

INFORMAZIONI PER IL CITTADINO - DGR 1481/2023

1. Presentazione della domanda di contributo

Ai sensi della delibera regionale 1481/2023, le richieste di contributo, possono essere presentate, solo dai cittadini che hanno la residenza nel Territorio della USL Toscana Centro.

Sono esclusi i residenti fuori Regione, anche nel caso in cui abbiano il Domicilio Sanitario nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro, i quali dovranno fare richiesta alla ASL in cui hanno la Residenza

La procedura di erogazione del contributo economico si applica a tutti gli interventi assistenziali per pazienti affetti da particolari patologie gravi, il cui bisogno terapeutico è individuato dallo **specialista pubblico**

Il target principale della DGRT 1481/2023 è relativo alle **terapie farmacologiche** erogate a livello territoriale che Aifa non ha ritenuto di rimborsare a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La centralità della definizione del bisogno terapeutico è individuata nello **specialista pubblico**.

L'istanza di rimborso, che prende in carico **situazioni eccezionali non replicabili** in modo diffuso, dovrà essere supportata dai seguenti elementi:

- **condizioni di grave patologia** accertata dal centro specialistico, con specificità cliniche particolari che determinano situazioni in cui il ripristino dello stato di salute o il mantenimento della speranza di vita sono talmente esigui che legittimano il ricorso a trattamento extra-LEA;
- **disponibilità di trattamenti** non erogati dal SSN, in quanto extra LEA, il cui beneficio clinico e la sicurezza sono supportati da evidenze scientifiche o cliniche attestabili dal Centro specialistico/prescrittore;
- **piano terapeutico** redatto da Centro specialistico prescrittore (o, in caso la richiesta coinvolga trattamenti per malattie rare non assicurate dai LEA nazionali o da atti regionali, certificato redatto dal centro abilitato della rete delle malattie rare);
- **relazione sulla storia sanitaria** del paziente, riportante quanto al primo ed al secondo punto e le evidenze che consigliano il trattamento;
- conferma che il tentativo di cura proposto verrà **monitorato e verificato dal Centro specialistico**, relativamente anche alla sua efficacia nel tempo;
- **eventuale documentazione** dalla quale risulti che sono state comunque espletate le procedure terapeutiche definite da linee guida consolidate e delle quali ne è stata altresì provata l'inefficacia;
- **eventuali integrazioni** richieste dalle commissioni aziendali istituite ai sensi della DGRT 1481/2023 al Centro prescrittore, in particolare quando si tratti di malattia rara (in tal caso da richiedere al centro abilitato della rete delle malattie rare o al Centro di Coordinamento Clinico Malattie Rare-CCMR)

Criteri di esclusione delle prestazioni rimborsabili ai sensi della Delibera GRT 1481/2023

- soggetti non residenti nella AUSL TC; sono esclusi pertanto anche i domiciliati sanitari;
- trattamenti già assicurati dalla normativa nazionale e regionale;
- spese sostenute per l'assistenza alla persona; in particolare non sono erogabili contributi, anche in relazione a gravi patologie, volti a garantire un parziale rimborso delle spese (come ad esempio quelle di soggiorno, viaggio, vitto, colloqui) sostenute dai pazienti o dai loro accompagnatori in occasione delle cure ricevute presso le strutture di cura, anche se queste sono in località diverse dai luoghi di residenza;
- esecuzione di accertamenti clinici;

- la disciplina di cui alla delibera GRT 1481/2023 non è applicabile ad integrazione di quella prevista per l'assistenza sanitaria presso i centri stranieri ed italiani di altissima specializzazione;
- spese sostenute ad integrazione di livelli di assistenza riconducibili a normative sanitarie, sia a carattere nazionale, sia regionale (ad esempio rimborso ticket, supplementi nella fornitura di dispositivi sanitari quali pannoloni, cateteri vescicali, strisce per la determinazione della glicemia; ulteriori trattamenti riabilitativi che si sovrappongono od integrano trattamenti già in essere, trattamenti di patologie oncologiche che si sovrappongono ai protocolli riconosciuti e dispensati dal SSN).

