

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 L. 412/1991.

## COSA SPETTA

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

- **12 cure fondamentali** se la concessione delle cure è avvenuta a seguito di **patologie reumo-artropatiche** oppure
- **12 cure fondamentali e/o accessorie** se la concessione delle cure è avvenuta a seguito di patologia **bronco-catarrale**.

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, secondo il [calendario triennale 2012-2014](#) stabilito dall'Inps.

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 parere definitivo del Coordinatore Generale Medico Legale.

## IL COSTO

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 SPETTANO

- ai lavoratori **dipendenti** iscritti all'INPS che versano il contributo IVS - Invalidità, Vecchiaia, Superstiti (art. 28 DPR 818/1957);
- ai lavoratori **dipendenti** di cui sopra che non siano titolari di pensione di anzianità o di un trattamento pensionistico anticipato prima dell'effettuazione del turno di cure (msg 16724 del 28/05/2004) e non abbiano compiuto l'età pensionabile secondo la normativa vigente alla data di effettuazione della domanda;
- ai **dipendenti Inps**;
- ai **lavoratori autonomi** che versano il contributo IVS;
- ai **lavoratori parasubordinati** iscritti alla gestione separata di cui all'art. 2, comma 26, Legge n. 335/1995 (msg 7478/2007) che perfezionano il requisito **con i soli contributi nella su menzionata gestione**;
- i lavoratori in mobilità (msg. n. 18060/2006);
- i titolari di assegno NON definitivo di invalidità;
- i lavoratori socialmente utili (LSU).

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

### AMMINISTRATIVI

- almeno 5 anni di anzianità assicurativa (art. 4 L. 222/84) ed i requisiti di contribuzione previsti per il diritto alla pensione di invalidità dell'inps (art. 28 DPR 818/1957) di almeno 3 anni di contribuzione (156 settimane) nei cinque anni **precedenti la domanda** ovvero i requisiti previsti per il diritto alla pensione di invalidità erogata dall'Inps. A tale scopo sono validi anche i *contributi figurativi*, i versamenti volontari, etc.) Per i lavoratori **parasubordinati** iscritti nella gestione separata dei lavoratori autonomi (msg 7478/2007) il requisito si perfeziona con i soli contributi versati nella gestione; non è infatti previsto il cumulo con altra contribuzione (msg. n. 41939/1989);
- per gli operai agricoli (compresi quelli "a giornata"), ai sensi dell'art. 4 della Legge 222/84, i requisiti contributivi di cui alle lettere a) e b) dell'art. 9, n. 2) del regio decreto-legge 14 aprile 1939, n. 636, sono elevati, rispettivamente, a 1350 e 810 contributi giornalieri, da rintracciarsi questi nel quinquennio precedente la domanda, anche come contribuzione figurativa;
- **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 della ASL o di altro Ente;**
- **non aver perfezionato il requisito di età (i limiti di età per le cure termali sono quelli previsti per la pensione di vecchiaia dalla normativa vigente nell'anno di effettuazione delle cure) e di contribuzione per il diritto alla pensione di vecchiaia previsto dalla normativa vigente nell'anno di effettuazione delle cure (msg 2018/2004). 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 (msg 28003 del 20.12.1988);

- non essere titolare di pensione di anzianità o di trattamento di pensione anticipata previsto dalle vigenti disposizioni per diversi settori di attività (circ. 15/86) **prima dell'effettuazione** del turno di cure (msg 16724/2004);
- 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 – circ. 15/86);
- 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 (circ. n. 230/1992, D M 15/12/1994 e successive modificazioni). Sono escluse malattie che riguardano altri apparati (circ. 230/92, D.M.S./94);
- non devono sussistere controindicazioni alle cure termali (circ. 15/86 CRITERI MEDICO-LEGALI punto c).

#### NON SPETTANO

- a coloro che compiono l'età pensionabile prevista dalle disposizioni in vigore nell'anno di effettuazione delle cure (msg. n. 2018/2004). Sono fatti salvi i casi in cui gli assicurati pur avendo raggiunto l'età pensionabile non raggiungano, nella stagione termale richiesta, il requisito contributivo per la vecchiaia (msg. n. 28003/1988 e msg. n. 19526/1994);
- ai titolari di pensione di anzianità o di trattamento di pensione anticipata (circ. n. 15/1986 - msg. n. 16724/2004);
- 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 (circ. n. 15/1986);
- ai dipendenti di imprese e aziende dello Stato (comprese Poste Italiane S.p.A.), degli Enti pubblici e degli enti locali privatizzati (Legge n. 133/2008 e circ. n. 114/2008);
- a chi ha già fruito o dovrà fruire, nell'anno in corso, di prestazioni termali a carico della ASL 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** (msg. 24860 del 15.09.2006);
- ai dipendenti delle Ferrovie dello Stato il cui fondo è gestito dall'INPS msg 263 del 17.04.02;
- ai lavoratori dello spettacolo in quanto assicurati IVS all' ENPALS compresi i lavoratori (**operai e impiegati**) delle sale **Bingo** ([circ. 76/2002](#) punto 3);
- ai familiari degli assicurati.

