

## CURE PER ALTA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO PROCEDURE DI AUTORIZZAZIONE E RIMBORSO

### PREMESSA

Il sistema delle cure per alta specializzazione all'estero è a tutt'oggi regolato, in termini generali, dal D.M. 13.11.1989, emanato in applicazione dell'art. 5 della L. 23.10.1985, n° 595.

La disciplina assume sin dall'epoca della sua adozione natura di strumento eccezionale destinato a regolare il fenomeno della migrazione sanitaria, che sul finire degli anni '80 e sul principio dei '90 si verificava a naturale compensazione di squilibri dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale.

Nell'ambito dell'Unione Europea al sistema delineato dalla normativa surrichiamata si affianca, attualmente, la disciplina di cui alla Direttiva CEE 2011/24/UE sulla "Applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera"<sup>1</sup>, in corso di recepimento in ambito nazionale, che profila in Europa sistemi alternativi e nuove tutele in materia di trasferimento per cure, ampliandone termini e modalità e denotando un radicale cambio di prospettiva.

Ciò precisato, va rilevato che l'originaria natura eccezionale delle disposizioni per cure all'estero rappresenta – al di fuori del sistema europeo – un connotato valido ancor oggi, sia perché l'assetto organizzativo e la qualità dell'assistenza, in ambito nazionale, risultano maggiormente allineati agli *standards* assistenziali esteri, sia perché resta valido il principio per cui il ricorso a tali cure deve esser regolato dallo Stato compatibilmente con i vincoli finanziari esistenti, essendo la sostenibilità economica un criterio imprescindibile per assicurare i livelli essenziali di assistenza.

Il decreto del 1989 è stato originariamente concepito per regolare la disciplina relativa alle prestazioni richieste "in forma indiretta", ovvero quelle per le quali l'interessato assume a proprio carico gli oneri nei confronti della struttura sanitaria estera, richiedendo poi il rimborso al Servizio Sanitario; ciò si verifica essenzialmente per l'assistenza in Paesi Esteri extra UE o non convenzionati con l'Italia, oppure nel caso di cure ottenute in strutture che erogano le proprie prestazioni privatamente e in assenza di regimi convenzionali con le Istituzioni sanitarie dei Paesi di competenza (anche in ambito UE o con Paesi convenzionati).

L'assistenza in forma diretta è invece quella erogata dai presidi pubblici o da quelli privati convenzionati di Paesi comunitari o con i quali vigono accordi bilaterali, su rilascio di appositi formulari, senza oneri a carico dell'assistito ad eccezione delle quote di compartecipazione (ticket) eventualmente previste dalla legislazione del Paese ospitante. I

---

<sup>1</sup> entrata in vigore il 25 aprile 2011 e da rendersi operativa in Italia – attraverso l'adozione delle disposizioni legislative, regolamentari o amministrative necessarie – entro la data del 25 agosto 2013. Le Regioni sono in attesa dell'emanazione della normativa nazionale di recepimento.



Regolamenti comunitari definiscono i presupposti e le condizioni alle quali è possibile recarsi in altro Paese dell'UE per ricevere cure.

Ai Paesi appartenenti all'Unione europea sono equiparati i Paesi dello Spazio Economico Europeo e la Confederazione Svizzera.

Come meglio specificato in seguito, a tale fattispecie si applicano alcune delle disposizioni di cui al D.M. 13.11.1989, secondo l'interpretazione resa dalla circolare ministeriale n° 33 del 12.12.1989. La predetta circolare si applica poi, per la parte compatibile e limitatamente ai soggetti tutelati, anche ai trasferimenti per cure in Paesi extra UE con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale, ove sia previsto e disciplinato il trasferimento per cure.



## 1. AVENTI DIRITTO

Le norme sull'autorizzazione per cure di alta specializzazione all'estero si applicano agli assistiti iscritti (iscrizione obbligatoria o volontaria) nell'anagrafe di una Azienda Unità Sanitaria Locale del Servizio Sanitario nazionale (cittadini italiani, comunitari, extra-comunitari).

## 2. PRESTAZIONI EROGABILI

Le prestazioni erogabili sono quelle di *diagnosi, cura e riabilitazione*, che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia e che non sono ottenibili tempestivamente o adeguatamente presso i presidi e i servizi di alta specialità italiani, nonché le prestazioni, anche non rientranti fra quelle di competenza dei presidi e servizi di alta specialità, individuate dal D.M. 24 gennaio 1990 "Identificazione delle classi di patologia e delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero", e dal D.M. 30 agosto 1991 "Integrazione all'elenco delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero".

È "*prestazione non ottenibile tempestivamente in Italia*" la prestazione per la cui erogazione le strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

È "*prestazione non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico*" la prestazione che richiede specifiche professionalità ovvero procedure tecniche o curative non praticate ovvero attrezzature non presenti nelle strutture italiane pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

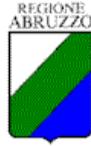
Le disposizioni sull'identificazione delle prestazioni autorizzabili si applicano all'assistenza in forma indiretta e a quella in forma diretta.

## 3. PROCEDIMENTO

### 3.1 Istanza

La procedura relativa all'autorizzazione della prestazione è regolata, in via generale, dall'art. 4 del D.M. 03.11.1989.

La domanda va presentata a cura dell'interessato presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale di iscrizione dell'assistito, corredata della proposta motivata di un medico specialista e recante l'indicazione del Centro estero prescelto per la prestazione. La proposta del medico specialista



**deve essere adeguatamente motivata in ordine all'impossibilità di fruire delle prestazioni in Italia tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico.**

E' valida la proposta del medico specialista sia pubblico che privato professionista<sup>2</sup>. La specializzazione deve attenersi, ovviamente, alla branca in cui rientra la patologia da cui è affetto l'assistito.

Il medico specialista (pubblico o privato), deve operare esclusivamente sul territorio nazionale, non potendosi ammettere proposte di professionisti che operano all'estero (come accade nel caso che l'assistito abbia già assunto contatti con medici del Centro estero prescelto)<sup>3</sup>.

Alla domanda va allegata la documentazione sanitaria relativa al caso clinico, per una completa valutazione dei presupposti e delle condizioni per ottenere l'autorizzazione al trasferimento all'estero, nonché la documentazione che attesti l'impossibilità di ricevere cure tempestive sul territorio nazionale o l'insussistenza di strutture idonee ad eseguire le prestazioni necessarie.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale competente è tenuta:

- 1) a verificare la regolarità formale dell'istanza;
- 2) a trasmetterla al Centro regionale di riferimento competente per branca specialistica.

I competenti Uffici delle AUSL sono tenuti ad effettuare la trasmissione delle istanze per cure all'estero ai Centri di riferimento con la massima tempestività possibile.

A tal fine gli Uffici competenti delle Aziende Unità Sanitarie Locali e i Centri Regionali di riferimento si dotano di mezzi adeguati per la tempestiva trasmissione delle pratiche, che garantiscano la certezza degli invii e delle ricezioni e il rispetto delle disposizioni per la tutela dei dati sensibili, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i..

### **3.2 Autorizzazione – procedura ordinaria**

#### **Competenze generali del Centro regionale di riferimento**

L'autorizzazione all'esecuzione delle cure all'estero è concessa dal Centro regionale di riferimento<sup>4</sup> (in caso di assistenza indiretta) o dalla AUSL di iscrizione dell'assistito su parere del Centro regionale di riferimento competente per branca specialistica. Il provvedimento del CRR legittima l'esecuzione delle cure con il sistema dell'assistenza indiretta, ovvero il rilascio, da parte della Azienda Unità Sanitaria Locale, dei modelli (S2 - ex E112 - o analoghi) che garantiscono l'assistenza in forma diretta nei Paesi convenzionati o UE<sup>5</sup>.

Al Centro regionale di riferimento compete l'accertamento della sussistenza dei presupposti sanitari - che legittimano l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero e l'erogazione del concorso nelle relative spese - e ogni altra valutazione di natura tecnico-sanitaria, comunque connessa al trasferimento per cure all'estero.

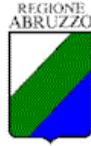
---

<sup>2</sup> Sito internet Ministero della Salute – Trasferimento all'estero per cure di altissima specializzazione.

