CITENI E MODALITA' EROBAZIONE

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

ⁱ Art. 27 (Trasporti individuali) In vigore dal 18 febbraio 1992 **26/02/104/92**
1. A favore dei titolari di patente di guida delle categorie A, B o C speciali, con incapacità motorie permanenti, le unità sanitarie locali contribuiscono alla spesa per la modifica degli strumenti di guida, quale strumento protesico extra-tariffario, nella misura del 20 per cento, a carico del bilancio dello Stato.

ⁱⁱ Art. 6. (Concessione contributi per modifica degli strumenti di guida e per l'adattamento dell'autoveicolo di persone disabili) **L.R. n. 14 DEL 6/6/2008**
1. La Regione concede contributi per la spesa relativa a:
a) la modifica degli strumenti di guida dell'autoveicolo di proprietà del disabile o della persona che abbia fiscalmente a carico il disabile, con incapacità motorie permanenti ed in possesso di patente di guida speciale A, B o C;
b) l'adattamento dell'autoveicolo di proprietà del disabile o della persona che abbia fiscalmente a carico il disabile, per il trasporto del disabile stesso, qualora la Commissione sanitaria per l'accertamento dell'handicap abbia riconosciuto la sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).
2. La Giunta regionale stabilisce la misura e le modalità di concessione dei contributi di cui al comma 1, in relazione alle disponibilità di bilancio.
3. L'istruttoria è effettuata dalle Aziende sanitarie locali sulla base delle modalità stabilite dalla Giunta regionale da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ⁱⁱⁱ Art. 2. (Condizioni per il rimborso delle spese). **LR 26/2001**
1. Le Aziende sanitarie liguri rimborsano ai propri assistiti, in attesa di trapianto o che abbiano subito un trapianto presso strutture ubicate nel territorio nazionale, e all'eventuale accompagnatore, le spese per il trasporto ovvero il viaggio e per il soggiorno in Province diverse da quella del Comune di residenza, sostenute al fine di effettuare:
a) esami preliminari e per la tipizzazione tissutale;
b) intervento di trapianto;
c) terapia riabilitativa e di tutti i controlli successivi, nonché di quelli per le complicanze derivanti dall'intervento stesso;
d) eventuale espianto.

Art. 3. (Limiti e criteri di rimborso). **L.R. 26/2001**
1. Il rimborso delle spese di trasporto, viaggio e soggiorno sostenute in relazione alle fattispecie elencate all'articolo 2 è corrisposto, nel limite massimo complessivo di lire sei milioni, per ogni evento di trapianto.
2. Il rimborso della spesa nei limiti complessivi stabiliti al comma 1 è corrisposto laddove il reddito del nucleo familiare sia inferiore a lire 100 milioni, maggiorati secondo la composizione del nucleo familiare in base alla scala di equivalenza di cui alla tabella 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109 (definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 51, della l. 27 dicembre 1997, n. 449).

^{iv} Art. 6. Garanzie e mezzi di tutela delle persone assicurate in Italia (In vigore dal 5 aprile 2014) **D. Lgs 38/2014**
1. Le persone assicurate in Italia hanno diritto al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera conformemente al capo III del presente decreto.
2. Le persone assicurate in Italia hanno diritto a ricevere dal Punto di Contatto Nazionale, istituito ai sensi dell'articolo 7 del presente decreto, le informazioni sui loro diritti riguardo la possibilità di ricevere un'assistenza sanitaria transfrontaliera, in particolare per quanto riguarda i termini e le condizioni di rimborso dei costi ai sensi dell'articolo 8 del presente decreto, le procedure di accesso e definizione di tali diritti e sui mezzi di ricorso e tutela nel caso in cui i pazienti ritengano che i loro diritti derivanti dal presente decreto siano stati lesi. Il Punto di Contatto fornisce, altresì, informazioni sulla distinzione tra i diritti che i pazienti hanno in virtù del presente decreto legislativo e i diritti risultanti dal regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004.
(OMISSIS)

Art. 8. Principi generali per il rimborso dei costi In vigore dal 5 aprile 2014

D.Lgs 38/2014

1. Fatta salva l'applicabilità del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, e conformemente a quanto disposto dagli articoli 9 e 10 del presente decreto, i costi sostenuti da una persona assicurata in Italia che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, nel rispetto del presente decreto, sono rimborsati se e nella misura in cui la prestazione erogata sia compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. E' fatta salva la possibilità per le regioni di rimborsare, con proprie risorse, gli eventuali livelli di assistenza regionali ulteriori.
(OMISSIS)

^v Articolo 20 Viaggio inteso a ricevere prestazioni in natura - Autorizzazione a ricevere cure adeguate al di fuori dello Stato membro di residenza

1. Fatte salve disposizioni contrarie del presente regolamento, la persona assicurata che si trasferisca in un altro Stato membro per ricevervi prestazioni in natura nel corso della dimora, chiede un'autorizzazione all'istituzione competente.

