

VADEMECUM PER “PRESTAZIONI EXTRA REGIONE”





INDICE

<i>Introduzione</i>	pagina 3	
<i>Benefici previsti</i>	pagina 4	
 CURE FUORI REGIONE		
<i>Cosa fare per richiedere autorizzazione</i>	pagina 6	
 CURE ALL'ESTERO		
<i>Cosa fare per richiedere autorizzazione</i>	pagina 7	
<i>Cosa fare per accedere al contributo in anticipazione</i>	pagina 8	
 RIMBORSO SPESE SANITARIE, DI VIAGGIO E SOGGIORNO		
COSA FARE PER ACCEDERE AI BENEFICI	pagina 9	
 TRATTAMENTI RIABILITATIVI ALL'ESTERO		
<i>Cosa fare per richiedere autorizzazione</i>	pagina 11	
<i>Cosa fare per accedere al rimborso delle spese sanitarie, di viaggio e soggiorno</i>	pagina 11	
 AUTORIZZAZIONI A CICLI DI ADROTERAPIA PRESSO CNAO PAVIA E PROTONTERAPIA PRESSO OSPEDALE TRENTO		pagina 12
<i>Riferimenti normativi</i>	pagina 13	



INTRODUZIONE

Questo vademecum riguardante le modalità per accedere alle prestazioni sanitarie fruibili fuori dalla Regione Sicilia nasce dall'esigenza di fornire all'utenza delle indicazioni univoche e chiare, favorendo la comunicazione, la trasparenza e l'uniformità delle procedure nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria di Catania.

Pertanto, si è provveduto a delineare con precisione i vari snodi di questo percorso relativo alle "prestazioni extra Regione", mirando a costruire un approccio "chiaro e a portata di mano" per l'utente.

La normativa regionale (Leggi regione Sicilia 202/79 - 3/91 e 66/77) disciplina le prestazioni sanitarie in regime di assistenza sanitaria diretta nel territorio nazionale, diretta/indiretta nel territorio estero, stabilendo i criteri e le modalità di fruizione. Il ricorso a queste forme di assistenza ha carattere straordinario ed è ammesso esclusivamente per le prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate, ad eccezione delle prestazioni erogate in caso di comprovata gravità e urgenza.

La Legge regionale n. 202/1979 riconosce la possibilità di ricevere un contributo sulle spese di viaggio e soggiorno sostenute dall'ammalato e dell'eventuale accompagnatore in caso di ricorso a prestazioni fuori regione.

Infine la Legge regionale n. 20/1986 ha introdotto la possibilità, nel caso in cui "**per comprovati motivi di urgenza medica**" non sia stato possibile richiedere ed ottenere il preventivo riconoscimento delle esigenze diagnostico-terapeutiche che legittimano il ricorso a cure fuori regione, di richiedere i benefici previsti dalle suddette LL.RR. n. 66/1977 e n. 202/1979 entro trenta giorni dal rientro nel luogo di residenza.

L'erogazione dei benefici di cui ai superiori punti è subordinata al parere favorevole della Commissione Sanitaria Regionale in ordine alla sussistenza dei presupposti sopra elencati e precisamente:



UOC COORDINAMENTO ATTIVITÀ AMM.VE TERRITORIALI

- comprovate esigenze diagnostiche-terapeutiche che legittimano il trasferimento fuori regione;
- comprovata urgenza medica nel caso di istanze in sanatoria.

- BENEFICI PREVISTI -

A) Autorizzazioni alla fruizione di prestazioni sanitarie nel territorio nazionale nonché presso luoghi di cura non convenzionati, altamente specializzati, esistenti nel territorio nazionale o presso istituti di cura all'estero.

B) Contributo forfettario, previsto dalla legge regionale n. 202/1979, in anticipo o in sanatoria delle spese sanitarie, di viaggio e soggiorno effettivamente sostenute e documentate dall'ammalato e dell'eventuale accompagnatore.

Detto contributo è fissato, in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare dell'ammalato accertato nell'anno precedente alla richiesta, nella seguente misura (Decreto Ass. Sanità Reg. Sic. 614/2002) :

- a) 60% della spesa complessiva per redditi sino a € 18.000,00
- b) 50% della spesa complessiva per redditi sino a € 26.000,00
- c) 40% della spesa complessiva per redditi sino a € 36.000,00

Ai fini dell'appartenenza alle fasce di reddito sopra elencate, i limiti del reddito familiare sono incrementati di:

- a) € 1.000,00 per ogni componente il nucleo familiare eccedente l'unità sino ad un massimo di € 4.000,00;
- b) € 2.000,00 qualora l'ammalato sia riconosciuto portatore di handicap ai sensi della Legge 104/1992.

I benefici di cui alle lett. a) e b) sono cumulabili e devono essere posseduti alla data di presentazione della richiesta del contributo.



