

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA 4 dicembre 2019, n. 287
Modelli per "Cure per alta specializzazione all'estero" ai sensi del D.M. 13.11.1989 e s.m.i., di cui all'allegato alla D.G.R. n. 795/2019.

IL DIRIGENTE

- Visti gli articoli 4 e 5 della L.R. n. 7/97;
- Vista la Deliberazione G.R. n. 3261 del 28/7/98;
- Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01;
- Visto l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo ufficiale con la pubblicazione sui siti informatici;
- Visto l'art. 18 del Dlgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in merito ai Principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici;
- Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 1426 del 4/10/2005;
- Vista la Determinazione del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione n. 9 del 20/04/2015, ad oggetto "*riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità*";
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 935 del 12/05/2015, ad oggetto "*Art. 18 comma 2 del D.P.G.R. 22 febbraio 2008, n. 161 – Conferimento incarico di direzione Servizi incardinati nell'Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità*";
- Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015 n. 443, ad oggetto "*Adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA". Approvazione Atto di Alta Organizzazione.*";
- Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1176 del 29/07/2016, di conferimento dell'incarico di Dirigente della Sezione Strategie e governo dell'offerta;
- Vista la Determinazione del Direttore del Dipartimento Risorse Finanziarie e Strumentali, Personale e Organizzazione n. 7 del 15/03/2019 di definizione dei criteri per l'istituzione e il conferimento di incarichi di Posizioni Organizzative (P.O.);
- Vista la nota prot. n. AOO_183 – 0006392 del 20/05/2019 di conferimento di incarichi di P.O. del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
- Vista la Determinazione del Dirigente Sezione Strategie e Governo dell'offerta 1 agosto 2019, n. 193 "*Modifica della denominazione e delle competenze attribuite ai Servizi afferenti alla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta*".

In Bari presso la sede della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Istruttore e dalla P.O. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria – determinazione delle tariffe dei ricoveri ordinari e a ciclo diurno – nuovi modelli organizzativi", riceve la seguente relazione.

Premesso che:

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 795 del 02/05/2019 recante "*Cure per alta specializzazione all'estero – D.M. 13.11.1989 e s.m.i.. Abrogazione DD.GG.RR. n. 4219/1993, n. 2585/1998 e n. 2066/2009. Riapprovazione delle Linee Guida Regionali e definizione della composizione della Commissione di cui all'art. 1 del D.M. 13.05.1993 e s.m.i.. – Modifica e integrazione della D.G.R. n. 1293 del 18/07/2018.*", è stata tra l'altro:

1. approvato quanto già disposto con la deliberazione di Giunta regionale n. 1293 del 18/07/2018 e quindi le Linee Guida Regionali "Cure per alta specializzazione all'estero", di cui all'allegato parte integrante del provvedimento;

2. stabilito che eventuali modifiche e/o integrazioni alle Linee Guida Regionali "Cure per alta specializzazione all'estero" potranno essere adottate con atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta".

Considerato che si rende necessario aggiornare i modelli precompilati citati nelle linee guida di cui all'allegato alla succitata deliberazione del 02/05/2019.

Richiamato il sopraccitato punto 2 della D.G.R. che stabilisce che eventuali modifiche e/o integrazioni alle Linee Guida Regionali "Cure per alta specializzazione all'estero" potranno essere adottate con atto dirigenziale della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta".

Si propone di:

1. riportare tutti i modelli richiamati nella sopraccitata D.G.R. come di seguito elencati:

MODELLO A - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO B - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO C - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in forma diretta

MODELLO D - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO E - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma diretta

MODELLO F - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma indiretta

MODELLO G - Proposta specialistica da allegare alla domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero

MODELLO H - Comunicazione di diniego al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero

MODELLO I - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO J - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO K - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO L - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO M - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO N - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO O - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO P - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per

fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO Q – Istanza per ottenere il rimborso delle spese rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero.

VERIFICA AI SENSI DEL D.Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

ADEMPIMENTI DI CUI AL D.Lgs. 118/2011

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa a carico del bilancio regionale.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA DELL' ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

- Sulla base delle risultanze istruttorie innanzi illustrate, letta la proposta formulata dall'Istruttore e dalla P.O.;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'Istruttore e dalla P.O. "Qualificazione e razionalizzazione della spesa sanitaria – determinazione delle tariffe dei ricoveri ordinari e a ciclo diurno – nuovi modelli organizzativi".

D E T E R M I N A

Per quanto in premessa espresso che quivi si intende integralmente riportato:

1. riportare tutti i modelli richiamati nella sopraccitata D.G.R. come di seguito elencati:

MODELLO A - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO B - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO C - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in forma diretta

MODELLO D - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO E - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma diretta

MODELLO F - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso

Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma indiretta

MODELLO G - Proposta specialistica da allegare alla domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero

MODELLO H - Comunicazione di diniego al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero

MODELLO I - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO J - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO K - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO L - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO M - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta

MODELLO N - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO O - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO P - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta

MODELLO Q - Istanza per ottenere il rimborso delle spese rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero.

2. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. e per loro tramite ai Responsabili dei Distretti Socio-Sanitari e ai Responsabili dei Centri Regionali di Riferimento, ai componenti della Commissione amministrativo-sanitaria per la formulazione delle valutazioni di cui all'art. 1 del D.M. 13/05/1993;

4. di pubblicare il presente atto sul BURP.

**Il Dirigente della Sezione SGO
(dott. Giovanni Campobasso)**

Il provvedimento viene redatto in forma integrale nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D.lgs. 196/03 s.m.i. in materia di protezione dei dati personali.

