

■ Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità

30 Agosto 1991

(Aggiornamento alla GU 17/10/2000).

310. SANITA' PUBBLICA R)

Servizio sanitario nazionale.

D.M. 3 novembre 1989 (1) (1) *Publicato nella*

Gazz.Uff. 22 novembre 1989, n.273.

CRITERI PER LA FRUIZIONE DI PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN FORMA INDIRETTA PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE ALL'ESTERO (2)

(2) Con D.M. 24 gennaio 1990 (Gazz.Uff. 2 febbraio 1990, n.27) modificato con D.M. 17 giugno 1992 (Gazz.Uff. 11 agosto 1992, n.188) si è proceduto alla identificazione delle classi di patologia fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero. Con successivo D.M. 30 agosto 1991 (Gazz. Uff. 12 settembre 1991, n.214) modificato con D.M. 17 giugno 1992 (Gazz. Uff. 11 agosto 1992, n.188) è stato integrato l'elenco delle prestazioni fruibili presso centri di altissima specializzazione all'estero.

IL MINISTRO DELLA SANITA'

VISTA la legge 23 dicembre 1987, n.833 ed in particolare l'art.6, primo comma, lettera a), che riserva allo Stato le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero;

VISTA la legge 23 ottobre 1985, n.595, ed in particolare l'art.3, comma quinto, il quale stabilisce che con decreto del Ministro della sanità sono previsti i criteri di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia, per prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico e sono, altresì, stabiliti i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa da porre a carico dei bilanci delle unità sanitarie locali;

RITENUTO di dare attuazione alla predetta disposizione;

VISTO il parere del Consiglio superiore di sanità;

SENTITO il Consiglio sanitario nazionale;

**DECRETA 1) *Soggetti aventi diritto e forma
dell'assistenza.***

1) Le prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero, disciplinate dal presente decreto, sono assicurate ai cittadini italiani residenti in Italia e iscritti agli elenchi delle unità sanitarie locali.

2) Le prestazioni sono erogate in forma indiretta mediante il parziale rimborso della spesa sostenuta nei limiti fissati dai successivi articoli.

2) *Prestazioni erogabili.*

1) Possono essere erogate le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia e che non sono ottenibili tempestivamente o adeguatamente presso i presidi e i servizi di alta specialità italiani di cui all'art.5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, nonché, limitatamente alle prestazioni che non rientrano fra quelle di competenza dei predetti presidi e servizi di alta specialità, presso gli altri presidi e servizi pubblici o convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

2) Le prestazioni erogabili, che non rientrano fra quelle di competenza dei presidi e servizi di alta specialità, sono individuate, almeno annualmente, con decreto del Ministro della sanità su proposta del Consiglio superiore di sanità. Fino a quando non sarà data attuazione al disposto di cui al secondo comma dell'art.5 della legge 23 ottobre 1985, n.595, con il predetto decreto sono individuate, altresì, le prestazioni erogabili di competenza dei presidi e servizi di alta specialità.

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

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

3) Centro regionale di riferimento.

- 1) La regione attribuisce, per ogni branca specialistica, l'accertamento della sussistenza dei presupposti sanitari - che legittimano l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero e l'erogazione del concorso nelle relative spese - e ogni altra valutazione tecnico-sanitaria, comunque connessa al trasferimento per cure all'estero, ad uno o più presidi e servizi di alta specialità di cui all'art.5 della legge 23 ottobre 1985, n.595, siti nel proprio territorio o, se necessario, in regione limitrofa nonché, limitatamente alle prestazioni che non rientrano fra quelle di competenza dei predetti presidi e servizi, ad apposite commissioni sanitarie costituite dalla regione stessa a livello regionale e composte da personale medico di qualifica apicale delle strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.
- 2) I predetti presidi, servizi e commissioni regionali assumono, ai fini dei trasferimenti per cure all'estero disciplinati dal presente decreto, la denominazione di centro regionale di riferimento per la branca specialistica di competenza.

