



*Consiglio regionale*

**Regolamento di attuazione della legge regionale 10 dicembre 2019, n. 42 (Interventi in favore delle famiglie che hanno all'interno del proprio nucleo familiare un componente affetto da grave patologia oncologica o sottoposto a trapianto)**

Art. 1

(Destinatari degli interventi)

1. Sono destinatari degli interventi economici previsti dalla legge regionale 10 dicembre 2019, n. 42 (Interventi in favore delle famiglie che hanno all'interno del proprio nucleo familiare un componente affetto da grave patologia oncologica o sottoposto a trapianto) le famiglie che hanno al proprio interno un componente affetto da gravi patologie cliniche di carattere oncologico o che è in attesa di trapianto o è già stato sottoposto a trapianto al momento dell'invio della domanda di contributo; per famiglia è da intendersi anche quella unipersonale, cioè formata da un solo componente che coincide con il soggetto che necessita degli interventi sanitari contemplati dalla l.r. 42/2019.

Art. 2

(Requisiti specifici dei destinatari e priorità di accesso)

1. Possono presentare istanza per l'accesso ai contributi economici previsti dalla l.r. 42/2019 le famiglie residenti nei comuni della regione Abruzzo, quando ricorre una delle seguenti condizioni:
  - a) hanno al proprio interno un componente affetto da gravi patologie oncologiche, a cui sia stata riconosciuta la condizione di disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), che necessita di trattamenti radioterapici, chemioterapici o altre prestazioni terapeutiche finalizzate alla cura delle suddette patologie in strutture autorizzate dal Servizio sanitario nazionale (SSN);
  - b) hanno al proprio interno un componente in attesa di trapianto o già sottoposto a trapianto, a cui sia stata riconosciuta la condizione di disabilità grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992 e che necessita di trattamenti clinici e continui in strutture autorizzate dal SSN.
2. Hanno priorità di accesso ai rimborsi previsti dalla l.r. 42/2019 le famiglie che non hanno alcun reddito e quelle il cui componente affetto da gravi patologie cliniche di carattere oncologico o in attesa di trapianto o già sottoposto a trapianto presenta una delle seguenti condizioni personali:
  - a) non ha alcun reddito;
  - b) ha perso il proprio posto di lavoro;
  - c) ha terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) ed ha fatto ricorso al periodo di aspettativa non retribuito.

## Art. 3

(Descrizione delle spese soggette a rimborso e quantificazione dell'importo riconoscibile)

1. Il fondo regionale è destinato alla parziale copertura delle seguenti spese sostenute dalle famiglie nell'anno solare precedente per essere sottoposti a terapie o prestazioni cliniche presso strutture sanitarie regionali accreditate al SSN o presso strutture sanitarie di altre regioni accreditate al SSN:
  - a) Spese di viaggio, vitto e alloggio dei soggetti che devono sottoporsi ai trattamenti clinici presso i luoghi dove insistono le strutture sanitarie individuate per le specifiche prestazioni di cura:
    - 1) le spese di viaggio dal luogo di residenza o domicilio del soggetto interessato dalla patologia a quello di cura possono essere riconosciute nella misura massima del 100 per cento se sostenute per viaggiare con i comuni mezzi di trasporto pubblico (tram, bus, treno o aereo) o con autoambulanza, laddove già non coperte con altre risorse pubbliche. Le spese di viaggio con i mezzi di trasporto pubblico o con ambulanza debbono essere adeguatamente documentate e devono essere sostenute in concomitanza con le prestazioni sanitarie. Il rimborso del taxi è previsto solo se utilizzato al di fuori del comune di residenza e all'interno del comune dove viene erogata la prestazione, con il massimo di due viaggi al giorno per raggiungere la struttura che eroga la prestazione clinica;
    - 2) le spese di viaggio dal luogo di residenza o domicilio del soggetto interessato dalla patologia a quello di cura possono essere riconosciute nella misura massima del 50 per cento se sostenute per viaggiare con mezzi propri, di famiglia o di terzi; la spesa carburante è calcolata prendendo a base la somma dei chilometri percorsi dal domicilio del paziente alla struttura sanitaria in cui sono effettuati i trattamenti clinici e percorso inverso, moltiplicata per un quinto del costo della benzina, prendendo a base il costo medio del carburante nel periodo riconducibile alla spesa;
    - 3) le spese di mantenimento nel luogo di cura del soggetto interessato dalla patologia per il periodo previsto per i trattamenti clinici, che sono dovutamente documentate e non coincidenti con situazioni di ricovero, possono essere riconosciute fino alla misura massima dell'80 per cento;
  - b) spese di viaggio, di vitto e alloggio sostenute da un familiare o accompagnatore, la cui presenza risulta certificata quale necessaria dalla competente struttura sanitaria:
    - 1) le spese di viaggio dal luogo di residenza o domicilio a quello di cura del paziente, effettuato con i comuni mezzi di trasporto pubblico possono essere riconosciute fino alla misura massima del 100 per cento, laddove documentate e non già coperte con altre risorse pubbliche;
    - 2) le spese di mantenimento dell'accompagnatore nel luogo di cura del paziente, limitatamente al periodo necessario per le prestazioni sanitarie, dovutamente documentate, possono essere riconosciute fino alla misura massima dell'80 per cento.
2. Il rimborso delle spese di cui al comma 1, lettera b), numeri 1) e 2), è subordinato alla certificazione della necessità di un accompagnatore da parte dello specialista competente per la patologia della struttura sanitaria pubblica regionale.
3. L'accompagnatore può anche non fare parte del nucleo familiare anagrafico del paziente.

