

INPS

DETERMINAZIONE n. ⁷¹ del 23 ~~APR~~ ^{MAR} 2017

OGGETTO: Adozione del Regolamento per le prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e loro familiari assistibili.

IL PRESIDENTE

Visto il d.P.R. 30 aprile 1970 n. 639;

Vista la legge 9 marzo 1989 n. 88;

Visto il d.lgs. 30 giugno 1994 n. 479;

Visto il d.P.R. 24 settembre 1997 n. 366;

Visto l'art. 7, comma 8, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;

Visto il d.P.R. 16 febbraio 2015 con il quale il Prof. Tito Michele Boeri è stato nominato, per la durata di un quadriennio a decorrere dalla data del decreto medesimo, Presidente dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

Visto il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 13 gennaio 2017 con il quale la dott.ssa Gabriella Di Michele è stata nominata, per la durata di cinque anni a decorrere dalla data del Decreto medesimo, Direttore generale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

Visto il Regolamento di organizzazione dell'Istituto adottato con determinazione presidenziale n. 89 del 30 giugno 2016, come modificato con determinazioni presidenziali n. 100 del 27 luglio 2016 e n. 132 del 12 ottobre 2016;

Visto l'Ordinamento delle funzioni centrali e territoriali dell'INPS adottato con determinazione presidenziale n. 110 del 28 luglio 2016, come modificato con determinazione presidenziale n. 13 del 24 gennaio 2017;

Visto che, ai sensi dell'art. 7, comma 3-bis, del decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, l'Ente nazionale di assistenza magistrale (Enam), istituito in base al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 21 ottobre 1947, n. 1346, ratificato dalla legge 21 marzo 1953, n. 90, e successive modificazioni, è stato soppresso e le relative funzioni sono state attribuite all'Inpdap;

Visto che l'art. 21 del decreto legge n. 201 del 6 dicembre 2011, convertito con modifiche nella legge n. 214 del 22 dicembre 2011, ha disposto la soppressione dell'Inpdap e dell'Enpals, trasferendone le funzioni all'Inps;

Visto lo Statuto dell'Enam, approvato con decreto del Ministro della Pubblica Istruzione di concerto coi Ministri del Tesoro e del Lavoro e P.S. il 15.09.1997;

Visto l'art. 6 dello Statuto citato che prevede l'erogazione, nei limiti delle disponibilità di bilancio, nei confronti degli iscritti alla Gestione e dei loro familiari assistibili, di prestazioni assistenziali in campo sanitario, scolastico, culturale, climatico, nonché in altri campi, non rientranti fra quelli elencati nello stesso articolo, attraverso interventi straordinari;

Visto che l'art. 10 dello Statuto citato prevede che "L'Ente, ad integrazione dell'assistenza erogata dal sistema sanitario nazionale, dispone di interventi assistenziali a carattere ordinario e straordinario. Gli interventi a carattere ordinario sono attuati dai Comitati Provinciali. Gli interventi straordinari sono disposti dai Comitati Provinciali entro i tetti di spesa fissati con regolamento di cui al precedente art. 9. Oltre tali tetti di spesa gli interventi straordinari sono disposti dal Consiglio d'Amministrazione";

Preso atto che è opportuno continuare ad erogare le medesime prestazioni agli iscritti, atteso che, a seguito della soppressione dell'Enam, le relative funzioni sono state attribuite dapprima all'Inpdap ed ora all'Inps;

Preso atto della necessità di superare l'attuale regime concessorio riconducibile ad Enti ormai soppressi, anche al fine di rendere la regolamentazione coerente con l'attuale assetto organizzativo dell'Istituto;

Preso atto della necessità di disciplinare l'erogazione della prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e dei loro familiari assistibili, attualizzando e ridefinendo requisiti, criteri e modalità di riconoscimento del beneficio;

Vista la relazione predisposta sull'argomento dalla Direzione generale;

Su proposta del Direttore generale

DETERMINA

di adottare l'allegato "*Regolamento per le prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e loro familiari assistibili*", che costituisce parte integrante della presente determinazione;

di autorizzare la tecnostruttura a predisporre le modalità operative connesse all'attuazione del Regolamento e a darne la più ampia diffusione.

