

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Deliberazione N. 74

OGGETTO: Modifiche al "Regolamento per le prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e loro familiari assistibili", adottato con determinazione presidenziale n. 71 del 23 marzo 2017

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Seduta dell'11 settembre 2024

Visto il D.P.R. 30 aprile 1970, n. 639;

Vista la Legge 9 marzo 1989, n. 88;

Visto il Decreto Legislativo del 30 giugno 1994, n. 479;

Visto il D.P.R. 24 settembre 1997, n. 366;

Visto il D.P.R. del 9 febbraio 2024 di nomina del Presidente dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

Visto il D.P.C.M. del 13 marzo 2024 di nomina del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

Visto il D.M. del 29 aprile 2024 di nomina del Direttore generale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale;

Visto il Regolamento di organizzazione dell'Istituto, adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 4 del 6 maggio 2020, e da ultimo modificato con determinazione Commissariale n.49 del 14 settembre 2023;

Visto l'Ordinamento delle funzioni centrali e territoriali dell'Inps, adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 137

del 7 settembre 2022, come modificato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 21 del 30 maggio 2024;

Preso atto che ai sensi dell'art. 7, comma 3-bis, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, 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, è stato soppresso e le relative funzioni sono state attribuite all'Inpdap;

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

Visto lo Statuto ex ENAM - approvato con decreto del Ministro della Pubblica Istruzione di concerto coi Ministri del Tesoro e del Lavoro e delle Politiche Sociali il 15 settembre 1997;

Rilevato che l'art. 6 di detto Statuto prevede, tra l'altro, l'attuazione, nei limiti delle disponibilità di bilancio, di prestazioni assistenziali in campo sanitario e che l'art. 10 prevede che l'Ente, ad integrazione dell'assistenza erogata dal sistema sanitario nazionale, disponga di interventi assistenziali a carattere ordinario e straordinario;

Visto il "*Regolamento per le prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e loro familiari assistibili*", adottato con determinazione presidenziale n. 71 del 23 marzo 2017 al fine di disciplinare l'erogazione di tale prestazione, che si sostanzia nel riconoscimento di un contributo economico a parziale rimborso delle spese sanitarie sostenute dall'iscritto o da un suo familiare assistibile nei dodici mesi precedenti l'inoltro della domanda;

Rilevata la necessità di apportare talune modifiche al vigente Regolamento, al fine di introdurre semplificazioni volte a migliorare la fruizione della prestazione da parte dell'utenza e ad innalzarne il livello di efficienza, potenziando quindi la finalità sociale della stessa;

Vista la relazione predisposta sull'argomento dalla Direzione generale;

Su proposta del Direttore generale

D E L I B E R A

di modificare, per le motivazioni indicate in premessa, il *“Regolamento per le prestazioni di assistenza sanitaria in favore degli iscritti alla Gestione assistenza magistrale e loro familiari assistibili”*, di cui alla determinazione presidenziale n. 71 del 23 marzo 2017.

Il Regolamento, così come modificato, è allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante.

Il Regolamento entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione sul sito internet dell'Istituto www.inps.it.

La presente deliberazione sarà trasmessa ai Ministeri vigilanti ai sensi dell'articolo 53, comma 2 del D.P.R. 30 aprile 1970, n. 639.

IL SEGRETARIO
Gaetano Corsini

IL PRESIDENTE
Gabriele Fava



**Regolamento per le prestazioni di
assistenza sanitaria in favore degli
iscritti alla Gestione assistenza
magistrale e loro familiari assistibili**

Art. 1 - Titolari del diritto e beneficiari della prestazione

1. Sono titolari del diritto:

a) gli iscritti d'ufficio in servizio o, se in quiescenza, già iscritti all'atto del pensionamento, 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.

Art. 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 non legalmente separato o l'unito civilmente dell'iscritto alla Gestione assistenza magistrale, 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) vedovo/a o parte superstite dell'unione civile con il titolare, che non abbia contratto nuovo matrimonio/nuova unione civile;

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.

