

## MODIFICHE AL TESTO UNICO NORMATIVO ASSILT

Sintetica esposizione delle variazioni deliberate dal Consiglio nel periodo novembre 2020 – maggio 2021 per sostenere gli associati in un periodo di emergenza sanitaria.

Le tutele straordinarie integrano quelle già definite con l'articolo 78 in vigore dal 22/4/2020, contenute nell'articolo 78 BIS (Disposizione temporanea – Emergenza Sanitaria) deliberato dal **C.d.A. 1°11 novembre 2020**.

Le tutele indicate nel nuovo articolo 78 BIS hanno data di inizio validità 1° ottobre 2020 e fine validità 31 dicembre 2021, ad eccezioni:

- della vaccinazione antinfluenzale che si è conclusa il 31 gennaio 2021 e il rimborso integrale della spesa sostenuta per i tamponi molecolari, i test antigenici e sierologici con data di fine validità definita per il 30 giugno 2021.

Il Consiglio di Amministrazione con questo nuovo articolo ha, inoltre, prorogato la scadenza di 12 mesi (al 31/12/2021) delle tutele a favore dei soci affetti dalla patologia da Covid 19 indicate nell'articolo 78 (al comma 3, 4 e 5).

Gli interventi deliberati sono rivolti a tutti gli iscritti, alcuni sono specifici per quanti sono affetti dalla patologia ed altri sono soggetti alla valutazione della Linea Sanitaria.

In particolare,

tra le tutele a favore di quanti affetti da Covid 19 che non necessitano della preventiva valutazione della Linea Sanitaria troviamo:

- ✓ la **Terapia fisica** con una percentuale di contributo sulla spesa sostenuta pari all'80% senza limiti di sedute e con prescrizione anche del medico di base.
- ✓ Otto **visite mediche specialistiche** ambulatoriali o domiciliari eseguibili entro il mese di dicembre 2021. Le visite per gli altri soci vengono innalzate a sei e nel periodo di gravidanza le visite ostetriche sono otto.
- ✓ Per gli **Esami di laboratorio** innalzato il contributo sulla spesa sostenuta dell'80% entro un plafond massimo erogabile di 700,00 euro. Il plafond è innalzato anche a favore degli altri soci da 350 a 500 euro.
- ✓ Tra gli esami di laboratorio rientrano anche i **tamponi e test** con prescrizione medica con un contributo pari al 100% della spesa sostenuta entro il limite di plafond degli esami di laboratorio (validità fino al 30 giugno 2021). Senza prescrizione medica, sono erogabili contributi al 65% della spesa – entro lo stesso limite di plafond - per due tamponi molecolari o antigenici.
- ✓ Il contributo per eseguire una **radiografia o TC del torace** viene innalzato all'80% della spesa sostenuta.
- ✓ Per quanto riguarda l'**apparecchio nebulizzatore**, inseriti gli affetti da Covid 19 tra le patologie previste per la concessione dell'autorizzazione.

Altre tutele a favore **di tutti gli iscritti** riguardano la **validità della certificazione medica** differita di sei mesi rispetto al periodo specificatamente indicato nella normativa per ogni tipologia di prestazione.

Altre semplificazioni riguardano gli **esami diagnostici effettuati a domicilio**: ammessi a rimborso anche se fatturati da personale infermieristico o tecnico. Inoltre, per quanto riguarda la necessità del **dettaglio del costo delle prestazioni**

definita l'ammissibilità delle ricevute di spesa relative a più prestazioni sanitarie prive del dettaglio dei costi considerando, al fine della determinazione del contributo, l'importo totale speso dal socio.

Le prestazioni che necessitano di autorizzazione sono il ciclo di 10 sedute di **psicoterapia** prescritte dal medico di base e il rinnovo delle autorizzazioni concesse in caso di **disturbi specifici dell'apprendimento** senza la necessità di presentare una nuova certificazione. Questa attenzione è stata rivolta anche ai soci che necessitano di iniziare un percorso di cura, in quanto l'autorizzazione viene concessa con la possibilità di presentare successivamente il piano terapeutico di struttura pubblica.