Per usufruire dei benefici previsti per i cittadini affetti da particolari tipologie, come previsto dalla normativa regionale, delibere GRT 1481/2023, gli interessati dovranno inoltrare formale richiesta mediante la compilazione del modello "Richiesta di contributo Delibera G.R.T. 1481/2023" (modulo 1).

Alla richiesta di contributo economico dovrà essere allegata la "Scheda di segnalazione dello Specialista" redatta in originale nel periodo di presentazione della domanda (modulo 2), corredata da eventuale documentazione clinico sanitaria specialistica in copia. Il trattamento dovrà essere alternativo a quanto erogabile nell'ambito del SSN.

La richiesta, indirizzata all'USL Toscana Centro, Commissione Aziendale Delib. GRT 1481/2023, Ufficio Protocollo, Piazza Brunelleschi n. 1 – 50122 Firenze, potrà essere trasmessa in uno dei seguenti modi:

a) di persona presso:

a.1 uno degli sportelli amministrativi dei Presidi territoriali della Zona-Distretto di residenza del cittadino;

a.2 la sede del Protocollo aziendale dell'USL Toscana Centro di Piazza Brunelleschi sopra detto o presso eventuali sedi decentrate del Protocollo, qualora l'organizzazione aziendale lo preveda.

b) per posta affrancata, con o senza ricevuta di ritorno, indirizzata alla:

USL Toscana Centro, Commissione Aziendale delib. GRT 1481/2023
Ufficio Protocollo
Piazza Brunelleschi, 1
50122 Firenze

c) per posta elettronica, tramite scanner (non in modalità foto), mediante e-mail alla Segreteria della Commissione 1481 con allegati in formato pdf o altro formato non modificabile dal destinatario, con richiesta di e-mail di conferma di ricevimento.

In questa ipotesi allegare copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e dichiarazione ai sensi del DPR 4445/2000 che l'originale per il periodo richiesto è conservato presso il richiedente e dimostrabile a richiesta degli uffici USL.

Non sono ritenute valide le schede del medico specialista che risultino una copia di quelle già presentate in domande per periodi precedenti.

N.B. La lista aggiornata dei Presidi dove presentare la domanda e gli indirizzi di posta elettronica per l'invio via e-mail, saranno disponibili sul sito aziendale e presso gli sportelli territoriali.

2. Parere della Commissione

La Commissione aziendale comunicherà la decisione in merito alla richiesta presentata al cittadino richiedente entro 60 giorni e p.c. all'Ufficio amministrativo che liquiderà il contributo, allegando la documentazione necessaria al successivo rimborso.

Ai fini della data di decorrenza del contributo, il procedimento si interrompe in caso di carenza documentale, di incompletezza della richiesta come accertata dalla Commissione. La Segreteria della Commissione notificherà al richiedente l'interruzione del procedimento e la nuova decorrenza che non potrà essere che quella derivante dalla completezza della documentazione.

La Commissione se lo riterrà opportuno potrà richiedere documentazione integrativa da presentare nel tempo massimo di 90 giorni, Qualora la Commissione ritenga necessario acquisire documentazione integrativa, sia che si tratti di una prima richiesta, sia in caso di rinnovo, tale documentazione dovrà essere fornita entro 90 giorni, pena la decadenza dell'istanza.

3. Decorrenza del Contributo

La data di decorrenza per l'erogazione del contributo, qualora autorizzato dalla Commissione, decorre dalla data di presentazione della domanda per un periodo massimo di sei (6) mesi e non è retroattivo.

La decorrenza del beneficio economico è desumibile: dalla data, timbro e firma rilasciata dall'addetto dell'ufficio del presidio ove è consegnata di persona (punto 1.1); dalla data del Protocollo aziendale (punto 1.2 e punto 2), dalla data di risposta di avvenuto ricevimento se trasmessa per e.mail;

Saranno rimborsate solo le prestazioni, i farmaci, gli integratori e quanto eventualmente autorizzato dalla Commissione purché rientrante nel periodo autorizzato dalla Commissione.

I rimborsi effettuati ai sensi della DGRT 1481/2023 non possono essere effettuati per spese portate a detrazione fiscale; per questo motivo l'ufficio competente per la liquidazione acquisisce la documentazione fiscale in originale che non può essere riconsegnata agli interessati.

