

Disposizioni attuative in materia di rimborsi e di erogazioni di prestazioni che esulano dalla normale attività dei servizi dell'Istituto per la Sicurezza Sociale

**CAPO I
NORME GENERALI**

Art. 1

(Oggetto e finalità)

1. Il presente regolamento attua le disposizioni di cui all'articolo 11 della Legge 22 dicembre 1955 n.42 così come modificato dalla Legge 26 giugno 1991 n.81, e di cui al Titolo II ed agli articoli 8 e 9 del Decreto 26 marzo 1996 n.37 con riferimento alla disciplina delle modalità, termini e condizioni relativi a:
 - a) rimborso di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che esulano dalla normale attività dei servizi dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (di seguito brevemente ISS), dai rapporti convenzionali dell'ISS con le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche o private e dalla Convenzione Italo-Sammarinese in materia di Sicurezza Sociale del 10 luglio 1974, ratificata con Decreto Consiliare del 25 luglio 1975 n.20 e relativo Accordo Amministrativo Applicativo;
 - b) fornitura e rimborso di protesi sanitarie, materiale sanitario e sussidi terapeutici.
2. Il presente regolamento persegue la finalità di aggiornare, armonizzare e consolidare all'interno di un unico atto normativo le disposizioni e le direttive assunte nel tempo dal Comitato Esecutivo (di seguito brevemente CE) dell'ISS negli ambiti di cui al comma 1.
3. Il presente regolamento, infine, è volto a rafforzare, tramite l'implementazione del procedimento di autorizzazione e di liquidazione di cui agli articoli 4 e 5 del Decreto n.37/1996 e successive modifiche, un sistema integrato fra l'ISS e le strutture sanitarie e socio-sanitarie presso le quali l'assistito è ricoverato o riceva prestazioni ambulatoriali, di diagnosi, cura o riabilitazione, volto ad assicurare percorsi di continuità terapeutica.
4. Il presente regolamento ha efficacia dal 1° maggio 2026.

CAPO II

RIMBORSO DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Art. 2

(Prestazioni a sostegno della natalità)

1. L'ISS riconosce, quale contributo pubblico a parziale copertura dei costi sostenuti per terapie di Procreazione Medicalmente Assistita (in seguito brevemente PMA), un rimborso forfettario omnicomprensivo sino ad un importo

massimo pari ad euro 3.000,00 (tremila/00) per assistito e per ciascun ciclo terapeutico, per un numero massimo di tre cicli.

2. Qualora la spesa complessivamente sostenuta per i primi tre cicli terapeutici risulti inferiore all'importo massimo complessivo di euro 9.000,00 (novemila/00), il rimborso forfettario è autorizzato anche per cicli ulteriori, fino al raggiungimento del suddetto limite.

3. I rimborsi di cui ai commi 1 e 2 comprendono, altresì, nei limiti previsti, le spese sostenute dall'assistito per gli esami diagnostici preparatori alla PMA prescritti dal medico specialista ginecologo.

4. I cicli terapeutici rimborsabili devono essere effettuati presso strutture autorizzate della Repubblica Italiana ovvero presso strutture internazionali riconosciute.

5. Il rimborso è riconosciuto alle coppie maggiorenni eterosessuali, coniugate, unite civilmente o conviventi, in età potenzialmente fertile e residenti nel territorio della Repubblica di San Marino.

6. L'ISS autorizza, altresì, la fornitura in regime di esenzione dei farmaci necessari ai primi tre cicli terapeutici di PMA, previa compilazione del Modulo di prescrizione terapie PMA da parte del medico specialista ginecologo di riferimento. Ai fini della suddetta fornitura, possono essere prescritti esclusivamente farmaci inclusi nel Prontuario Farmaceutico dell'ISS.

7. Per ogni ciclo terapeutico successivo al terzo, l'ISS riconosce esclusivamente un rimborso pari a euro 500,00 (cinquecento/00) complessivi per l'acquisto dei farmaci prescritti nell'ambito della PMA.

8. Le indagini di diagnostica prenatale erogate gratuitamente sono riservate alle pazienti che presentano una delle seguenti condizioni cliniche:

- a) genitore con precedente figlio affetto da patologia cromosomica;
- b) genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico;
- c) genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità;
- d) anomalie malformative evidenziate ecograficamente;
- e) Test del DNA fetale (brevemente NIPT) con risultato ad alto rischio;
- f) aumento della translucenza nucale (brevemente NT) con richiesta di analisi di cariotipo e CGH Array.

