

Riepilogo delle modifiche al Testo Unico 2020

Il nuovo Testo Unico è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione il 12 novembre 2019 e ratificato dall'Assemblea dei Rappresentanti il 2 dicembre 2019. Le modifiche hanno effetto a partire dal 1° gennaio 2020 (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:

1

- Nell'art. 3 (Beneficiari) comma 1 precisata la possibilità di iscrizione dei figli nel nucleo familiare di un solo genitore (se entrambi dipendenti) e la modalità per chiedere il trasferimento del beneficiario da un nucleo familiare ad un altro in caso di separazione.
- Nell'art. 6 (Diritto alle prestazioni) al comma 4 definito che in caso di cessazione dal servizio, in base all'art.4 della legge Fornero, il socio autorizza l'Associazione a richiedere all'Azienda i dati relativi all'isopensione indispensabili per la definizione della quota associativa (variato anche il modello di iscrizione in continuità). È stato, inoltre, semplificato il testo del comma 7.
- Nell'art. 11 (Nuova adesione) comma 2 si è uniformato il testo con quanto indicato all'art. 12 (Tardiva iscrizione) precisando la decorrenza dell'iscrizione.
- Nell'art. 12 (Tardiva iscrizione) indicato che viene data la possibilità d'iscrizione entro sei mesi dall'acquisizione del diritto senza il calcolo della quota una tantum di tardiva iscrizione.

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

- L'art. 16 (Documentazione sanitaria e fiscale) introduce la possibilità di riconoscere contributi per i pernottamenti - autorizzati dalla Linea Sanitaria - prenotati dai soci attraverso i portali *on-line* che mettono in contatto persone in cerca di un alloggio. Nella norma sono indicati i requisiti minimi che devono essere indicati nella documentazione presentata al fine del rimborso (*nome del fruitore, luogo, periodo di soggiorno e la spesa sostenuta*).

Introdotta, inoltre, la possibilità di rimborsare gli occhiali acquistati direttamente dall'ottico *on-line*. La modifica non riguarda i casi in cui il socio stesso acquista occhiali da vista *on-line* senza il supporto di un ottico che è la figura professionale idonea alla confezione e alla vendita al pubblico di occhiali con lenti graduate.

- La variazione inserita all'art.18 (Spese mediche sostenute al di fuori del territorio nazionale) è una precisazione: da "prestazioni sanitarie" a "interventi chirurgici".
- Art. 19 (Odontoiatria e Ortodonzia) al comma 3 inserito il chiarimento normativo 1/2019 del mese di marzo 2019 relativo la figura del Direttore Sanitario di un centro odontoiatrico:
"Se la documentazione di spesa rilasciata riporta il solo nominativo del Direttore Sanitario si potrà procedere alla lavorazione della richiesta di contributo esclusivamente se lo stesso risulta essere iscritto all'Albo Professionale degli Odontoiatri".
Inoltre, la norma è stata migliorata per chiarire in quali documenti di spesa è indispensabile che sia indicato il nome del medico (o Direttore Sanitario) che ha eseguito le cure.
Al comma 4 inserita una precisazione "prestazioni odontoiatriche e ortodontiche" anziché "prestazioni odontoiatriche".

- Nell'art. 21 (Odontoiatria – Condizioni di erogazione dei contributi) *lettera B. Trattamenti conservativi o endodontici* precisato che in assenza della tipologia di cura conservativa eseguita (classe di Black) verrà riconosciuto il contributo corrispondente alla I classe. Gli elementi dentali interessati dalla cura devono, invece, essere sempre indicati.

Il socio potrà, comunque, presentare istanza di rettifica entro il termine previsto dalla normativa (*Articolo 71 comma 2*).

- Nell'art.24 (Oculistica – Occhiali da vista) *tabella A- Contributi occhiali da vista* variata la descrizione degli occhiali da vista rimborsabili per chiarire che gli occhiali bifocali e progressivi (*per vicino*) con lente per lontano neutra vengono rimborsati con lo stesso contributo previsto per occhiali monofocali (*per vicino*) di pari gradazione.

- L'art. 28 (Protesi e presidi) *lettera F. Presidi per la deambulazione* inserita la figura del medico reumatologo prescrittore dei presidi per la deambulazione.

- L'art. 29 (Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici) suddivise le prestazioni già contemplate in due gruppi:

a. “Accertamenti diagnostici”

b. “Prestazioni specialistiche”.