2. La persona assicurata autorizzata dall'istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute, beneficia delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fosse assicurata in virtù di tale legislazione. L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui si tratta figurino tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro in cui risiede l'interessato e se le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della sua malattia.

3. I paragrafi 1 e 2 si applicano mutatis mutandis ai familiari di una persona assicurata.

4. Se i familiari di una persona assicurata risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro in cui risiede la persona assicurata, e tale Stato membro ha optato per il rimborso in base a importi fissi, il costo delle prestazioni in natura di cui al paragrafo 2 è sostenuto dall'istituzione del luogo di residenza dei familiari. In tal caso, ai fini del paragrafo 1, l'istituzione del luogo di residenza dei familiari è considerata l'istituzione competente.

^{vi} Articolo 26 Cure programmate

A) Procedura di autorizzazione

1. Ai fini dell'applicazione dell'articolo 20, paragrafo 1, del regolamento di base la persona assicurata presenta all'istituzione del luogo di dimora un documento rilasciato dall'istituzione competente. Ai fini del presente articolo per istituzione competente si intende l'istituzione che sostiene le spese delle cure programmate; nei casi di cui all'articolo 20, paragrafo 4, e all'articolo 27, paragrafo 5, del regolamento di base, in cui le prestazioni in natura erogate nello Stato membro di residenza sono rimborsate in base ad importi forfettari, per istituzione competente si intende l'istituzione del luogo di residenza.

2. Se una persona assicurata non risiede nello Stato membro competente, richiede l'autorizzazione all'istituzione del luogo di residenza, la quale la inoltra all'istituzione competente senza indugio.

In tal caso, l'istituzione del luogo di residenza certifica in una dichiarazione che le condizioni di cui alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento di base sono soddisfatte nello Stato membro di residenza.

L'istituzione competente può rifiutare di concedere l'autorizzazione richiesta soltanto se, conformemente alla valutazione dell'istituzione del luogo di residenza, le condizioni di cui alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento di base non sono soddisfatte nello Stato membro di residenza della persona assicurata, ovvero se le medesime cure possono essere prestate nello Stato membro competente stesso, entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute e della prognosi della persona interessata.

L'istituzione competente informa della sua decisione l'istituzione del luogo di residenza.

In mancanza di risposta entro i termini stabiliti dalla legislazione nazionale, l'autorizzazione dell'istituzione competente è considerata concessa.

3. Qualora un assicurato che non risieda nello Stato membro competente necessiti di cure urgenti e vitali e l'autorizzazione non possa essere negata conformemente alla seconda frase dell'articolo 20, paragrafo 2, del regolamento di base, l'autorizzazione è concessa dall'istituzione del luogo di residenza per conto dell'istituzione competente, che è informata immediatamente dall'istituzione del luogo di residenza.

L'istituzione competente accetta gli accertamenti e le opzioni terapeutiche dei medici concernenti la necessità di cure urgenti e vitali approvati dall'istituzione del luogo di residenza che rilascia l'autorizzazione.

4. In qualsiasi momento, nel corso della procedura di concessione dell'autorizzazione, l'istituzione competente conserva la facoltà di fare controllare la persona assicurata da un medico di sua scelta nello Stato membro di dimora o di residenza.

5. L'istituzione del luogo di dimora, fatta salva ogni decisione relativa all'autorizzazione, informa l'istituzione competente se è medicalmente necessario integrare la cura coperta dall'autorizzazione già rilasciata.

B) Assunzione a carico delle spese per le prestazioni in natura sostenute dalla persona assicurata

6. Fatto salvo il paragrafo 7, si applica, mutatis mutandis, l'articolo 25, paragrafi 4 e 5, del regolamento di applicazione.