Art. 3

(Rimborso delle prestazioni di magnetoterapia domiciliare)

1. L'ISS rimborsa integralmente i costi sostenuti dagli assistiti per prestazioni di magnetoterapia domiciliare nei seguenti casi:

- a) ritardo di consolidazione di fratture ossee;
- b) osteointegrazione protesica.

2. Il numero massimo annuale delle prestazioni rimborsabili è fissato come segue:

- a) sei prestazioni, nei casi di cui al comma 1, lettera a);
- b) tre prestazioni, nei casi di cui al comma 1, lettera b).

Art. 4

(Rimborso delle prestazioni di chirurgia maxillo-facciale)

1. A precisazione di quanto previsto dall'articolo 7, numero 2), secondo punto del Decreto n.37/1996 e successive modifiche, il rimborso da parte dell'ISS delle spese sostenute per prestazioni di chirurgia maxillo-facciale finalizzate alla correzione di malocclusioni dentarie di seconda e terza classe è riconosciuto con una somma forfettaria pari ad euro 2.000,00 (duemila/00), in luogo dell'applicazione della tariffazione secondo il sistema "diagnosis-related group" (in seguito, brevemente DRG).

Art. 5

(Visite pre e post operatorie per chirurgia refrattiva e impianto di lenti IOL fache)

1. Gli interventi di chirurgia refrattiva costituiscono prestazioni a pagamento per gli assistiti dell'ISS.

2. Sono, tuttavia, esentati dal pagamento gli assistiti che presentino una delle seguenti condizioni cliniche:

- a) differenze visive tra i due occhi superiori a quattro diottrie;
- b) lesioni corneali gravi.

3. Nei casi di cui al comma 2, la prestazione, da effettuarsi in strutture pubbliche o convenzionate con l'ISS, è autorizzata dal Dirigente dell'UOC Medicina Legale, Fiscale e Prestazioni Sanitarie Esterne (di seguito brevemente MLFPSE) esclusivamente su richiesta dei medici specialisti oculisti dell'ISS.

4. Nei medesimi casi di cui al comma 2, l'ISS si fa carico, altresì, dei costi relativi alle visite pre operatorie e post operatorie connesse ai suddetti trattamenti di chirurgia refrattiva.

5. L'ISS autorizza, inoltre, con oneri a proprio carico e con esecuzione presso le proprie strutture sanitarie, l'impianto di lenti intraoculari fache (brevemente IOL) limitatamente agli assistiti con le seguenti condizioni cliniche:

- a) anisometria elevata non trattabile mediante chirurgia refrattiva, con differenza refrattiva tra i due occhi maggiore o uguale a quattro diottrie;
- b) anisometria iatrogena conseguente a interventi chirurgici oculistici non eseguiti a scopo refrattivo.

Art. 6

(Procedure di autorizzazione)

1. Ai sensi dell'articolo 4 del Decreto n.37/1996 le spese per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie siano esse di ricovero, siano esse ambulatoriali, di diagnosi, di cura o di riabilitazione, in strutture non convenzionate, pubbliche o private, sono interamente rimborsate alle seguenti condizioni, da intendersi cumulative:

- a) richiesta preventiva nell'ambito delle rispettive specialità, avanzata dai competenti medici specialisti, sia dipendenti che con rapporto di collaborazione con l'ISS, dai Direttori di Unità Organizzativa Complessa (UOC), dai Responsabili di Unità Organizzativa Semplice (UOS) e Unità Organizzativa Semplice Dipartimentale (UOSD), dal Direttore dell'UOC Cure Primarie. La richiesta dà atto della preventiva acquisizione delle autorizzazioni di cui alla

