

Riepilogo delle modifiche al Testo Unico 2021

Il nuovo Testo Unico è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione il 9 dicembre 2020 e sarà sottoposto all'Assemblea dei Rappresentanti per la prevista ratifica. Le modifiche hanno effetto a partire dal 1° gennaio 2021 (data fattura).

Partendo dal Titolo 1 del testo che tratta i temi dell'adesione all'Associazione, dalla modalità di adesione alla tardiva iscrizione, le variazioni riguardano i seguenti articoli:

- Nell'art. 3 (Beneficiari) al comma 1 precisato che possono iscriversi i Beneficiari non aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da altri Enti o forme assicurative.
Eliminato, inoltre, il riferimento al "diritto alla pensione di superstiti" che ostacola l'iscrizione dei fratelli, sorelle o nipoti, senza limiti di età, con invalidità al 100% certificata e orfani di entrambi i genitori.

Per il Titolo 2 che tratta i temi delle modalità di erogazione dei contributi per prestazioni sanitarie le modifiche riguardano:

- Art. 15 (*Temporizzazioni e massimale*) al comma 6 precisato che per alcune tipologie di prestazioni è fissato un massimale complessivo del "numero di prestazioni" erogabile in un arco di tempo predefinito (plafond).
- Art. 18 (*Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale*) al comma 6 individuato un importo di spesa (euro 200) entro il quale non è necessaria la traduzione giurata per le prestazioni sanitarie fatturate in una lingua diversa dalla lingua inglese, francese, tedesco o spagnolo.
- Art. 19 (*Odontoiatria e Ortodonzia – Norme Generali*) al comma 3 definito che se la ricevuta di spesa è emessa da uno studio associato "odontoiatrico" non è indispensabile il nominativo del medico dentista che ha eseguito le cure. È sufficiente che il titolare dello studio o il Direttore Sanitario risultino iscritti all'Albo Professionale degli Odontoiatri.

Al comma 5 precisato che l'ulteriore fattura a "saldo" delle cure eseguite, che completa la fattura definita emessa all'inizio delle cure, può essere sostituita da una dichiarazione del dentista curante che attesti la conclusione del piano di cura fatturato.

Assilt considera conclusi i lavori indicati nel piano di cura e può disporre, anche preliminarmente l'erogazione dei contributi, accertamenti odontoiatrici volti a valutare la congruità della fatturazione e della dichiarazione rispetto ai lavori realmente eseguiti.

Nel tariffario odontoiatrico (*Allegato A del testo normativo*) inserito uno specifico codice per la "disinclusione dei denti ritenuti" con il riposizionato in arcata, quindi non estratti.

Precisato, inoltre, che i contributi per le protesi provvisorie sono erogabili senza distinzione del materiale utilizzato.

- Art.24 (*Oculistica – Occhiali da vista*) comma 2 e Art. 26 (*Oculistica - Lenti a contatto*) comma 4 deciso che nella ricevuta di spesa rilasciata dall'ottico è sufficiente che ci sia l'indicazione che le lenti acquistate sono da vista, senza ulteriori riferimenti alla prescrizione del medico oculista allegata se negli altri documenti trasmessi (*come il certificato di conformità delle lenti o copia della confezione per le lenti a contatto*) è già chiaro il tipo di lente acquistata.
- Art. 26 (*Oculistica - Lenti a contatto*) comma 4 stabilito che in alternativa alla copia della confezione delle lenti a contatto può essere presentata una dichiarazione redatta dall'ottico da cui evincere la data di scadenza e il numero del lotto delle lenti acquistate.

- Art. 28 (Protesi e presidi) inserito un nuovo comma 4 che precisa che in caso di patologie croniche certificate da una struttura pubblica la prescrizione del medico specialistica non ha un limite di validità.

Sono state, inoltre, apportate le seguenti variazioni:

- ✓ alla lettera B. *Contenitori elastici speciali* inserita la figura del medico cardiologo prescrittore di tali presidi.
- ✓ alla lettera C. *Presidi sanitari* i contributi per il materiale monouso per i soci con colostomia sono concedibile secondo le indicazioni dell'articolo 63 (*Ausili per incontinenza*).
Inserito il presidio "ortesi ortocranica".
- ✓ alla lettera D. *Apparecchi ortopedici* al comma 2 precisato che il collare con Marchio CEE può essere acquistato anche presso le farmacie.
Inserito il nuovo comma 4 per distinguere il contributo per gli apparecchi per arto e collo da quelli per il tronco. Per questi ultimi raddoppiato il contributo massimo erogabile da (euro 250 a euro 500) e di conseguenza i mesi previsti per l'erogazione di un nuovo contributo (da 12 a 24 mesi) in modo da contribuire maggiormente alla spesa di tali presidi particolarmente costosi.
- ✓ alla lettera E. *Apparecchio acustico e ricevitore per impianto cocleare* precisati rivenditori di questi apparecchi (centri specialistici o audioprotesista) e che per "accessori" si intendono i componenti dell'apparecchio stesso.
- ✓ alla lettera F. *Presidi per la deambulazione* inserito il nuovo comma 4 per definire la possibilità di acquistare - o affittare - per la deambulazione due diverse tipologie di presidi (carrozzina - stampelle; carrozzina - deambulatore; stampelle - deambulatore);
- ✓ alla lettera H. *Presidi anti-acaro* precisato che la certificazione può essere rilasciata anche da una struttura accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.

- Art. 29 (*Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici*) migliorato l'ordine alfabetico e la descrizione di alcuni esami previsti.

Introdotte due nuove prestazioni:

1. "Valutazione delle mutazioni delle neoplasie per definizione piano terapeutico immunologico con inibitori delle tirosinchinasi". Contributo del 65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura
2. "Terapie per induratio penis plastica o Sindrome di La Peyronie" (qualsiasi tecnica - tutto incluso). Contributo pari al 60% della spesa sostenuta nel limite di 500,00 euro (temporizzazione mobile - cfr. art. 15) dietro presentazione della prescrizione (con validità di 12 mesi) e della ricevuta di spesa di un medico specialista in Andrologia, Urologia, Endocrinologia.

- Art. 31 (*Farmaci*) inserito un nuovo comma 7 per le "terapie a base di cannabis" con un contributo complessivo pari al 60% della spesa sostenuta fino ad un importo massimo di 250,00 euro ogni 12 mesi (plafond). Erogabile ai Soci e Beneficiari con una patologia certificata dalla struttura pubblica con la specifica indicazione all'uso di tali preparati a scopo terapeutico (della validità di 12 mesi).
- Art. 33 (*Terapia infiltrativa, iniettiva e agopuntura*) al comma 2 definito che in caso di somministrazione di ozono medicale - ossigeno/ozono - per via percutanea nel disco intervertebrale è ammessa anche la specializzazione medica in Radiologia diagnostica e interventistica.
- Art. 34 (*Visite specialistiche*) precisato che le visite possono essere eseguite anche a distanza (*stessa modifica effettuata anche all'Art.43 - Visita medica specialistica di Alta Consulenza*). Introdotta la Chirurgia Bariatrica tra le specializzazioni previste anche se si tratta di una specializzazione equipollente alla Chirurgia Generale.
Al comma 9 (*Visite di Psicologia Clinica*) eliminato il riferimento alla psicoterapia in quanto spesso queste visite vengono eseguite per la valutazione dei disturbi dell'apprendimento che non sempre necessitano di tali terapie.