<sup>3</sup> Ad esempio, gli specialisti della struttura estera individuata per l'esecuzione delle prestazioni.

<sup>4</sup> di seguito anche CRR

<sup>5</sup> Circolare del Ministero della Sanità del 12/12/1989, n° 33.



In caso di autorizzazione per cure in regime di assistenza indiretta la valutazione del CRR è obbligatoria e vincolante per l'Azienda USL; in tal caso, infatti, il D.M. 03.11.1989 stabilisce che il Centro di riferimento **autorizza o meno le prestazioni** presso il centro estero di altissima specializzazione prescelto, dandone comunicazione all'Azienda sanitaria locale competente.

In caso di autorizzazione per cure in regime di assistenza diretta la valutazione del CRR ha natura di parere obbligatorio ma non vincolante. Pertanto l'Azienda Unità Sanitaria Locale competente, acquisito il parere del CRR, provvede o meno al rilascio del formulario; deve tuttavia adeguatamente motivare l'eventuale decisione difforme da quella, positiva o negativa, assunta dal CRR<sup>6</sup>.

La decisione del Centro regionale di riferimento - secondo quanto reiteratamente chiarito in circolari e comunicazioni del Ministero della Salute - è connotata da ampia discrezionalità, costituendo, in base all'interpretazione offerta dalla giurisprudenza amministrativa, un *“apprezzamento connotato da elevato tasso di discrezionalità “tecnica” circa l'idoneità del personale, delle attrezzature e dei protocolli terapeutici a disposizione del SSN”*<sup>7</sup>. Il Centro è infatti l'unico organo legittimato a valutare la sussistenza dei presupposti necessari per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure<sup>8</sup>. In proposito, nel rimarcare l'autonomia di tale decisione, va altresì sottolineato che essa è autonoma anche dalla pretesa e dalle aspettative dell'interessato, suscettibili di essere influenzate da fattori diversi dalla effettiva attribuibilità - rispettivamente al centro estero di cura e alla metodologia terapeutica offerta - del valore di struttura di alta specializzazione o del riconoscimento derivante da oggettivi riscontri nell'ambito della letteratura scientifica.

Il CRR valuta la sussistenza delle condizioni e dei presupposti sanitari di concedibilità dell'autorizzazione, ovvero l'impossibilità di fruire in Italia, tempestivamente o in forma adeguata al caso clinico, delle prestazioni richieste.

Nell'esercizio di tale funzione, il CRR può richiedere, direttamente o tramite l'Azienda USL, ulteriore documentazione all'interessato, ovvero convocarlo ai fini della propria valutazione medica.

Spetta a tale Organismo:

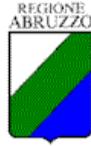
- **valutare** la natura delle prestazioni erogabili, come sopra chiarito al paragrafo 2.

Si rimarca in proposito che occorre vagliare che si tratti di prestazioni erogabili dai presidi di alta specialità e/o che ricorrono le patologie e prestazioni di cui al D.M. 24 gennaio 1990 *“Identificazione delle classi di patologia e delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero”* e al D.M. 30 agosto 1991 *“Integrazione all'elenco delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero”*, D.M. 31 marzo 2008 *“Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'articolo 20 della legge 1° aprile 1999, n. 91”*.

<sup>6</sup> Circolare Ministero della Sanità n° 33 del 12.12.1989.

<sup>7</sup> Ex multis, Consiglio di Stato, Sez. V, sent. 29.01.2004 n. 309.

<sup>8</sup> Vedasi fra l'altro, anche nell'ipotesi di assistenza diretta in ambito UE, la circolare 12.12.1989, n. 33



E' tuttavia in facoltà del Centro autorizzare anche prestazioni non ricomprese in tali decreti, ai sensi della circolare ministeriale n° 1000/IX/COMP3/471 del 20.02.1995, che ha introdotto la speciale categoria dei “**casi particolari**”: situazioni residuali per cui è necessaria la verifica dell'insussistenza, sul territorio nazionale, di trattamenti adeguati alla peculiarità del caso clinico, che richiede specifiche professionalità o procedure tecniche o curative o attrezzature non disponibili in Italia;

- **verificare** l'impossibilità che gli assistiti ricevano adeguato trattamento presso le strutture nazionali, e perché richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia<sup>9</sup>, e/o perché non sono ottenibili tempestivamente sul territorio nazionale<sup>10</sup>; ove il CRR ritenga che la prestazione possa essere assicurata da struttura pubblica o convenzionata in Italia, nei tempi previsti dai Decreti sopra citati, deve darne indicazione espressa nel provvedimento di diniego;
- **valutare** l'appropriatezza della struttura estera che dovrebbe eseguire le prestazioni sanitarie tenendo presente che ai sensi del D.M. 03.11.1989 “*è da considerarsi centro di altissima specializzazione la struttura estera, notoriamente riconosciuta in Italia, che sia in grado di assicurare prestazioni sanitarie di altissima specializzazione e che possenga caratteristiche superiori paragonate a standards, criteri e definizioni propri dell'ordinamento sanitario italiano*”;
- **attivare**, laddove necessario, contatti diretti o indiretti tramite il Consolato italiano competente o eventuali Centri di riferimento all'estero, con le strutture prescelte per concordare tempi e modi delle prestazioni e ricoveri, ovvero per definire le modalità di gestione della fase precedente o successiva al trattamento (esami e diagnostica eseguibile in Italia, controlli successivi, ecc.).

### 3.3 Competenze del CRR - Valutazione della tempestività

I tempi massimi di attesa per l'esecuzione del trattamento sono indicati nei Decreti Ministeriali 24.01.90 e 31.08.91 (per i trapianti, si rinvia al D.M. 31.03.2008).

Il D.M. 24 gennaio 1990 precisa, tuttavia, che i centri regionali di riferimento possono autorizzare, in presenza di particolari e gravi situazioni cliniche, le prestazioni all'estero anche in deroga ai predetti limiti, **con provvedimento dal quale devono emergere, sulla base di dettagliate informazioni cliniche, i motivi del prevalere del giudizio clinico sui limiti temporali di riferimento.**

---

<sup>9</sup> È considerata "prestazione non ottenibile tempestivamente in Italia" la prestazione per la quale le strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza sanitaria di assicurare con immediatezza la prestazione stessa senza compromettere gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero precludere la possibilità dell'intervento.

<sup>10</sup> E' considerata "prestazione non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico" la prestazione che richiede, in relazione al peculiare caso clinico, specifiche professionalità ovvero procedure tecniche o curative non praticate ovvero attrezzature non presenti nelle strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.



Il D.M. 30 agosto 1991 specifica, ai fini della valutazione della tempestività di cui all'art. 2 del D.M. 03.11.1989, che l'interessato deve dimostrare di essere in lista di attesa, presso almeno due strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto dal decreto ministeriale 24 gennaio 1990 e successive modificazioni (art. 2).

Nel caso specifico di cui all'art. 7, comma 2 del D.M. 03.11.1989 (prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza – vedi più avanti, par. 6.2), oltre al requisito di cui al punto 2), occorre che l'interessato dimostri di aver attivato, prima di recarsi all'estero, le procedure per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure<sup>11</sup>.

### **3.4 Competenze del CRR - Centro estero di cura**

Il Centro regionale di riferimento, qualora non fosse possibile autorizzare le prestazioni presso il centro estero prescelto, può autorizzare, se richiesto, le prestazioni stesse presso un **diverso centro estero**, fornendone adeguata motivazione.

### **3.5 Competenze del CRR - Autorizzazione del trasporto o del viaggio**

Il CRR, oltre a valutare l'esistenza dei presupposti e delle condizioni dell'autorizzazione, si esprime anche sulle modalità di trasferimento, autorizzando il "trasporto" dell'assistito con il mezzo ritenuto più idoneo o il "viaggio" con il mezzo aereo.

A riguardo occorre distinguere<sup>12</sup>:

- il "trasporto dell'infermo", laddove l'assistito non sia in condizione di viaggiare con volo di linea, nave o treno e necessiti di trasporto con autambulanza, aereo sanitario, volo barellato o auto pubblica o privata;
- il "viaggio dell'infermo", quando il soggetto raggiunge la struttura estera in treno, in nave in aereo o con auto pubblica o privata: in base alla norma il Centro regionale di riferimento è tenuto ad autorizzare preventivamente, ove ne ritenga necessario l'uso, solo il mezzo aereo<sup>13</sup>.