Il presente provvedimento:

- a) sarà pubblicato all'albo on line nelle pagine del sito www.regione.puglia.it;
- b) sarà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- c) sarà trasmesso in copia conforme all'originale alla Segreteria della Giunta Regionale;
- d) sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia: www.regione.puglia.it;
- e) sarà trasmesso in copia all'Assessore alle Politiche della Salute;
- f) Il presente atto, composto da n°7 facciate, è adottato in originale.

**Il Dirigente della Sezione SGO
(dott. Giovanni Campobasso)**



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO A - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure";
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

9



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato

denominato:

.....
ubicato nello Stato città
via n. telefono
telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio del formulario valido per ottenere l'assistenza in forma diretta presso Strutture pubbliche o private convenzionate del suddetto Stato.

Allega alla presente domanda:

- 1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
- 2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....
.....
.....
.....

- 3. copia del documento d'identità
- 4. copia della tessera sanitaria
- 5. (nel caso di strutture private convenzionate) certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate
- 6. (nel caso di strutture private convenzionate) preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria (inclusi gli eventuali ticket).

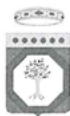
Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale. Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente

chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

lp



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

altre modalità (specificare)

.....

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO B - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione privati non convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure" o presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati ubicati nei Paesi extra U.E. non convenzionati;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

12



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato

denominato:

.....
 ubicato nello Stato città
 via n. telefono
 telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") presso il suddetto Centro.

Allega alla presente domanda:

1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....

3. copia del documento d'identità
4. copia della tessera sanitaria
5. certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate
6. preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria.

Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale.
 Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente

chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

 altre modalità (specificare)

Data

13



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma

14



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO C - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 – DPCM 01.12.2000 – L. 104/92)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento di soggetti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure";
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico

privato convenzionato

15



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

denominato:

ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio del formulario valido per ottenere l'assistenza in forma diretta presso Strutture pubbliche o private convenzionate del suddetto Stato.

Allega alla presente domanda:

- 1. proposta motivata di un medico specialista [] pubblico [] privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia; 2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....

- 3. copia del documento d'identità 4. copia della tessera sanitaria 5. attestazione dello stato di handicap - L. 104/92, art. 3, comma 3; 6. (nel caso di strutture private convenzionate) preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria (inclusi gli eventuali ticket) rilasciato dal Centro di Cura estero.

- [] Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale. Trattandosi di persona [] minorenne [] maggiorenne non autosufficiente chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore. [] Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale: [] volo di linea [] volo speciale [] auto privata [] ambulanza [] treno con servizio speciale [] altre modalità (specificare)

Data

16



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma

17



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO D - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento di pazienti portatori di handicap per cure di neuro riabilitazione presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - DPCM 01.12.2000 - L. 104/92)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione privati non convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure" o in Centri di altissima specializzazione pubblici o privati ubicati nei Paesi extra-UE non convenzionati;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato
denominato:

.....
ubicato nello Stato città
via n. telefono
telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") presso il suddetto Centro.

Allega alla presente domanda:

1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato
della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....
.....
.....

3. copia del documento d'identità

4. copia della tessera sanitaria

5. attestazione dello stato di handicap – L. 104/92, art. 3 comma 3;

6. certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate

7. preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria rilasciato dal Centro di Cura estero

8. preventivo delle spese di trasporto (in autoambulanza o in aereo barellato) o di viaggio (in aereo, treno, ecc) per raggiungere la struttura estera e il successivo ritorno per l'assistito e l'eventuale accompagnatore autorizzato;

9. preventivo delle spese di soggiorno dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, se autorizzato.

Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale.
Trattandosi di persona minorenne maggiorenne non autosufficiente

chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

altre modalità (specificare)

.....

Data

10



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma

20



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO E - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - D.M. 31 marzo 2008, Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'Art. 20 della Legge 1° aprile 1999, n. 91).

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL, adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea e nei Paesi extra-UE convenzionati per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico

privato convenzionato

Zd



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

denominato:

ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio del formulario valido per ottenere l'assistenza in forma diretta presso Strutture pubbliche o private convenzionate del suddetto Stato.

Allega alla presente domanda:

- 1. proposta motivata di un medico specialista [] pubblico [] privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:
3. a. (in caso di iscrizione in liste estere d'attesa per un periodo di 6 mesi, rinnovabile alla scadenza fino all'effettivo reperimento dell'organo) idonea certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti) nei tempi previsti dalla normativa;
b. (in caso di trapianto urgente all'estero e richieste di interventi urgenti post/trapianto) apposita certificazione dell'urgenza attestata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti);
c. (in caso di proseguimento cure all'estero per visita di controllo annuale o terapie connesse al trapianto, per il periodo di esecuzione delle prestazioni autorizzate), certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa (D.M. 31 marzo 2008, Art. 6);
d. (in caso di re-trapianto di organo all'estero) documentazione sanitaria relativa al precedente trapianto, al fine di ottenere il rilascio della prevista certificazione di autorizzazione, formulata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa;
e. (in caso di trapianto all'estero da donatore vivente) certificazione di autorizzazione rilasciata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso clinico da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti)
4. copia del documento d'identità
5. copia della tessera sanitaria
6. (nel caso di strutture private convenzionate) certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate
7. (nel caso di strutture private convenzionate) preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria (inclusi gli eventuali ticket) rilasciato dal Centro di Cura estero.

Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale. Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

altre modalità (specificare)

.....