- lettera b). Nella richiesta è indicata la motivazione specifica della prestazione e la sede presso cui si richiede lo svolgimento della prestazione stessa;
- b) rilascio di autorizzazioni:
- 1) per le prestazioni sanitarie: da parte del Direttore del Dipartimento Ospedaliero e del Direttore dell'UOC MLFPSE, il quale ultimo verifica che la prestazione non sia ottenibile con la necessaria tempestività presso le strutture convenzionate pubbliche o private, informando il Direttore del Dipartimento Ospedaliero delle tempistiche comunicate dalla struttura sanitaria, convenzionata pubblica o privata interpellata;
 - 2) per quelle socio-sanitarie: da parte del Direttore del Dipartimento Territoriale e Socio-Sanitario e del Direttore dell'UOC MLFPSE.
2. Il Direttore dell'UOC MLFPSE ha, inoltre, potere di autorizzare direttamente le prestazioni di particolare urgenza dandone adeguata motivazione.
3. L'assistito che decida autonomamente o di rivolgersi a struttura diversa da quella autorizzata di sostenere direttamente i costi della prestazione effettuata in libera professione presso la struttura autorizzata ha diritto ad un rimborso pari alle spese che l'ISS avrebbe sostenuto presso le strutture convenzionate ovvero sia mediante applicazione della tariffazione secondo il sistema DRG.
4. Non è, pertanto, ammesso il rimborso, ai sensi dell'articolo 3, terzo comma della Legge n.42/1955, di spese sostenute in proprio dall'assistito per prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di qualsiasi natura esse siano qualora non vengano osservate le procedure di autorizzazione di cui al presente articolo.
5. Allo scopo di perseguire le finalità di garanzia della continuità terapeutica di cui all'articolo 1, comma 3, l'assistito è tenuto a produrre all'ISS la documentazione di natura sanitaria o socio-sanitaria relativa alle prestazioni di ricovero, ambulatoriali, di diagnosi, di cura o di riabilitazione autorizzate in suo favore presso strutture non convenzionate ai sensi del presente Capo II e del Titolo II del Decreto n.37/1996.
6. Ai fini dell'ottenimento dei rimborsi delle prestazioni, l'assistito presenta all'UOC MLFPSE le relative fatture, in originale o in copia, oltre agli eventuali ulteriori documenti richiesti dall'UOC con riferimento a specifiche tipologie di prestazioni. 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.

Art.7

(Tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie)

1. Allo scopo di verificare la sussistenza della condizione di cui all'articolo 6, comma 1, lettera b), numero 1) consistente nell'impossibilità per le strutture sanitarie dell'ISS di fornire, anche tramite soggetti, pubblici o privati, con esso convenzionati, le prestazioni di ricovero, ambulatoriali, di diagnosi, di cura o di riabilitazione con la necessaria tempestività, sono adottate le seguenti classi di priorità:
 - a) urgente: la prestazione sanitaria deve essere eseguita, al massimo, entro settantadue ore dalla prescrizione;
 - b) breve: la prestazione sanitaria, da intendersi quale prima visita, deve essere eseguita entro dieci giorni dalla prescrizione;
 - c) differita: la prestazione sanitaria, da intendersi quale prima visita, deve essere eseguita entro trenta giorni dalla prescrizione, in caso di visita specialistica, oppure entro sessanta giorni per gli accertamenti diagnostici;

d) programmabile: la prestazione sanitaria deve essere eseguita con la tempistica ritenuta idonea per patologia.

2. L'autorizzazione preventiva al rimborso per prestazioni sanitarie in strutture non convenzionate, pubbliche o private, di cui all'articolo 6 può essere concessa qualora le tempistiche di erogazione da parte dell'ISS o dei soggetti pubblici o privati, con esso convenzionati, superino, con riferimento alle casistiche di cui al comma 1, lettera b) e lettera c) i limiti temporali ivi stabiliti in misura superiore al doppio.

CAPO III

FORNITURA O RIMBORSO DI PROTESI, PRESIDI, MATERIALI E SUSSIDI TERAPEUTICI

Art. 8

(Rimborso di presidi ortopedici)

1. L'ISS rimborsa, nei limiti degli importi stabiliti dal Tariffario Nomenclatore vigente, adottato dal CE, i presidi ortopedici preventivamente prescritti, mediante compilazione dell'apposito modulo, dal medico specialista ortopedico, fisiatra e neurologo, di seguito indicati:

- a) collare morbido o rigido in caso di trauma;
- b) busto ortopedico in caso di frattura o crollo vertebrale secondo progetto di trattamento che può prevedere tipologie di busti diversi a seconda dell'evoluzione della patologia;
- c) tutore bivalva per distorsioni o piccole fratture dell'articolazione tibio-tarsica;
- d) ginocchiera bloccata o articolata del ginocchio post-intervento;
- e) tutore di spalla post-intervento;
- f) tutori o splint in presenza di lesioni nervose periferiche dell'arto superiore e inferiore;
- g) tutori dei vari distretti articolari che si rendono necessari in fase di ricovero.