B.1) Spese di soggiorno

Il contributo per le spese di soggiorno è calcolato applicando l'aliquota di rimborso sopra elencate alle spese effettivamente sostenute e documentate e limitatamente alla parte che non eccede la diaria giornaliera omnicomprensiva così determinata:

- € 57,00 per località ubicata in Italia con popolazione non superiore a 500.000 abitanti;
- € 75,00 per località ubicata in Italia con popolazione non superiore a 1.000.000 abitanti;
- € 80,00 per località ubicata in Italia con popolazione superiore a 1.000.000 abitanti;
- € 83,00 per località ubicata fuori dal territorio nazionale.

B.2) Spese di viaggio

Il contributo alle spese di viaggio effettuato con mezzi pubblici (treno, aereo, nave, pulman) è calcolato applicando l'aliquota di rimborso spettante alle spese effettivamente sostenute e documentate limitatamente alla parte che non eccede la tariffa più economica per il mezzo di trasporto autorizzato.

Il contributo alle spese di trasporto dell'ammalato (barella, ambulanza) e dell'eventuale assistenza medica e paramedica durante il viaggio, autorizzati dalla Commissione Sanitaria Regionale, è determinato applicando l'aliquota di rimborso spettante ai costi effettivamente sostenuti e documentati, fermo restando quanto previsto al precedente punto.

Nel caso in cui la Commissione Sanitaria Regionale abbia autorizzato il viaggio dell'ammalato con autovettura privata, il contributo sarà determinato applicando l'aliquota di rimborso alla tariffa stabilita da Trenitalia s.p.a. per la classe economica con cuccetta, maggiorata esclusivamente dei costi per gli eventuali pedaggi autostradali, sostenuti e documentati.

B.3) Spese trasporto salma

Se nel corso della trasferta per fruire della prestazione sanitaria autorizzata dalla predetta Commissione, si verifichi il decesso dell'utente, il contributo alle spese per trasporto della salma fino al Comune di residenza è calcolato applicando l'aliquota di rimborso ai costi effettivamente sostenuti e documentati limitatamente alla parte che non eccede € 750,00.



N.B. In ogni caso il contributo complessivo concesso non può superare il limite massimo rimborsabile fissato in € 5.000,00.

- CURE FUORI REGIONE -

COSA FARE PER RICHIEDERE AUTORIZZAZIONE

Istanza preventiva:

1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare utilizzando il modello in uso presso l'Ufficio CEE del Distretto o comunque, domanda dalla quale si evinca chiaramente il beneficio richiesto, il centro di cura dove si intende ricevere la prestazione sanitaria e il mezzo di trasporto che s'intende utilizzare;
N.B. *L'uso del mezzo proprio può essere autorizzato in via eccezionale e clinicamente motivata.*

2) Certificazione di specialista di struttura pubblica dalla quale si evinca chiaramente la diagnosi e la proposta motivata di ricorso a strutture sanitarie fuori regione;

3) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria a supporto (precedenti ricoveri, accertamenti diagnostici ecc);

4) Eventuale copia di precedente parere della Commissione Sanitaria Regionale in caso di prestazione in continuità terapeutica fuori regione;

5) Copia della Tessera Sanitaria, del Documento di riconoscimento, copia/autocertificazione dello stato di famiglia in caso di minori ed eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado.

N. B. *La documentazione di cui ai punti 1 – 2 - 5, così come la completa e corretta compilazione della stessa è obbligatoria; in assenza di queste il predetto Ufficio inviterà l'assistito alla dovuta*



integrazione, non potendo trasmettere alla Commissione Sanitaria Regionale l'istanza dell'assistito sino a che la documentazione non sarà correttamente integrata.

Domanda in sanatoria:

- 1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare utilizzando il modello in uso presso l'Ufficio CEE Distrettuale specificando che si tratta di istanza di rimborso in sanatoria;
- 2) Documentazione sanitaria comprovante l'urgenza medica che ha impedito la presentazione dell'istanza in via preventiva.

N.B. *In caso di istanza presentata oltre il termine di trenta giorni dal rientro nel luogo di residenza, il predetto Ufficio non potrà inviarla all'Assessorato per il parere della Commissione Sanitaria e dovrà dare comunicazione, anche a mezzo email, all'assistito sull'impossibilità di ottenere i benefici perché decorso il termine utile.*

- CURE ALL'ESTERO -

COSA FARE PER RICHIEDERE AUTORIZZAZIONE

- 1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare mediante compilazione di uno dei seguenti modelli, disponibili presso l'Ufficio CEE Distrettuale:
 - Mod. S2 se l'assistito si deve recare in un Paese dell'UE o SEE o in Svizzera;
 - Richiesta di autorizzazione in forma indiretta se l'assistito si deve recare in Paesi diversi da quelli di cui al punto precedente;

