

REPUBBLICA DI SAN MARINO

ISS

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

***Guida per il
Cittadino:
Rimborsi e
prestazioni ISS***

Il Nuovo Modello di Assistenza Integrata

Il Regolamento n.6 aggiorna e consolida le direttive dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) attraverso **quattro pilastri** fondamentali, attivi dal 1° maggio 2026.

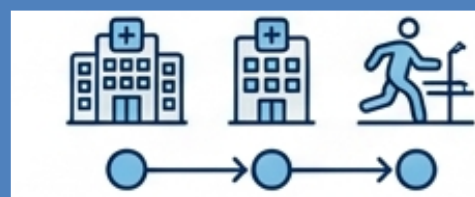


Assistenza sanitaria e socio-sanitaria diretta presso strutture esterne all'ISS, pubbliche o private convenzionate con l'ISS o rientranti negli accordi di collaborazione con l'Italia (nazionali o regionali)



Protesi e Ausili

Fornitura diretta o rimborso di materiale sanitario, presidi ortopedici e sussidi terapeutici



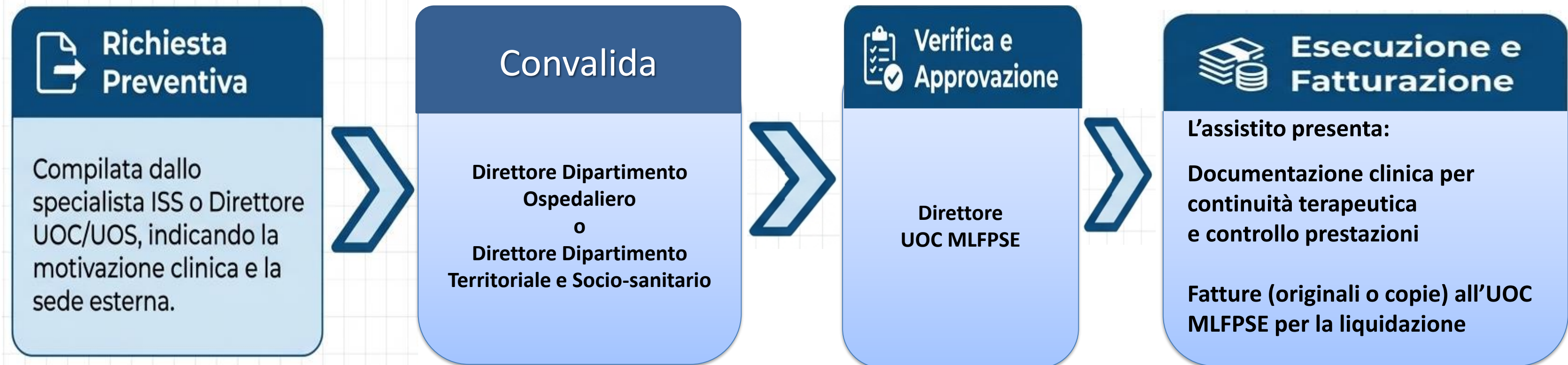
Assistenza sanitaria e socio-sanitaria indiretta tramite rimborso spese sostenute presso strutture esterne all'ISS, pubbliche o private NON convenzionate con l'ISS



Misure fiscali: detrazioni e deduzioni IGR

Il Motore delle Autorizzazioni

Di seguito è descritto il «Procedimento Ordinario» per assistenza diretta e indiretta (tramite rimborsi)



SOLO in caso di urgenza motivata, può essere attivato il «Procedimento d'Urgenza» ove il Direttore MLFPSE autorizza direttamente la prestazione di assistenza diretta o indiretta





**L'ASSISTITO GIA' AUTORIZZATO CHE DECIDA
DI RIVOLGERSI AD ALTRA STRUTTURA RISPETTO A QUELLA
INDIVIDUATA DALL'ISS,
OPPURE,
CHE DECIDA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE IN REGIME DI LIBERA
PROFESSIONE/SOLVENZA PRESSO MEDICI DELLA STRUTTURA
AUTORIZZATA
PUO' RICHIEDERE IL RIMBORSO DEL SOLO DRG/NOMENCLATORE**

Soglie di Tempestività e “Regola del Doppio Tempo”



Urgente

Limite di legge:
Esecuzione entro 72 ore.



Breve

Limite di legge:
Prima visita entro 10 giorni.



Differita

Limite di legge: 30 giorni
per visite specialistiche /
60 giorni per diagnostica.



Programmabile

Limite di legge: Tempistica
idonea per la specifica
patologia.

La Regola del Doppio Tempo

L'UOC MLFPSE autorizza il rimborso in strutture esterne non convenzionate se i **tempi di attesa dell'ISS** (o dei suoi partner) **superano di oltre il doppio i limiti temporali** stabiliti per le priorità **Brevi e Differite**.