### **3.6 Competenze del CRR - Autorizzazione dell'accompagnatore**

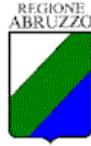
Il Centro si esprime anche sulla necessità della presenza di un accompagnatore, relativamente ai minori e ai maggiorenni non autonomi, autorizzandone il trasporto o il viaggio, che sarà parzialmente rimborsato come previsto al paragrafo 5.1.2. Tale autorizzazione è

---

<sup>11</sup> Vedasi anche, a riguardo, la circolare del Ministero della Sanità n° 10001COMP3/1661 del 1993

<sup>12</sup> circolare del Ministero della Sanità n° 10001COMP3/1721 del 15.06.1991

<sup>13</sup> Per i criteri di rimborso delle spese di trasporto o di viaggio, a seconda del mezzo autorizzato, vedi infra, par. 5.1.2



concessa in presenza di condizioni di limitata autonomia dell'interessato, permanenti o connesse allo stato patologico anteriore o successivo all'intervento.

Non può essere autorizzata, conseguentemente e di norma, la presenza dell'accompagnatore per pazienti autosufficienti che si recano all'estero per controlli periodici.

Il provvedimento di autorizzazione al viaggio o trasporto dell'eventuale accompagnatore, salvo quando l'assistito sia minore di età, deve essere adeguatamente motivato.

### **3.7 Competenze del CRR - Autorizzazioni per controlli successivi all'intervento**

Le cure di mantenimento e di controllo, anche se riferite a precedente cura autorizzata, devono essere sempre autorizzate previamente dal CRR e dalla AUSL.

Ai fini delle autorizzazioni per i controlli successivi ad interventi eseguiti in strutture estere, è opportuno che il CRR assuma i necessari contatti con le medesime affinché forniscano ogni elemento necessario a chiarire i protocolli terapeutici successivi, da eseguirsi preferibilmente in Italia, sussistendone le condizioni sotto il profilo tecnico e professionale, eventualmente in strutture sanitarie in collegamento con le strutture estere.

I requisiti generali di autorizzazione dovranno essere verificati con rigore anche nell'ipotesi di autorizzazione per controlli successivi ad interventi all'estero, laddove sia chiaro, in relazione alla natura della prestazione o delle prestazioni necessarie, a fini di controllo, che esse possano essere eseguite anche sul territorio nazionale.

### **3.8 Competenze del CRR - Provvedimento di diniego**

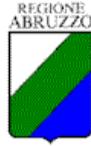
Al provvedimento di diniego espresso dal Centro regionale di riferimento e alla conseguente comunicazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale, si applica il principio generale dell'obbligo di motivazione espressa.

La necessità della motivazione è stata ribadita in talune sentenze e argomentata in particolare per l'ipotesi in cui il CRR ritenga che le prestazioni terapeutiche possano essere adeguatamente rese anche da strutture del sistema sanitario nazionale: nel qual caso grava sulla struttura pubblica l'obbligo di informare il cittadino circa le strutture sanitarie di alta o altissima specializzazione esistenti in Italia idonee a fornire, per le patologie lamentate, le stesse prestazioni specialistiche di cui si richiede l'esecuzione all'estero.

Tale obbligo specifico di informazione è espressamente stabilito per i portatori di handicap che richiedono prestazioni di neuroriabilitazione in strutture estere.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Art. 5, comma 1, D.P.C.M. 01.12.2000.



### **3.9 Forma del provvedimento del CRR**

Il CRR si avvale del Modello TRS.01. Laddove le motivazioni richieste dalla vigente normativa o da formalizzarsi a giudizio dei soggetti responsabili non possano essere inserite nel modello, il Centro si avvale di fogli a parte da allegare al modello TRS.01, in cui risultino espresse, con l'ampiezza descrittiva ritenuta necessaria, tutte le valutazioni compiute ai fini della decisione sulla domanda. I fogli acclusi sono corredati dalla data, dal timbro e dalla sottoscrizione dei soggetti competenti al rilascio (o diniego) dell'autorizzazione.

### **3.10 Competenze generali della Azienda Unità Sanitaria Locale**

L'Azienda USL di iscrizione dell'assistito:

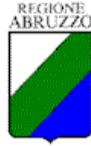
- riceve l'istanza, ne verifica la regolarità formale e la trasmette tempestivamente al CRR competente per branca specialistica;
- in caso di assistenza indiretta acquisisce il provvedimento del CRR e lo comunica formalmente all'interessato; se il provvedimento è di diniego, la comunicazione deve contenere la motivazione, anche *per relationem*, e indicare i mezzi di tutela esperibili, l'Autorità a cui proporre eventuale ricorso e i termini per proporlo;
- in caso di assistenza diretta in ambito UE o Paesi Convenzionati autorizza la prestazione, in conformità o meno al parere espresso dal CRR, rilasciando in caso positivo il formulario (S2 o altro); il provvedimento, ove non conforme al parere del CRR, deve essere adeguatamente motivato.

### **3.11 Competenze della Azienda Unità Sanitaria Locale - Acconti**

La Azienda USL competente può concedere acconti sul prevedibile rimborso spettante all'assistito autorizzato, anche prima del trasferimento all'estero o del rientro in Italia, in considerazione della particolare entità della presumibile spesa o delle modalità di pagamento in uso presso la struttura estera; l'acconto può essere concesso entro il limite massimo del 70 % della spesa prevedibile. L'acconto può essere concesso su richiesta dell'interessato, che ha l'onere di produrre preventivi di spesa o altra idonea documentazione della struttura estera prescelta, al fine di provvedere ad una congrua quantificazione.

## **4. TRAPIANTI ALL'ESTERO**

Nei casi di trapianto all'estero, si applicano le speciali disposizioni di cui al D.M. 31 marzo 2008 "Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'articolo 20



della legge 1° aprile 1999, n. 91”, oltre circolari ministeriali esplicative, a cui si rinvia integralmente.

## 5. RIMBORSO

### 5.1 Spese ordinariamente rimborsabili

Regola generale è che il concorso nella spesa è riconosciuto solo per le prestazioni autorizzate.

Ai sensi del D.M. 03.11.1989 sono ritenute ordinariamente rimborsabili le spese di carattere strettamente sanitario, che consistono:

- 1) nelle prestazioni sanitarie (spese sostenute per onorari professionali, degenza, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci, protesi ed endoprotesi, ecc.).
- 2) nelle spese per il trasporto dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, con il mezzo preventivamente autorizzato<sup>15</sup>.

#### 5.1.1 Spese di carattere strettamente sanitario: per prestazioni sanitarie

Tali spese sono ordinariamente rimborsabili nella misura dell'80% se sostenute presso centri di natura pubblica ovvero presso centri di natura privata senza scopo di lucro le cui tariffe siano approvate o controllate dalle locali autorità sanitarie competenti. Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute presso centri diversi da quelli sopra richiamati sono rimborsate nella misura dell'80%, fermo restando che il rimborso non può comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe diritto, per analoghe prestazioni, presso i centri sopra citati.

Tali condizioni (natura pubblica del centro erogante – natura privata, mancanza dello scopo di lucro o tariffe approvate o controllate dalle locali autorità sanitarie competenti – natura privata e indicazione delle tariffe praticate dalle locali istituzioni pubbliche o private controllate) devono risultare da **certificazione vistata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane**, che deve necessariamente essere prodotta ai fini del rimborso della spesa.

La percentuale di rimborso deve essere calcolata al netto delle quote di partecipazione alla spesa eventualmente previste in generale dagli istituti o enti pubblici assistenziali dello Stato estero nei confronti dei propri assistiti, ma al lordo degli oneri fiscali eventualmente in uso nel Paese di cura nei confronti dei propri assistiti.

Le spese per prestazioni libero professionali, comprese quelle fruitive in regime di ricovero ospedaliero, sono rimborsate nella misura del 40%.

---

<sup>15</sup> Art. 6 D.M. 03.11.1989 - Circolare Ministero della Sanità n° 1000 1 COMP3/1721 del 15.06.1991



In applicazione di un criterio espresso dal Ministero della Sanità in materia di concorso in deroga ai sensi dell'art. 7, comma 4, D.M. 03.11.1989<sup>16</sup>, le spese per farmaci sono rimborsabili nei limiti della somministrazione durante il ricovero presso la struttura estera che eroga la prestazione.

