

L.R. 7/2021

CRITERI ATTUATIVI PER IL RIMBORSO DELLE SPESE

A SUPPORTO DELLE CURE ONCOLOGICHE

1. BENEFICIARI

Il rimborso delle spese è riconosciuto alle persone residenti nei comuni della regione Marche che hanno fruito di prestazioni sanitarie per la diagnosi, cura e controllo di patologie oncologiche, erogate sul territorio delle Marche e di altre regioni italiane, presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate con decorrenza dalla data di entrata in vigore della L.R. 7/2021.

Sono quindi escluse dai benefici della L.R. 7/2021, e quindi dal presente atto, le spese connesse alle prestazioni sanitarie oncologiche fruito presso centri di altissima specializzazione all'estero di cui al D.M. Sanità 3 Novembre 1989 e s.m.i.

2. PRESTAZIONI RIMBORSABILI

Sono ammesse a rimborso secondo le modalità del successivo punto 3 le spese di cui ai successivi paragrafi 4, 5 e 6 correlate alle seguenti prestazioni sanitarie:

- a) trattamenti di radioterapia e di chemioterapia;
- b) interventi di chirurgia oncologica, anche ricostruttiva e conservativa;
- c) esami diagnostici e di laboratorio;
- d) interventi di riabilitazione e di fisioterapia;
- e) cure palliative e terapie del dolore;
- f) visite mediche specialistiche, controlli periodici, anche non programmati, compresi quelli successivi alla patologia, correlati alla medesima;
- g) prestazioni di supporto psicologico, incluso quello al nucleo familiare, connesse alla medesima patologia; il rimborso è riconosciuto esclusivamente se le stesse sono riferite alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, del territorio della regione Marche.

3. RICHIESTA DI RIMBORSO DELLE SPESE DA PARTE DELL'ASSISTITO

La richiesta del rimborso delle spese deve essere presentata dall'assistito all'ASUR, presso il Distretto sanitario dell'Area Vasta di residenza del medesimo, al quale compete l'istruttoria delle domande e la determinazione dell'esito delle medesime al fine della concessione del beneficio economico e della relativa erogazione ai beneficiari.

Al fine del riconoscimento del rimborso delle spese correlate alle prestazioni sanitarie di cui ai precedenti punti, l'assistito dovrà presentare la domanda redatta sulla modulistica resa disponibile dall'ASUR sia sul proprio sito internet che in formato cartaceo reperibile c/o presso il Distretto sanitario di residenza, corredata dalla documentazione sanitaria e

dalla copia dell'ISEE ordinario del nucleo familiare e dalla documentazione di spesa intestata all'assistito o all'accompagnatore (ricevute fiscali, fatture, "scontrini parlanti").

Ai sensi dell'art. 9 del D.P.C.M. 5 Dicembre 2013, n. 159, i nuclei familiari in possesso di un ISEE ordinario in corso di validità possono richiedere il calcolo dell'ISEE corrente riferito ad un periodo di tempo più ravvicinato al momento della richiesta della prestazione, qualora vi sia una rilevante variazione nell'indicatore, e al contempo si sia verificata, per almeno uno dei componenti il nucleo familiare, nei 18 mesi precedenti la richiesta della prestazione, una delle seguenti variazioni della situazione lavorativa:

- a) lavoratore dipendente a tempo indeterminato per cui sia intervenuta una risoluzione del rapporto di lavoro o una sospensione dell'attività lavorativa o una riduzione della stessa;
- b) lavoratori dipendenti a tempo determinato ovvero impiegati con tipologie contrattuali flessibili, che risultino non occupati alla data di presentazione della DSU, e che possano dimostrare di essere stati occupati nelle forme di cui alla presente lettera per almeno 120 giorni nei dodici mesi precedenti la conclusione dell'ultimo rapporto di lavoro;
- c) lavoratori autonomi, non occupati alla data di presentazione della DSU, che abbiano cessato la propria attività, dopo aver svolto l'attività medesima in via continuativa per almeno dodici mesi.

L'ISEE corrente può essere calcolato solo in caso di variazioni superiori al 25% dell'indicatore della situazione reddituale corrente, rispetto all'indicatore della situazione reddituale calcolato in via ordinaria.

Le domande di rimborso relative alle prestazioni effettuate dall'entrata in vigore della Legge Regionale in oggetto e nell'anno solare di riferimento (1 gennaio-31 dicembre) saranno accolte, di norma, se ed in quanto presentate **entro il 31 gennaio dell'anno successivo**, fatta salva la previsione dell'art. 2946 del Codice Civile in materia di estinzione dei diritti per prescrizione nel termine massimo di dieci anni.