4) Autorizzazione.

- 1) Il concorso nella spesa è concesso solo per le prestazioni autorizzate.
- 2) A tali fini l'assistito deve presentare domanda alla unità sanitaria locale di appartenenza corredata dalla proposta motivata di un medico specialista nonché dall'ulteriore documentazione prescritta dalle disposizioni regionali.
- 3) L'istanza deve contenere l'indicazione del centro prescelto per la prestazione.
- 4) L'unità sanitaria locale provvede, secondo modalità stabilite dalla regione, alla trasmissione della domanda e della documentazione al centro regionale di riferimento territorialmente competente ad autorizzare le prestazioni all'estero.
- 5) Il centro di riferimento, valutata la sussistenza dei presupposti sanitari per usufruire delle prestazioni richieste (impossibilità di fruirle tempestivamente ovvero in forma adeguata alla particolarità del caso clinico), autorizza o meno le prestazioni presso il centro di altissima specializzazione prescelto, dandone comunicazione all'unità sanitaria locale competente.
- 6) Il centro di riferimento, qualora non fosse possibile autorizzare le prestazioni presso il centro estero prescelto, può autorizzare, se richiesto, le prestazioni stesse presso un diverso centro estero, fornendone adeguata motivazione.
- 7) Il centro di riferimento autorizza, inoltre, in relazione alla gravità del caso clinico, il trasporto dell'assistito con il mezzo ritenuto più idoneo nonché, nel caso

di minori di anni 18 o di pazienti maggiorenni non autosufficienti, l'accompagnatore, fornendone adeguata motivazione.

- 8) Il centro di riferimento autorizza, altresì, ove ritenuto necessario, il viaggio con il mezzo aereo per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore nei casi previsti dal precedente comma.

5) Centri di altissima specializzazione all'estero.

- 1) Ai fini del presente decreto è da considerarsi centro di altissima specializzazione la struttura estera, notoriamente riconosciuta in Italia che sia in grado di assicurare prestazioni sanitarie di altissima specializzazione e che possieda caratteristiche superiori paragonate a standards, criteri e definizioni propri dell'ordinamento sanitario italiano.
- 2) La valutazione della sussistenza dei predetti requisiti è rimessa al centro regionale di riferimento territorialmente competente.

6) Concorso nelle spese.

- 1) Le spese devono essere documentate con fatture quietanzate o titoli equipollenti, in originale, secondo le norme e gli usi locali.
- 2) La documentazione delle spese, unitamente alla documentazione sanitaria sulle prestazioni usufruite (copia cartella clinica, referti, ecc.), è trasmessa dall'interessato all'unità sanitaria locale competente, tramite il centro regionale di riferimento che ha autorizzato le prestazioni all'estero.
- 3) L'unità sanitaria locale, previo parere del centro di riferimento sulle spese sanitarie rimborsabili ed in conformità allo stesso, dispone la liquidazione all'interessato del concorso nella spesa. L'eventuale concessione di concorsi su spese non ritenute rimborsabili dal centro di riferimento deve essere congruamente motivata; in tal caso copia del provvedimento dovrà essere trasmessa alla regione ed al ministero della sanità.
- 4) Ai fini del presente decreto, sono considerate spese di carattere strettamente sanitario quelle riferite alle sole prestazioni sanitarie (spese sostenute per onorari professionali, degenza, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci, protesi ed endoprotesi, ecc.) con esclusione, in caso di ricovero ospedaliero, di quelle di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza.
- 5) Le spese di carattere strettamente sanitario sono rimborsate nella misura dell'80% se sostenute presso centri di natura pubblica ovvero centri di natura

privata senza scopo di lucro le cui tariffe siano approvate o controllate dalle autorità sanitarie competenti. Tali condizioni (natura pubblica, mancanza dello scopo di lucro e tariffe approvate o controllate) devono essere certificate dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