In caso di prescrizione di farmaci da parte del Centro estero di altissima specializzazione, a valere successivamente al ricovero, l'interessato dovrà acquisirli in Italia, in applicazione delle regole generali.

Ove si tratti di farmaci irreperibili sul territorio nazionale la AUSL, per il tramite della Regione a cui trasmetterà apposito chiaro quesito, prima di ammettere la spesa a concorso, dovrà acquisire il parere del competente Servizio del Ministero della Salute.

Non può in alcun caso esser ammesso il rimborso per spese farmaceutiche relative a farmaci non prescritti dal Centro estero<sup>17</sup>.

Analogamente, le spese per protesi di cui al D.M. 03.11.1989 sono rimborsabili nei limiti in cui siano incluse nel trattamento praticato dalla struttura estera e con esclusione di quelle che – in applicazione della normativa nazionale – sarebbero a carico dell'utente. Premesso ciò, si chiarisce che in ogni caso non può esser ammesso il rimborso per spese relative a materiale protesico o similare che non risulti espressamente richiesto dal Centro estero di cura.

### **5.1.2 Spese di carattere strettamente sanitario: di trasporto o viaggio**

L'art. 6 del D.M. 03.11.1989 include fra le spese di carattere strettamente sanitario le spese per il trasporto ovvero le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, purché preventivamente autorizzate.

Il D.M. 03.11.1989 e le successive circolari ministeriali esplicative si basavano sul presupposto che il viaggio aereo fosse – in via generale – quello in assoluto più costoso<sup>18</sup>; conseguentemente, prevedevano l'autorizzazione specifica del CRR e limitazioni varie alla concessione della specifica autorizzazione, che doveva essere esclusa, per es., nei casi non urgenti e per le visite di controllo.

Attualmente, pur ritenendosi necessaria la preventiva autorizzazione del mezzo aereo e le regole relative al rimborso di cui al citato D.M., i limiti all'autorizzabilità dell'uso del mezzo aereo possono essere superati laddove sussistano oggettive possibilità di collegamento a tariffe simili o inferiori a quelle richieste per mezzi alternativi; spetta tuttavia all'interessato fornire evidenza oggettiva della maggiore economicità del mezzo aereo utilizzato rispetto alla tariffa ferroviaria o marittima.

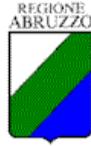
Ciò premesso, le spese in questione sono rimborsabili come segue:

---

<sup>16</sup> Circolare Ministero della Sanità n° 1000- 1 - COMP3/1661 del 1993.

<sup>17</sup> Come nel caso, frequente, di farmaci da banco o altri farmaci, acquistati autonomamente.

<sup>18</sup> Circolare n° 1000.1 COMP 3/1721 del 15.06.1991.



- l'80 % delle spese di trasporto dell'assistito e dell'accompagnatore, col mezzo previamente autorizzato, se si tratta di autoambulanza, aereo sanitario o volo barellato; l'80 % del costo della tariffa ferroviaria e/o marittima più economica se si tratta di auto pubblica o privata;
- l'80 % delle spese di viaggio per l'assistito e l'eventuale accompagnatore, in classe turistica, con il mezzo aereo preventivamente autorizzato; l'80% della tariffa ferroviaria e/o marittima più economica se con altro mezzo; pertanto, laddove l'interessato abbia effettuato il viaggio con auto privata, preventivamente autorizzato, non deve essere rimborsato sulla base delle spese di carburante o pedaggi eventualmente pagati, salvo il caso di seguito descritto e sempre che tale costo sia inferiore alla tariffa parametro;
- in mancanza di preventiva autorizzazione, o nel caso in cui sia stato autorizzato il mezzo aereo ma l'interessato abbia utilizzato un mezzo diverso, le spese sostenute e documentate per il trasporto o per il viaggio sono rimborsate nella misura dell'80% delle stesse e comunque per un importo non superiore a quello dell'80% della tariffa ferroviaria e/o marittima più economica.

Le spese di trasporto e di viaggio con il mezzo aereo dell'accompagnatore non possono essere rimborsate se non risultano autorizzate, con adeguata motivazione, dal CRR<sup>19</sup>.

Il rimborso delle spese di viaggio è rigorosamente limitato alla tariffa come sopra indicata e non si estende alle spese accessorie sostenute (mezzi per raggiungere l'aeroporto – parcheggi – pernottamenti imposti da scali, ecc.). Tali spese non possono essere computate a rimborso neppure ai sensi dell'art. 7, commi 3 e 4, del D.M. 03.11.1989.

## 5.2 Spese ordinariamente non rimborsabili

Non sono rimborsabili<sup>20</sup>:

- in caso di ricovero ospedaliero, le spese di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza;
- le spese di soggiorno nella località estera<sup>21</sup>;
- le spese accessorie a quelle di viaggio.

---

<sup>19</sup> La motivazione non è necessaria nel caso in cui l'assistito sia un minore di età.

<sup>20</sup> Si rileva in proposito che in via generale L. 23-10-1985 n. 595, art. 3, comma 5, che stabilisce che "con decreto del Ministro della sanità ... sono previsti i criteri di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. Con lo stesso decreto sono stabiliti i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa a carico dei bilanci delle singole unità sanitarie locali. **Non può far carico al fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario**".

<sup>21</sup> Salvo che nelle ipotesi di cui al paragrafo 7.



### 5.3 Indicazioni per il computo delle spese

Le Aziende Unità Sanitarie Locali valutano, ai fini di rimborso, solo le spese documentate con fatture quietanzate o titoli equipollenti, in originale, secondo le norme e gli usi locali, intestate ai potenziali beneficiari.

Al fine, è onere del richiedente produrre documenti che costituiscano titoli idonei (fatture quietanzate, ricevute, bonifici con indicazione chiara e comprensibile della causale) e da cui si possa evincere l'imputabilità alle categorie di spesa per cui la norma ammette il rimborso e ai soggetti che per legge possono beneficiarne: laddove sussista dubbio sul creditore, sull'imputazione della spesa, sull'ammontare, sull'intestazione al beneficiario, in mancanza di chiarimenti documentali da parte dell'interessato (che può avvalersi di eventuali attestazioni della struttura estera di cura) la spesa non potrà essere computata ai fini del rimborso.

In ordine alle tariffe praticate dalle strutture di cura dovrà acquisirsi debitamente la documentazione delle Autorità diplomatiche o consolari competenti come descritto al paragrafo 5.1.1..

Eventuale documentazione in lingua straniera da valutarsi a fini di rimborso, non comunemente intelligibile e in ordine alla quale non risulti l'attestazione delle autorità diplomatiche o consolari competenti, dovrà esser munita di traduzione ai sensi della normativa vigente, a cura dell'interessato.

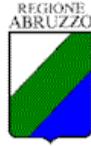
### 5.4 Procedura ordinaria di rimborso

La richiesta di rimborso è avanzata dall'interessato direttamente all'Azienda Unità Sanitaria Locale. Se l'interessato la invia al CRR, questo provvederà a trasmetterla tempestivamente alla AUSL. Alla domanda devono essere allegate le fatture quietanzate o altri titoli equipollenti secondo le norme o gli usi locali, in originale, **unitamente alla documentazione sanitaria relativa alle prestazioni fruite e disponibili (copia cartella clinica, referti, ecc.).**

Nel caso di procedura ordinaria di rimborso i soggetti competenti sono esclusivamente l'Azienda Unità Sanitaria Locale e i Centri regionali di riferimento. L'Azienda Unità Sanitaria Locale deve disporre la liquidazione all'interessato del concorso nella spesa dopo aver richiesto ed acquisito il parere del CRR sulle spese sanitarie rimborsabili ed in conformità allo stesso. L'Azienda può concedere concorsi su spese non ritenute rimborsabili dal CRR, con provvedimento congruamente motivato; in tal caso copia del provvedimento dovrà essere trasmessa alla Regione (art. 6 del D.M. 03.11.1989).

L'Azienda Unità Sanitaria Locale è responsabile della liquidazione; compete ad essa pertanto la verifica della completezza e della regolarità formale dell'istanza e in generale ogni incombenza di carattere procedurale – amministrativo, ai fini della corretta istruttoria della pratica e del rimborso.

