

Come è noto, dal mese di luglio 2010, le competenze dell'ENAM sono state trasferite all'INPDAP che provvede ad istruire le pratiche relative alle richieste rimborso sanitario inferiore ad € 3.000,00.

Le richieste finora pervenute sono risultate spesso incomplete o inesatte; pertanto, nell'ambito della consueta collaborazione tra amministrazioni, inviamo le istruzioni per l'esatta compilazione delle domande, con preghiera di darne opportuna diffusione al proprio personale iscritto, onde evitarne il rigetto.

In particolare chiediamo di fare attenzione ai seguenti punti:

1. deve essere passato almeno un anno dall'ultima richiesta;
2. la domanda deve essere compilata in tutte le sue parti;
3. la documentazione che viene allegata deve essere leggibile e deve portare la dicitura: "per copia conforme all'originale in mio possesso, data, firma";
4. non sono accettati documenti di spesa di importo inferiore ad € 20,00;
5. sulle fatture di importo superiore ad € 78,00 deve essere applicata la marca sanitaria da € 1,81;
6. deve essere allegato un documento di riconoscimento leggibile e valido, nonché il cedolino dello stipendio o della pensione.

**Per maggior chiarezza alleghiamo la normativa di riferimento nonché le risposte ai quesiti degli ex comitati provinciali.**

Certi di poter contare sulla Vostra collaborazione, porgiamo distinti saluti.

\*\*\*\*\*

**TITOLO III DEL TESTO COORDINATO DEI REGOLAMENTI  
DI ATTUAZIONE DELLO STATUTO**  
(art. 9 dello Statuto)

**Art. 4  
(Beneficiari)**

*Hanno diritto alle prestazioni sanitarie dell'ENAM le categorie di personale di cui all'art. 4 dello Statuto, richiamate al Titolo I, artt. 1 e 2, del presente regolamento.*

**Art. 5  
(Entità dell'intervento assistenziale)**

*L'Ente interviene sulle spese sanitarie sostenute dai beneficiari, di cui al precedente art. 4, con percentuali di contribuzione alla spesa sostenuta diverse a seconda dello stato di bisogno dell'iscritto, determinato sulla base della tabella di valutazione di cui al precedente art. 3.*

**Art. 6  
(Franchigia e soglia di accesso)**

*Le percentuali di intervento dell'Ente sono applicate sulla totalità delle spese sanitarie sostenute nei dodici mesi precedenti la presentazione dell'ultima domanda di assistenza. Le percentuali di intervento, le soglie minime di accesso e i "limiti di intervento" sono indicati nella Tabella A 3, allegata al presente Regolamento.*

**Art. 7  
(Determinazione della spesa)**

*Ai fini della determinazione della spesa sanitaria ammessa, vanno presi in considerazione quei documenti (di spesa) relativi a:*

- Cure e protesi odontoiatriche e/o ortodontiche
- Protesi ortopediche
- Protesi acustiche

- Protesi oculari
- Altre protesi sanitarie e/o ortesi
- Occhiali da vista e lenti a contatto
- Visite mediche e specialistiche
- Accertamenti diagnostici e di laboratorio
- Farmaci, anche omeopatici
- Trattamenti terapeutici e riabilitativi
- Cure termali
- Interventi chirurgici con esclusione delle spese di degenza
- Fecondazione assistita

Ai suddetti documenti di spesa va allegata la prescrizione medica nei casi precisati sul modello di richiesta di assistenza sanitaria e secondo le indicazioni riportate nelle Direttive.

#### **Art. 8 (Interventi a carattere ordinario)**

Sono considerati a carattere ordinario ed effettuati dai Comitati provinciali:

- tutti gli interventi della spesa sanitaria, come determinata ai sensi del precedente art.7, che non superi il tetto di Euro 3.000;
- gli interventi chirurgici, ivi compresi quelli di cui all'allegata tabella, fino sempre al tetto di spesa di € 3.000.