- Art. 36 (*Terapie fisiche*) indicato che per rilevare la figura professionale, nel caso in cui non sia indicata nella documentazione di spesa, è consultabile il sito della Federazione Nazionale Ordine dei TSRM (www.tsrn.org).
- Art.39 (*Psicoterapia*) introdotta la possibilità di riconoscere un primo ciclo di 10 sedute di psicoterapia senza la certificazione della struttura pubblica. Questo ciclo è preliminare all'autorizzazione di un piano di cura di 100 sedute e non può essere riconosciuto nella fase di sospensione tra un ciclo di terapia e il successivo (*sospensione di 24 mesi*).
Nello stesso articolo precisato che un nuovo ciclo di cura potrà essere autorizzato trascorso un periodo di 60 mesi dalla prima fattura inviata per il rimborso. Questo rende più chiara la decorrenza dei periodi di cura e sospensione (36 mesi di cura e 24 di sospensione).
- Art.40 (*Assistenza sanitaria domiciliare o ospedaliera*) introdotto il comma 9 che definisce che le autorizzazioni concesse dalla Linea Sanitaria hanno una validità di 24 mesi.
- Art.42 (*Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità*) precisato che per gli iscritti d'età inferiore ai 18 anni deve essere certificato il grado di "Handicap" (grado "Grave") anziché il grado di "invalidità". Gli organi competenti certificano l'invalidità in percentuale soltanto oltre i 18 anni di età.
Al comma 3 adeguato il numero delle sedute di psicoterapia a quanto previsto per tutti gli altri soci (100 sedute anziché 50). Inoltre, il periodo entro quale eseguire le terapie viene innalzato da 12 mesi a 24 mesi.
- Art. 47 (*Disturbi specifici dell'apprendimento e disturbi comportamentali*) al comma 2 precisato che il piano terapeutico è valido per l'intero ciclo scolastico.
- Art. 48 (*Gravi patologie oro dentali*) tra le patologie che danno diritto a richiedere nuovi contributi introdotte le "patologie autoimmuni".
- Art.49 (*Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro*) precisato che la radiografia deve essere di fine cura per consentire una corretta valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico.
- Art.54 (*Alimenti specifici per gravi patologie*) alla lettera D. *Prodotti dietetici privi di glutine* precisato che la certificazione della patologia (*Celiachia*) deve essere presentata soltanto in occasione della prima richiesta di autorizzazione.
- Art.55 (*Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori*) inserita la possibilità di acquistare tali ventilatori direttamente da un rappresentante di commercio legalmente riconosciuto (*agenti e rappresentanti di prodotti sanitari ed apparecchi medicali*).
- Art. 56 (*Terapia Fisica – Casi di particolare interesse sanitario*) al comma 4 precisato che la rieducazione domiciliare è neuromotoria e non motoria.
- Art.61 (*Interventi chirurgici per menomazioni funzionali in regime privato*) precisato che gli interventi di "Blefaroplastica" che necessitano della valutazione di un esame del campo visivo sono di competenza del Consulente Nazionale Oculista.
- Per gli interventi di chirurgia refrattiva dell'art.62 (*Chirurgia Oculistica*) al comma 3 lettera A – *Chirurgia refrattiva* variato il valore della sfera da +/- 6 a +/- 3. Non varia il valore del cilindro e l'equivalente sferico.
Alla lettera B - *Cataratta* precisato che il contributo previsto (massimo euro 1.500 ad occhio) include la lente applicata (*neutra o cristallino artificiale graduato*).
- Art.63 (*Ausili per l'incontinenza*) estesa la possibilità di erogare i contributi per incontinenza urinaria o fecale a seguito di un intervento chirurgico anche senza invalidità riconosciuta.

- Art. 64 (*Logopedia, training del linguaggio, terapia mio-funzionale*) introdotta la possibilità di avere un primo ciclo di 20 sedute senza la necessaria valutazione della Linea Sanitaria. Non variano i limiti normativi, tariffari e le figure professionali riconosciute.

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

- Art.66 (*Spese logistiche*) al comma 3 lettera a, precisato che la certificazione della struttura sanitaria che attesti il giorno e il luogo dove sono state effettuate le prestazioni può essere sostituita con un valido documento da cui si rilevino le stesse informazioni (*esempio cartella clinica*).
Precisato, inoltre, che se per i viaggi inferiori ai 400 Km viene acquistato un biglietto ferroviario di 1° classe, anziché di 2° classe, la percentuale del rimborso sarà del 60% anziché del 75%.
Come già definito per i pernottamenti prenotati *on line*, alla lettera b. dell'articolo 66 precisato che non è necessario il codice fiscale del Socio o Beneficiario nelle ricevute per le spese di pernottamento.
- Art. 77 (*Franchigia*) ribadito che non sono erogabili contributi a titolo di franchigia ai Beneficiari in quanto, come indicato all'articolo 3 comma 1, non possono essere iscritti all'Associazione se aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa erogata da Enti o forme assicurative.

Nuove molecole del Prontuario Farmaceutico Integrativo approvate dal C.d.A.-

1. Molecola Solifenacina succinato e tamsulosina (farmaco Vesomni e simili per ipertrofia prostatica)
2. Molecola Denosumab (farmaco Prolia e simili - osteoporosi)
3. Molecola Sulodexide (farmaco Vessel, Provenal e simili - antitrombotico)
4. Molecola Calcipotriolo e molecola Zorac (farmaci vari per psoriasi)
5. Molecole dei colliri antibiotici prescritti a seguito di interventi chirurgici oculistici:
 - Tobramicina (Farmaci: Tobral, Tobradex);
 - Cloramfenicolo (Farmaci: Betabioptal, Colbiocin);
 - Ofloxacina (Farmaco: Exocin);
 - Levofloxacina (Farmaco Oftaquix);
 - Moxifloxacina (Farmaco: Vigamox);
 - Netilmicina (Farmaci: NetilDex, Nettacin Collirio);
 - Azitromicina (Farmaco:Azyter).
6. molecola Levotiroxina sodica (farmaci necessari in caso di tiroidectomia in pazienti che non tollerano il farmaco Eutirox fornito dal S.S.N.).