2. La prescrizione dei presidi ortopedici di cui al comma 1 è effettuata in favore di pazienti in fase post-acuta, con esclusione dei pazienti affetti da patologie croniche.

3. L'ISS rimborsa, nei limiti degli importi stabiliti dal Tariffario Nomenclatore, anche i seguenti presidi ortopedici prescritti dai medici specialisti di cui al comma 1 in favore di assistiti minorenni:

- a) plantari per minori affetti da piede piatto valgo pronato da tre a otto anni di età, previa valutazione preceduta da esame podoscopico e con successivo collaudo da parte del Dirigente Medico prescrittore;
- b) plantari per piede piatto di quarto grado che necessita di intervento chirurgico, previa valutazione ortopedica e podoscopica fino a quattordici anni di età;
- c) calzature su misura, concesse solo per piede neurologico o deformità ortopediche evidenziabili, comprensibile di eventuale plantare correttivo.

4. Sono, altresì, rimborsate, nei limiti previsti dal Tariffario Nomenclatore:

- a) calzature ortopediche di serie predisposte per l'inserimento di plantari, in presenza di patologie neurologiche dell'età evolutiva;
- b) calzature ortopediche di serie predisposte per il rivestimento di tutori a valva, in presenza di patologie neurologiche dell'età evolutiva.

5. Il rimborso è disposto su preventiva prescrizione del presidio da parte del

medico specialista competente o del Direttore di UOC o Responsabile di UOS o UOSD.

Art. 9

(Rimborsi a favore di persone con disabilità)

1. L'ISS riconosce, in favore degli assistiti con disabilità motoria permanente, congenita o acquisita, un rimborso straordinario parziale delle spese sostenute per l'acquisto di ausili non previsti dal Tariffario Nomenclatore.
2. L'intervento economico straordinario è finalizzato a sostenere interventi che consentano o migliorino la mobilità personale nel luogo di vita dell'assistito e favoriscano una più adeguata partecipazione alla vita di relazione. In tale ambito rientrano, in particolare:
 - a) attrezzature che consentono il miglioramento della mobilità verticale nella propria abitazione;
 - b) accessori o dispositivi che consentano lo spostamento al di fuori dell'abitazione;
 - c) accessori o dispositivi che consentono la possibilità di spostamento mediante l'allestimento di un idoneo mezzo di autoveicolo privato.
3. Hanno diritto ai contributi di cui al presente articolo gli assistiti residenti in Repubblica affetti da grave disabilità motoria accertata dalla Commissione Accertamenti Sanitari Individuali (di seguito brevemente CASI). Nell'ambito della propria valutazione, la Commissione accerta:
 - a) la condizione di disabilità permanente grave;
 - b) le eventuali capacità funzionali residue dell'assistito;
 - c) la necessità dell'intervento richiesto;
 - d) la compatibilità dell'intervento con le condizioni fisiche dell'assistito.
4. In favore di assistiti residenti che rientrino nelle condizioni di cui al comma 3, sono, inoltre, previsti gli interventi di cui agli articoli 10, 11 e 12.

Art. 10

(Attrezzature per il miglioramento della mobilità verticale)

1. L'assistito effettivamente residente nelle condizioni di cui all'articolo 9, comma 3, che intenda procedere all'installazione presso la propria abitazione di attrezzature destinate al miglioramento della mobilità verticale, può accedere ad un rimborso forfettario pari ad euro 3.600,00 (tremilaseicento/00). Il beneficio può essere concesso, nell'interesse dell'assistito, anche su domanda del suo tutore, curatore od amministratore di sostegno.
2. A tal fine deve essere presentata preventiva richiesta all'UOC MLFPSE, corredata da:
 - a) preventivo di spesa;
 - b) dichiarazione dell'assistito attestante:
 - 1) l'ubicazione dell'immobile nel quale si intende realizzare l'intervento;
 - 2) che l'assistito ha nell'immobile la propria residenza effettiva, stabile e abituale;
 - 3) che non è stato né sarà richiesto alcun contributo per il superamento delle barriere architettoniche ai sensi della Legge 14 dicembre 2017 n.140 e

successive modifiche.