#### **Art. 9 (Interventi a carattere straordinario)**

Sono considerati a carattere straordinario e di competenza della Sede centrale:

- gli interventi indicati al precedente art. 8 la cui spesa superi il tetto di € 3.000;
- gli interventi chirurgici, compresi quelli elencati nella tabella allegata al presente Regolamento, la cui spesa superi sempre il tetto di € 3.000;

• gli interventi per malattie gravi, di cui alla suddetta tabella, anche se la spesa sostenuta è di importo inferiore ad € 3.000.

Relativamente ai grandi interventi chirurgici e alle malattie gravi, il Consiglio di Amministrazione può prescindere dalla tabella di valutazione dello stato di bisogno di cui al precedente art. 3, decidendo di volta in volta l'entità del contributo che, comunque non può superare il 60% della spesa sostenuta.

Gli interventi chirurgici, ivi compresi quelli di cui alla tabella allegata, la cui spesa non superi il tetto di € 3.000, sono di competenza dei Comitati provinciali, pur avendo carattere straordinario.

Per i casi urgenti di ricovero riguardanti le patologie di cui all'allegata tabella, di competenza della Sede centrale ed in presenza di richiesta di cauzione elevata da parte della struttura di ricovero, i Comitati provinciali possono provvedere ad anticipare all'iscritto una somma pari al 50% della cauzione richiesta fino ad un massimo di € 2.600.

Tale somma sarà rimborsata ai Comitati provinciali in sede di liquidazione della pratica da parte della Sede centrale.

#### **Art. 10 (Limiti di intervento)**

Per le cure e le protesi odontoiatriche e ortodontiche, nonché per le protesi ortopediche, oculari, acustiche e altre protesi sanitarie e/o ortesi, il limite massimo riconosciuto delle spesa è fissato in Euro 5.000 per ciascuna di esse.

Per gli occhiali, il costo delle lenti sarà riconosciuto per intero, mentre quello della montatura fino ad € 100. Qualora la ricevuta fiscale non indichi separatamente il costo delle lenti e quello della montatura, sarà riconosciuta per intero una spesa complessiva fino ad € 300; se di importo superiore il riconoscimento sarà pari al 75%, e comunque non inferiore ad € 300. Analogamente si opera per le lenti a contatto.

Per i casi non previsti dal presente Regolamento, la competenza appartiene al Consiglio di Amministrazione che deciderà tenendo conto dei pareri eventualmente espressi dai Comitati provinciali.

#### **Art. 11 (Assegni integrativi per malattia)**

Agli iscritti in servizio che incorrono nella riduzione o sospensione della retribuzione per assenza per malattia superiore a 12 mesi, come previsto dal CCNL del comparto scuola, è concesso un assegno integrativo nelle seguenti misure:

- in caso di riduzione della retribuzione al 50%, in misura pari al 40% della retribuzione lorda per gli iscritti collocati nella 1ª e nella 2ª fascia dell'allegata tabella A; 30% per gli iscritti collocati nella 3ª e 4ª fascia della medesima tabella;
- per gli iscritti, che nella fase ulteriore della malattia incorrono nella sospensione della retribuzione, l'assegno integrativo è pari all'80% della retribuzione lorda, se collocati nella 1ª e 2ª fascia, ed al 60%, se collocati nella 3ª e 4ª fascia, di cui alla citata tabella.

Gli assegni integrativi previsti dal presente articolo sono concessi, a domanda, dal Consiglio di amministrazione, che ne fissa anche la periodicità.

### ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

#### GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

##### CRANIO

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

##### FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- Interventi demolitori per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare;
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne;

- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale;
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

#### COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne;
- Timectomia per via cervicale;
- Resezione dell'esofago cervicale.

#### TORACE

- Resezioni polmonari segmentarie e lobectomia;
- Pneumectomia;
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee;
- Pleuropneumectomia;
- Timectomia per via toracica;
- Toracoplastica totale.

#### CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale;
- Pericardiectomia totale;
- Sutura del cuore per ferite;
- Interventi per corpi estranei nel cuore;
- Interventi per malformazioni congenite del cuore e dei grossi vasi endotoracici;
- Legatura e resezione del dotto di Botallo;
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare;
- Commisurotomia per stenosi mitralica;
- Atriosettostomia per esportazione dei grossi vasi;
- Derivazioni aorto-polmonari;
- Correzione di coartazione aortica;
- Interventi per fistole artero-venose del polmone;
- Interventi a cuore aperto;
- Bypass aorto-coronarico;
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

#### ESOFAGO

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria;
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago;
- Operazioni sull'esofago per tumori: resezioni totali e resezioni parziali basse ed alte;
- Esofagoplastica;
- Reintervento per megaesofago.

#### STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica;
- Gastrectomia totale;
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica;
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

#### INTESTINO

- Colectomia totale;
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

#### RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino-perineale in uno o piu' tempi;
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- Resezione anteriore retto-colica.

#### FEGATO

- Resezione epatica;
- Epatico o coledocotomia;
- Papillotomia per via trans-duodenale;
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

#### PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas;
- Interventi per cisti e pseudo cisti pancreatiche (enucleazione della ciste e marsupializzazione);
- Interventi per fistole pancreatiche;
- Interventi demolitivi sul pancreas (totale, della testa o della coda);
- Anastomosi porto-cava e spleno-renale, mesenterico-cava;
- Splenectomia.

#### CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazioni di neoplasie endocraniche o di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico;
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta;
- Operazioni per encefalo-meningocele;
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari;
- Interventi per epilessia focale;

- *Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordoctomie radiocotomie ed altre affezioni meningomidollari;v - Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi;*
- *Emisferectomia;*
- *Lobotomia ed interventi di psichirurgia.*

#### **SIMPATICO E VAGO**

- *Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici;*
- *Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.*

#### **CHIRURGIA VASALE**

- *Interventi per aneurismi su vasi arteriosi: arteria carotide, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, aorta ed iliaca.*

#### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- *Cranio bifido con meningocele e meningoencefalocele;*
- *Idrocefalo ipersecretivo;*
- *Polmone cistico e policistico (lobectomia e pneumonectomia pediatrica);*
- *Cisti e tumori tipici del bambino (simpatoblástoma);*
- *Atresia congenita dell'esofago;*
- *Fistola congenita dell'esofago;*
- *Torace ad imbuto e torace carenato; - Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva;*
- *Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-peritale;*
- *Megauretere: resezione con reimpianto e resezione con sostituzione di ansa intestinale;*
- *Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Jwenson;*
- *Erniadiaframmatica;*
- *Stenosi congenita del piloro;*
- *Nefrectomia per tumore di Wilms;*
- *Spina bifida meningocele, o mielomeningocele, mielocistocele.*

#### **ARTICOLAZIONI**

- *Disarticolazione interscapolo-toracica;*
- *Emipelvectomia.*

#### **UROLOGIA**

- *Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia;*
- *Nefrectomia allargata per tumori;*
- *Nefro-ureterectomia totale;*
- *Interventi per fistola vescico-rettale;*
- *Estrofia della vescica e derivazione;*
- *Uretero-ileoanastomosi (o colon);*
- *Surremelectomia.*

#### **APPARATO GENITALE MASCHILE**

- *Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.*

#### **GINECOLOGIA**

- *Pannisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni.*

#### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- *Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;*
- *Faringolaringectomia;*
- *Laringectomia totale;*
- *Orecchio antro-atticotomia.*

#### **TRAPIANTI D'ORGANO**

- *Tutti*

#### **MALATTIE GRAVI**

- *Si considerano "Malattie Gravi" le malattie neoplastiche e del sangue, nonché quelle che richiedono ricovero in reparti ospedalieri di Terapia Intensiva e Rianimazione.*

\*\*\*\*\*

### **RISPOSTE AI QUESITI**

La Commissione sanitaria ha esaminato e condiviso le seguenti risposte fornite dall'Amministrazione:

#### **SPESE PER OCCHIALI DA VISTA O LENTI A CONTATTO**

1. visto il punto 4) delle norme generali dell'assistenza sanitaria, riportate sulla quarta pagina del modello di domanda, la spesa per gli occhiali è rimborsabile se la prescrizione è stata rilasciata dal medico, mentre non è rimborsabile se la prescrizione è stata rilasciata da un ottico;
2. non esiste alcun limite di spesa per l'acquisto delle lenti a contatto per le quali, analogamente agli occhiali, è necessaria la prescrizione rilasciata dal medico;
3. la spesa per gli occhiali non è rimborsabile se la prescrizione è anteriore di oltre un anno alla data della fattura;
4. Le nuove norme, entrate in vigore il 1° luglio 2007, non prevedono l'ammissibilità delle spese sostenute per l'acquisto del liquido delle lenti a contatto, pertanto, non possono essere ammesse ai fini del calcolo del contributo sanitario;

#### **SPESE PER PROTESI E ORTESI**

5. Le norme ENAM riconoscono solo le spese per protesi ed ortesi e non quelle per attrezzature sanitarie (apparecchi per aerosol o per la misurazione della pressione sanguigna, ecc.) e ausili tecnici (stampelle, carrozzine, ecc.) dato che in molti casi, soprattutto gli ausili tecnici, a richiesta, vengono forniti gratuitamente dalle ASL.

#### **SPESE PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO E PER TRATTAMENTI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI**

6. Non possono essere riconosciute ricevute di spesa per accertamenti diagnostici e di laboratorio se non accompagnati da prescrizione medica. L'unica eccezione è il caso di tickets corrisposti ad Aziende Sanitarie Pubbliche o Istituti convenzionati, in quanto il pagamento del ticket stesso presuppone la sussistenza della prescrizione medica. E', tuttavia, sufficiente anche una dichiarazione del medico di famiglia attestante che gli esami di cui alla fattura n. ... del ... intestata a ... sono stati da lui prescritti;
7. ai fini del rimborso dei trattamenti terapeutici e riabilitativi, è sempre necessaria la prescrizione medica, da cui risulti che non si tratta di trattamenti estetici, anche se la fattura è rilasciata da un centro specialistico;
8. non sono ascrivibili tra le visite specialistiche o tra le altre tipologie di spesa rimborsabili né il certificato rilasciato da una ASL o da un medico legale recante la dicitura "relazione medico-legale", né il certificato medico rilasciato per lo svolgimento di un'attività sportiva, né quello per uso patente, né quello a fini puramente estetici. Nei casi dubbi occorre richiedere la documentazione attestante la finalità curativa.

#### **PRESTAZIONI NON AMMISSIBILI**

9. Non possono essere rimborsate le fatture di importo inferiore a € 20 anche se ognuna di esse è riferita alla medesima patologia, in quanto i limiti di intervento, riportati in calce alla quarta pagina del modulo dell'assistenza sanitaria, non prevedono eccezioni.

#### **SPESE PER FARMACI**

10. Per i farmaci il limite di € 20 deve essere riferito non al singolo farmaco, ma alla ricetta sanitaria, pertanto ad una prescrizione medica ripetibile possono essere allegati anche più scontrini che unitamente superino l'importo di € 20. Con l'occasione si ricorda che, a norma dell'art. 88 del Dlgs 24/4/2006 n. 219, la ripetibilità della vendita dei medicinali è consentita per un periodo non superiore a sei mesi a partire dalla data della compilazione della ricetta e, comunque, per non più di dieci volte. Quindi, in sede di lavorazione delle pratiche sanitarie, in presenza di ricette ripetibili, bisogna accertare che la data riportata sugli scontrini fiscali non sia posteriore di oltre sei mesi a quella della ricetta e che il farmaco prescritto non sia stato acquistato per più di dieci volte;
11. se la spesa per farmaci regolarmente prescritti dal medico è documentata dallo "scontrino parlante", obbligatorio dal 1° gennaio 2008, riportante tutti i dati previsti dalla legge, non è necessario il timbro della farmacia sulla ricetta. Se, invece, è documentata da uno scontrino riportante unicamente la dicitura "farmaco" o "medicinale", ovviamente per la spesa sostenuta nell'anno 2007, è ammissibile soltanto se sulla ricetta è apposto il timbro della farmacia. Con tale timbro viene attestata la corrispondenza tra il farmaco acquistato e il farmaco prescritto.