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma

23



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO F - Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure programmate presso Centri di elevata specializzazione all'estero per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - D.M. 31 marzo 2008, Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'Art. 20 della Legge 1° aprile 1999, n. 91).

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
..... telefono fisso telefono
cellulare telefax e-mail
.....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL,
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento presso Centri di altissima specializzazione privati non convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure" e in Centri di altissima specializzazione pubblici o privati ubicati nei Paesi extra-UE non convenzionati per trapianto d'organi, iscrizione in liste estere d'attesa, trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto, proseguimento delle cure, re-trapianto di organo, trapianto da donatore vivente;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

ZL



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato
denominato:

.....
...
... ubicato nello Stato città
..... via n.
..... telefono telefax e-mail

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") presso il suddetto Centro.

Allega alla presente domanda:

- 1. proposta motivata di un medico specialista pubblico privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
- 2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....
.....
.....
.....

- 3.
 - a. (in caso di iscrizione in liste estere d'attesa per un periodo di 6 mesi, rinnovabile alla scadenza fino all'effettivo reperimento dell'organo) idonea certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti) nei tempi previsti dalla normativa;
 - b. (in caso di trapianto urgente all'estero e richieste di interventi urgenti post/trapianto) apposita certificazione dell'urgenza attestata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti);
 - c. (in caso di proseguimento cure all'estero per visita di controllo annuale o terapie connesse al trapianto, per il periodo di esecuzione delle prestazioni autorizzate), certificazione di autorizzazione rilasciata da parte del CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa (D.M. 31 marzo 2008, Art. 6);
 - d. (in caso di re-trapianto di organo all'estero) documentazione sanitaria relativa al precedente trapianto, al fine di ottenere il rilascio della prevista certificazione

25



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

di autorizzazione, formulata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa;

e. (in caso di trapianto all'estero da donatore vivente) certificazione di autorizzazione rilasciata dal CRT (Centro Regionale Trapianti), nei tempi previsti dalla normativa, previo parere tecnico sul singolo caso clinico da parte del CNT (Centro Nazionale Trapianti)

4. copia del documento d'identità

5. copia della tessera sanitaria

6. certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate

6. preventivo della spesa da sostenere per l'invio in cura all'estero comprendente la prestazione sanitaria rilasciato dal Centro di Cura estero

7. preventivo delle spese di trasporto (in autoambulanza o in aereo barellato) o di viaggio (in aereo, treno, ecc) per raggiungere la struttura estera e il successivo ritorno per l'assistito e l'eventuale accompagnatore autorizzato;

8. preventivo delle spese di soggiorno dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, se autorizzato.

Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale. Trattandosi di persona minorenne maggiorenne non autosufficiente

chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

altre modalità (specificare)

.....

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Informativa (articolo 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno

26



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma

Data *Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.*

Firma

27



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO G - Proposta specialistica da allegare alla domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Il sottoscritto Dr. medico specialista [] pubblico [] privato della branca specialistica di specifica per il caso clinico relativo all'interessato, operante esclusivamente in Italia presso sulla base della approfondita conoscenza del caso clinico

PROPONE

per il Sig. nato a il C.F. affetto da

il trasferimento all'estero per usufruire delle seguenti cure:

in quanto non ottenibili in Italia tempestivamente ed in forma adeguata alla particolarità del caso clinico per le seguenti motivazioni:

[] l'erogazione delle cure proposte richiede in Italia presso le Strutture pubbliche o convenzionate con il SSN un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza le cure stesse e tale da compromettere gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero da precludere la possibilità dell'intervento o delle cure;

[] l'erogazione delle cure proposte, per la particolarità del caso clinico, richiede specifiche professionalità ovvero procedure tecniche o curative non praticate in Italia ovvero attrezzature non presenti nelle strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN;

[] altri motivi da specificare:

28



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

.....
.....
.....
.....
.....

Le cure proposte possono essere effettuate all'estero presso il Centro di altissima specializzazione denominato:

ubicato nello Stato città
via n. telefono
telefax e-mail

Stanti le attuali condizioni generali dell'interessato esprime l'avviso che:

- il trasferimento all'estero possa avvenire con mezzo di trasporto normale; trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero debba avvenire con accompagnatore;
- in relazione alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero debba avvenire con il seguente mezzo di trasporto speciale:
- volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale
- altre modalità (specificare)

Eventuali ulteriori informazioni utili:

.....
.....
.....
.....
.....

In fede.

Data

Timbro.....

Firma leggibile.....

28



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO H - Comunicazione di diniego al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Al Sig.
Via n.
CAP Località
e p. c. Al Centro Regionale di Riferimento
.....
.....

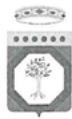
Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere contrario e vincolante per questa ASL espresso dal Centro Regionale di Riferimento di branca specialistica di in data, ns. prot n. del, relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. del, questa Amministrazione Le comunica che non esistono i presupposti per concedere l'autorizzazione richiesta per i seguenti motivi:

Le comunica altresì che Lei ha la facoltà di avvalersi di uno o più dei seguenti mezzi di impugnativa:

- ricorso al Direttore Generale dell'ASL, entro 15 giorni dal ricevimento della presente comunicazione;
• ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) ed al Consiglio di Stato in sede di appello, da presentare a termini di legge;
• ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da presentare a termini di legge.

Data
Firma e timbro del Dirigente Responsabile

Eventuali allegati:



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO I - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Al Sig.
Via n.
CAP Località
e p. c. Al Centro Regionale di Riferimento
.....

Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere contrario e vincolante per questa ASL espresso dal Centro Regionale di Riferimento di branca specialistica di in data, ns. prot n. del, relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. del, questa Amministrazione Le comunica l'autorizzazione al trasferimento all'estero per le cure richieste in assistenza indiretta ("a rimborso") presso il seguente Centro di altissima specializzazione: da fruire nel periodo autorizzato dal al

Conformemente alle esigenze connesse al caso clinico in esame ed al conseguente parere del Centro Regionale di Riferimento

Il trasferimento all'estero è autorizzato con mezzo di trasporto normale.
Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è autorizzato con accompagnatore.

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è autorizzato con il seguente mezzo di trasporto speciale:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale
 altre modalità (specificare)

Questa Amministrazione Le comunica altresì che Ella dovrà anticipare le spese per le prestazioni autorizzate e fruite all'estero, per le quali potrà richiedere il "concorso nelle spese" a questa ASL nei termini previsti dagli articoli 6 e 7 del DM Sanità 3 novembre 1989 e successive modificazioni ed integrazioni che viene in tal caso applicato.

Data
Firma e timbro del Dirigente Responsabile

.....

Eventuali allegati:
.....



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO J - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto nato il residente a in via n C.F. cittadinanza telefono fisso telefono cellulare telefax e-mail regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero in un Centro di altissima specializzazione con nota Vs. prot. n. del adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso in via ordinaria del "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta;
• più dettagliate informazioni sono riportate in calce al modello;
• nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
• quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 6 del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso del "concorso nelle spese" sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione
[] pubblico [] privato convenzionato [] privato non convenzionato
denominato:

ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Allega alla presente domanda:

1. n. fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali;

2. la seguente documentazione sanitaria relativa alle prestazioni usufruite:

.....
.....
.....

Dichiara che:

il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale

Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore autorizzato

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale autorizzato:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

altre modalità (specificare)

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento

rilasciato da il

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

Al rientro in Italia l'assistito o un suo delegato presenta all'ASL **domanda di "rimborso"** delle spese sostenute presentando le **fatture quietanzate** o titoli equipollenti secondo le norme e gli usi locali, **in originale**, unitamente alla **documentazione sanitaria** relativa alle prestazioni fruitive (copia cartella clinica, referti, ecc.).

In via ordinaria possono essere considerate al fine del "rimborso" solo le **spese di carattere strettamente sanitario**, ovverosia quelle riferite alle sole prestazioni sanitarie (spese sostenute per gli onorari professionali, degenza, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci, protesi ed endoprotesi, ecc.) oltre alle **spese di trasporto o di viaggio**, con esclusione, in caso di ricovero ospedaliero, di quelle di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza e quelle di soggiorno nella località estera prima e dopo il ricovero.

Tali spese sono rimborsate 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 e controllate dalle locali autorità sanitarie competenti. Tali condizioni (natura pubblica o mancanza di scopo di lucro e tariffe approvate e controllate) devono essere certificate dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute presso centri diversi sono sempre rimborsate nella misura dell'80%, con il limite, però, che il "rimborso" non potrà comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe avuto diritto per analoghe prestazioni fruitive presso centri di natura pubblica o senza scopo di lucro di cui innanzi. A tal fine l'assistito deve produrre idonea certificazione vistata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese (sempre di carattere strettamente sanitario) per prestazioni libero-professionali richieste dall'assistito o dalla Struttura ospedaliera, comprese quelle fruitive in regime di ricovero ospedaliero, sono rimborsate nella misura del 40%.

Nel caso però che il regime amministrativo locale preveda che tutte le prestazioni erogate dai medici curanti in regime di ricovero ospedaliero siano tariffate a parte come prestazioni libero professionali, la misura del "rimborso" sale all'80%.

Le misure del "rimborso" appena definite si applicano alle spese sostenute **al netto delle quote di partecipazione (ticket) ma al lordo degli oneri fiscali** eventualmente in uso nel Paese di destinazione nei confronti dei propri assistiti.

Al solo fine del concorso nelle spese sostenute sono considerate spese di carattere strettamente sanitario anche le spese per il **trasporto** o le spese per il **viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore.

Si parla di **trasporto** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore nei casi in cui l'infermo, per necessità derivanti dall'evento sanitario o ad esso conseguenti, non sia in grado di viaggiare con normali mezzi pubblici ma abbisogni di volo di linea, di volo speciale, di ambulanza, di auto privata o pubblica resa confortevole, di treno con servizio speciale o di altro mezzo speciale.



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

In tal caso, se il mezzo di trasporto "speciale" è stato preventivamente autorizzato dal Centro Regionale di Riferimento (CRR), le spese sostenute sono rimborsate nella misura dell'80%, previa presentazione di una dichiarazione rilasciata in tal senso dalla Struttura estera.

Si parla di **viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore autorizzato quando vengono utilizzati normali mezzi di trasporto.

Nel caso il CRR abbia autorizzato il viaggio aereo con volo di linea il "rimborso" avviene nella misura dell'80% della spesa sostenuta per il biglietto aereo in classe turistica, per l'infermo e per l'eventuale accompagnatore autorizzato.

Nel caso in cui sia stato autorizzato il viaggio con il mezzo aereo ma l'assistito abbia utilizzato un mezzo diverso perché ritenuto al momento più opportuno, le relative spese sono rimborsate nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute per un importo comunque non superiore all'80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica calcolata sia per l'assistito che per l'accompagnatore autorizzato.

In tutti gli altri casi le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore (minori di anni 18 e maggiorenni non autosufficienti) sono rimborsate nella misura dell'80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica.