4. SPESE RIMBORSABILI RELATIVE ALL'ASSISTITO

Sono rimborsabili le seguenti spese:

- a) spese documentate dei viaggi di andata e ritorno secondo il percorso più breve intercorrente tra la propria residenza, domicilio o luogo di soggiorno (anche in zona limitrofa al comune della struttura sanitaria che eroga la prestazione qualora il costo del soggiorno sia economicamente più vantaggioso, nel caso in cui l'assistito non sia ricoverato ma debba soggiornare nei pressi della struttura e spostarsi quotidianamente per raggiungerla) e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria, compreso l'eventuale pedaggio autostradale, con i mezzi e i limiti stabiliti nel successivo punto 6, nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro;
- b) spese documentate di vitto fino ad un massimo di 22,26 euro/pasto, e alloggio in hotel fino a quattro stelle¹, sostenute nel luogo di fruizione della prestazione sanitaria o zona

¹ Per il rimborso delle spese di vitto e alloggio è stato preso come riferimento il trattamento di missione per un dipendente Regionale (comparto) così come previsto nella DGR 671/2019.

limitrofa qualora il costo del soggiorno sia economicamente più vantaggioso, limitatamente al periodo previsto per le prestazioni sanitarie, nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro.

5. SPESE RIMBORSABILI RELATIVE ALL'ACCOMPAGNATORE

Sono rimborsabili le seguenti spese relative all'accompagnatore, purché la sua presenza sia riconosciuta necessaria, mediante attestazione, dal medico oncologo che ha in cura il paziente o dal medico di medicina generale, qualora riferite ai soli viaggi effettuati in presenza dell'assistito; non sono ammissibili le eventuali spese relative ai viaggi effettuati per la sostituzione dell'accompagnatore in costanza di ricovero dell'assistito:

a) spese documentate di viaggio:

- con mezzi di trasporto pubblico, compreso l'eventuale pedaggio autostradale, solo qualora non rimborsato all'assistito, dei soli viaggi di andata e ritorno con il percorso più breve intercorrente tra la residenza, domicilio o luogo di soggiorno dell'assistito (anche in zona limitrofa al comune della struttura sanitaria che eroga la prestazione qualora il costo del soggiorno sia economicamente più vantaggioso, nel caso in cui l'assistito non è ricoverato ma deve soggiornare nei pressi della struttura e spostarsi quotidianamente per raggiungerla o comunque vi debba soggiornare l'accompagnatore per raggiungere quotidianamente l'assistito ricoverato per l'assistenza al medesimo) e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria;
- con il taxi esclusivamente per quanto previsto nel successivo punto 6;

b) spese documentate di vitto fino ad un massimo di 22,26 euro/pasto, e alloggio in hotel fino a quattro stelle, sostenute nel luogo di fruizione della prestazione sanitaria, o in zona limitrofa qualora il costo del soggiorno sia economicamente più vantaggioso. Tali spese sono rimborsabili nel limite complessivo annuale di 1.000,00 euro.

6. SPECIFICHE SUL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO

Il viaggio può essere effettuato:

- a. con mezzi propri o di terzi; la misura del rimborso, che verrà riconosciuto solo all'assistito, è pari a 1/5 del costo del carburante vigente alla data del viaggio per ogni chilometro percorso al quale va sommato l'eventuale pedaggio autostradale, formalmente documentato; il costo del parcheggio è escluso;
- b. con mezzi di trasporto pubblico, con rimborso totale del costo;
- c. a mezzo taxi, con rimborso totale del costo a favore sia dell'assistito che dell'accompagnatore unicamente:
 - per il percorso più breve di andata e ritorno intercorrente tra la residenza o domicilio dell'assistito e il luogo di accesso (ad es. stazione ferroviaria) ai mezzi di trasporto pubblico utilizzati per raggiungere e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria;
 - per un solo percorso di andata e ritorno al giorno secondo il percorso più breve intercorrente tra il luogo di soggiorno e il luogo di fruizione della prestazione sanitaria;
- d. con autoambulanza o con taxi sanitario con rimborso totale del costo all'assistito; le spese di viaggio con autoambulanza sono rimborsate esclusivamente nei casi in cui le

condizioni cliniche dell'assistito, attestate dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, siano tali da non consentire l'utilizzo di altri mezzi di trasporto e qualora non sia possibile fruire del trasporto sanitario gratuitamente ai sensi della DGR 301/2017 e s.m.i..

Le spese inerenti i suddetti viaggi verranno ammesse a rimborso dietro presentazione dell'attestazione dell'avvenuta effettiva fruizione delle prestazioni sanitarie, con l'indicazione della tipologia di prestazione e delle relative date, da parte della struttura sanitaria che le ha erogate.