Il Regolamento entra in vigore dalla data di adozione della presente determinazione presidenziale di approvazione ed è pubblicato sul sito internet dell'Istituto www.inps.it entro 15 giorni dalla predetta data.

Il Regolamento abroga tutte le previgenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria agli iscritti alla Gestione assistenza magistrale, fatto salvo quanto previsto dalla disciplina transitoria di cui all'art. 8 del Regolamento medesimo.

La presente determinazione sarà trasmessa ai Ministeri vigilanti ai sensi dell'art. 8 della legge 9 marzo 1989, n. 88.

IL PRESIDENTE
Prof. Tito Michele Boeri



INPS

REGOLAMENTO PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE DEGLI ISCRITTI ALLA GESTIONE ASSISTENZA MAGISTRALE E LORO FAMILIARI ASSISTIBILI.

Articolo 1

Titolari del diritto e beneficiari della prestazione

1. Sono titolari del diritto:
 - a) gli iscritti d'ufficio, in servizio o in quiescenza, alla Gestione assistenza magistrale;
 - b) gli iscritti in servizio a domanda alla Gestione assistenza magistrale, dopo almeno cinque anni continuativi di contribuzione volontaria.
2. Sono beneficiari della prestazione i soggetti di cui al comma 1, lettere a) e b), e loro familiari assistibili di cui all'art. 2.

Articolo 2

Requisiti di assistibilità dei familiari dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale

1. Sono assistibili i seguenti familiari dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale di cui all'art. 1:
 - a) il coniuge dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, non legalmente separato, purché convivente e a carico dell'iscritto medesimo;
 - b) i figli dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, celibi o nubili, purché conviventi e a carico dell'iscritto medesimo, fino al 26° anno di età, o senza limiti di età se totalmente e permanentemente inabili al lavoro e a carico;
 - c) i genitori dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, purché a carico dell'iscritto medesimo;
 - d) le sorelle e i fratelli maggiorenni dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, purché conviventi e a carico dell'iscritto medesimo, nonché totalmente e permanentemente inabili al lavoro;

- e) il vedovo o la vedova dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, purché non abbia contratto nuovo matrimonio e fosse a carico dell'iscritto medesimo al momento del decesso;
 - f) l'orfano dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale titolare di quota parte della pensione di reversibilità.
2. I requisiti di assistibilità indicati al comma 1 devono essere posseduti alla data di effettuazione della spesa sanitaria di cui si chiede il rimborso.

Articolo 3

Oggetto della prestazione di assistenza sanitaria

1. La prestazione di assistenza sanitaria consiste nell'erogazione di un contributo economico per il rimborso delle spese di carattere sanitario sostenute dall'iscritto alla Gestione assistenza magistrale e dai suoi familiari assistibili, come indicato agli artt. 1 e 2.
2. L'Istituto, in particolare, in relazione alla fascia ISEE del nucleo familiare di appartenenza del beneficiario della prestazione, provvede al rimborso delle spese sanitarie sostenute secondo determinate percentuali di intervento e ferme restando le soglie minime di accesso alla prestazione, come di seguito indicato:

ISEE del nucleo familiare di appartenenza del beneficiario della prestazione	Percentuale di contribuzione alle spese sanitarie	Soglia minima di spesa sanitaria per l'accesso alla prestazione
ISEE fino a 8.000,00	35%	€ 750,00
ISEE da 8.000,01 a 24.000,00	25%	€ 1.100,00
ISEE da 24.000,01 a 32.000,00	20%	€ 1.500,00
ISEE oltre 32.000,00	15%	€ 1.850,00

3. Ferme restando le percentuali di contribuzione alle spese sanitarie di cui al comma precedente e i limiti massimi di rimborso indicati all'art. 4 per singole tipologie di spesa sanitaria, l'ammontare del contributo non può superare complessivamente l'importo di € 10.000,00.

4. Ove la spesa sanitaria sia riferita a grandi interventi chirurgici, alle malattie elencate nel decreto del Ministero della sanità del 5 febbraio 1992 e nel decreto del Ministero dell'economia e delle finanze di concerto con il Ministero della salute del 2 agosto 2007, e alle malattie rare elencate nell'allegato 1 del decreto del Ministero della sanità del 18 maggio 2001, la sede competente, previa valutazione a cura del dirigente medico responsabile della U.O. medico legale territorialmente competente o di suo delegato in ordine alla sussistenza del requisito sanitario, rimborserà la spesa occorsa incrementando la percentuale di contribuzione alla spesa sanitaria del 10%, fermo restando l'importo massimo concedibile di cui al comma 3.