Inoltre,

✓ inserito un contributo per la tecnica eco-guidata “Biopsia Fusion”.

✓ migliorata la descrizione dell'esame MOC/Densitometria ossea;

✓ precisato che il contributo per la “valutazione neurologica” include il costo della relazione del professionista;

✓ modificata la modalità di erogazione degli esami istologici e citologici da contributo sulla spesa totale sostenuta (a fattura) a contributo per ogni esame eseguito;

✓ separata l'artroscopia diagnostica da quella interventistica;

✓ inserito l'esame “Polisonnografia (monitoraggio cardio respiratorio)”;

✓ rivisitate le voci di spesa “Litotrissia” eliminando la modalità “ad onde d'urto” non più utilizzata ed eliminata la “Litotrissia in ortopedia”.

- Nell'art. 30 (Esami di laboratorio) recepita la nota a chiarimento 1/2019 e introdotto uno specifico rimborso - distinto da quello contemplato per gli esami di laboratorio - per la consulenza eseguita sui campioni istologici o citologici (plafond massimo di spesa erogabile pari a 350,00 euro ogni 12 mesi).

- L'art. 31 (Farmaci) *comma 4* eliminato il contributo per i farmaci non vendibili in Italia. I farmaci non forniti dal SSN sono in gran numero elencati nel Prontuario Farmaceutico Integrativo ASSILT.

- Nell'art. 33 (Terapia infiltrativa, iniettiva e agopuntura) precisato che la pappa piastrinica è un siero autologo, cioè del paziente stesso, e non viene acquistato. Chiarito, inoltre, che le spese sostenute per ottenere il siero sono incluse nel plafond annuo previsto per le terapie infiltrative.

Al *comma 2* inserita la “Mesoterapia” a esclusivo scopo curativo, già contemplata nell'ambito della branca della Terapia fisica.

Introdotto un contributo del 65% della spesa sostenuta fino a massimo 500,00 euro per la “Nucleolisi” procedura di radiologia interventistica di disidratazione dell'ernia mediante la somministrazione intradiscale di sostanze sotto guida TAC.

- Nell'art. 34 (Visite specialistiche) introdotto il nuovo *comma 9* per regolamentare i contributi previsti per le visite di Psicologia Clinica (erogabili 2 visite nell'ambito delle 4 visite mediche specialistiche per

anno solare). Sono erogabili due visite di questa tipologia in quanto per definire il piano terapeutico dei minori spesso vengono eseguiti dei colloqui preliminari anche con i genitori.

Nulla varia per quanto riguarda il contributo riconosciuto per i test di valutazione neurologica (*Articolo 29*).

- *Art. 35 (Fecondazione assistita in regime privato)* equiparati i contributi previsti in ambito pubblico (90% della spesa) a quanto previsto per gli atti eseguiti in ambito privato. Eliminato anche il limite di atti (non previsto in ambito pubblico). Nulla varia, invece, per il contributo massimo concedibile per ogni fecondazione (euro 2.000,00).

Introdotta, inoltre, uno specifico contributo per la “biopsia dei blastocisti” eseguita pre-impianto (90% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 800,00 euro).

- *L'art. 36 (Terapie fisiche)* precisata la temporizzazione annua prevista per il riconoscimento di nuovi contributi (temporizzazione mobile) e le figure mediche specialistiche che possono prescrivere la riabilitazione del pavimento pelvico (Ginecologo, Urologo - Nefrologo).

- *Art.39 (Psicoterapia)* semplificato l'iter di valutazione da parte della Linea Sanitaria per le cure psicoterapiche. Anziché due periodi di 12 mesi interrotti da una nuova valutazione della Linea Sanitaria, una sola autorizzazione per l'intero ciclo di cura (100 sedute valide per un periodo di 36 mesi).

Ridotto il periodo di sospensione da 36 a 24 mesi per richiedere un nuovo ciclo di terapia.

È stato, inoltre, definito che ai soci ai quali è stato autorizzato dalla Linea Sanitaria il 1° anno di cura nel corso del 2019 verranno integrate le autorizzazioni già concesse con la quantità di sedute residue utili a completare la quantità prevista con la nuova normativa (100 sedute ogni 36 mesi).