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO K - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6, comma 13 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto nato il residente a in via n C.F. cittadinanza telefono fisso telefono cellulare telefax e-mail regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato con nota Vs. prot. n. del al trasferimento per cure all'estero, in assistenza in forma indiretta, presso il Centro di altissima specializzazione:

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato denominato: ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta;
- sul prevedibile rimborso del "concorso nelle spese" spettante all'interessato possono essere concessi, a domanda dell'interessato, prima della partenza dall'Italia o durante il soggiorno all'estero, acconti che non possono, in nessun caso, superare il 70% del prevedibile "rimborso" spettante;
- gli acconti possono essere concessi su valutazione sia della particolare entità della prevedibile spesa che delle modalità di pagamento in uso presso la Struttura estera ed a tal fine l'assistito può presentare appositi preventivi relativi a spese sanitarie, di trasporto o di viaggio a dimostrazione della entità e delle modalità di pagamento richieste dalla Strutture estera;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi deve fruire delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;

36



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del DM Sanità 3 novembre 1989, stante la particolare entità delle spese da sostenere come risulta dagli allegati preventivi, un acconto su tali spese nella misura del 70% di quanto preventivato.

Dichiara che:

il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale

Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente

il trasferimento all'estero avverrà con accompagnatore autorizzato;

Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero avverrà con il seguente mezzo di trasporto speciale autorizzato:

volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale

altre modalità (specificare)

Allega alla presente domanda n. preventivi sulle spese sanitarie, di trasporto o di viaggio da sostenere e sulla dimostrazione delle modalità di pagamento richieste.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento

rilasciato da il

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)

37



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO L - Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 2 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - DM 30 agosto 1991, articolo 2)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL, adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso del "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, in assistenza in forma indiretta, e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al modello;
- la domanda e la relativa documentazione deve essere presentata alla competente ASL entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa a pena di decadenza dell'eventuale diritto al rimborso;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazione con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DICHIARA

di aver usufruito di cure all'estero senza preventiva autorizzazione, stante la eccezionale gravità ed urgenza, presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato
denominato:

.....
ubicato nello Stato città



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

via n. telefono telefax e-mail

Dichiara inoltre che la preventiva autorizzazione non è stata ottenuta per i seguenti motivi:

.....

Dichiara infine che:

[] il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale; Trattandosi di persona [] minorenni [] maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore; Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto: [] volo di linea [] volo speciale [] auto privata [] ambulanza [] treno con servizio speciale [] altre modalità (specificare) sostenendo la spesa come da documentazione allegata. Atteso quanto sopra, il sottoscritto

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del DM Sanità 3 novembre 1989, 1989 il rimborso del "concorso nelle spese" sanitarie e di trasporto o viaggio sostenute.

Allega alla presente domanda:

- 1. n. fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa alle prestazioni usufruite comprovante la eccezionale gravità ed urgenza del caso clinico:
3. la documentazione comprovante di essere in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture accreditate, pubbliche o private, con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria;
4. la documentazione comprovante di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento rilasciato da il (da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

38



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)

ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

Deroga dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione (articolo 7, comma 2, DM Sanità 3 novembre 1989 e articolo 2 DM 30 agosto 1991).

Si prescinde dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione per le prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza, ivi comprese quelle usufruite dai cittadini che si trovino già all'estero, alla inderogabile condizione che l'assistito compri la sussistenza, al momento del trasferimento all'estero, dei presupposti normalmente richiesti per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria e preventiva.

Tali presupposti si riferiscono a prestazioni che non possono essere ottenute in Italia tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

L'assistito deve inoltre dimostrare di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria e preventiva.

Le domande di "concorso nelle spese" sostenute all'estero in assistenza indiretta in carenza di preventiva autorizzazione devono essere presentate all'ASL competente entro 3 mesi dall'effettuazione della relativa spesa, a pena di decadenza del diritto. Tale termine decorre dalla data di effettuazione dell'ultima spesa relativa allo stesso evento sanitario, ovvero dalla data dell'ultima quietanza o ricevuta ammessa "a rimborso".

In tali casi alla domanda di "rimborso" delle spese sostenute dovrà essere allegata, oltre alla documentazione ordinaria:

- la dimostrazione di essere in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture accreditate, pubbliche o private, con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria,
- la dimostrazione di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria.

Da quanto sopra discende che i casi di deroga dall'obbligatorietà di preventiva autorizzazione sono del tutto eccezionali. Rientrano in essi prevalentemente i casi di trapianto d'organo per i quali può ipotizzarsi:

MO



REGIONE
PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

- l'improvvisa chiamata da parte della Struttura estera dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre il tempo previsto, il quale sia in attesa in Italia dell'autorizzazione al trasferimento per cure, regolarmente inoltrata;
- l'imprevisto ricovero per l'intervento dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre il tempo previsto, che si trovi già all'estero per accertamenti, tipizzazione, ecc. e che abbia già inoltrato in Italia la domanda per trasferimento per cure;

più in generale, anche al di fuori dei trapianti, tutti i casi in cui le ingiurabili condizioni di salute di un assistito, in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture pubbliche o private accreditate con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria, rendano necessarie procedure diagnostiche e terapeutiche da effettuarsi in tempi inferiori a quelli necessari alla Azienda ULSS per la conclusione del procedimento di autorizzazione preventivo.

Non possono invece rientrare i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie acute, impreviste e imprevedibili che si manifestano durante un soggiorno all'estero e che sono "coperti" dalla TEAM in ambito comunitario, da formulari similari rilasciati per il temporaneo soggiorno nei Paesi "convenzionati", dall'attestato ex articolo 15 DPR 618/80 per il lavoratori aventi diritto o da apposite polizze assicurative negli altri Paesi.

