33 (*Terapia infiltrativa, iniettiva e agopuntura*) al comma 1 inserita tra le sostanze riconosciute per tali terapie le cellule mesenchimali staminali da tessuto adiposo.
- Art. 34 (*Visite specialistiche, visite dei professionisti della terapia psicologica e consulenze nutrizionistiche*) nuovo comma 10 per il riconoscimento di contributi per le consulenze eseguite da Medico specialista in Scienze dell'Alimentazione o professionisti iscritti alla sezione A dell'Albo professionale dell'Ordine Nazionale dei Biologi. Il contributo è pari all'80% della spesa sostenuta entro 25 euro per ogni consulenza fino a massimo 12 ogni 36 mesi. Il contributo include eventuali test eseguiti per definire il piano nutrizionale.
- Art. 35 (*Fecondazione assistita in regime privato*) precisato quali terapie sono rivolte alle donne iscritte (atto operativo), quali sono rivolte ai soli uomini iscritti (esami diagnostici correlati alla fecondazione assistita) e quali invece a tutti i soci

iscritti (biopsia dell'embrione) in modo da rendere chiaro che non sono erogabili contributi per coniugi non iscritti all'Associazione.

- Art. 36 (*Terapie fisiche - fisiche – Logopedia – Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale*) nuovo comma 3 per riconoscere ulteriori sedute di terapia fisica anche a seguito di un intervento chirurgico ortopedico.
- ✓ Nuovo comma 7 per il riconoscimento di contributi per la Logopedia, il Training del linguaggio e la Terapia mio-funzionale senza la necessità dell'autorizzazione della Linea Sanitaria.
L'Articolo 36 cambia pertanto nel seguente modo “*Terapie fisiche – Logopedia – Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale*” e sostituisce l'articolo 64.
Le sedute massime erogabili per tutte le tipologie di cure riabilitative vengono innalzate da 20 a 40.
La valutazione della Linea Sanitaria è confermata per i piani terapeutici necessari ai soci con disabilità e per i Disturbi specifici dell'apprendimento.
- Art.39 (*Psicoterapia*) dal 1° gennaio 2022 le 10 sedute di psicoterapica prescritte dal medico - pediatra di base o da psicoterapeuta verranno concesse anche ai soci che ne hanno fruito nel periodo di emergenza sanitaria (Articolo 78).
Inoltre, al comma 1, specificato che la psicoterapia oltre che individuale e di gruppo può essere anche familiare.
- Art.42 (*Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità*) oltre ad indicare il riferimento normativo che definisce il livello di disabilità, introdotto un nuovo comma 8 per erogare contributi per l'acquisto di integratori alimentari per i soci con disabilità del 100%, così come già previsto per i malati oncologici.
- Art.54 (*Alimenti specifici per gravi patologie*) per avere il contributo per i prodotti aproteici non è indispensabile seguire un trattamento dialitico in quanto questi prodotti sono consigliati nella fase che precede la dialisi.
- Art.55 (*Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori*) creato il nuovo comma 7 che accoglie dall'articolo 29 la prestazione di “*Ossigenoterapia iperbarica*” che necessita della valutazione delle Linea Sanitaria.
- Art. 56 (*Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario*) come per l'articolo 36 inserita al comma 1 la possibilità di autorizzare ulteriori cicli di terapia fisica nel caso di intervento chirurgico ortopedico complesso e invalidante (*protesi ginocchio, anca, spalla, lesione dei legamenti*).
La documentazione necessaria per la valutazione è la “copia della cartella clinica del pregresso intervento chirurgico” e la “certificazione del piano riabilitativo conseguente l'intervento stesso”. Definito un periodo massimo di tre mesi entro cui è possibile autorizzare ulteriori sedute di cura.
Al comma 6 prevista la fatturazione diretta da parte del fisioterapista o del tecnico ortopedico in caso di riabilitazione domiciliare.
- Art.57 (*Erogazioni straordinarie*) al comma 5 precisato che non sono previste erogazioni straordinarie per gli oneri residui relativi i farmaci contemplati nel Prontuario Farmaceutico.
Creata la nuova lettera h. per precisare che non sono ammesse richieste inerenti a oneri residui per acquisto di protesi oculistiche.
- Per gli Articoli: 50 (*Chirurgia maxillo-facciale*), 59 (*Interventi chirurgici in Day Hospital - regime privato*), 60 (*Interventi chirurgici generici in regime privato*), 61 (*Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato*) e 62 (*Chirurgia Oculistica*) adeguati tali articoli relativi agli interventi chirurgici eseguiti in regime privato a quanto indicato all'articolo 78 Bis (*comma 3 lettera f*) che classifica la tipologia di intervento in classi di appartenenza (da classe 2 a classe 4) in base alla patologia e non più tenendo conto dei giorni di permanenza presso la struttura di ricovero.
Non varia la percentuale di contributo prevista nei suddetti articoli (60% della spesa sostenuta) e non variano gli importi massimi erogabili (500 – 1.500 – 6.500 euro). Anche il contributo previsto per il comfort alberghiero non varia (60% della spesa fino a 500,00 euro).
Precisato che la contribuzione per la “differenza di classe” non è prevista per gli interventi eseguiti in regime pubblico.
Per quanto riguarda la documentazione necessaria per la valutazione ed il riconoscimento dei contributi confermate le previsioni di cui all'art. 50 per gli “interventi di chirurgia maxillo facciale”, all'art. 61 per gli “interventi chirurgici per menomazioni funzionali” e all'art. 62 per la “chirurgia oculistica”.
Si tratta di interventi chirurgici che necessitano di un dettaglio normativo maggiore.