- 6) Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute presso centri diversi da quelli di cui al comma precedente sono rimborsate nella misura dell'80%, fermo restando che il rimborso non può comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe diritto, per analoghe prestazioni, presso i locali centri di cui al comma precedente. A tali fini l'assistito deve produrre apposita certificazione vistata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.
- 7) Le spese per prestazioni libero professionali, comprese quelle fruite in regime di ricovero ospedaliero sono rimborsate nella misura del 40%.
- 8) Le misure di rimborso di cui ai comma precedenti si applicano sulla spesa sostenuta, al netto delle quote di partecipazione alla spesa, in misura percentuale o forfettaria, eventualmente previste in generale dagli istituti o enti pubblici assistenziali dello Stato estero nei confronti dei propri assistiti.
- 9) Ai fini del presente decreto sono considerate, altresì, spese di carattere strettamente sanitario le spese per il trasporto ovvero le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, nei limiti di cui ai commi successivi.
- 10) Le spese per il trasporto dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore, con il mezzo preventivamente autorizzato, sono rimborsate nella misura dell'80%.
- 11) Le spese di viaggio per l'assistito e l'eventuale accompagnatore, con il mezzo aereo preventivamente autorizzato, sono rimborsate nella misura dell'80%.
- 12) Salvo quanto previsto dai precedenti commi n.10 e 11, le spese di trasporto o di viaggio dell'assistito nonché quelle dell'accompagnatore, nel caso di minori di anni 18 o di pazienti maggiorenni non autosufficienti, sono rimborsate nella misura dell'80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica.
- 13) Acconti sul prevedibile rimborso spettante ai sensi dei precedenti commi possono essere concessi, anche prima del trasferimento all'estero o del rientro in Italia, in considerazione della particolare entità della presumibile spesa o delle modalità di pagamento in uso presso la struttura estera; gli acconti non possono, in ogni caso, superare complessivamente il settanta per cento del prevedibile rimborso spettante.
- 14) Non sono rimborsabili le spese di soggiorno nella località estera.

7) Dergoghe.

- 1) In caso di gravità ed urgenza nonché in caso di ricovero in ospedale ubicato in una regione diversa da quella di appartenenza, il centro regionale di riferimento, nel cui territorio è presente l'assistito, può autorizzare direttamente, in deroga alla procedura di cui all'art.4, le prestazioni all'estero, dandone tempestiva comunicazione all'unità sanitaria locale competente.
- 2) Ferma restando la sussistenza dei presupposti e delle condizioni di cui all'art.2, si prescinde dalla preventiva autorizzazione per le prestazioni di comprovata gravità ed urgenza ivi comprese quelle usufuite dai cittadini che si trovino già all'estero. In tali casi la valutazione sulla sussistenza dei presupposti e condizioni ed il parere sulle spese rimborsabili sono dati dal centro di riferimento territorialmente competente sentita la regione. Le relative domande di rimborso devono essere presentate all'unità sanitaria locale competente entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa a pena di decadenza dal diritto di rimborso (3).
- 3) Dergoghe alle disposizioni ed ai criteri di cui al precedente art.6 possono essere disposte, qualora le spese che restano a carico dell'assistito siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso, dalla regione che determina, per i singoli casi, il concorso globale complessivo massimo erogabile (3).



**(3) Comma così modificato dall'art.2, D.M. 13 maggio 1993
(Gazz.Uff. 12 giugno 1993, n.136). L'art.1 dello stesso D.M.
ha, inoltre così disposto:**

Art.1. Le competenze amministrative, già attribuite dall'art.7 D.M. 3 novembre 1989 alla commissione centrale prevista dall'art.8 del decreto ministeriale medesimo in materia di valutazione dei presupposti e condizioni nonché di formulazione del parere sulle spese rimborsabili (art.7, comma 2), nonché quelle attribuite al Ministero della sanità in materia di determinazione del concorso erogabile (art.7, comma 3 e 4), sono esercitate dalle singole regioni e province autonome che vi provvedono sulla base delle direttive della commissione centrale di cui all'art.8, D.M. 3 novembre 1989".