Articolo 4

Spese sanitarie ammesse al rimborso e documentazione

1. Ferme restando le percentuali di contribuzione alla spesa sanitaria indicate all'art. 3 in relazione alla fascia ISEE del nucleo familiare di appartenenza, sono ammesse al rimborso le seguenti spese sanitarie:
- a) spese per cure e protesi odontoiatriche e/o ortodontiche, nel limite massimo di € 5.000,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale ;
 - b) spese per protesi ortopediche, nel limite massimo di € 5.000,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale;
 - c) spese per protesi acustiche, nel limite massimo di € 5.000,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale ;
 - d) spese per protesi oculari, nel limite massimo di € 5.000,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale ;
 - e) spese per altre protesi sanitarie e/o ortesi, nel limite massimo di € 5.000,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale;
 - f) spese per acquisto degli occhiali da vista e lenti a contatto. Il costo sostenuto per l'acquisto delle lenti sarà valutato per l'intero ammontare, mentre quello sostenuto per l'acquisto della montatura sarà valutato fino ad un massimo di € 100,00. Ove la documentazione di spesa non indichi separatamente il costo delle lenti e quello della montatura, sarà valutata per l'intero ammontare una spesa di importo fino a € 400,00; in caso di spesa superiore a € 400,00, sarà valutato il 75% della stessa;
 - g) spese per visite mediche e specialistiche;
 - h) spese per accertamenti diagnostici e di laboratorio;
 - i) spese per acquisto farmaci, inclusi i farmaci omeopatici, nel limite di € 300,00 per ciascun iscritto alla Gestione assistenza magistrale. Le spese per farmaci sono valutate purché di importo non inferiore ad € 20,00 per ogni prescrizione medica. A tal fine, è possibile cumulare massimo 5 scontrini riferiti al medicinale prescritto e acquistati nei limiti di validità della prescrizione medesima;
 - j) spese per acquisto farmaci per la cura di malattie gravi e rare già accertate dall'Istituto ai sensi dell'art. 3, comma 4;
 - k) spese per trattamenti terapeutici e riabilitativi (compresi trattamenti di psicoterapia e logopedia). I trattamenti riabilitativi, qualora riferibili ad infortuni, potranno essere valutati nel limite massimo di € 5.000,00 per ogni iscritto alla Gestione assistenza magistrale;
 - l) spese sanitarie per cure termali;

- m) spese per interventi chirurgici, con esclusione delle spese di degenza;
 - n) spese per cure e trattamenti di fecondazione assistita, nel limite di 3 trattamenti per ogni iscritto alla Gestione assistenza magistrale.
2. Non sono ammesse al rimborso le spese sostenute per attività medico-legali, né le spese sostenute per trattamenti e interventi per finalità estetiche. Non sono, altresì, rimborsabili le spese per le quali vi sia stata rifusione da parte della ASL, di altri enti pubblici o compagnie assicurative.
 3. Le spese di cui al comma 1 devono essere state sostenute non oltre dodici mesi precedenti la data di inoltro della domanda di assistenza sanitaria.
 4. Per essere ammessa al rimborso, ogni tipologia di spesa indicata al comma 1 dovrà essere unita a specifica prescrizione medica rilasciata dal medico curante o da medico specialista in data antecedente a quella dell'effettuazione della spesa. La documentazione di spesa riferita alla richiesta di rimborso (fattura/ricevuta/quietanza in regola con le prescrizioni di legge in materia fiscale) dovrà essere intestata alla persona in favore della quale è stata sostenuta. Prescrizioni mediche e documentazione di spesa dovranno essere prodotte in originale o in copia conforme ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
 5. In caso di richiesta di rimborso di spese conseguenti a grandi interventi chirurgici o gravi malattie, per le quali si chiedi l'incremento di percentuale di contribuzione alla spesa di cui all'art. 3, comma 4, dovrà essere prodotta, in originale o copia conforme, documentazione sanitaria utile a comprovare il possesso del requisito richiesto per l'accesso.
 6. Oltre alla documentazione di cui al comma precedente, ove la richiesta di contributo sanitario riguardi il figlio totalmente inabile al lavoro di cui all'art. 2, lettera b), o le categorie di familiari assistibili di cui all'art. 2, lettera d), dovrà, altresì, essere prodotta copia del verbale di accertamento della condizione di totale e permanente inabilità al lavoro.
 7. Oltre alla documentazione di cui al comma 4, ove la richiesta di contributo sanitario riguardi le categorie di assistibili di cui all'art. 2, lettera e), dovrà, altresì, essere prodotta autocertificazione attestante che il vedovo/a dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale era a carico di quest'ultimo al momento del decesso.
 8. Ove la spesa sanitaria sostenuta sia riferita ad un familiare assistibile, la stessa verrà rimborsata nei limiti della percentuale di vivenza a carico del richiedente.
 9. Ove le spese mediche siano state prescritte e sostenute all'estero, la documentazione di cui ai commi 4 e 5, qualora prodotta in lingua straniera, dovrà essere integrata da traduzione asseverata in lingua italiana. La documentazione di spesa non dovrà, in tal caso, essere munita di bolli.