I Centri di riferimento sono tenuti a fornire il parere ai sensi dell'art. 6 del D.M. 03.11.1989 in quanto, con particolare riguardo alle spese di carattere strettamente sanitario



(prestazioni professionali, protesi, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci), sono gli organismi competenti a valutarne la congruità con le esigenze terapeutiche dell'assistito nell'ambito del trattamento erogato dalla Struttura estera, dovendosi rigorosamente escludere le spese che non attengono alla prestazione autorizzata.

La richiesta di parere della AUSL al CRR dovrà essere formulata, preferibilmente, attraverso una scheda riepilogativa in cui risultino indicate analiticamente le spese sanitarie prodotte a rimborso, eliminando le voci di spesa di cui sia certa la non rimborsabilità ai sensi della normativa vigente.

Laddove sussista dubbio sulla rimborsabilità di una voce di spesa di carattere sanitario, la AUSL rimetterà la valutazione al CRR, formulando se del caso uno specifico quesito.

## 6. DEROGHE ALLE PROCEDURE ORDINARIE DI AUTORIZZAZIONE E RIMBORSO

### **6.1 Autorizzazione in urgenza del CRR di altra regione (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 1)**

In caso di gravità ed urgenza nonché in caso di ricovero in ospedale ubicato in una regione diversa da quella di appartenenza, il Centro regionale di riferimento, nel cui territorio è presente l'assistito, può autorizzare direttamente, in deroga alla procedura di cui all'art. 4 del D.M. 03.11.1989, le prestazioni all'estero, dandone tempestiva comunicazione all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente.

### **6.2 Comprovata ed eccezionale gravità e urgenza – deroga dall'obbligo di preventiva autorizzazione (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 2)**

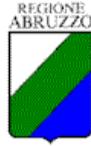
In caso di prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza ivi comprese quelle usufruite dai cittadini che si trovino già all'estero, si prescinde dalla preventiva autorizzazione<sup>22</sup>.

Perché l'autorizzazione sia concessa, sia pure successivamente, il Centro competente deve verificare la sussistenza dei presupposti e delle condizioni di cui all'art 2 del D.M. 03.11.1989, da compiersi nel rispetto delle prescrizioni di cui all'art. 2 del D.M. 30 agosto 1991<sup>23</sup>. Tali prescrizioni consentono di fornire oggettività alla richiesta, in quanto

---

<sup>22</sup> Circolare della Commissione Centrale del Ministero della Salute "Relazione sull'art. 7 del D.M. 03.11.1989"

<sup>23</sup> "Nella previsione di cui al comma 2 dell'art. 7 del D.M. 3 novembre 1989 del Ministro della sanità .. concernente le prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza, ivi comprese quelle usufruite dai cittadini che si trovino già all'estero, rientrano esclusivamente i casi per i quali l'assistito compri la sussistenza, al momento del



l'impossibilità di fruire della prestazione non può ritenersi dimostrata a posteriori sulla base di teoriche liste di attesa. I presupposti e le condizioni devono sussistere al momento del trasferimento all'estero, o, quando l'assistito si trovi già all'estero, nel momento in cui usufruisce delle prestazioni.

L'assistito è tenuto a comprovare con idonea documentazione la sussistenza delle condizioni e dei presupposti all'atto della domanda, dimostrando:

- di essere in lista di attesa, presso almeno due strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto dal D.M. 24 gennaio 1990 e successive modificazioni; nonché di aver attivato, prima di recarsi all'estero, le procedure per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure;
- di non aver eventualmente potuto rispettare i tempi di attesa per la particolare e grave situazione clinica;
- di non aver potuto ottenere la prestazione in Italia per mancanza della specifica professionalità necessaria o perché non sono praticate le occorrenti procedure tecniche o curative o perché non sussiste una specifica tecnologia.

L'urgenza non può essere riferita all'acuzie, in quanto ai sensi dell'art. 1 del D.M. 24.01.1990 *“la patologia acuta va in ogni caso affrontata sul territorio nazionale”*.

Non rientrano nella previsione di cui all'art. 7, comma 2, e pertanto non possono essere successivamente autorizzate e ammesse a rimborso:

- le prestazioni per patologie acute, imprevedute o imprevedibili, che si manifestano durante un soggiorno all'estero;
- le prestazioni per patologie acute connesse ad infortunio verificatosi all'estero;
- le prestazioni per patologie preesistenti al trasferimento all'estero, per cui non risulti comprovata l'oggettiva impossibilità di fruirne in Italia.

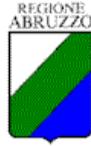
E' in ogni caso da escludersi che tale norma sia applicata per sanare la situazione di chi, per sua libera scelta e non per accertata oggettiva impossibilità di usufruire della prestazione in Italia, si sia rivolto ad una struttura estera.

La valutazione sulla sussistenza dei presupposti e condizioni ed il parere sulle spese rimborsabili sono espressi dal CRR territorialmente competente sentita la Regione, che si pronuncia attraverso la Commissione Regionale istituita ai sensi del D.M. 13.05.1993.

Il CRR trasmetterà, **per il tramite della AUSL competente al rimborso**, in forma di proposta, il proprio parere ai fini della valutazione della Commissione regionale. Il parere del CRR, così trasmesso alla Regione per la valutazione, dovrà recare indicazione espressa in

---

*trasferimento all'estero, dei presupposti e delle condizioni di cui all'art. 2 del predetto decreto ministeriale 3 novembre 1989 (dimostrazione di essere in lista di attesa, presso almeno due strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto dal decreto ministeriale 24 gennaio 1990 e successive modificazioni) e l'attivazione, prima di recarsi all'estero, delle procedure per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure”*



ordine a ciascuno degli elementi richiesti per il rilascio dell'autorizzazione, ovvero motivare le ragioni del diniego in caso contrario.

L'Azienda USL competente dovrà trasmettere una scheda analitica contenente:

- 1) generalità dell'assistito e dell'eventuale rappresentante legale;
- 2) patologia;
- 3) struttura estera presso cui è avvenuta la prestazione e tipologia di intervento effettuato;
- 4) durata dell'intervento/ permanenza presso la struttura estera;
- 5) scheda analitica delle spese sanitarie prodotte a rimborso, debitamente documentate ai sensi della normativa vigente (in valuta estera ed euro, calcolati al cambio del giorno di effettuazione delle relative spese);
- 6) copia della domanda di rimborso dell'interessato;
- 7) proposta del CRR, contenente:
  - a) valutazione della eccezionale gravità e urgenza;
  - b) valutazione della sussistenza dei presupposti e condizioni per il trattamento all'estero (art. 2 D.M. 03.11.1989);
  - c) verifica delle condizioni di cui all'art. 2 del D.M. 30.08.1991;
  - d) verifica della erogabilità delle prestazioni fruite, ai sensi del D.M. 24.01.1990 e successivi;
  - e) controllo analitico sulle spese di carattere sanitario e parere sulla loro rimborsabilità;
  - f) eventuali motivazioni fornite dall'interessato sulla mancanza di preventiva autorizzazione.

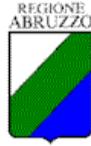
In tale fattispecie l'interessato deve presentare la domanda di rimborso all'Azienda sanitaria locale competente **entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa a pena di decadenza dal diritto al rimborso**. Ai fini del computo dei tre mesi, il termine decorre dalla data di effettuazione dell'ultima spesa documentata riferita alla prestazione per cui è richiesta l'applicazione della deroga.

In applicazione di tale criterio le Aziende Unità Sanitarie Locali sono tenute a verificare l'eventuale intervenuta decadenza, e a procedere in tal caso alla conforme conclusione del procedimento senza attivare la Commissione Regionale.

Ove la Commissione Regionale sia attivata, in mancanza di riscontri documentali oggettivi relativi alla verifica della tempestività della domanda, il parere sarà reso presumendone la tempestività e senza alcuna efficacia sanante rispetto all'eventuale intervenuta decadenza, che è comunque onere della AUSL verificare.

La Commissione Regionale si esprime nel termine di trenta giorni dal ricevimento della pratica; tale termine, ove fosse necessario acquisire elementi istruttori o integrazioni, è interrotto per il tempo necessario, e torna a decorrere, per un massimo di ulteriori venti giorni, dal ricevimento delle integrazioni.