ISTANZE E RICORSI



GLI ASSISTITI ISS POSSONO PRESENTARE ISTANZE, DOMANDE E MEMORIE RELATIVE ALL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA "DIRETTA" ED "INDIRETTA" ED ALLA FORNITURA O RIMBORSO DI MATERIALE SANITARIO, PRESIDIO E SUSSIDI ALLA UOC MLFPSE NEI SEGUENTI CASI:

- in caso di «Procedimento d'Urgenza»;
- nel caso in cui, a seguito dell'esito negativo del procedimento «ordinario», ritengano di attivare un procedimento di riesame avanti all'UOC MLFPSE.

E' possibile, infine, presentare RICORSO GERARCHICO PER SOLI MOTIVI DI LEGITTIMITA' al Comitato Esecutivo dell'ISS SOLTANTO A SEGUITO DI RIGETTO O PARZIALE ACCOGLIMENTO DI RICORSO IN OPPOSIZIONE avanzato avanti all'UOC MLFPSE avverso alla decisione assunta in prima istanza dalla UOC medesima nei casi di cui sopra.

NON E', PERTANTO, AMMESSA, A PENA DI IRRICEVIBILITA', LA PRESENTAZIONE IN PRIMA ISTANZA AL COMITATO ESECUTIVO DELL'ISS DI DOMANDE, MEMORIE E RICORSI RELATIVI ALL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA "DIRETTA" ED "INDIRETTA" ED ALLA FORNITURA O RIMBORSO DI MATERIALE SANITARIO, PRESIDIO E SUSSIDI.

ISTANZE E RICORSI



La presentazione delle istanze è soggetta al pagamento del diritto di pratica di cui all'Allegato A dell'Ordinanza del Congresso di Stato n. 3 dell'anno 2024, pari ad Euro 15,00.

La presentazione dei ricorsi (in opposizione e gerarchico) è soggetta al pagamento del diritto di pratica di cui all'Allegato A dell'Ordinanza del Congresso di Stato n. 3 dell'anno 2024, pari ad Euro 30,00.

Il pagamento del diritto di pratica è assolto con le seguenti modalità:

- pagamento in contante o a mezzo pos, anche tramite Smac Card, con rilascio di quietanza presso la portineria dell'Istituto per la Sicurezza Sociale;**
- mediante bonifico bancario alle seguenti coordinate bancarie: Banca Centrale della Repubblica di San Marino – Sede Centrale - IBAN SM86V0322509800000010005965 intestato all'Istituto per la Sicurezza Sociale, causale: “Area 254 - causale 999 – diritti di pratica – cod. ISS dell'istante”.**

La quietanza di pagamento o la contabile del bonifico bancario devono essere allegati ai Ricorsi.

Sostegno alla Natalità:

Rimborso per Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Phase 1 (Cicli 1-3)

- Contributo forfettario fino a €3.000 per ciclo (Tetto massimo €9.000 totali).
- Include esami diagnostici preparatori.
- Fornitura gratuita dei farmaci dal Prontuario ISS.

Phase 2 (Ciclo 4+)

- Rimborso limitato esclusivamente ai farmaci, con un tetto massimo di €500 complessivi.



Requisiti

- Coppie maggiorenni (coniugate, unite civilmente o conviventi), età fertile, residenti a San Marino.




Diagnostica Prenatale

Esami gratuiti (es. Test DNA fetale, cariotipo) riservati a gravidanze a rischio certificato (anomalie ecografiche, patologie cromosomiche pregresse).

Qualora la spesa complessiva sostenuta per i primi 3 cicli non superi il tetto massimo di 9000 €, il rimborso forfettario potrà essere riconosciuto anche per ulteriori cicli fino al tetto massimo

Il numero massimo di cicli rimborsabili sarà comunque determinato tenendo conto del numero complessivo di cicli effettuato dal periodo decorrente dalla Delibera Comitato Esecutivo n.18, del 26 /01/2022

Rimborsi per Terapie e Chirurgie Specialistiche

 Terapia/Intervento	 Limite di Rimborso	 Criteri di Eleggibilità
Magnetoterapia Domiciliare	Rimborso Integrale ✓	Max 6 cicli e per ritardo consolidazione ossea; Max 3 cicli per osteointegrazione protesica.
Chirurgia Maxillo-Facciale	Quota forfettaria di €2.000 (sostituisce il sistema DRG)	Correzione di malocclusioni dentarie di 2° e 3° classe.
Chirurgia Refrattiva (Oculistica)	Esenzione totale (incluse visite pre/post operatorie) ✓	Differenza tra i due occhi > 4 diottrie, o lesioni corneali gravi. (Nota: Impianto lenti IOL coperto per anisometria elevata non trattabile altrimenti).