7. Se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese per le cure mediche autorizzate e le spese che l'istituzione competente è tenuta a rimborsare all'istituzione del luogo di dimora o alla persona assicurata a norma del paragrafo 6 (spese effettivamente sostenute) sono inferiori alle spese che avrebbe sostenuto per le stesse cure nello Stato membro competente (spese figurative), l'istituzione competente rimborsa inoltre, a richiesta, le spese sostenute per le cure a concorrenza della differenza tra spese figurative e spese effettivamente sostenute. L'importo del rimborso non può tuttavia essere superiore all'importo delle spese effettivamente sostenute dalla persona assicurata e può tener conto dell'importo che la persona assicurata avrebbe dovuto pagare se le cure fossero state prestate nello Stato membro competente.

C) Assunzione a carico delle spese per il viaggio e di soggiorno quale parte delle cure programmate

8. Nei casi in cui la legislazione nazionale dell'istituzione competente preveda il rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno indissociabili del trattamento della persona assicurata l'istituzione se ne fa carico per la persona interessata e, se necessario, per una persona che deve accompagnarla qualora il trattamento in un altro Stato membro sia stato autorizzato.

D) Familiari

9. I paragrafi da 1 a 8 si applicano mutatis mutandis ai familiari della persona assicurata.

^{vii} Art. 2. (Rimborso spese ai nefropatici in trattamento di emodialisi non domiciliare). *LR 28/1987*

1. Ai nefropatici sottoposti a trattamento di emodialisi presso le strutture sanitarie delle Unità sanitarie locali, presso le strutture sanitarie private convenzionate nonché presso le Cliniche universitarie convenzionate e le istituzioni sanitarie di cui all'articolo 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all'articolo 42 della stessa legge, ubicati nel territorio regionale, è corrisposto da parte dell'U.S.L. di residenza, il rimborso delle spese di trasporto entro il limite previsto per l'uso dei mezzi pubblici collettivi.

2. Qualora le condizioni di salute dell'assistito, attestate da idonea certificazione medica, non consentano l'uso dei mezzi pubblici collettivi è consentita l'utilizzazione di autovetture ad uso privato o di autoambulanze.

3. In caso di utilizzazione di autovetture ad uso privato è corrisposto un rimborso pari ad un quinto del costo, vigente nel tempo, della benzina super per ogni chilometro percorso, nonché il rimborso delle spese sostenute per il pagamento di pedaggi autostradali.

3 bis. Il rimborso delle spese di trasporto effettuato con l'uso di mezzi pubblici collettivi ovvero, nell'ipotesi di cui al secondo comma, mediante autovetture ad uso privato, è corrisposto anche nel caso in cui le strutture sanitarie indicate al primo comma siano ubicate nel territorio di altre regioni, dove l'assistito si trovi in temporaneo soggiorno, per motivi di cura. In tal caso la necessità della cura deve risultare da apposita certificazione medica

4. I rimborsi sono corrisposti previa presentazione di apposita richiesta da parte dell'assistito, corredata dalla documentazione della spesa sostenuta nonché, nell'ipotesi di cui ai commi secondo e terzo bis della prescritta certificazione medica, con l'eventuale dichiarazione di aver usufruito di autovettura privata.

5. In quest'ultimo caso deve essere specificato il tipo di autovettura, il numero di targa, il numero dei chilometri percorsi ed il nominativo del proprietario. Il rimborso chilometrico è calcolato sulla più breve distanza viaria possibile tra il luogo di residenza o di dimora dell'assistito e quello ove è ubicata la struttura sanitaria presso la quale deve essere effettuato il trattamento.

6. Al rimborso provvede l'U.S.L. di residenza dell'assistito a seguito della presentazione della prescritta documentazione.

(OMISSIS)

^{viii} DISPOSITIVO
(OMISSIS)

6. Di prevedere, a favore dei pazienti che parteciperanno alla sperimentazione con un reddito ISEE inferiore ai 30.000,00 euro/anno, un rimborso del 50% delle spese sostenute per l'acquisto del vaccino, con le modalità previste nell'allegato (B) a valere e nei limiti del finanziamento residuo;

7. Di prevedere, altresì, che il predetto limite di reddito sia elevato a 40.000,00 euro/anno qualora nello stesso nucleo familiare sia presente più di un soggetto allergico coinvolto nella sperimentazione;

^{ix} DISPOSITIVO

1. Di erogare, attraverso le Aziende UU.SS.LL., contributi per cure termali e climatiche ai cittadini invalidi di guerra, vittime civili di guerra ed invalidi per servizio. Di erogare altresì alle categorie citate contributi per accompagnatore ove l'invalido sia nell'impossibilità di attendere alle esigenze della vita quotidiana.