- *Nell'art.42 (Prestazioni riabilitative e assistenza ai portatori di disabilità)* introdotta la possibilità di riconoscere ai soci disabili le prestazioni di terapia fisica (strumentale, attiva e passiva) - attinenti alla patologia da cui sono affetti - alle stesse condizioni contributive delle altre terapie riabilitative (80% della spesa sostenuta, anziché, il 65% della spesa).

Inoltre, modificata la normativa per riconoscere a soci disabili i presidi sanitari attinenti alla patologia da cui sono affetti (quali la protesi acustica, deambulatore e così via) prima dei limiti temporali previsti all'articolo 28.

- *Art.43 (Visita medica specialistica di Alta Consulenza)* e *l'art.44 (Visite mediche specialistiche ulteriori)* sono stati adeguati alla modifica dell'art. 34 (*Visite mediche specialistiche - visita di Psicologia clinica*).

- *Art. 46 (Terapie oncologiche)* semplificate le percentuali di contribuzione (tutte all'80% della spesa sostenuta) e dei dettagli delle voci previste (terapia oncologica, equipe medica, struttura sanitaria e così via). Infine, precisato che i prodotti, i farmaci, e gli integratori sono concedibili soltanto nel periodo del trattamento oncologico.

- *Art. 48 (Gravi patologie oro dentali)* e *art.49 (Edentulia o perdita di elementi dentali pilastro)* precisato che dalla documentazione diagnostica presentata dal socio si devono poter evincere le cure per le quali si chiede la valutazione da parte del Consulente Nazionale Odontoiatrico.

- *Art. 52 (Occhiali da vista e lenti a contatto speciali, casi di particolare interesse sanitario)* precisato che la copia dell'esame topografico richiesto per il cheratocono deve essere fornito a colori (diversamente non è leggibile).

Inoltre, per i soli casi di cheratocono documentato introdotto uno specifico contributo (60% della spesa fino a massimo di 480,00 euro a lente per un massimo di due lenti ogni 6 mesi) in caso di acquisto di lenti sclerali.

- Art.54 (Alimenti specifici per gravi patologie) introdotta la possibilità di riconoscere contributi per l'acquisto dei prodotti privi di glutine agli iscritti di età fino ai 10 anni senza certificazione della patologia in quanto la Celiachia può essere diagnosticata solo oltre tale limite di età.
- Art.55 (Ventilatori respirazione assistita e apparecchi nebulizzatori) introdotto uno specifico contributo, pari a 75% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 240,00 euro ogni 12 mesi, per l'acquisto degli ulteriori accessori dell'apparecchio per la ventilazione assistita (sostituzione del filtro e della mascherina). Inserito, inoltre, un limite temporale per l'acquisto di tale ventilatore per la respirazione assistita (5 anni).
- Per l'art.60 (Interventi chirurgici generici in regime privato), l'art.61 (Interventi chirurgici per menomazioni funzionali), l'art.62 (Chirurgia Oculistica) e l'art.50 (Chirurgia maxillo-facciale), semplificato il contributo massimo erogabile (la spesa include l'equipe medica, la sala operatoria, i medicinali e la degenza). Nulla varia per il comfort alberghiero che ha una specifica voce di spesa. Precisata, infine, la differenza tra i ricoveri per gli interventi chirurgici con una notte di permanenza presso la struttura sanitaria (Day Hospital/Day Surgery) ed i ricoveri con più notti di permanenza.
- Art.63 (Ausili per l'incontinenza) estesa la possibilità di erogare i contributi per i disabili con il 74% di invalidità per includere quanti sottoposti a intervento chirurgico di resezione prostatica con incontinenza urinaria.

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

- L'art.66 (Spese logistiche) variato il limite di età che dà diritto ai due accompagnatori da 14 a 18 anni di età. Definito che sono erogabili contributi per il pernottamento per l'accompagnatore anche in località limitrofe alla struttura di ricovero in quanto a volte più convenienti economicamente. Semplificata la normativa sui contributi erogabili per i viaggi eliminando il viaggio in "vagone letto" - non più utilizzato - e la necessità di allegare alla documentazione delle spese logistiche la "ricevuta di spesa della prestazione eseguita" poiché a volte le cure sono rese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.
- Art. 71 (Integrazione) definite le condizioni che danno diritto a ripresentare la documentazione di spesa rifiutata oltre il limite attuale di 150 giorni.
Al comma 2 variato il numero di giorni per le correzioni a rettifica da 60 a 150 giorni.

Dicembre 2019