Mappatura dei Presidi Ortopedici Rimborsabili

Riservato esclusivamente a pazienti in fase post-acuta (escluse patologie croniche).
Prescrizione obbligatoria.

Collare morbido o rigido
(in caso di trauma).



Busto ortopedico (per
frattura o crollo vertebrale).



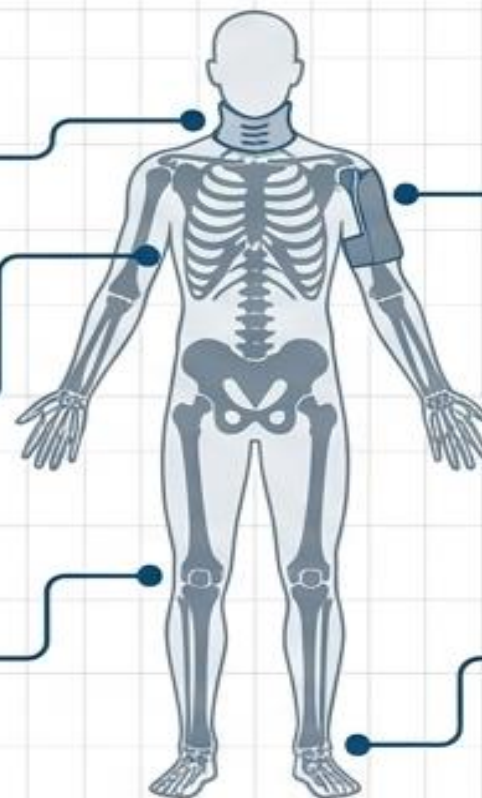
**Ginocchiera bloccata o
articolata** (post-intervento).



Tutori di spalla (post-intervento)
e **splint** (per lesioni nervose
periferiche).



Tutore bivalva
(distorsioni/piccole fratture).



Minorenni: Plantari per piede piatto valgo pronato (3-8 anni) o 4° grado chirurgico (fino a 14 anni). Calzature su misura per piede neurologico.

I presidi devono essere prescritti dallo specialista (ortopedico, fisiatra, neurologo, medico di medicina del dolore)

Il rimborso è pari al Nomenclatore Tariffario in vigore, ad eccezione dei busti per cui è forfettario.

Esenzioni per Cure Croniche e Materiali Sanitari

Condizione Paziente

Pazienti Tetraplegici o Paraplegici

Incontinenza urinaria post-chirurgia ISS

Pazienti con Stomie (tracheostomie, urostomie, ecc.)

Malattie Rare

Lesioni midollari con disfunzione erettile

Sindrome di Sjogren accertata

Fornitura Gratuita Associata

Prodotti lassativi e farmaci da banco per funzioni fisiologiche.

GRATUITO

Fornitura gratuita di pannoloni.

GRATUITO

Materiale sanitario dedicato.

GRATUITO

Farmaci, alimenti e integratori secondo i piani terapeutici italiani di riferimento.

GRATUITO

Farmaci specifici (esenzione non valida per altre cause di disfunzione).

GRATUITO

Lacrime artificiali.

GRATUITO

Diabetici

Insufficienti Respiratori

Celiaci (Norme speciali, L. n.112/2016 e Regolamento n.14/2017)

Affetti da Insufficienza Renale Cronica

Paraplegici

Anziani incontinenti non autosufficienti, minori o adulti
incontinenti, titolari di pensione di invalidità (non inferiore al 90%)

Affetti da ulcere non cicatrizzabili

Affetti da grave insufficienza epatica

Ustionati Gravi

Pazienti che necessitano di nutrizione-idratazione artificiale

L'UOC MLFPSE autorizzano al
prelievo da effettuarsi presso il Centro Farmaceutico

Fornitura di protesi



L'Istituto per la Sicurezza Sociale fornisce direttamente o rimborsa la spesa per la fornitura di protesi sanitarie previa prescrizione da parte dei medici specialisti competenti, nell'ambito delle rispettive specialità, o del Direttore di UOC o Responsabile di UOS o UOSD, attestante la rispondenza alle esigenze funzionali

La spesa per la fornitura di protesi sanitarie, oltre che nei casi di protesi «da lavoro» (art.11 L.n.42/1955), è rimborsata:

- a) a seguito di inabilità conseguita per la perdita di funzionalità di arti ed apparati con funzione motoria dovuta ad infortunio o malattia sia congenita che acquisita**
- b) a seguito di lesioni, difetti o menomazioni congenite o acquisite degli organi facenti parte del sistema visivo, masticatorio ed uditivo, della fonazione e della comunicazione (ai soli soggetti titolari di pensione sociale)**
- c) a seguito di paralisi cerebrale infantile, mielomeningocele, distrofia muscolare progressiva, paraplegia da lesioni midollari di varia natura**