3. Il contributo non è riconosciuto qualora l'immobile costituisca dimora saltuaria, stagionale o precaria dell'assistito. Il diritto al contributo decade qualora l'assistito trasferisca la propria dimora dopo la presentazione dell'istanza o nei dodici mesi successivi all'esecuzione dei lavori; in quest'ultimo caso il contributo ricevuto deve essere restituito.
4. Non sono riconoscibili contributi multipli per diversi componenti del medesimo nucleo familiare residenti nella stessa abitazione.
5. Il contributo ha carattere straordinario ed è riconosciuto una sola volta.

Art. 11

(Accessori e dispositivi che consentano lo spostamento al di fuori della propria abitazione)

1. L'assistito residente nelle condizioni di cui all'articolo 9, comma 3, può accedere ad un contributo per l'acquisto di accessori o dispositivi, anche non previsti dal Tariffario Nomenclatore, destinati a consentire lo spostamento al di fuori della propria abitazione, fino ad un importo massimo complessivo di euro 3.000,00 (tremila/00). Il beneficio può essere concesso, nell'interesse dell'assistito, anche su domanda del suo tutore, curatore od amministratore di sostegno.
2. La richiesta deve essere presentata preventivamente al Direttore della UOC MLFPSE ed essere corredata da:
 - a) preventivo di spesa;
 - b) prescrizione del dispositivo da parte del medico specialista fisiatra, previa valutazione neuropsicologica attestante il possesso dei requisiti neuropsichici e fisici necessari all'utilizzo del dispositivo in condizioni di sicurezza.
3. Il contributo ha carattere straordinario ed è riconosciuto una sola volta.
4. Le attrezzature e gli accessori restano di proprietà dell'assistito, al quale competono le eventuali spese di manutenzione ordinaria e straordinaria.

Art. 12

(Contributo per l'allestimento di veicolo privato)

1. L'assistito residente nelle condizioni di cui all'articolo 9, comma 3, titolare di patente di guida speciale per persone con disabilità motoria interessanti gli arti inferiori ovvero superiori, può accedere, ferme restando le agevolazioni relative all'imposta sulle importazioni previste dalla normativa vigente, ad un contributo per l'allestimento del veicolo mediante adattamenti necessari al suo utilizzo, fino ad un importo massimo complessivo di euro 3.000,00 (tremila/00). Il beneficio può essere concesso, nell'interesse dell'assistito, anche su domanda del suo tutore, curatore od amministratore di sostegno.
2. La richiesta deve essere presentata preventivamente al Direttore della UOC MLFPSE e deve essere corredata da:
 - a) preventivo di spesa;
 - b) indicazione degli adattamenti necessari, rilasciata dal medico della UOC Cure Primarie competente per il rilascio delle patenti di guida speciali.
3. Le attrezzature e gli accessori installati restano di proprietà dell'assistito, al quale competono le eventuali spese di manutenzione ordinaria e straordinaria.

4. Il contributo per l'adattamento del veicolo può essere riconosciuto con un intervallo minimo di cinque anni tra un intervento e il successivo.

Art. 13

(Norme attuative dell'articolo 9 del Decreto n.37/1996 in materia di fornitura di materiale sanitario e sussidi terapeutici)

1. Ad integrazione delle patologie indicate dall'articolo 9, primo comma, del Decreto n.37/1996, l'ISS fornisce gratuitamente presidi terapeutici per i pazienti affetti dalle seguenti condizioni patologiche:

- a) pazienti tracheostomizzati e portatori di altre stomie oltre a quelle indicate al predetto articolo 9, primo comma;
- b) pazienti tetraplegici;
- c) pazienti che necessitano di nutrizione-idratazione artificiale;
- d) pazienti affetti da incontinenza urinaria a seguito di intervento chirurgico demolitivo urologico eseguito presso le strutture dell'ISS;
- e) pazienti affetti da malattie rare;
- f) pazienti con lesioni permanenti del midollo spinale che comportano compromissione della funzionalità erettile.