Articolo 5

Presentazione della domanda

1. La domanda deve essere presentata esclusivamente in modalità telematica, accedendo all'area Servizi on line del sito internet dell'Istituto www.inps.it, purché siano decorsi almeno 12 mesi dall'inoltro di altra precedente domanda di assistenza sanitaria.
2. La domanda di assistenza sanitaria potrà essere inoltrata dal titolare della prestazione, come individuato ai sensi dell'art. 1, dal coniuge, vedovo/a, figlio/a maggiorenne dell'iscritto, dal tutore e altro genitore dell'orfano dell'iscritto, nonché dal tutore e altro genitore del figlio dell'iscritto, in caso di titolare della prestazione decaduto dalla responsabilità genitoriale;
3. Ove nel medesimo nucleo familiare siano presenti più iscritti alla Gestione assistenza magistratale, gli stessi potranno presentare un'unica domanda di assistenza sanitaria, cumulando le spese sostenute.
4. La documentazione a corredo della domanda di cui all'art. 4, commi 4, 5, 6 e 7, deve essere consegnata o inviata tramite raccomandata A/R, a pena di improcedibilità della stessa, entro 30 giorni dall'invio della domanda telematica, alla sede Inps competente. Quest'ultima è individuata nella sede territoriale corrispondente alla sede di servizio, per gli iscritti alla Gestione assistenza magistratale in attività di servizio, e nella sede corrispondente al luogo di residenza, per gli iscritti cessati dal servizio. La documentazione di cui all'art. 4, commi 4, 5 e 6 sarà prodotta in busta chiusa recante l'annotazione "documentazione contenente dati sensibili di natura sanitaria".

Articolo 6

Provvedimento di concessione o di rigetto della prestazione di assistenza sanitaria

1. Il provvedimento di accoglimento è visualizzabile all'interno dell'area riservata, nella sezione dedicata alla prestazione.
2. Il rigetto della domanda di contributo sanitario è comunicato all'interessato tramite servizio Postel all'indirizzo di residenza indicato nella domanda di concessione del contributo.

Articolo 7

Istanza di riesame e controversie giurisdizionali

1. Avverso il rigetto della domanda di contributo sanitario è ammessa istanza di riesame, da inoltrare alla sede competente di cui all'art. 5, comma 4, entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della comunicazione del rigetto medesimo. Le istanze sono decise entro il termine di 30 giorni decorrente dalla data della

loro ricezione. Gli esiti sono comunicati al richiedente con le modalità di cui all'art. 6.

2. In caso di controversia giudiziaria, il foro competente è quello individuato in relazione alla sede competente di cui all'art. 5, comma 4.

Art.8 **Disciplina transitoria**

Le domande pervenute prima della data di entrata in vigore del presente Regolamento sono esaminate e definite secondo il regime previgente.

Articolo 9 **Entrata in vigore**

Il presente Regolamento entra in vigore dalla data di adozione della determinazione presidenziale di approvazione ed è pubblicato sul sito internet dell'Istituto www.inps.it entro 15 giorni dalla predetta data.