Un'importante modifica che ha accolto l'esigenza di molti soci riguarda **gli interventi chirurgici** eseguiti in regime privato per i quali la valutazione della Linea Sanitaria - a partire dal 1° ottobre 2020 - non tiene più conto del numero delle notti di permanenza presso la struttura sanitaria, ma del tipo di intervento eseguito.

In particolare, la Linea Sanitaria nel concedere l'autorizzazione individua la classe di appartenenza dell'intervento chirurgico secondo un elenco definito come "Allegato C" del testo normativo.

Il contributo per gli interventi chirurgici eseguiti in regime privato è pari al 65% della spesa sostenuta entro il limite massimo di:

- 500,00 euro per gli interventi della *Classe 2*
- 1.500,00 euro per gli interventi della *Classe 3*
- 6.500,00 euro per gli interventi della *Classe 4*.

Gli interventi della *Classe 1* non necessitano della valutazione della Linea Sanitaria (Articolo 29 del TUA).

Per il comfort alberghiero è riconosciuto un contributo pari al 60% della spesa fino ad un massimo di 500 euro in caso di pernottamento presso la struttura di ricovero.

Nello stesso articolo 78 BIS è stato introdotto il contributo totale per la **Vaccinazione antinfluenzale** eseguita nel periodo 1° ottobre 2020 – 31 gennaio 2021 e una tutela a favore dei soci pensionati ricoverati a seguito della patologia da Covid 19 ai quali è stato riconosciuto il **rimborso della quota di iscrizione** versata all'Associazione per l'anno di inizio del ricovero stesso (*anno 2020 oppure 2021*).

Anche per l'anno 2021 è stato aggiornato il testo normativo. Il **C.d.A. del 9 dicembre 2020** ha definito le seguenti modifiche in vigore dal 1° gennaio 2021.

Partendo dal Titolo 1 (dell'adesione all'Associazione), al comma 1 dell'articolo 3 (Beneficiari) precisato che possono iscriversi i Beneficiari non aventi diritto ad altra forma di assistenza sanitaria integrativa. 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.

Titolo 2 (Prestazioni Sanitarie) al comma 6 dell'articolo 15 (*Temporizzazioni e massimale*) è stato precisato che per alcune tipologie di prestazioni è fissato un massimale complessivo del "numero di prestazioni" erogabile in un arco di tempo predefinito (plafond).

All'articolo 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. In alcuni casi il costo della traduzione giurata supera quello della prestazione sanitaria effettuata.

All'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 definitiva 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.

Nell'*allegato A (Tariffario odontoiatrico)* inserito uno specifico codice per la “disinclusione dei denti ritenuti” con il riposizionato in arcata, quindi non estratti. Preciso, inoltre, che i contributi per le protesi provvisorie sono erogabili senza distinzione del materiale utilizzato.

Art.24 (*Oculistica – Occhiali da vista*) al comma 2 inserito il riferimento all'articolo 16 che regola gli acquisti di occhiali da vista *on line*. Inoltre, stabilito 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. La stessa modifica è stata eseguita al comma 4 dell'Art. 26 (*Oculistica - Lenti a contatto*). Inoltre, definita come alternativa alla copia della confezione delle lenti a contatto la dichiarazione redatta dall'ottico.

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.