Cure odontoiatriche

Sono gratuite "per un massimo di 5 denti per anno per ciascun paziente" per assistiti minori di anni 16, pensionati, ospiti delle strutture socio-sanitarie protette (Casa di Riposo),

per queste patologie:

- estrazione di dente deciduo
- estrazione di dente permanente
- estrazione di radice residua
- altra estrazione chirurgica di dente
- ricostruzione mediante otturazione di 2 superfici
- ricostruzione mediante otturazione di 3 o più superfici
- terapia canalare in dente monoradicolato
- terapia canalare in dente pluriradicolato
- gengivectomia
- sutura dopo estrazione di denti
- rimozione sutura



Con il piano terapeutico, rilasciato dall'odontoiatra in uno degli studi odontoiatrici convenzionati con l'ISS, occorre recarsi dal proprio medico curante (pediatra o medico di medicina generale)

Successivamente d'ufficio l'autorizzazione verrà inviata per posta all'indirizzo dell'interessato dall'Ufficio Prestazioni Sanitarie Esterne
Con l'autorizzazione alla prestazione sarà possibile presentarsi allo studio odontoiatrico scelto fra quelli convenzionati

Procedure per rimborsi e prelievi

I rimborsi sono autorizzati e disposti dal Direttore dell'UOC MLFPSE o da suo delegato, previa presentazione all'UOC MLFPSE delle fatture, in originale od in copia, e previa verifica, laddove prevista, dell'avvenuta preventiva prescrizione da parte del medico specialista competente o del Direttore di UOC o Responsabile di UOS o UOSD

In caso di presentazione in copia, l'UOC MLFPSE può richiedere l'esibizione degli originali o di ulteriore documentazione idonea a comprovare la spesa sostenuta



I prelievi in esenzione dei prodotti e materiali sanitari sono autorizzati dai competenti medici specialisti, dai Direttori di UOC o dai Responsabili di UOS e UOSD e convalidati dal Direttore dell'UOC MLFPSE

Sintesi

PROCEDURE E REGOLE D'ACCESSO



Autorizzazione Preventiva Obbligatoria

La richiesta deve essere avanzata dai medici specialisti prima di effettuare la prestazione.



Responsabilità e Diniego

Senza autorizzazione preventiva, l'ISS ha il divieto assoluto di erogare rimborsi.

Attiva Windows

Descrizione impostazioni per attività M

PROCEDURA DI AUTORIZZAZIONE E LIQUIDAZIONE



Autorizzazione Preventiva Obbligatoria

La richiesta deve essere **approvata** prima di effettuare la prestazione, pena il mancato rimborso.



Richiesta del Medico Specialista

La domanda deve essere avanzata dai medici specialisti ISS o dai Direttori di Unità.



Presentazione Documentazione

Consegna delle fatture (originali o copie) all'UOC MLFPSE per la liquidazione del rimborso.

Deducibilità e detraibilità

(L.166/20213 e s.m.i. - LE INDICAZIONI RIPORTATE DECORRONO DAL PERIODO DI IMPOSTA 2026)

NB: Le spese, ai fini della loro detraibilità o deducibilità, devono essere documentate da fattura o documento equivalente e devono essere sostenute con strumenti elettronici, bonifici, assegni o tracciate con Smac Card

Spese detraibili:

- A) 18 % delle spese per protesi dentarie
- B) 18 % delle spese per protesi sanitarie
- C) 18% delle spese per cure ortodontiche e odontoiatriche

LA DETRAIBILITA' COMPLESSIVA PER LE SPESE DI CUI ALLE LETT. A), B) e C) NON PUO' COMUNQUE SUPERARE € 1.600,00 per il titolare del reddito e per ogni membro del nucleo familiare a carico

Spese deducibili:

- 50% delle spese per assistenza psicoterapica nella misura massima di € 1.500,00
- spese sostenute per consulenze diagnostiche, terapie o prodotti non mutuati, rientranti fra le tipologie definite da circolare dell'UO Ufficio Tributario, per un importo massimo di € 2.500,00
- spese per i prodotti per la prima infanzia, limitatamente al latte artificiale ed ai pannolini, per ogni figlio a carico, sostenute nei primi tre anni di vita, fino all'importo massimo di € 300,00



Responsabilità



La fruizione da parte degli assistiti di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed il sostenimento delle relative spese in assenza delle preventive autorizzazioni e l'acquisto di protesi, presidi, materiali e sussidi terapeutici in assenza delle preventive autorizzazioni **comporta il divieto per l'ISS di autorizzare rimborsi di spese.**

Ciò a pena di responsabilità disciplinare, amministrativa ed erariale in capo ai Direttori, Responsabili, funzionari ed operatori che violino detto divieto