Acquisito il parere della Commissione regionale, l'Azienda USL procede all'eventuale liquidazione secondo le procedure correnti.



### **Urgenza in caso di assistenza diretta (circolare ministeriale n.33 del 12.12.1989)**

Nel caso in cui la comprovata eccezionale gravità e urgenza si riferisca a un caso di richiesta di assistenza in forma diretta, l'Azienda Unità Sanitaria Locale può, **previa valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del CRR**, rilasciare a posteriori il modello autorizzativo, su richiesta dell'interessato o dell'istituzione estera, ovvero procedere, al rientro dell'assistito in Italia, al rimborso delle spese sostenute secondo le tariffe di rimborso applicate dall'istituzione estera competente<sup>24</sup>.

### **6.3 Deroghe al concorso nella spesa – assistenza indiretta (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 3)**

Qualora le spese che restano a carico dell'assistito siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso, la Regione<sup>25</sup> determina il concorso complessivo massimo erogabile, in deroga ai criteri di cui all'art. 6 del D.M. 03.11.1989.

In tal caso, l'assistito deve formulare apposita domanda all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente, integrandola della documentazione idonea a dimostrare la speciale onerosità della spesa residua in relazione al reddito del nucleo familiare.

Ai fini della deroga, stante il tenore della disposizione, è necessario:

- che le spese residuali siano particolarmente elevate di per sé;
- che esse siano elevate anche in relazione all'entità del reddito del nucleo familiare;
- che nel considerare l'entità della spesa residuale si tenga conto della valutazione degli oneri già rimborsati direttamente o indirettamente dal Servizio Sanitario. Tenendo conto degli oneri direttamente o indirettamente rimborsati dallo Stato, dovrebbero essere escluse dalla deroga le spese residuali di importo modesto, anche nel caso di redditi familiari minimi.

### **Condizioni per la ammissibilità della domanda di rimborso in deroga**

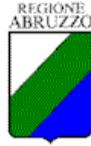
Sono considerate escluse dalla deroga le spese residue di importo totale inferiore al 10 % del reddito del nucleo familiare<sup>26</sup>; tuttavia si deroga dal predetto parametro in presenza di un reddito complessivo del nucleo familiare pari al doppio dell'assegno sociale.

Unicamente ai fini della valutazione percentuale delle spese residue possono essere incluse in tale categoria quelle di soggiorno dell'assistito, **qualora l'intervento o la prestazione sanitaria non richiedano la permanenza presso l'istituto di ricovero**. Ai fini

<sup>24</sup> Circolare Min. Sanità n° 33 del 12.12.1989.

<sup>25</sup> Attraverso la Commissione Regionale istituita ai sensi del D.M. 13.05.1993.

<sup>26</sup> Estendendo un criterio stabilito dalla circolare ministeriale n° 1000-1-COMP3/1661 del 1993 per le spese residue rispetto a prestazioni eseguite in forma di assistenza diretta.



del calcolo, tuttavia, saranno considerate le sole spese di soggiorno in alberghi o strutture assimilate e solo se risultanti da titoli idonei specificatamente intestati al solo soggetto autorizzato all'esecuzione delle prestazioni sanitarie. Non sarà preso in considerazione il soggiorno in strutture diverse, il soggiorno di eventuali accompagnatori e le spese di vitto o soggiorno non intestate e/o risultanti da scontrini fiscali o simili.

Al fine di valutare che ricorra la condizione indicata, la AUSL acquisisce la documentazione comprovante il **reddito del nucleo familiare** dell'assistito per il periodo di riferimento (autocertificazioni, dichiarazioni dei redditi). A tal fine si rileva che ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 la situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi può essere oggetto di dichiarazione sostitutiva di certificazione<sup>27</sup> (art. 46, comma 1, lett. o) **e che nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà** (art. 40, comma 1).

**L'Azienda USL competente dovrà valutare la sussistenza delle condizioni e solo ove ricorrano, trasmettere la pratica alla Commissione Regionale per la decisione con la procedura di cui al punto successivo;** nel caso in cui le spese residue non superino la percentuale indicata, il procedimento sarà conformemente concluso dalla Azienda Unità Sanitaria Locale.

### **Procedura**

La domanda relativa è proposta dall'interessato all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione (anche in forma di certificazione sostitutiva di atto di notorietà) **che comprovi la situazione reddituale del nucleo familiare** dell'assistito, intendendosi per tale l'ultima disponibile rispetto al periodo in cui sono state sostenute le spese, e una valida Dichiarazione ISEE.

L'Azienda istruisce la pratica verificandone la completezza documentale e la trasmette alla Commissione Regionale per la decisione, corredata di **una scheda riepilogativa delle spese sostenute e debitamente documentate** dall'interessato, che dovranno essere già correttamente individuate e selezionate ai sensi della normativa in argomento.

La valutazione regionale della sussistenza delle condizioni per il riconoscimento di rimborsi straordinari, proprio per tale sua accessorietà, non può prescindere dal parere del CRR competente sulla concedibilità del rimborso ordinario sulle spese di carattere strettamente sanitario (sanitarie, di viaggio e di trasporto autorizzate) ai sensi dell'art. 6 del

---

<sup>27</sup> Le autocertificazioni, redatte in conformità alle prescrizioni del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., devono essere corredate della copia di un valido documento di identità del dichiarante.

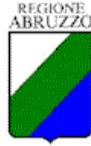


D.M. 03.11.1989; pertanto la pratica di richiesta del rimborso in deroga dovrà contenere anche il parere reso dal CRR in via ordinaria.

Il fascicolo trasmesso alla Commissione Regionale dovrà contenere, come elementi minimi necessari:

- 1) scheda riepilogativa relativa al beneficiario, con indicazione di :
  - generalità dell'assistito e dell'eventuale rappresentante legale;
  - generalità dell'accompagnatore autorizzato;
  - struttura estera presso cui è avvenuta la prestazione e tipologia di intervento effettuato;
  - periodo di cure autorizzato;
  - indicazione analitica spese residue sostenute per cui è richiesto il rimborso in deroga, distinte per tipologia (es. sanitarie, farmaceutiche, protesiche, prestazioni professionali, ticket, trasporto o viaggio). Le spese di cui è richiesto il rimborso devono essere indicate nella valuta estera d'origine e in euro, calcolato al cambio del giorno della relativa effettuazione. La AUSL è tenuta a verificare che le spese accluse siano state debitamente rendicontate dall'interessato con titoli e documenti idonei ai sensi di legge, come specificato al paragrafo 5.3. La documentazione probatoria relativa alle spese, ove acclusa in fotocopia al fascicolo, dovrà essere congrua con gli importi indicati nella scheda riepilogativa;
  - indicazione delle spese di soggiorno valutate ai fini dell'ammissibilità della deroga, come risultanti da titoli idonei ed intestati all'interessato;
  - indicazione analitica delle spese già rimborsate dalla AUSL;
- 2) copia dell'autorizzazione del CRR;
- 3) copia del parere del CRR sulle spese ordinariamente rimborsabili, ai sensi dell'art. 6 del D.M. 03.11.1989, resa in forma analitica sulle singole spese prodotte a rimborso; la Commissione Regionale non potrà autorizzare concorsi in deroga nell'ipotesi in cui la spesa, o una parte delle spese, non siano considerate rimborsabili in via ordinaria dal CRR competente;
- 4) copia di valida dichiarazione ISEE.

La Commissione Regionale si esprime nel termine di trenta giorni dal ricevimento della pratica; tale termine, ove fosse necessario acquisire elementi istruttori o integrazioni, è interrotto per il tempo necessario, e torna a decorrere, per un massimo di ulteriori venti giorni, dal ricevimento delle integrazioni.



### **Criteri generali per la concessione del rimborso in deroga**

Il rimborso in deroga può essere ammesso, per le spese soggette a preventiva autorizzazione, solo quando essa sia stata regolarmente rilasciata.

Non sono ammesse a rimborso le spese di soggiorno, in considerazione del limite posto dall'art. 3, comma 5, L. 23.10.1985 n. 595, che stabilisce “non può far carico al fondo sanitario nazionale la concessione di concorsi nelle spese di carattere non strettamente sanitario”, e in considerazione dei vincoli finanziari attualmente imposti al sistema sanitario regionale.