1bis. Di confermare che i livelli dei benefici economici da erogare agli invalidi sono i seguenti: L. 50.000= pro-capite giornaliera quale contributo per cure climatiche e termali da aggiornare annualmente secondo gli indici ISTAT di incremento del costo della vita

2. Di stabilire che i livelli dei benefici economici da erogare agli invalidi di guerra e vittime civili di guerra sono i seguenti:

a. Pro-capite giornaliera quale contributo per cure termali e climatiche, da aggiornare annualmente secondo gli indici ISTAT, di incremento del costo della vita;

b. Nella stessa misura è previsto il contributo per l'accompagnatore di invalido che effettua le cure medesime nell'ipotesi in cui l'invalido sia nell'impossibilità di attendere alle esigenze della vita quotidiana;

3. Di confermare che le Aziende UU.SS.LL. per la gestione operativa delle richieste di contributo faranno riferimento a quanto già previsto dal Regolamento ex ONIG fermo restando che per le prestazioni di cui al punto 2), trattandosi di benefici di carattere sociale, è fissato il tetto di reddito con una soglia non superiore ai 70 milioni, peraltro già in atto nella normativa richiamata.

(OMISSIS)

^x DISPOSITIVO

1. (OMISSIS) Le Aziende UU.SS.LL. hanno facoltà di valutare, in via di eccezione, singoli casi di invalidi per servizio che presentino caratteristiche di disabilità fisica assimilabili all'invalido di guerra per i quali sia quindi ammissibile l'erogazione del contributo per cure termali e climatiche.

^{xi} Art. 9 bis. (Anticipazioni e rimborsi per cure all'estero).

LC 19/1994

1. Nel caso di prestazioni assistenziali, regolarmente autorizzate e da erogare a favore di soggetti portatori di handicap, presso centri di altissima specializzazione all'estero, di cui al decreto ministeriale 3 novembre 1989 (criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero), adottando il principio della deroga sugli account di cui all'articolo 7 comma 3 del decreto citato, l'Azienda USL anticipa la spesa che verrà sostenuta, comprensiva dei costi sanitari, delle spese di trasporto e di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, nella misura dell'80 per cento.

2. Ai sensi dell'articolo 11 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 (legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persona handicappata), sono considerate di carattere strettamente sanitario, essendo equiparate a tutti gli effetti alla degenza ospedaliera, le spese per il soggiorno del portatore di handicap e del suo accompagnatore in alberghi o strutture collegate con il centro di altissima specializzazione.

3. Alla domanda diretta ad ottenere l'anticipazione delle spese di cui ai commi 1 e 2, deve essere allegata la documentazione seguente:

a) certificazione dell'eventuale diritto all'accompagnamento;

b) dichiarazione del centro di specializzazione, indicante i costi dell'intervento chirurgico o riabilitativo ed i presumibili tempi di soggiorno, necessari per l'effettuazione delle cure;

c) indicazione delle preventivate spese di viaggio e di trasporto dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, con il mezzo preventivamente autorizzato dall'Azienda USL;

-
- d) dichiarazione rilasciata dal centro di altissima specializzazione in cui si dichiara che l'albergo o la struttura ospitante sono collegati con il centro stesso;
- e) dichiarazione rilasciata dall'albergo o struttura collegata con il centro, indicante l'ammontare della spesa per il presumibile periodo di soggiorno;
- f) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, presentata dal disabile o dal suo legale rappresentante, atta a comprovare la composizione del nucleo familiare ed il reddito dello stesso.
- Al rientro in Italia, il soggetto portatore di handicap deve presentare tutte le fatture e/o ogni altro documento atto a certificare le spese sostenute.
4. La restante spesa, che non ha costituito oggetto di anticipazione, è rimborsata dall'Azienda USL, secondo i seguenti criteri:
- a) nella misura del 20 per cento, qualora la spesa rimasta a carico del portatore di handicap sia uguale o superiore a un decimo del reddito del nucleo familiare;
- b) nella misura del 10 per cento, qualora la spesa rimasta a carico del portatore di handicap sia inferiore a un decimo del reddito familiare.
5. Laddove il reddito del nucleo familiare sia inferiore a 70.000.000, maggiorati secondo la composizione del nucleo familiare in base alla scala di equivalenza di cui alla tabella 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 109 (definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59 comma 51 della legge 27 dicembre 1997 n. 449), l'Azienda USL provvede ad anticipare il cento per cento della spesa che verrà sostenuta.