Non rientrano neppure i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie già esistenti prima del trasferimento all'estero ma per le quali non risulti assolutamente comprovata la impossibilità di erogazione "tempestiva" ed "adeguata" anche in Italia.

La valutazione sulla sussistenza dei presupposti e delle condizioni per usufruire dell'assistenza presso Centri di altissima specializzazione all'estero ed il parere sulle spese rimborsabili viene dato, a posteriori, dal Centro Regionale di Riferimento (CRR) competente al quale l'ASL trasmette tutta la documentazione.

Ulteriore documentazione sanitaria e di spesa prodotte dall'interessato dovranno essere inviate alla Regione solo se verranno espressamente richieste.

Avvertenza

(Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989 – Deroghe alle procedure)

La deroga di cui trattasi può essere applicata anche nei casi di assistenza diretta presso Centri pubblici o convenzionati ubicati in ambito comunitario o nei Paesi "convenzionati". In tali casi l'ASL può, previa valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del CRR con le modalità e procedure previste per l'assistenza indiretta, rilasciare a posteriori il Documento S2 (ex E112) oppure analogo formulario per i Paesi "convenzionati", su richiesta dell'interessato o della Istituzione estera. In alternativa può procedere, su richiesta dell'assistito al suo rientro in Italia, al rimborso delle spese sostenute secondo le tariffe di rimborso applicate dall'Istituzione estera che ha erogato le prestazioni, all'uopo interpellata.

M1



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO M – Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso un Centro di altissima specializzazione con nota VS. prot. n. del
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese strettamente sanitarie rimaste a carico dell'assistito, sostenute per fruire di prestazioni presso un Centro di altissima specializzazione all'estero pubblico o privato, in assistenza in forma indiretta, e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al presente modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 7, comma 3, del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso in deroga delle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a proprio carico, sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione:

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato
denominato:

MZ



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

..... ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail

La richiesta è motivata dal fatto che tali spese rimaste a proprio carico sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del proprio nucleo familiare.

Dichiara che il proprio nucleo familiare ai fini fiscali è costituito da:

.....
.....
.....
.....

e che il reddito complessivo dichiarato nell'anno (indicare l'anno precedente quello in cui sono state erogate le cure all'estero) è stato di € (in lettere:.....)

Allega alla presente domanda:

- 1. n. fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali, di spese strettamente sanitarie rimaste a proprio carico;
- 2. la seguente eventuale documentazione a supporto della domanda:

.....
.....
.....

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento rilasciato da il (da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

143

**REGIONE
PUGLIA****DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)

ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

**Deroga sull'ammontare dei "rimborsi" per prestazioni fruitive in assistenza indiretta
(articolo 7, comma 3, DM Sanità 3 novembre 1989)**

Se le spese complessive (**strettamente sanitarie**) che restano a carico dell'assistito dopo applicazione del regime ordinario dei "rimborsi" sono particolarmente elevate, in senso assoluto ma soprattutto in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito, tanto da comprometterne le condizioni economiche, è possibile presentare **DOMANDA** alla propria ASL per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione ed al reddito complessivo del nucleo familiare.

Nella valutazione delle deroghe sui "rimborsi" la Regione Puglia si attiene ai seguenti principi:

- le spese residuali (strettamente sanitarie) rimaste a carico dell'assistito devono essere debitamente documentate e di per sé particolarmente elevate;
- se l'interessato documenta spese per le quali è richiesta preventiva specifica autorizzazione, che nel caso specifico è mancata, le spese in questione vanno considerate solo nei limiti previsti dal regime ordinario di concorso nelle spese;
- nella valutazione della onerosità di tali spese deve tenersi conto anche del reddito complessivo del nucleo familiare il quale in questo caso rappresenta una delle componenti essenziali;
- devono essere escluse dalla deroga le spese residuali di limitato importo (indicativamente inferiori al 10% del reddito complessivo annuo del nucleo familiare).

Una volta che la Regione ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute rimaste a carico dell'assistito, lo comunica all'ASL che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO N - Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto
nato il residente a
in via n
C.F. cittadinanza
telefono fisso telefono cellulare
telefax e-mail
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso un Centro di altissima specializzazione pubblico o privato convenzionato con Formulario rilasciato in data
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese strettamente sanitarie rimaste a carico dell'assistito, sostenute per fruire di prestazioni presso un Centro di altissima specializzazione all'estero pubblico o privato convenzionato, in assistenza in forma diretta, regolarmente autorizzate con rilascio del Formulario e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al presente modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 7, comma 4, del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso in deroga delle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a proprio carico, sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione:

MS



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

checkbox publico privato convenzionato privato non convenzionato denominato: ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail

La richiesta è motivata dal fatto che tali spese rimaste a proprio carico sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del proprio nucleo familiare.

Dichiara che il proprio nucleo familiare ai fini fiscali è costituito da:

.....

e che il reddito complessivo dichiarato nell'anno (indicare l'anno precedente quello in cui sono state erogate le cure all'estero) è stato di € (in lettere:)

Allega alla presente domanda:

- 1. n. fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali, di spese strettamente sanitarie rimaste a proprio carico; 2. la seguente eventuale documentazione a supporto della domanda:

.....