Art. 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 magistratale e dai suoi familiari assistibili, come indicato agli artt. 1 e 2.
2. L'Istituto, 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	60%	€ 300,00
ISEE da 8.000,01 a 24.000,00	50%	€ 650,00
ISEE da 24.000,01 a 32.000,00	45%	€ 1.000,00
ISEE oltre 32.000,00	40%	€ 1.400,00

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.

Art. 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 è valutato per l'intero ammontare, mentre quello sostenuto per l'acquisto della montatura è valutato fino ad un massimo di € 100,00. Ove la documentazione di spesa non indichi separatamente il costo delle lenti e quello della montatura, è valutata per l'intero ammontare una spesa di importo fino a € 400,00; in caso di spesa superiore a € 400,00, è 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 acquistato nei limiti di validità della prescrizione medesima;

- j) spese per acquisto di presidi antidecubito, letti ortopedici, parrucche post chemioterapia, nel limite massimo di € 5.000,00 per ogni iscritto alla Gestione assistenza magistrale.
 - k) spese per trattamenti terapeutici e riabilitativi (compresi trattamenti di psicoterapia e logopedia). I trattamenti riabilitativi, qualora riferibili ad infortuni, sono 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 finalità medico-legali, né le spese sostenute per trattamenti ed interventi di carattere estetico. Non sono, altresì, rimborsabili le spese per le quali vi sia stata rifusione da parte della ASL, di altri enti pubblici o compagnie assicurative, se non per la parte non rimborsata.
 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 deve essere unita a specifica prescrizione medica rilasciata dal medico di medicina generale o dal 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) deve essere intestata alla persona in favore della quale è stata sostenuta. Prescrizioni mediche e documentazione di spesa devono essere allegare telematicamente e corredate da apposita dichiarazione di conformità delle copie agli originali ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, come precisato al successivo art. 5 comma 4.
 5. 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), deve, altresì, essere prodotta copia del verbale di accertamento della condizione di totale e permanente inabilità al lavoro.

6. Ove la spesa sanitaria sostenuta sia riferita ad un familiare assistibile, la stessa è rimborsata nei limiti della percentuale di vivenza a carico del richiedente.
7. 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, deve essere integrata da traduzione asseverata in lingua italiana. La documentazione di spesa non deve, in tal caso, essere munita di bolli.

Art. 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 può essere inoltrata dal titolare della prestazione, come individuato ai sensi dell'art. 1, dal coniuge, vedovo/a, figlio/a maggiorenne dell'iscritto, dal tutore o altro genitore dell'orfano dell'iscritto, nonché dal tutore o 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 magistrale, gli stessi devono presentare due distinte domande di assistenza sanitaria
4. La documentazione di cui all'art. 4, commi 4 e 5, previa digitalizzazione, deve essere allegata alla domanda unitamente ad una dichiarazione di conformità agli originali per ciascun documento in possesso dell'utente; deve essere altresì allegata copia del documento d'identità del dichiarante. In difetto della suddetta documentazione la domanda è rigettata.

Art. 6 - Attestazione ISEE

1. Il richiedente, entro la data di presentazione della domanda, o alla data di presentazione della stessa, deve aver presentato la Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) per la determinazione dell'ISEE ordinario o dell'ISEE minorenni con genitori non coniugati tra loro e non conviventi, qualora ne ricorrano le condizioni ai sensi delle vigenti disposizioni. L'attestazione ISEE è rilasciata dall'INPS previa presentazione della predetta Dichiarazione Sostitutiva Unica da parte del richiedente.

Art. 7 - 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 nella sezione riservata del sito web istituzionale. Di tale comunicazione è dato avviso ai recapiti indicati nella domanda di concessione del contributo.

Art. 8 - 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, come individuata sulla ricevuta/protocollo della domanda, 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.
2. In caso di controversia giudiziaria, il foro competente è quello individuato in relazione alla sede competente di cui al comma precedente.

Art. 9 - Disciplina transitoria

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

Art. 10- Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore il primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione sul sito internet dell'Istituto www.inps.it