7. CRITERI PER IL CALCOLO DEL RIMBORSO DELLE SPESE

L'ASUR accoglie le domande di rimborso presentate, e valuta la pertinenza della documentazione sanitaria e di spesa presentata a corredo della domanda per il riscontro delle spese sostenute dall'assistito e dal relativo accompagnatore.

Per la determinazione del periodo di competenza della spesa fa fede la data di fruizione della prestazione sanitaria.

Ai sensi dell'art. 5, comma a) della L.R. 7/2021 il calcolo del rimborso delle spese ammissibili per la determinazione dell'importo da erogare ai beneficiari viene effettuato dall'ASUR con riferimento alle classi di reddito sulla base dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dalla normativa statale, come segue:

CLASSI ISEE IN €	% RIMBORSO DELL'IMPORTO AMMISSIBILE, NEI LIMITI ANNUI PREVISTI
0-25.000,00	100
25.001,00-30.000,00	90
30.001,00-40.000,00	70
40.001,00-50.000,00	35
Oltre 50.000,00	0

Gli uffici territorialmente competenti dell'ASUR, in qualità di soggetto attuatore, sono tenuti a fornire ai richiedenti adeguata spiegazione delle modalità per la determinazione del contributo erogabile, all'atto della presentazione della domanda ed in seguito in occasione di eventuali richieste di chiarimento da parte dei medesimi. Nel rispetto delle vigenti norme sulla trasparenza, l'ASUR pubblica una pagina web dedicata nel proprio sito istituzionale.

8. TEMPI DI GESTIONE DELLE RICHIESTE E DI EROGAZIONE DEL RIMBORSO

- a. **Entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno precedente** quello di competenza della spesa l'ASUR presenta alla Struttura Regionale competente la richiesta delle risorse sulla base del preventivo di spesa annuale reso con dichiarazione formale sottoscritta dal Direttore Generale con firma digitale a mezzo PEC. Per il primo anno di applicazione la richiesta deve essere presentata entro 30 giorni dalla data di esecutività del presente atto.
- b. La Regione provvede ad impegnare le risorse a favore dell'ASUR sulla base del preventivo di spesa di cui al precedente punto, nell'ambito della competenza stanziata annualmente nel bilancio di previsione.

- c. **Ogni tre mesi** l'ASUR trasmette con Pec alla Regione il rendiconto unico e complessivo riferito a tutte le Aree Vaste, reso con dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante o suo delegato, con firma digitale, corredato dalle Determine di liquidazione ai beneficiari prive dei nominativi dei beneficiari.
- d. **Entro 30 giorni dal rendiconto trimestrale** di cui al punto c, l'ASUR eroga i rimborsi sulla base della documentazione presentata a corredo di ciascuna domanda, secondo i criteri sopra indicati.
Qualora l'ammontare delle richieste ammissibili a rimborso risulti di entità superiore alle risorse assegnate per l'annualità, per soddisfare la totalità delle richieste l'ASUR darà comunque corso ai rimborsi ammissibili e provvederà in tempo utile, sulla base di una stima, alla richiesta di integrazione dei fondi indicando l'entità del fabbisogno ulteriore;
- e. **Entro 30 giorni** dalla presentazione del rendiconto trimestrale la Struttura Regionale competente liquida ed eroga all'ASUR il relativo importo;
- f. Il termine per la conclusione del procedimento a istanza di parte, di cui alla L.241/90, è di giorni 120.

9. MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 7/2021

Al fine di valutare annualmente lo stato di attuazione e l'efficacia della L.R. 7/2021 e del presente atto, ai sensi dell'art. 6 della medesima, entro il 31 gennaio di ogni anno l'ASUR trasmette alla Struttura Regionale competente una relazione contenente le seguenti informazioni:

- a) il numero delle richieste ammesse a rimborso nell'anno precedente, differenziate per Area vasta di provenienza e per destinazione regionale o extraregionale, in base alle tipologie delle prestazioni di cui all'articolo 2 nonché alle spese di cui all'articolo 3;
- b) il numero delle richieste non ammesse nell'anno precedente e le motivazioni dell'esclusione;
- c) l'indicazione delle somme richieste, di quelle ammesse a rimborso, di quelle impegnate, liquidate e di quelle erogate da ciascuna Area Vasta.

Per valutare le eventuali criticità emerse nell'attuazione della Legge Regionale e le eventuali proposte, è costituito presso la Struttura Regionale competente un comitato composto da due rappresentanti della medesima Struttura e da due rappresentanti dell'ASUR.