



Indennità Economica di Malattia



Patronato ENASC - Direzione Generale
Via Angelo Bargoni, 78 - 00153 Roma
Tel. 0658333803 - Fax 065817414

Cure Balneo Termali

Le **Cure Balneo Termali (C.B.T.)** vengono concesse dall'Inps (dopo l'accertamento dei requisiti assicurativi, contributivi e sanitari) con lo scopo di evitare, ritardare o rimuovere uno stato di invalidità (R.d.l. n. 1827 del 04/10/1935 artt. 45-81 e 83).

La fruizione delle prestazioni balneo-termali da parte degli assicurati dell'Istituto può avvenire soltanto in **periodo feriale**, eccetto quanto previsto all'art. 16 , comma 5 , legge 412/1991 .

L'Istituto può concedere le cure per **un solo ciclo annuale ovvero 12 giorni**, pari a due settimane di cura, dal lunedì della prima settimana al sabato della seconda, in base al calendario stabilito dall'Inps, per un massimo di cinque cicli di cure nell'arco dell'intera vita assicurativa.

Le cure spettano, per ogni ciclo, nella misura di:

- **1 ciclo di cure fangobalneoterapiche per patologie reumato-artropatiche;**

oppure

- **1 ciclo di cure inalatorie per patologia bronco-catarrale.**

La concessione di altri cicli termali oltre il V°, la cosiddetta eccezionalità, ricorre soltanto nei seguenti casi:

- quando la patologia reumoarticolare e/o bronco-catarrale sia determinante al raggiungimento di uno stato invalidante e sia ancora suscettibile di effettivo miglioramento clinico;
- quando l'età anagrafica e contributiva dell'assicurato, tenuto conto anche dell'attività lavorativa, consentono un riscontro positivo al fine preventivo delle cure balneo termali.

Nel caso in cui il medico della Direzione Inps di competenza approvi un ciclo oltre il quinto, è necessario il giudizio definitivo del Coordinatore Generale Medico Legale.

Il costo delle cure è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre quello del **soggiorno presso la località termale** negli alberghi convenzionati è a carico dell'Inps.

Sono, invece, a carico dell'interessato :

- i costi del ticket, nella misura prevista dalla legge;
- le spese di viaggio di andata e ritorno.

A CHI SPETTA

- ai lavoratori **dipendenti** iscritti all'Assicurazione Generale Obbligatoria (A.G.O.) dell'INPS;
- ai **dipendenti Inps iscritti all'Assicurazione Generale Obbligatoria (A.G.O.) dell'INPS;**
- ai **lavoratori autonomi** che versano il contributo IVS all'INPS;
- ai **lavoratori parasubordinati** iscritti alla gestione separata di cui all'art. 2, comma 26, Legge n. 335/1995 che perfezionano il requisito **con i soli contributi nella su menzionata gestione;**
- i titolari di assegno NON definitivo di invalidità;
- i lavoratori socialmente utili (LSU).

I lavoratori debbono far valere i seguenti **requisiti**:

AMMINISTRATIVI

- Gli interessati debbono far valere lo stesso duplice requisito valido per l'assegno ordinario di invalidità (art. 4 L. n. 222/84) ossia 5 anni di anzianità assicurativa e 3 anni di contribuzione nei cinque anni precedenti la domanda.

- Per i lavoratori dipendenti i 3 anni di contribuzione (156 settimane) nei cinque anni precedenti la domanda, possono essere reperiti anche dai contributi figurativi, versamenti volontari, etc.. Nel caso in cui tali requisiti non siano raggiunti con la sola contribuzione italiana, si può fare ricorso alla totalizzazione della contribuzione versata negli altri Stati membri della CE per l'assicurazione contro l'invalidità. (Circ. n. 87/2010 punto 3,lett. C). Condizione indispensabile per la totalizzazione è che gli interessati risultino già assicurati in Italia.
- Per i lavoratori parasubordinati iscritti nella gestione separata dei lavoratori autonomi il requisito, 3 anni di contribuzione (156 settimane) nei cinque anni precedenti la domanda, si perfeziona con i soli contributi versati nella predetta gestione, non è infatti previsto il cumulo con altra contribuzione.
- Per gli operai agricoli (compresi quelli “a giornata”) i requisiti sono di n. 1350 contributi giornalieri (5 anni) complessivamente versati e n. 810 contributi giornalieri (3 anni) nel quinquennio precedente la domanda.