La Commissione Regionale decide la misura del concorso, di norma, sulla base delle percentuali stabilite nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano rep. Atti n° 1611 del 06.02.2003.

#### **6.4 Deroghe al concorso nella spesa – assistenza diretta (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 4)**

In caso di prestazioni usufruite ai sensi dell'art. 22, paragrafo 1, lettera c), punto i), del regolamento CEE n. 1408/71<sup>28</sup> e delle analoghe disposizioni delle vigenti convenzioni internazionali di reciprocità, possono essere concessi, con la procedura di cui al comma precedente, concorsi nelle spese di carattere strettamente sanitario di cui all'art. 6 che restano a carico dell'assistito, qualora le predette spese siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso.

Tale fattispecie concerne, in massima parte, l'avvenuta esecuzione delle cure in ambito UE, con la modalità dell'assistenza diretta.

In tal caso, la deroga consentita concerne **le sole spese di carattere strettamente sanitario**, e si traduce, in sostanza, nella possibilità di prevedere la rimborsabilità di:

- 1) onorari per prestazioni libero professionali, anche se ottenute in costanza di regime di ricovero;
- 2) forme di compartecipazione alla spesa (ticket), ove previste dalla legislazione locale;
- 3) spese di trasporto o di viaggio, ivi comprese, sussistendone i presupposti generali, quelle dell'accompagnatore.

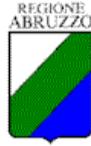
Sono pertanto in ogni caso escluse, in base al testo normativo, le spese relative al soggiorno nel paese estero.

#### **Condizioni per la ammissibilità della domanda di rimborso in deroga**

Sono considerate escluse dalla deroga le spese residue di importo totale inferiore al 10 % del reddito del nucleo familiare<sup>29</sup>; tuttavia si deroga dal predetto parametro in presenza di un reddito complessivo del nucleo familiare pari al doppio dell'assegno sociale. La valutazione

<sup>28</sup> Vedasi ora Reg. (CE) 29.04.2004 n. 883/2004, art. 20

<sup>29</sup> Criterio stabilito dalla circolare ministeriale n° 1000-1-COMP3/1661 del 1993.



della particolare onerosità delle spese poste a carico dell'assistito, sempre in base al tenore letterale della norma, deve essere effettuata con esclusivo riferimento alle sole spese di carattere strettamente sanitario (non si includono, cioè, eventuali spese di soggiorno).

**L'Azienda USL competente dovrà valutare la sussistenza delle condizioni e solo ove ricorrano, trasmettere la pratica alla Commissione Regionale per la decisione con la procedura di cui al punto successivo;** nel caso in cui le spese residue non superino la percentuale indicata, il procedimento sarà conformemente concluso dalla Azienda Unità Sanitaria Locale.

In caso di più di un trasferimento in corso d'anno, per i quali l'interessato faccia richiesta di rimborso in deroga, le Aziende Unità Sanitarie Locali potranno valutare se cumulare gli importi relativi – limitatamente all'anno – ai fini della trasmissione della pratica di rimborso alla Regione per il prescritto parere.

In considerazione della diretta assunzione, in tale fattispecie, a carico del Servizio Sanitario della totalità degli oneri sanitari connessi all'intervento all'estero, il concorso sulle altre spese di carattere strettamente sanitario (comprese le spese di viaggio o trasporto, anche se in autoambulanza) può essere concesso nel limite massimo dell'80 %; le spese relative ad onorari per prestazioni libero-professionali saranno rimborsate, purchè regolarmente fatturate, nel limite del 40%.

### **Procedura**

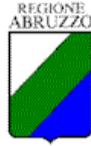
La domanda relativa è proposta dall'interessato all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione (anche in forma di certificazione sostitutiva di atto di notorietà, dichiarazione ISEE) **che comprovi la situazione reddituale del nucleo familiare** dell'assistito, intendendosi per tale l'ultima disponibile rispetto al periodo in cui sono state sostenute le spese.

L'Azienda istruisce la pratica verificandone la completezza documentale e la trasmette alla Commissione Regionale per la decisione, corredata di **una scheda riepilogativa delle spese sostenute e debitamente documentate** dall'interessato, che dovranno essere già correttamente individuate e selezionate ai sensi della normativa in argomento.

Il fascicolo trasmesso alla Commissione Regionale dovrà contenere, come elementi minimi necessari:

- 1) Scheda riepilogativa relativa al beneficiario, con indicazione di:
  - generalità dell'assistito e dell'eventuale rappresentante legale;
  - generalità dell'accompagnatore autorizzato;
  - struttura estera presso cui è avvenuta la prestazione e tipologia di intervento effettuato;
  - periodo di cure autorizzato;
  - indicazione analitica spese residue sostenute per cui è richiesto il rimborso in deroga, distinte per tipologia (es. sanitarie, farmaceutiche, protesiche, prestazioni professionali, ticket, trasporto o viaggio).



La AUSL è tenuta a verificare che le spese accluse siano state debitamente rendicontate dall'interessato con titoli e documenti idonei ai sensi di legge, come specificato al paragrafo 5.3. La documentazione probatoria relativa alle spese, ove acclusa in fotocopia al fascicolo, dovrà essere congrua con gli importi indicati nella scheda riepilogativa.

- 2) copia dell'autorizzazione del CRR e del formulario che dà diritto ad ottenere l'assistenza in forma diretta;
- 3) copia della documentazione comprovante il **reddito del nucleo familiare** dell'assistito per il periodo di riferimento (autocertificazioni, dichiarazioni dei redditi, dichiarazione ISEE).

La Commissione Regionale si esprime nel termine di trenta giorni dal ricevimento della pratica; tale termine, ove fosse necessario acquisire elementi istruttori o integrazioni, è interrotto per il tempo necessario, e torna a decorrere, per un massimo di ulteriori venti giorni, dal ricevimento delle integrazioni.

## 7. PROCEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE E RIMBORSO IN FAVORE DEI DISAVILI GRAVI PER CURE DI NEURORIABILITAZIONE

### 7.1 Autorizzazione del portatore di handicap per cure di neuroriabilitazione

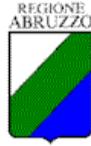
Le norme prevedono una disciplina specifica, limitatamente a taluni aspetti, per il soggetto portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 05.02.1992, n. 104.

Salvo quanto si preciserà di seguito, la procedura di autorizzazione è quella stabilita in via generale.

In caso di autorizzazione del portatore di handicap che necessita di cure di neuroriabilitazione, il Centro regionale di riferimento, ove ritenga che le prestazioni richieste possano essere eseguite in Italia, in una struttura accreditata, pubblica o privata, deve indicare espressamente il luogo di cura adeguato al programma terapeutico, nel rispetto dei tempi di attesa di cui al D.M. 24.01.1990 e s.m.i.; in ogni caso deve inviare all'interessato la relativa comunicazione nel termine di trenta giorni dalla richiesta<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Art. 5 del D.P.C.M. 01.12.2000.



Ai fini dell'accertamento dell'idoneità del luogo di cura, il Centro si attiene a quanto stabilito nelle vigenti linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione<sup>31</sup>.

Nel caso in cui sia necessario il proseguimento di cure riabilitative, purchè l'intervallo di tempo tra due cicli di cura non sia superiore ad un anno, non è necessaria la proposta motivata del medico specialista e la ulteriore documentazione di cui all'art. 4 del D.M. 03.11.1989.

La domanda è inoltrata direttamente al Centro regionale di riferimento corredata dalla proposta del medico di famiglia, qualora l'assistito sia rientrato nel territorio nazionale, o dalla richiesta motivata della struttura sanitaria estera, qualora le cure di riabilitazione siano ancora in corso presso la stessa struttura. Il Centro regionale di riferimento emana il provvedimento di competenza, relativo all'erogazione della prestazione richiesta, entro trenta giorni dalla data di ricezione della domanda.

**Ove il CRR non adotti il provvedimento autorizzativo nel termine di trenta giorni dal ricevimento della richiesta (art. 5, comma 1, D.P.C.M. 01.12.2000) o della domanda dell'interessato (art. 5, comma 3, D.P.C.M. 01.12.2000), la prestazione si intende autorizzata.**

Si raccomanda pertanto la massima tempestività possibile ai fini dell'adozione del provvedimento espresso di autorizzazione, onde impedire la formazione del silenzio assenso in ipotesi in cui è essenziale la valutazione dell'idoneità del programma riabilitativo e della effettiva rispondenza della struttura estera ai requisiti di altissima specializzazione e di superiorità rispetto agli standard esistenti nell'ambito delle strutture insistenti sul territorio nazionale.