#### **LIMITI DI ASSISTIBILITA'**

12. Dalla data di decorrenza giuridica del passaggio in altri ruoli, l'insegnante non può più fruire dell'assistenza ENAM, in quanto non è più iscritto all'Ente e quindi, a norma dell'art. 4 dello Statuto e dell'art. 2 del Regolamento attuativo, riguardanti i criteri di erogazione delle prestazioni assistenziali e previdenziali, non è più assistibile;
13. per l'attribuzione del "-1" all'iscritto "single" con figli a carico riconosciuti dall'altro genitore, la norma pone solo una condizione: la presenza nello stesso nucleo familiare di figli a carico e solo uno dei genitori. Se non ci fosse il riconoscimento, da parte dell'altro genitore, i figli dei "single" sarebbero equiparati agli orfani e quindi godrebbero anche dei benefici a questi ultimi riservati;
14. la situazione dei figli nati da un matrimonio successivamente annullato dalla Sacra Rota è assimilabile a quella dei figli dei divorziati i quali, in base al bando degli assegni di frequenza, sono equiparati agli orfani ogni qual volta l'atto di omologazione dello stato di divorzio non fissi alcun onere a carico dell'altro genitore. Nei casi di affidamento congiunto o alternato l'equiparazione agli orfani non sussiste.
15. un documento di spesa intestato al genitore non iscritti ENAM, con annotato a margine: "per il figlio ..." è valido a condizione che
  - o sia riportato il nome e il cognome del figlio;
  - o tale figlio sia a carico anche del genitore iscritto all'ENAM;
  - o l'annotazione eventualmente apposta successivamente, sia convalidata con il timbro e la firma di chi ha rilasciato il documento;

16. i componenti non a carico del nucleo familiare dell'iscritto deceduto, con esclusione di quelli iscritti all'ENAM, non possono presentare domanda di assistenza sanitaria per le spese sostenute dall'iscritto medesimo prima di morire, perché, a norma dell'art. 4 dello Statuto, non rientrano tra i beneficiari delle prestazioni che l'Ente eroga;
17. sebbene l'art. 2 del regolamento preveda come requisiti di assistibilità la convivenza e il carico, poiché le norme dell'assistenza scolastica prevedono espressamente che si prescindano dalla convivenza per ragioni di studio e per altri gravi e documentati motivi, è opportuno, per ragioni di coerenza e di imparzialità, uniformare la normativa dell'assistenza sanitaria a quella della scolastica;
18. l'entità del reddito del nucleo familiare si desume dall'ultima dichiarazione dei redditi, mentre gli altri parametri che concorrono alla determinazione della fascia di appartenenza devono essere riferiti alla situazione esistente nel momento in cui è presentata la domanda;
19. un figlio orfano con proprio reddito annuale superiore a €. 2.840,51, previa detrazione della pensione di reversibilità, non ha diritto né agli assegni di frequenza né ai rimborsi sanitari.

#### **CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE AUTODICHIARAZIONI**

20. Nei casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità dell'autodichiarazione, o nell'ambito dei controlli a campione previsti dal DPR n. 445/2000, i pertinenti accertamenti vanno espletati secondo le modalità previste dallo stesso DPR 445/2000 art. 71:  
Modalità dei controlli:
  - le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47;
  - i controlli riguardanti dichiarazioni sostitutive di certificazione sono effettuati dall'Amministratore procedente con le modalità di cui all'art. 43, consultando direttamente gli archivi dell'Amministrazione certificante ovvero richiedendo alla medesima, anche attraverso strumenti informatici o telematici, conferma scritta della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei registri da questa custoditi;
  - qualora le dichiarazioni di cui agli artt. 46 e 47 presentino delle irregolarità o delle omissioni rilevabili d'ufficio, non costituenti falsità, il funzionario competente è tenuto a ricevere la documentazione e dà notizia all'interessato di tale irregolarità. Questi è tenuto alla regolarizzazione o al completamento della dichiarazione; in mancanza il procedimento non ha seguito.