Inoltre,

alla *lettera B. Contenitori elastici speciali* inserita la figura del medico cardiologo prescrittore di tali presidi.

alla *lettera C. Presidi sanitari* modificata la norma per chiarire che ai soci con colostomia il riconoscimento dei contributi per il materiale monouso è concedibile secondo le indicazioni dell'articolo 63 (*Ausili per incontinenza*), inserito inoltre 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). Questa variazione consente di contribuire maggiormente alla spesa essendo 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. Introdotta due nuove prestazioni:

“Valutazione delle mutazioni delle neoplasie per definizione piano terapeutico immunologico con inibitori delle tirosinchinasi” (65% della spesa sostenuta fino a un massimo di 200,00 euro a fattura)

“Terapie per induratio penis plastica o Sindrome di La Peyronie” (contributo pari al 60% della spesa sostenuta nel limite di 500,00 euro) 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” (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). Il Prontuario Farmaceutico Integrativo è stato aggiornato con nuove molecole per rispondere alle esigenze di aggiornamento (*farmaci per osteoporosi, antitrombotico e colliri antibiotici post-intervento chirurgico e farmaci necessari in caso di tiroidectomia in pazienti che non tollerano il farmaco Eutirox fornito dal S.S.N.*).

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](http://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*) inserito il riferimento all'articolo 16 che regola gli acquisti di prodotti dietetici *on line*.

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*) inserito il riferimento all'articolo 16 che regola l'acquisto dei ventilatori per la respirazione *on line*.

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*) 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*) 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 intervento chirurgo anche senza invalidità riconosciuta. Al comma 2 corretta l'imprecisione dell'invalidità definita come totale.

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.

Infine, al Titolo 3 (*Altre disposizioni*) al comma 3 lettera *a* dell'articolo 66 (*Spese logistiche*), 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%.

Alla *lettera b.* precisato che non è necessario il codice fiscale del Socio o Beneficiario nelle ricevute per le spese di pernottamento. La modifica si rende necessaria in quanto non è richiesto per i pernottamenti prenotati *on line*

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.

Le tutele deliberate dal **Consiglio di Amministrazione il 24 marzo 2021** sono la conseguenza del perdurare del periodo di emergenza sanitaria.

Le modifiche riguardano l'Articolo 78 BIS, in particolare la validità e la modalità di erogazione dei contributi per i tamponi molecolari e antigenici senza prescrizione medica.

Nel nuovo Art. 78 TER (Disposizione temporanea – Emergenza Sanitaria) è stato definito che in deroga a quanto previsto dall'art.78 BIS (comma 3 lettera a - e comma 5), la data di fine validità dei contributi al 100% della spesa sostenuta per i tamponi molecolari, tamponi antigenici e test sierologici - ferma restando la presentazione della prescrizione medica – viene posticipata dal 30 giugno 2021 al 30 settembre 2021.

Inoltre, sempre in deroga a quanto previsto dall'art.78 BIS (comma 3 lettera a - e comma 5), la data di fine validità dei contributi al 65% della spesa sostenuta per due tamponi molecolari e/o antigenici effettuati senza prescrizione medica a favore di tutti gli iscritti, viene anticipata dal 30 giugno 2021 al 31 marzo 2021.

Il CdA ha, inoltre, deliberato che sono erogabili contributi al 100% della spesa sostenuta per tre tamponi antigenici senza la presentazione della prescrizione medica a favore di tutti i soci dal 1° aprile 2021 al 30 settembre 2021 (senza confluire nel plafond massimo erogabile per gli esami di laboratorio).

Il **Consiglio di Amministrazione del 3 maggio 2021** ha definito nell'ambito delle previsioni dell'art. 78 TER, per tutti i soci Assilt che aderiranno ai soggiorni pianificati dal Cralt o per soggiorni organizzati dal socio stesso, il riconoscimento del rimborso integrale della spesa sostenuta per l'esecuzione del tampone antigenico con erosione del plafond previsto, considerando valida la conferma dalla prenotazione del soggiorno rilasciata dal CRALT in alternativa alla prevista prescrizione medica. Questo nel caso in cui il socio abbia già fruito dei 3 tamponi antigenici senza necessità di prescrizione medica e senza erosione del plafond previsto per gli esami di laboratorio.