Esempio: Chirurgia refrattiva corrisponde alla classe 3 di contributo secondo la nuova stesura dell'articolo 60 mentre per quanto attiene il visus, i limiti di età, le patologie oculari e la temporizzazione per nuove protesi oculistiche il riferimento normativo è contenuto al comma 3 lettera A dell'articolo 62.

Infine, integrato l'elenco degli interventi indicati nell'*Allegato C – Classi Interventi Chirurgici privati* con:

Classe 3	Vitrectomia
Classe 3	Correzione recidiva ptosi palpebrale
Classe 4	Ginocchio valgo + epifisiodesi
Classe 4	Termoablazione epatica
Classe 3	Rimozione di stent ureterale
Classe 2-3	Decorticazione corde vocali (peeling)
Classe 2	Basalioma sul volto asportazione
Classe 3	Resezione falange e plastica del polpastrello
Classe 2	Intervento chirurgico emodinamico con tecnica CHIVA
Classe 3	Impianto di dispositivo tipo stent "Preserflo Micro Shunt"
Classe 4	Miotomie selettive occipitali bilaterali e neurolisi dei nervi grande e piccolo occipitali bilaterali
Classe 3	Neurolisi
Classe 3	Inserimento catetere port-a-cath (dispositivo per l'accesso venoso centrale permanente)
Classe 3	Asportazione cisti + sinoviectomia polso
Classe 2	Entropion - Ectropion
Classe 4	Liposarcoma Asportazione di
Classe 3	Vitreolisi
Classe 3	Cataratta
Classe 3	Chirurgia Refrattiva
Classe 3	Cross Linking
Classe 3	Stamponamento vescicale da coaguli ed elettrofolgorazioni di capillari sanguinanti in via cistoscopica
Classe 2-3-4	Plastica tendinea e muscolare (a seconda del tendine e della sede)
Classe 3	Impianto Loop Recorder cardiaco (ILR) - ICM Impianto Monitor Cardiaco
Classe 3	Emorroidectomia - Prolassectomia muco-emorroidaria qualsiasi tecnica
Classe 2	Legatura di emorroidi anche con tecnica THD
Classe 2	Frenulotomia in otorinolaringoiatria
Classe 2	Frenulotomia in urologia

- Art. 64 (*Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale*) questo articolo viene sostituito dal nuovo comma 7 dell'articolo 36. *Terapie fisiche – Logopedia – Training del linguaggio e Terapia mio-funzionale.*

Per quanto riguarda il Titolo 3 (Altre disposizioni) le modifiche riguardano:

- Art.66 (*Spese logistiche*) al comma 2. precisato che le spese logistiche per “follow up” verranno autorizzate tenendo conto della patologia e in funzione del tempo trascorso dall'evento principale. Non sono infatti ammesse autorizzazioni per controlli eseguiti a distanza di anni. L'unica eccezione riguarda i soci che hanno avuto un trapianto d'organo.
- ✓ Al comma 3 lettera a. (*Spese di locomozione*) per i soci disabili o dializzati è erogabile un contributo per il trasporto necessario a raggiungere le strutture sanitarie curanti. Il contributo da erogare è equiparato a quanto previsto per il mezzo privato (€ 1,50 ogni 10 km) anche in caso di trasporti eseguiti da Associazioni come la Croce Rossa Italiana o simili operanti sul territorio italiano. Attualmente è previsto il rimborso del solo carburante. La tutela è garantita fino alla definizione dell'iter necessario ad ottenere il contributo dal S.S.N.
- ✓ Al comma 4 (*Spese logistiche*) chiarito che in caso di contratto di locazione, al fine del rimborso, sono incluse le spese accessorie (condominio, luce, gas, e così via).
- Infine, le tutele indicate negli articoli 78, 78BIS, 78 TER e 78 QUATER. (*Disposizione temporanea – Emergenza Sanitaria*) hanno data di fine validità: 31 dicembre 2021.