2. Le patologie di cui al comma 1, si aggiungono, pertanto, a quelle già individuate dall'articolo 9, primo comma, del Decreto n.37/1996, relative ai seguenti assistiti:

- a) diabetici;
- b) insufficienti respiratori;
- c) celiaci per i quali si applicano, peraltro, le norme speciali di cui alla Legge 23 agosto 2016 n.112 ed dal Regolamento del Congresso di Stato 31 ottobre 2017 n.14;
- d) laringectomizzati;
- e) colostomizzati;
- f) urostomizzati;
- g) affetti da insufficienza renale cronica;
- h) paraplegici;
- i) anziani incontinenti non autosufficienti, minori o adulti incontinenti, titolari di pensione di invalidità che abbiano un'invalidità accertata dalla CASI non inferiore al 90 per cento;
- l) affetti da ulcere non cicatrizzabili;
- m) che necessitano di riabilitazione vescicale;
- n) affetti da grave insufficienza epatica;
- o) con problemi di lubrificazione alla cornea;
- p) ustionati gravi.

3. Fermo restando quanto previsto dal comma 4, si stabilisce quanto segue:

- a) in riferimento ai pazienti tetraplegici di cui al comma 1, lettera b) e paraplegici di cui al comma 2, lettera h), l'ISS eroga gratuitamente prodotti lassativi ed altri prodotti da banco necessari per consentire l'espletamento delle normali funzioni fisiologiche;
- b) in riferimento ai pazienti affetti da incontinenza urinaria a seguito di intervento chirurgico demolitivo urologico di cui al comma 1, lettera d), l'ISS eroga gratuitamente pannoloni;

- c) in riferimento agli assistiti affetti da malattie rare di cui al comma 1, lettera e), l'ISS eroga gratuitamente farmaci, alimenti, integratori e presidi autorizzati da medici specialisti, nell'ambito delle rispettive specialità, alla specifica assistenza fuori territorio, secondo le indicazioni dei piani terapeutici compilati presso le strutture italiane di riferimento;
 - d) in riferimento ai pazienti con lesioni permanenti del midollo spinale che comportano compromissione della funzionalità erettile di cui al comma 1, lettera f), l'ISS eroga gratuitamente i farmaci previsti ai sensi del comma 4. Non è estesa l'erogazione ad altre patologie con disfunzione erettile;
 - e) in riferimento ai pazienti con problemi di lubrificazione alla cornea di cui al comma 2, lettera o), l'ISS fornisce gratuitamente lacrime artificiali esclusivamente in favore di soggetti affetti da sindrome di Sjogren accertata.
4. Le specifiche tipologie di prodotti erogabili in esenzione sono indicati nel Classificatore di Esenzioni, adottato dal CE, nei limiti delle quantità individuate dalla Commissione del Prontuario Farmaceutico dell'ISS e dalla Commissione dei Dispositivi Medici dell'ISS. Tali organi assolvono le funzioni di cui al precedente periodo su delega del CE.

Art.14

(Fornitura di Protesi)

1. La fornitura di protesi avviene secondo quanto previsto dall'articolo 8 del Decreto n.37/1996, 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.
2. Con riferimento alle protesi di cui all'articolo 8, quarto comma, lettera b) del Decreto n.37/1996 in favore di assistiti ipovedenti, ferma restandone la fornitura gratuita od il rimborso integrale per i titolari di pensione sociale, il Congresso di Stato, su proposta del CE dell'ISS, definisce percentuali differenziate di rimborso in ragione delle diverse fasce di reddito degli assistiti.
3. Il rimborso parziale di cui al comma 2 è definito con riferimento ai costi stabiliti dal Tariffario Nomenclatore di cui all'articolo 8, primo comma del Decreto n.37/1996.

Art.15

(Disposizioni procedurali)

1. I rimborsi di cui agli articoli 8, 9, 10, 11, 12 e 14, 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, sia dipendente che titolare di rapporto di collaborazione con l'ISS, 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.
2. I prelievi in esenzione dei prodotti di cui all'articolo 13 sono autorizzati dai competenti medici specialisti, sia dipendenti che titolari di rapporto di collaborazione con l'ISS, dai Direttori di UOC o dai Responsabili di UOS e UOSD e convalidati dal Direttore dell'UOC MLFPSE.