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento

rilasciato da il

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo

Handwritten signature MB



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali)

ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

**Deroga per il concorso nelle spese per prestazioni fruite in assistenza diretta
(articolo 7, comma 4, DM Sanità 3 novembre 1989)**

I trasferimenti per cure all'estero, previsti dai Regolamenti comunitari e da alcuni degli Accordi bilaterali di sicurezza sociale intrattenuti dall'Italia con vari Paesi, riguardano solo le prestazioni che le Istituzioni sanitarie estere erogano **in forma diretta** nelle Strutture pubbliche o private convenzionate ai propri assicurati. In tal caso le prestazioni vengono erogate dalle suddette Istituzioni a parità di condizioni e di trattamento con i propri assistiti.

Con l'assistenza in forma diretta restano a carico dell'assistito che si reca all'estero le spese sostenute per:

- onorari corrisposti ai sanitari che abbiano svolto la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento, se tali onorari sono soggetti a tariffazione separata;
- tickets previsti dalla legislazione locale;
- spese per il viaggio, anche se in ambulanza o con altro mezzo speciale, e per l'accompagnatore;
- spese di soggiorno in attesa di ricovero e dopo la dimissione;
- spese di confort alberghiero eventualmente sostenute durante la degenza (telefono, TV, stanza singola, ecc.) se oggetto di tariffazione separata.

La normativa citata introduce una deroga alla regola generale, in virtù della quale possono essere concessi concorsi nelle **sole spese di carattere strettamente sanitario** 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.

Giova rimarcare che tale deroga concessa per le prestazioni fruite in assistenza diretta si riferisce esclusivamente alle spese di carattere strettamente sanitario (primi tre punti dei cinque innanzi riportati) e non a tutte le spese sostenute (anche di carattere non strettamente sanitario) rimaste a carico dell'assistito.

h7



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Pertanto anche la valutazione della **particolare onerosità** delle spese poste direttamente a carico dell'assistito in assistenza diretta viene effettuata con esclusivo riferimento alle sole spese di carattere strettamente sanitario e non al complesso di tutte le spese direttamente sostenute.

È pertanto possibile presentare **domanda alla propria ASL** per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese di carattere strettamente sanitario, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione del nucleo familiare ed al reddito complessivo prodotto dai componenti del nucleo familiare, come risulta nell'ultimo anno utile.

La **Regione**, cui spetta la valutazione, in sede di determinazione dell'eventuale concorso in tali spese si attiene ai seguenti criteri:

- le richieste prese in considerazione devono essere significative sotto il profilo sanitario e particolarmente rilevanti sotto il profilo economico;
- le spese strettamente sanitarie che sono state poste a carico dell'assistito devono essere tali da compromettere le condizioni economiche del nucleo familiare;
- per tale motivo vanno escluse dalla deroga le spese rimaste a carico dell'assistito di importo inferiore al 10% del reddito complessivo del nucleo familiare;
- si potrà procedere alla concessione del concorso nelle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a carico dell'assistito nei termini seguenti:
 - a) quanto ad onorari professionali corrisposti a sanitari che abbiano svolta la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento e dove è stato utilizzato il modello comunitario (E 112 o S2) o similari per i Paesi "convenzionati", a condizione che siano fatturati separatamente, sino al 40% dell'esborso;
 - b) quanto ai tickets previsti dalla legislazione locale sino all'80% dell'esborso;
 - c) quanto a spese di trasporto e di viaggio per l'assistito e per l'accompagnatore autorizzato, sino all'80% dell'esborso.

HS



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO O - Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Al Sig.
Via n.
CAP Località
e p. c. Al Centro Regionale di Riferimento
.....

Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere favorevole e vincolante per questa ASL espresso dal Centro Regionale di Riferimento di branca specialistica di in data, ns. prot n. del, relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. del, questa Amministrazione Le comunica l'autorizzazione al trasferimento all'estero per le cure richieste in assistenza diretta presso il Centro di altissima specializzazione
 pubblico privato convenzionato privato non convenzionato
denominato
ubicato nello Stato città
via n. telefono
telefax e-mail
da fruire nel periodo autorizzato dal al

Conformemente alle esigenze connesse al caso clinico in esame ed al conseguente parere del Centro Regionale di Riferimento
 Il trasferimento all'estero è autorizzato con mezzo di trasporto normale.
Trattandosi di persona minorenne maggiorenne non autosufficiente
 il trasferimento all'estero è autorizzato con accompagnatore.
Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è autorizzato con il seguente mezzo di trasporto speciale:
 volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale
 altre modalità (specificare)

Questa Amministrazione Le comunica altresì che Le sarà rilasciato apposito Formulario S2 (o simili) da presentare al Centro di altissima specializzazione all'estero.

MS



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

Data

Firma e timbro del Dirigente Responsabile

.....

Eventuali allegati:

.....

.....



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

MODELLO P - Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6, comma 13 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

All'ASL

DSS di

Il sottoscritto nato il residente a in via n C.F. cittadinanza telefono fisso telefono cellulare telefax e-mail

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta ASL e regolarmente autorizzato con nota Vs. prot. n. del al trasferimento per cure all'estero, in assistenza in forma diretta, presso il Centro di altissima specializzazione:

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato denominato:

... ubicato nello Stato città via n. telefono telefax e-mail

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, pubblico o privato convenzionato, in assistenza in forma diretta;
- sul prevedibile rimborso del "concorso nelle spese" spettante all'interessato possono essere concessi, a domanda dell'interessato, prima della partenza dall'Italia o durante il soggiorno all'estero, acconti che non possono, in nessun caso, superare il 70% del prevedibile "rimborso" spettante;
- gli acconti possono essere concessi su valutazione sia della particolare entità della prevedibile spesa che delle modalità di pagamento in uso presso la Struttura estera ed a tal fine l'assistito può presentare appositi preventivi relativi a spese sanitarie, di

51



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

trasporto o di viaggio a dimostrazione della entità e delle modalità di pagamento richieste dalla Strutture estera;

- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi deve fruire delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
• quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DOMANDA

ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del DM Sanità 3 novembre 1989, stante la particolare entità delle spese da sostenere come risulta dagli allegati preventivi, un acconto su tali spese nella misura del 70% di quanto preventivato.