N.B.: la contribuzione figurativa accreditata per i periodi di disoccupazione è utile ai fini del perfezionamento dei requisiti per il diritto alla prestazione;

- **non** aver già goduto o dover godere nello stesso anno prestazioni termali a carico del SSN o di altro Ente;
- la prestazione termale può essere concessa anche a chi, **pur avendo superato i limiti di età, non ha maturato i requisiti contributivi minimi per la pensione di vecchiaia;**
- **non** essere titolare di pensione di anzianità o di trattamento di pensione anticipata previsto dalle vigenti disposizioni per diversi settori di attività **prima dell'effettuazione** del turno di cure;
- **non** essere titolare di assegno **definitivo** di invalidità o di pensione di inabilità (in questo caso la domanda può essere presa in

considerazione solo successivamente alla eventuale revoca di tali prestazioni;

- non essere titolare di pensioni di Fondi Integrativi e Fondi sostitutivi dell'Assicurazione generale obbligatoria.

SANITARI

- essere affetti da forme morbose reumatiche (osteoartrosi ed altre forme degenerative; reumatismi extra articolari) e patologie delle vie respiratorie - bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva . Sono escluse malattie che riguardano altri apparati;
- non devono sussistere controindicazioni alle cure termali.

A CHI NON SPETTA

- ai titolari di pensione di anzianità o di trattamento di pensione anticipata;
- i titolari di assegno definitivo di invalidità o di pensione di inabilità. Può essere amministrativamente ammessa la domanda di cure termali solo in caso di revoca (casi eccezionali) dell'assegno definitivo di invalidità;
- ai dipendenti di imprese e aziende dello Stato, degli Enti pubblici e degli enti locali privatizzati;
- a chi ha già fruito o dovrà fruire, nell' anno in corso, di prestazioni termali a carico del SSN o di altro Ente;
- **agli assicurati che usufruiscono del Fondo di Solidarietà ex D.M. 375/2003 in quanto la prestazione a carico di tale fondo è assimilabile alla fattispecie del prepensionamento;**
- **ai dipendenti delle Ferrovie dello Stato;**
- **ai familiari degli assicurati.**

La domanda deve essere presentata dal 1° gennaio al 30 settembre, nell'anno di effettuazione delle cure, all'ufficio Inps di residenza del lavoratore **esclusivamente in modalità telematica** .

Il **certificato medico** di prescrizione delle cure deve essere inoltrato **telematicamente** dal medico curante dell'assicurato, dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale prima dell'inoltro della domanda. Su di esso deve essere indicata la patologia per la quale vengono chieste le cure termali.

Successivamente all'istruttoria della domanda di cure termali da parte della competente struttura INPS, il cittadino riceverà formale convocazione per essere sottoposto a visita medica da parte del Centro medico legale della Direzione provinciale INPS competente .

In occasione della visita medica il lavoratore potrà presentare ulteriore documentazione certificazione sanitaria relativa alle patologie per cui si richiede il trattamento.

L'assicurato dopo aver ricevuto la *lettera di accoglimento* della domanda:

- dovrà iniziare le cure **entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento di accoglimento della domanda** pena la mancata ammissione alle cure. Tale limite consente di sottoporre l'assicurato stesso al trattamento termale in termini di efficacia e tempestività terapeutica, anche in considerazione dell'insorgenza di eventuali controindicazioni;
- sceglierà pertanto la struttura alberghiero e/o termale tra quelle presenti negli elenchi, disponibili nella messaggistica istituzionale presente sul sito www.inps.it o consultabili presso le sedi INPS, nonché il turno in cui praticare le cure, in base al calendario allegato alla suddetta lettera di accoglimento;
- prenderà direttamente contatto con la struttura prescelta almeno 10 giorni prima dell'inizio del turno, anche al fine di verificare la disponibilità;
- ricevuta conferma dalla struttura, l'assicurato dovrà comunicare urgentemente, a mezzo fax, il turno e la struttura alberghiero/termale

prescelti, al fine di permettere la trasmissione a quest'ultima della documentazione sanitaria, indispensabile per l'ammissione alle cure;

- si presenterà nel giorno stabilito alla struttura alberghiero-termale per il soggiorno e le cure;
- In caso di rinuncia o rinvio delle cure l'assicurato è tenuto a darne immediata notizia alla sede INPS di appartenenza e alla struttura termale presso la quale aveva prenotato il soggiorno e le cure;

N.B.: nel caso di rinuncia o rinvio delle cure, l'assicurato è tenuto a darne immediata notizia alla sede Inps di competenza e alla struttura termale presso la quale aveva prenotato il soggiorno e le cure.

RIESAME

Nel caso in cui la domanda non sia accolta, per motivi amministrativi o sanitari, è possibile presentare istanza di **riesame**, entro 60 giorni, da inoltrare per il tramite del Responsabile della sede dalla quale ha ricevuto la comunicazione di reiezione della domanda. Se il provvedimento di reiezione è relativo a motivi di ordine sanitario, l'istanza deve essere sottoposta al giudizio del **Coordinamento Generale Medico Legale**.

Se, invece, il provvedimento di reiezione attiene a motivi di carattere amministrativo, l'istanza deve essere indirizzata alla **Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito**, per il tramite del direttore della sede dalla quale si è ricevuta la comunicazione di reiezione.