2) Certificazione di specialista di struttura pubblica dalla quale si evinca chiaramente la diagnosi e la proposta motivata di ricorso a strutture sanitarie fuori dal territorio nazionale;

N.B. *La proposta del medico specialista deve essere adeguatamente motivata in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione sanitaria in Italia tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico.*



- 3) Eventuale ulteriore documentazione sanitaria a supporto (precedenti ricoveri, accertamenti diagnostici ecc);
- 4) Eventuale copia di precedente parere della Commissione Sanitaria Regionale in caso di prestazione in continuità terapeutica fuori dal territorio nazionale;
- 5) Copia della Tessera Sanitaria, del Documento di riconoscimento, copia/autocertificazione dello stato di famiglia in caso di minori ed eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado.

N. B. *La documentazione di cui ai punti 1 – 2 - 5, così come la completa e corretta compilazione della stessa è obbligatoria; in assenza di queste l'Ufficio inviterà l'assistito alla dovuta integrazione, non potendo trasmettere alla Commissione Sanitaria Regionale l'istanza dell'assistito sino a che la documentazione non sarà correttamente integrata.*

COSA FARE PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO IN ANTICIPAZIONE

Nel caso in cui l'assistito si debba recare presso una struttura estera in ambito extra UE o struttura privata in ambito UE deve anticipare le spese e, al rientro in sede, richiedere parere di rimborsabilità secondo le indicazioni di cui al successivo paragrafo.

Se, tuttavia, le spese sono particolarmente elevate rispetto al reddito del nucleo familiare, l'assistito può richiedere un acconto, ai sensi dell'art. 6, comma 13, del D.M. 3/11/89, presentando la seguente documentazione:

- 1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare utilizzando il modello in uso presso l'Ufficio CEE del Distretto con cui si chiede l'erogazione di un acconto ai sensi dell'art. 6 comma 13 del D.M. del 3/11/1989;



- 2) Certificazione di specialista di struttura pubblica dalla quale si evinca chiaramente la diagnosi e la proposta motivata di ricorso a strutture sanitarie fuori dal territorio regionale;
 - 3) Situazione reddituale del nucleo familiare dell'anno precedente;
 - 4) Copia dell'autorizzazione rilasciata dalla Commissione Sanitaria Regionale;
 - 5) Preventivo delle spese di viaggio e/o trasporto;
 - 6) Preventivo di spesa rilasciato dal Centro di Cura dove deve recarsi per ricevere la prestazione sanitaria autorizzata, se trattasi di Centri altamente specializzati non convenzionati con il SSN.
 - 7) Copia della Tessera Sanitaria, del Documento di riconoscimento, copia/autocertificazione dello stato di famiglia in caso di minori ed eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado.
- Previa verifica della completezza della documentazione, la richiesta di acconto viene trasmessa all'Assessorato Salute per acquisire il parere della Commissione Sanitaria Regionale.
In ogni caso l'acconto non può superare complessivamente il settanta per cento del prevedibile rimborso spettante all'utente.

- RIMBORSO SPESE SANITARIE, DI VIAGGIO E SOGGIORNO -
COSA FARE PER ACCEDERE AI BENEFICI

- 1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare utilizzando il modello in uso presso l'Ufficio CEE del Distretto;
- 2) Copia dell'autorizzazione rilasciata dalla Commissione Sanitaria Regionale;



- 3) Relazione sanitaria, datata e firmata, rilasciata dal sanitario della struttura per cui si è stati autorizzati, attestante l'avvenuta prestazione;
- 4) Biglietti aerei e carte d'imbarco o biglietti della nave del paziente e dell'eventuale accompagnatore; biglietti dei mezzi pubblici utilizzati per tratte extraurbane, fatture di spese quietanzate o titoli equipollenti, in originale;
- N.B.** *In caso di ricovero di minori di anni 18 per ottenere la diaria giornaliera prevista per l'accompagnatore, occorre presentare documentazione da parte della Direzione Sanitaria del presidio che l'accompagnatore non ha soggiornato in ospedale con costi a carico del fondo ospedaliero (vitto e/alloggio).*
- 5) Fattura della prestazione sanitaria in caso di fruizione in regime di assistenza indiretta, con esclusione, in caso di ricovero ospedaliero, delle spese di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza;
- N.B.** In caso di prestazione all'estero, la fattura deve essere quietanziata e vistata dal Consolato Italiano che si trova nello Stato di cura ed inoltre occorre allegare **Attestazione** rilasciata dal predetto Consolato Italiano circa la natura pubblica della struttura dove l'utente si è recato, ovvero sulla natura privata senza scopo di lucro della struttura e che le tariffe applicate dalla predetta struttura sono approvate e controllate dalle autorità locali (come da art. 6, comma 5 D.M. 3/11/89).
- 6) Fatture di spesa che, in caso di prestazione all'estero, devono essere debitamente quietanzate e vistate dal Consolato italiano che si trova nello Stato estero di cura.
- Accertata la regolarità della documentazione, l'Azienda provvede a trasmetterla all'Assessorato Salute per acquisire il parere di rimborsabilità da parte della Commissione Sanitaria Regionale. Una volta acquisito il parere di rimborsabilità l'Azienda procederà al rimborso nelle percentuali stabilite dalla Commissione.