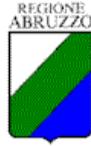
## **7.2 Spese rimborsabili**

Ai sensi dell'art. 11 della L. 05.02.1992 n. 104 e del D.P.C.M. 01.12.2000 e in applicazione dell'Accordo della Conferenza Stato Regioni del 06.02.2003 (repertorio atti n. 1611 del 06.02.2003), il rimborso delle spese in favore dei portatori di handicap che si rechino all'estero per effettuare cure di neuroriabilitazione è disciplinato come segue.

Tra le spese rimborsabili sono incluse quelle di soggiorno dell'interessato e dell'eventuale accompagnatore, **in alberghi o strutture collegate con il centro di altissima specializzazione**. Tali spese sono equiparate a quelle della degenza ospedaliera, laddove non sia prevista l'ospedalizzazione in costanza di ricovero per tutta la durata degli interventi autorizzati. In caso di ospedalizzazione del portatore di handicap, il rimborso delle spese di soggiorno dell'accompagnatore è dovuto solo dietro dichiarazione della struttura di ricovero che attesti la necessità della presenza dell'accompagnatore durante la degenza.

---

<sup>31</sup> Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998.



**Le spese di soggiorno possono essere rimborsate solo ed esclusivamente se relative alle strutture sopra indicate e se debitamente documentate con titoli intestati ai beneficiari** individuati ai sensi della normativa vigente.

### **7.3 Ammontare del concorso nella spesa e acconti concedibili**

La Regione riconosce, in via ordinaria, un concorso nelle spese rimborsabili nella misura definita dalle norme sopra richiamate, purchè sussistano tutti i presupposti e le condizioni definite dalla vigente normativa.

Il concorso è definito nel modo seguente:

- a) un concorso pari al 100 per cento della spesa rimasta a carico, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia inferiore a €8.000,00;
- b) un concorso pari all'80 per cento della spesa rimasta a carico, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia compreso tra €8.000,00 e €13.000,00;
- c) un concorso pari all'80 per cento delle spese di soggiorno, così come individuate dall'art. 2, comma 1 del D.P.C.M. 01.12.2000, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia superiore a €13.000,00.

Le Aziende USL sono altresì autorizzate ad erogare acconti sulla spesa da sostenersi, come di seguito indicato:

- 1) nella misura del 90%, qualora sia prevista l'erogazione del concorso alla spesa di cui sopra, punto a);
- 2) nella misura del 70%, qualora sia prevista l'erogazione del concorso alla spesa di cui sopra, punto b).

Nessun acconto sarà dovuto per l'ipotesi di cui al punto c).

### **7.4 Procedura**

Le spese di soggiorno, unitamente a tutte le altre spese che restano a carico dell'assistito, **una volta definito il rimborso previsto dall'art. 6 del D.M. 03.11.1989**, sono riconosciute in sede di erogazione del concorso alla spesa disciplinato dall'art. 7, commi 3 e 4, dallo stesso decreto.

Pertanto, laddove il rimborso sia richiesto nei limiti ordinari, le Aziende USL provvedono ad erogarlo, previo parere del CRR competente, nella misura dell'80% della spesa (inclusa la spesa per soggiorno, alle condizioni indicate); laddove sia richiesto l'ulteriore concorso nella spesa, il fascicolo è trasmesso alla Commissione Regionale per gli adempimenti di competenza.



La documentazione, indicata dall'art. 6, comma 2, del decreto 03.11.1989, è inoltrata con domanda, a firma dell'interessato o del suo rappresentante legale, da presentare all'Azienda Unità Sanitaria Locale competente o al CRR, **entro tre mesi dalla data di effettuazione dell'ultima spesa riferentesi alle prestazioni autorizzate, a pena di decadenza del diritto al rimborso**, salvo casi di forza maggiore.

Ai fini del computo dei tre mesi, il termine decorre dalla data di effettuazione dell'ultima spesa documentata riferita alla prestazione per cui è richiesta l'applicazione della deroga.

Compete all'Azienda USL verificare se la domanda di rimborso sia stata presentata entro il termine di decadenza; pertanto spetta alle stesse acclarare l'eventuale intervenuta decadenza e concludere in conformità il procedimento, senza attivare la Commissione Regionale.

Ove la Commissione Regionale sia attivata, in mancanza di riscontri documentali oggettivi relativi alla verifica della tempestività della domanda, il parere è reso presumendone la tempestività e senza alcuna efficacia sanante rispetto all'eventuale intervenuta decadenza, che è comunque onere della AUSL verificare.

Le modalità di attivazione della Commissione regionale sono quelle descritte ai paragrafi 6.2 e 6.3 a seconda che si tratti di assistenza in forma indiretta e in forma diretta.



## Indice del documento

PREMESSA		pag. 1
<b>Par. 1.</b>	<b>Aventi diritto</b>	pag. 3
<b>Par. 2</b>	<b>Prestazioni erogabili</b>	pag. 3
<b>Par. 3</b>	<b>Procedimento</b>	pag. 3
3.1	<i>Istanza</i>	pag. 3
3.2	<i>Autorizzazione – procedura ordinaria</i>	pag. 4
	<i>Competenze generali del Centro regionale di riferimento</i>	
3.3	<i>Competenze del CRR - Valutazione della tempestività</i>	pag. 6
3.4	<i>Competenze del CRR - Centro estero di cura</i>	pag. 7
3.5	<i>Competenze del CRR - Autorizzazione del trasporto o del viaggio</i>	pag. 7
3.6	<i>Competenze del CRR - Autorizzazione dell'accompagnatore</i>	pag. 7
3.7	<i>Competenze del CRR - Autorizzazioni per controlli successivi all'intervento</i>	pag. 8
3.8	<i>Competenze del CRR - Provvedimento di diniego</i>	pag. 8
3.9	<i>Forma del provvedimento del CRR</i>	pag. 9
3.10	<i>Competenze generali della Azienda Unità Sanitaria Locale</i>	pag. 9
3.11	<i>Competenze della Azienda Unità Sanitaria Locale - Acconti</i>	pag. 9
<b>Par. 4</b>	<b>Trapianti all'estero</b>	pag. 10
<b>Par. 5</b>	<b>Rimborso</b>	pag. 10
5.1	<i>Spese ordinariamente rimborsabili</i>	pag. 10
5.1.1	<i>Spese di carattere strettamente sanitario: per prestazioni sanitarie</i>	pag. 10
5.1.2	<i>Spese di carattere strettamente sanitario: di trasporto o viaggio</i>	pag. 11
5.2	<i>Spese ordinariamente non rimborsabili</i>	pag. 12
5.3	<i>Indicazioni per il computo delle spese</i>	pag. 13
5.4	<i>Procedura ordinaria di rimborso</i>	pag. 13
<b>Par. 6</b>	<b>Deroghe alle procedure ordinarie di autorizzazione e rimborso</b>	pag. 14
6.1	<i>Autorizzazione in urgenza del CRR di altra regione</i> <i>(D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 1)</i>	pag. 14
6.2	<i>Comprovata ed eccezionale gravità e urgenza – deroga dall'obbligo di preventiva autorizzazione</i> <i>(D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 2)</i>	pag. 14
6.3	<i>Deroghe al concorso nella spesa – assistenza indiretta (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 3)</i>	pag. 17
6.4	<i>Deroghe al concorso nella spesa – assistenza diretta (D.M. 03.11.1989, articolo 7, comma 4)</i>	pag. 20
<b>Par. 7</b>	<b>Procedimento di autorizzazione e rimborso in favore dei disavili gravi per cure di neuroriabilitazione</b>	pag. 22
7.1	<i>Autorizzazione del portatore di handicap per cure di neuroriabilitazione</i>	pag. 22
7.2	<i>Spese rimborsabili</i>	pag. 23
7.3	<i>Ammontare del concorso nella spesa e acconti concedibili</i>	pag. 23
7.4	<i>Procedura</i>	pag. 24