CAPO IV

DISPOSIZIONI AGGIUNTIVE PER PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Art. 16

(Prestazioni socio-sanitarie e compartecipazione all'aspesa)

1. Le prestazioni socio-sanitarie fuori territorio sono integralmente a carico dell'ISS qualora siano caratterizzate da prevalente finalità terapeutica. In tal caso il provvedimento del Direttore dell'UOC MLFPSE di autorizzazione alla prestazione indica espressamente il periodo di riferimento del progetto terapeutico alla luce di quanto indicato dal Direttore di UOC di riferimento.
2. Qualora il termine originario indicato nel provvedimento autorizzativo necessiti, a causa del perdurare delle esigenze terapeutiche, di una proroga, l'iter autorizzativo di detta proroga segue il medesimo procedimento di cui all'originaria autorizzazione indicato all'articolo 6.
3. Qualora, nel corso dell'erogazione, la prestazione perda la prevalente finalità terapeutica ed assuma carattere socio-assistenziale e cronico, l'assistito è tenuto a corrispondere una tariffa determinata dal Congresso di Stato, su proposta del CE dell'ISS.
4. Nei casi di cui al comma 3, l'assistito è tenuto a cedere all'ISS le eventuali pensioni e gli altri redditi di cui sia titolare, fino a concorrenza dell'importo della suddetta tariffa.
5. Qualora le pensioni e gli altri redditi dell'assistito non siano sufficienti a coprire integralmente la tariffa, la differenza è posta a carico del coniuge o soggetto unito civilmente nonché dei familiari entro il secondo grado di parentela, anche se non conviventi in analogia con quanto previsto dall'articolo 4 della Legge 28 settembre 1992 n. 80 e successive modifiche.
6. Nel caso in cui l'assistito non abbia coniuge o non sia unito civilmente né abbia figli, ovvero qualora i soggetti obbligati non dispongano di redditi sufficienti a consentire la corresponsione della quota a loro carico, l'onere residuo è posto integralmente a carico dell'ISS.
7. In analogia a quanto disposto dal Decreto 18 febbraio 1993 n.28 e successive modifiche in tema di criteri per l'esenzione del pagamento totale parziale della quota di retta per la Casa di Riposo, i soggetti tenuti alla corresponsione della tariffa sono esentati dal pagamento della stessa qualora percepiscano un reddito pro capite inferiore o pari all'ammontare della pensione sociale.
8. Qualora i soggetti obbligati percepiscano un reddito pro capite superiore all'ammontare della pensione sociale e inferiore o pari alla pensione integrata al minimo dei lavoratori dipendenti, essi sono tenuti a concorrere al pagamento fino ad un massimo del 50 per cento della quota a loro carico, fatto salvo il diritto al mantenimento di un reddito pro capite pari all'ammontare della pensione sociale.
9. Qualora i soggetti obbligati percepiscano un reddito pro capite superiore alla pensione integrata al minimo dei lavoratori dipendenti, essi sono tenuti a concorrere al pagamento fino al 100 per cento della quota a loro carico, fatto salvo il diritto al mantenimento di un reddito pro capite pari all'ammontare della pensione sociale.

CAPO V
NORME FINALI

Art. 17

(Finanziamento e modalità di erogazione dei contributi)

1. In ragione degli oneri sostenuti dall'ISS per l'erogazione delle forme di sostegno alla natalità di cui all'articolo 2, lo Stato provvede al finanziamento mediante trasferimento corrente all'ISS.
2. L'ammontare massimo del finanziamento è stabilito in euro 190.000,00 (centonovantamila/00) annui, da imputarsi sul cap. 1-10-4715 "Contributo dello Stato per prestazioni che esulano dalla normale attività dei servizi dell'I.S.S.", che sarà integrato nella prossima variazione di bilancio per l'esercizio finanziario 2026.
3. La liquidazione e il pagamento delle somme in favore dell'ISS avvengono con cadenza semestrale, rispettivamente entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ciascun anno, sulla base di idonea documentazione contabile prodotta dall'ISS.
4. Qualora vengano introdotte ulteriori forme di sostegno tramite la modifica o l'integrazione del presente regolamento, l'importo del finanziamento sarà opportunamente rivisto in base agli oneri aggiuntivi previsti.

Art.18

(Responsabilità)

1. La fruizione da parte degli assistiti di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed il sostenimento delle relative spese in assenza delle preventive autorizzazioni stabilite dagli articoli 4 e 5 del Decreto n.37/1996 e successive modifiche, nonché dall'articolo 6 e l'acquisito di protesi, presidi, materiali e sussidi terapeutici in assenza delle preventive autorizzazioni di cui al Titolo III del Decreto n.37/1996 e successive modifiche nonché dell'articolo 15 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.