Per gli importi non rimborsabili perché: a) eccedenti il tetto massimo previsto; b) non rientranti nel periodo autorizzato; c) non riconducibili a farmaci autorizzati, l'ufficio competente alla liquidazione provvederà alla restituzione della documentazione originale non rimborsata per gli usi consentiti dalla legge.

Gli importi rimborsati dalla USL ai sensi della delib 1481/2023 non potranno, se consentito dalle norme vigenti, essere detratti fiscalmente, pertanto, nel caso in cui l'USL abbia provveduto a un rimborso parziale di uno scontrino/fattura restituito/a, è diretta responsabilità del cittadino dichiarare il rimborso ottenuto dalla USL, qualora questo non sia evidenziabile in via informatica, a quei soggetti cui richiede ulteriori benefici di legge o rimborsi dei costi non rimborsati dalla USL e, quindi, far sottrarre dall'importo delle spese cui richiede il beneficio/rimborso la somma erogata dalla USL ai sensi della DGRT 1481/2023

Qualora richiesto l'ufficio amministrativo che liquida rilascerà copia della documentazione liquidata parzialmente e la dichiarazione dell'importo restituito all'utente e di quello eventualmente utilizzabile dall'utente per ulteriori benefici di legge o assicurativi.

4. Presentazione della richiesta di erogazione (liquidazione) del contributo

Il contributo massimo semestrale erogabile è commisurato alle spese effettivamente sostenute e dimostrabili con la presentazione in originale, o nelle forme consentite dalla normativa, di fatture, ricevute fiscali, scontrini fiscali parlanti (codice fiscale e nome prodotto) o altra documentazione ritenuta fiscalmente valida.

Le fatture e le ricevute dovranno riportare tipologia di prestazione effettuata, data della prestazione e nominativo del soggetto che ha usufruito della prestazione.

Qualora la documentazione fosse presentata in una delle forme consentite dalla normativa (es. stampa della fattura elettronica), alla richiesta di erogazione del contributo dovrà essere allegata la dichiarazione redatta ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. con la quale il cittadino s'impegna, pena le sanzioni previste per normativa, a non richiedere ad altri soggetti rimborsi o benefici di legge per gli importi restituiti dall'USL.

La richiesta di erogazione del contributo potrà essere presentata, nel rispetto delle modalità e tempi indicati (alla fine del periodo autorizzato), come indicato ai punti sub a) e sub b) del punto 1. delle presenti istruzioni. Gli uffici che riceveranno la documentazione la inoltreranno all'ufficio liquidatore. Alla richiesta di rimborso potrà essere allegata la copia di risposta della Commissione.

5. Delega alla riscossione

Nel caso di richiesta di accredito (bancario o postale), su un c/c intestato ad un soggetto diverso da colui che richiede il contributo, è necessario presentare apposita delega, con copia del documento di identità del delegato e del delegante. Se il conto è cointestato, occorre indicare il

cointestatario, mentre in caso di minori o incapaci, la riscossione sarà a cura del genitore o del Tutore.

6. Rinnovo del contributo

Un eventuale rinnovo del contributo deve essere presentato NON PRIMA e NON OLTRE i 30 (Trenta) giorni dalla data di scadenza del periodo autorizzato con la prima domanda compilando una nuova richiesta, effettuata con le stesse modalità e la stessa modulistica di cui al punto sub 1.

La nuova richiesta dovrà contenere il giudizio documentato del medico specialista del beneficio terapeutico ottenuto con il trattamento, medicinali, prodotti autorizzati e della non possibilità di altre terapie erogate dal SSN.

La Commissione potrà concedere un nuovo periodo per ulteriori 6 mesi a partire dalla scadenza del piano terapeutico precedentemente autorizzato. Qualora non fossero rispettati i tempi sopra detti la decorrenza del beneficio sarà dalla data di presentazione della nuova richiesta.

Ulteriori rinnovi potranno essere presentati solo se corredati da adeguata documentazione che attesti il beneficio conseguito rilasciata da medico specialista di struttura pubblica competente per la patologia diagnosticata.

7. Ricorsi

Avverso la decisione della Commissione aziendale è possibile esperire ricorso amministrativo, in carta semplice, ai sensi dell'art. 4 comma 1 della Legge 595/85 al Direttore Generale entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte della Commissione aziendale.