#### LA DOMANDA

Deve essere presentata dal 1° gennaio al 31 ottobre, nell'anno di effettuazione delle cure, all'ufficio Inps di residenza del lavoratore (msg. n. 101/2010) **esclusivamente in modalità telematica**, sulla base delle indicazioni già fornite con circ. n. 37/2011, attraverso uno dei seguenti canali:

- WEB – servizi telematici accessibili direttamente dal cittadino tramite PIN attraverso il portale dell'Istituto;
- contact center integrato – n. 803164;
- Patronati/intermediari dell'Istituto – attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.

La domanda via WEB può essere inviata tramite l'applicazione raggiungibile dalla Home page selezionando "SERVIZI ON LINE", tra i servizi dedicati al cittadino, alla voce "Cure bagno termali".

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 (circolare n. 37/2011, punto 2).

In occasione della visita medica il lavoratore potrà presentare ulteriore documentazione certificazione sanitaria relativa alle patologie per cui si richiede il trattamento (vedi anche msg. n. 3757/2011).

#### COSA FARE

L'assicurato dopo aver ricevuto la *lettera di accoglimento* della domanda con allegato **l'elenco alfabetico annuale delle strutture termali** (elenco aggiornato per cure REUMOARTROPATICHE e BRONCOCATARRALI) e dei **TURNI** :

- sceglierà il turno in cui praticare le cure, che dovranno avere inizio entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento di accoglimento della domanda (1). Ciò consente di sottoporre l'assicurato stesso al trattamento termale in termini di efficacia e tempestività terapeutica, anche in considerazione dell'insorgenza di eventuali controindicazioni (mess. n.6462 del 13.04.2012);
- prenderà direttamente contatto con la struttura termale e alberghiera prescelta almeno 10 giorni prima dell'inizio del turno;
- ricevuta conferma dalla struttura, comunicherà, almeno 10 giorni (2) prima dell'inizio del turno, alla Sede Inps di competenza, a mezzo fax, il turno e la struttura prescelti, adempimento che consentirà all'interessato l'effettiva fruizione delle cure;
- si presenterà nel giorno stabilito alla struttura alberghiero-termale per il soggiorno e le cure.

---

Qualora l'assicurato chieda di fruire delle cure al termine della stagione, la lettera di accoglimento conterrà l'elenco delle strutture alberghiero/termali ancora disponibili.

**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 parere del **Coordinamento Generale Medico Legale** (Mess.n.6462 del 13.04.2012). Se, invece, il provvedimento di reiezione attiene a motivi di carattere amministrativo, l'istanza deve essere indirizzata alla **Direzione Regionale competente**, per il tramite del direttore della sede dalla quale si è ricevuta la comunicazione di reiezione.

### [Calendario turni anni 2012-2014.](#)

- (1) Esclusivamente per l'anno 2012 ed in via del tutto eccezionale, con mess.n.9833 del 11/06/2012 è stato disposto che nel caso in cui l'assicurato abbia già provveduto alla pianificazione delle ferie con il proprio datore di lavoro, dovrà produrre, presso le competenti strutture INPS, *dichiarazione attestante, sotto la propria responsabilità, l'impossibilità di beneficiare delle cure termali nel termine di 90 giorni*, precisando di aver già pianificato le ferie e specificando in quale periodo dell'anno. Ricevuta la comunicazione dell'INPS, con cui si conferma la possibilità di effettuare le cure oltre detto termine, l'assicurato dovrà consegnare presso la struttura alberghiero-termale, al momento di inizio delle cure, il certificato Ct.2 bis/aut debitamente compilato dal medico curante in data non anteriore a 15 giorni prima dell'inizio delle cure stesse.
- (2) Nel caso in cui l'assicurato sia nelle condizioni di dover scegliere un turno oltre il termine di 90 giorni, questi *dovrà effettuare, a mezzo fax, la comunicazione* all'INPS del turno e della struttura prescelta, **almeno 30 giorni** prima dell'inizio delle cure, *allegando la dichiarazione* di cui alla precedente punto (1).