- TRATTAMENTI NEURORIABILITATIVI ALL'ESTERO -
COSA FARE PER RICHIEDERE AUTORIZZAZIONE

Infine sono previste forme di salvaguardia, in favore di soggetti portatori di handicap, per la copertura delle spese di soggiorno per cure neuroriabilitative presso centri all'estero di elevata specializzazione.

Il concorso ai costi da parte del S.S.R. potrà coprire il 100% della spesa rimasta a carico dell'assistito qualora il reddito del nucleo familiare, attestato tramite ISEE, sia inferiore a € 8.000; sarà, invece, pari all'80% per ISEE d'importo compreso tra € 8.000 e € 13.000.

Altri acconti sono concessi, su istanza dell'assistito, in base all'ISEE del nucleo familiare.

L'istanza per la relativa autorizzazione va presentata seguendo l'iter di cui al paragrafo **“COSA FARE PER RICHIEDERE AUTORIZZAZIONE PER CURE ALL'ESTERO”**.

COSA FARE PER ACCEDERE AL RIMBORSO SPESE SANITARIE, DI VIAGGIO E SOGGIORNO

Per ottenere il rimborso delle spese sanitarie, di viaggio e soggiorno sostenute per il trattamento riabilitativo presso il centro estero occorre presentare la seguente documentazione:

- 1) Istanza dell'assistito o di un suo familiare utilizzando il modello in uso presso l'Ufficio CEE del Distretto con cui si chiede l'erogazione di un acconto ai sensi dell'art. 6 comma 13 del D.M. del 3/11/1989;
- 2) Copia dell'autorizzazione rilasciata dalla Commissione Sanitaria Regionale;
- 3) Relazione sanitaria dalla quale si possa evincere la prestazione neuroriabilitativa effettuata;
- 4) Attestazione ISEE dell'anno precedente;
- 5) Fatture di spesa debitamente quietanzate e vistate dal Consolato italiano che si trova nello Stato estero di cura;



- 6) Attestazione rilasciata dal predetto Consolato Italiano circa la natura pubblica della struttura dove l'utente si è recato ovvero sulla natura privata senza scopo di lucro della struttura e che le tariffe applicate dalla stessa sono approvate e controllate dalle autorità locali (come da art. 6, comma 5 D.M. 3/11/89);
 - 7) Copie delle spese di viaggio e soggiorno sostenute dal paziente e dall'eventuale accompagnatore;
 - 8) Copia della Tessera Sanitaria, del Documento di riconoscimento, copia/autocertificazione dello stato di famiglia in caso di minori ed eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado;
- Previa verifica della completezza della documentazione, la richiesta di acconto è trasmessa all'Assessorato Salute per acquisire il parere della Commissione Sanitaria Regionale. Acquisito il parere, l'Azienda procederà al rimborso nella percentuale stabilita dalla predetta Commissione.

- AUTORIZZAZIONI A CICLI DI ADROTERAPIA PRESSO IL CNAO DI PAVIA E DI PROTONTERAPIA PRESSO OSPEDALE DI TRENTO -

Le autorizzazioni per prestazioni di Adroterapia presso il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia e prestazioni di Protonterapia presso l'Ospedale di Trento sono autorizzate direttamente da questa ASP.

Qualora l'assistito intenda usufruire dei benefici economici di cui alla L.R. 202/79, l'Azienda trasmetterà all'Assessorato Salute l'istanza preventiva dell'assistito unitamente alla documentazione sanitaria che attesta la necessità del trattamento e alla copia dell'autorizzazione rilasciata dall'ASP al fine di acquisire il parere della Commissione Sanitaria Regionale.



RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Regione Sicilia del 13 agosto 1979 n. 202
- Legge Regione Sicilia del 5 gennaio 1991 n. 3
- Legge Regione Sicilia del 23 luglio 1977 n. 66
- Legge Regione Sicilia del 22 aprile 1986 n. 20
- Decreto Ministero della Sanità del 3 novembre 1989
- Decreto Presidente Consiglio Ministri dell'1 dicembre 2000
- Decreto Assessore per la Sanità Regione Sicilia del 23 ottobre 2003
- Decreto Assessore per la Sanità Regione Sicilia n. 614 del 30 aprile 2002
- Direttiva Assessorato della Salute della Regione Sicilia del 6 aprile 2021 n. 17613.