Dichiara che:

- [] il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale
Trattandosi di persona [] minorenni [] maggiorenne non autosufficiente
[] il trasferimento all'estero avverrà con accompagnatore autorizzato;
[] Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero avverrà con il seguente mezzo di trasporto autorizzato:
[] volo di linea [] volo speciale [] auto privata [] ambulanza [] treno con servizio speciale
[] altre modalità (specificare)

Allega alla presente domanda n. preventivi sulle spese sanitarie, di trasporto o di viaggio da sostenere e sulla dimostrazione delle modalità di pagamento richieste.

Data

Firma

(Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione")

Documento di riconoscimento rilasciato da

..... il (da

allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo

52



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

MODELLO Q – Trasmissione dell'istanza per ottenere il rimborso delle spese rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Alla Commissione Regionale ex. Art. 1 D.M.13/05/93

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza diretta | <input type="checkbox"/> assistenza indiretta |
| <input type="checkbox"/> cure di neuro riabilitazione | <input type="checkbox"/> L.104/92 |
| <input type="checkbox"/> trapianti e prestazioni collegate | |

Istanza di rimborso in deroga ex articolo 7, comma 3 DM 3 novembre 1989 delle spese rimaste a carico dell'assistito

nato il residente a

in via n

C.F. cittadinanza

telefono fisso telefono cellulare

telefax e-mail

affetto da

e regolarmente autorizzato al trasferimento per le cure nel periodo
dal al

presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico privato convenzionato privato non convenzionato

denominato:

ubicato nello Stato città

via n. telefono

telefax e-mail

A tal proposito si dichiara che:

- Il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale.
- Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale:
- volo di linea volo speciale auto privata ambulanza treno con servizio speciale
- altre modalità (specificare)

54



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Trattandosi di persona minorenni maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore (specificare generalità):

È stato rilasciato il Modello S2 altro Modello (specificare)

Si attesta che la richiesta di rimborso in deroga è stata inoltrata dall'assistito:

entro il termine di decadenza previsto dalla normativa vigente;

oltre il termine di decadenza previsto dalla normativa vigente per le seguenti motivazioni:

La richiesta è motivata dal fatto che le spese rimaste a carico dell'assistito sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare costituito, ai fini fiscali, da (indicare le generalità dei componenti):

Il reddito complessivo dichiarato nell'anno (indicare l'anno precedente quello in cui sono state erogate le cure all'estero) è stato di € (in lettere:)

Si attesta che le spese per cui è richiesto il rimborso in deroga sono state debitamente rendicontate dall'interessato con titoli e documenti idonei ai sensi di legge e che la documentazione probatoria relativa alle spese risulta essere congrua con gli importi indicati nelle seguenti schede riepilogative:

55



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE SANITARIE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

26



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE FARMACEUTICHE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE PROTESICHE		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

59



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

TICKETS		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

50



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE DI TRASPORTO O VIAGGIO		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga



**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

SPESE DI SOGGIORNO ⁴		
Numero e data fattura, ricevuta, giustificativo di spesa o titolo equipollente	Importo in valuta estera	Controvalore in euro (calcolato in base al tasso di cambio del giorno di effettuazione delle relative spese)

Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

⁴ Da compilare solo in caso di trasferimenti all'estero per trapianti o per cure di neuro riabilitazione per portatori di handicap. Negli altri casi, **unicamente ai fini della valutazione percentuale delle spese residue e non del rimborso**, possono essere incluse 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.

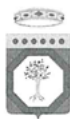


**REGIONE
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO
SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO
DELL'OFFERTA

TOTALE ⁵							
Numero totale di fatture, ricevute, giustificativi di spesa o titoli equipollenti	Importo totale in valuta estera	Importo totale in euro	Importo già rimborsato dall'ASL (in euro)	Quota percentuale sul totale già rimborsata dall'ASL	Numero e data del provvedimento di liquidazione	Importo per cui si chiede il rimborso in deroga (in euro)	Quota percentuale sul totale per cui si chiede il rimborso in deroga

⁵ Inserire il totale complessivo ottenuto sommando i totali parziali riferiti alle diverse tipologie di spesa (sanitarie, farmaceutiche, protesiche, ecc....)



REGIONE PUGLIA

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Si allegano alla presente:

- copia della proposta motivata rilasciata dal medico specialista;
- copia del Mod. TRS01, compilato e firmato in tutte le sue parti;
- copia del Mod. S2 o equivalente (specificare).....;
- copia del certificato di dimissione rilasciato dal Centro estero con indicazione del periodo di cure e descrizione dettagliata delle prestazioni fruitive;
- 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 rimborso⁶;
- copia di valida dichiarazione ISEE;
- copia dell'attestazione dello stato di handicap – L. 104/92, art. 3, comma 3;
- copia della certificazione prodotta dalle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane in loco, sulle caratteristiche della struttura sanitaria (natura privata convenzionata della struttura sanitaria estera, avente o meno lo scopo di lucro) e sulle tariffe applicate (solo nel caso di strutture private convenzionate);
- copia di n. fatture quietanzate o titoli equipollenti, secondo le norme e gli usi locali;
- la seguente eventuale documentazione ritenuta utile a supporto della domanda:
-
-
-
-

Data

Timbro e firma del Responsabile del DSS

Timbro e firma Dirigente ASL

⁶ 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

64