- 4) In caso di prestazioni usufuite ai sensi dell'art.22, paragrafo 1, lettera c), punto i), del regolamento CEE n.1408/71 e delle analoghe disposizioni delle vigenti convenzioni internazionali di reciprocità, possono essere concessi, con la procedura di cui al comma precedente, concorsi nelle spese di carattere stretta-

mente sanitario di cui all'art.6 che restano a carico dell'assistito, qualora le predette spese siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso.

- 5) Limitatamente alla ricerca di donatore non consanguineo di midollo compatibile ed al relativo prelievo, operati attraverso i registri dei donatori di midollo ed i centri ematologici esteri, per il tramite dell'Italian Bone Marrow Donors Registry (I.B.M.D.R.), istituito e gestito dall'ospedale Galliera di Genova, il concorso nelle relative spese è disciplinato come segue: la spesa della tassa di attivazione della ricerca è a carico dell'assistito ed è versata dall'assistito stesso direttamente all'I.B.M.D.R. di Genova; la spesa per la ricerca è a carico della U.S.L., territorialmente competente, nella misura delle tariffe, prefissate dai registri esteri. A tal fine l'I.B.M.D.R. di Genova fatturerà gli oneri richiesti dai registri esteri direttamente alla U.S.L. competente (4).
- 4) Comma aggiunto all'art.1, D.M. 25 novembre 1998 (Gazz.Uff. 29 gennaio 1999, n.23).



8) Commissione centrale.

- 1) Presso il Ministero della sanità - Ufficio per l'attuazione del servizio sanitario nazionale, è istituita una commissione, con la partecipazione dei rappresentanti delle regioni e di responsabili dei centri regionali di riferimento, che esprime pareri sugli indirizzi necessari ad assicurare omogeneità di comportamento in tutto il territorio nazionale nella attuazione delle disposizioni del presente decreto e formula proposte in materia di assistenza sanitaria all'estero.
- 2) A tali fini e in attuazione di quanto disposto dall'art.3, sesto comma, della legge 23 ottobre 1985, n.595, le regioni emanano le direttive necessarie per l'acquisizione dei dati statistici relativi alle prestazioni di assistenza sanitaria all'estero attraverso schede informative il cui schema di massima è predisposto dal Ministero della sanità.

9) Disposizioni transitorie.

- 1) Fino a quando il Piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali non avranno stabilito i presidi e servizi di alta specialità, in attuazione dell'art.5 della legge 23 ottobre 1985, n.595, le funzioni di centro regionale di riferimento di cui al precedente art.3 sono svolte, per ogni branca specialistica, da presidi

ospedalieri o da policlinici universitari all'uopo individuati dalla regione ovvero da apposite commissioni sanitarie costituite dalla regione a livello regionale e composte da personale medico di qualifica apicale delle strutture ospedaliere e universitarie.

- 2) Le domande di rimborso, prodotte ai sensi delle vigenti disposizioni regionali, per prestazioni fruitive all'estero e rientranti tra quelle di cui al secondo comma dell'art.2, che non siano state ancora definite alla data di cui al primo comma del successivo art.11, sono definite in base alla normativa regionale ovvero in base ai criteri di cui al presente decreto se più favorevoli.

10) Province autonome di Trento e Bolzano.

Le province autonome di Trento e Bolzano, attueranno, negli ambiti territoriali di competenza, le disposizioni del presente decreto secondo i propri ordinamenti statutari.

11) Norma finale.

- 1) A decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del decreto di cui al secondo comma dell'art.2 del presente decreto non può far carico al Fondo sanitario nazionale la concessione, da parte delle unità sanitarie locali, di rimborsi spese per assistenza sanitaria fruita all'estero diversi da quelli disciplinati dal presente decreto o da quelli previsti dai vigenti trattati e convenzioni bilaterali o multilaterali di sicurezza sociale.

- 2) Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