## Art. 4

(Rimborsi di spese sostenute fuori dalla regione Abruzzo)

1. In caso di richiesta di rimborso di spese sostenute per prestazioni presso strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate al SSN ubicate fuori dalla regione Abruzzo, l'istanza di rimborso è corredata da uno specifico certificato rilasciato dallo specialista della patologia delle strutture sanitarie pubbliche regionali in cui è attestato che la struttura sanitaria fuori regione è individuata per l'elevata complessità dell'intervento sanitario o per la particolare casistica, oppure da documento reso dalle direzioni sanitarie aziendali regionali che attesta che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori alle necessità di cura le quali assumono carattere salvavita.
2. Sono rimborsabili solo i costi associati a prestazioni erogate in regime istituzionale, certificate dalla struttura erogante, effettuate anche in strutture private convenzionate con il SSN, e sostenute nell'anno solare precedente a quello di presentazione dell'istanza di rimborso.

## Art. 5

(Importi massimi di rimborsi)

1. Il limite massimo di contributo riconoscibile ad ogni nucleo familiare è fissato in euro 2.000,00 annui, ovvero in euro 3.000,00 annui in caso di rimborso delle spese sostenute da paziente e accompagnatore.
2. La richiesta di rimborso delle spese sostenute può essere avanzata dai familiari anche in caso di sopravvenuto decesso del congiunto sottoposto a cura, purché accompagnata da dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione; in caso di morte dell'avente diritto al rimborso sopraggiunto successivamente alla presentazione dell'istanza, i familiari, ai fini della liquidazione del beneficio, se riconosciuto, ne danno comunicazione ai competenti uffici erogatori e presentano la dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione oppure una dichiarazione di atto notorio a firma di tutti gli eredi.

## Art. 6

(Presentazione delle istanze e documentazione da allegare)

1. Le istanze di rimborso delle spese sostenute nell'annualità precedente possono essere presentate dallo stesso paziente o da un familiare che lo rappresenta o dall'amministratore di sostegno, laddove ricorra il caso, entro il 30 aprile di ogni anno, alla Regione, Dipartimento competente in materia di politiche sociali.
2. In sede di prima applicazione, ovvero per l'anno 2020, le istanze di rimborso delle spese sostenute nell'anno solare 2020, a far data dalla intervenuta pubblicazione della l.r. 42/2019, possono essere presentate entro il 30 settembre 2020.
3. Entro il 30 aprile 2021 possono essere presentate le istanze di rimborso delle spese sostenute nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020.
4. Le istanze di rimborso devono essere redatte sulla base del modello di domanda allegato al presente regolamento e devono essere corredate dai giustificativi di spesa, leggibili, e dalle ricevute di pagamento. Le ricevute valide sono quelle fiscali o equipollenti. Non sono ammessi gli scontrini fiscali in quanto privi di nominativo dell'acquirente.

5. Alla richiesta di rimborso sono sempre allegati i seguenti documenti:
- a) copia del certificato di accertamento dell'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della l. 104/1992, rilasciato al paziente dalla commissione medica presso la ASL;
  - b) copia del certificato rilasciato dalla ASL territoriale attestante la patologia oncologica riconosciuta, la patologia che comporta la necessità di trapianto o il trapianto avvenuto;
  - c) certificato redatto dallo specialista della patologia delle strutture sanitarie pubbliche regionali in cui si attesta che la struttura sanitaria fuori regione è stata individuata per l'elevata complessità dell'intervento sanitario o per la particolare casistica oppure documento reso dalle direzioni sanitarie aziendali regionali che attesta che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori alle necessità di cura le quali assumono carattere salvavita (art. 3, comma 4, l.r. 42/2019);
  - d) fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
  - e) attestazione relativa all'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare del paziente in corso di validità; non è ammesso l'ISEE sociosanitario;
  - f) certificazione da parte della struttura competente dell'azienda sanitaria locale della necessità di un accompagnatore (solo per le richieste di rimborso spese di accompagnatori);
  - g) certificati in originale attestanti le date di effettuazione delle terapie o dei controlli (successivi alla diagnosi effettuata) rilasciati dalla struttura erogante;
  - h) il codice IBAN di un conto corrente bancario o postale almeno cointestato al paziente richiedente;
  - i) documenti giustificativi delle spese sostenute, ovvero la seguente documentazione in originale:
    - 1) biglietti aerei, del treno, del bus o ricevute del taxi con indicazione del percorso e della concomitanza con il trattamento clinico o con la visita di controllo;
    - 2) ricevute autostradali o telepass, con indicazione del percorso e della concomitanza con il trattamento clinico o con la visita di controllo;
    - 3) ricevute con nominativo e fatture del ristorante (del paziente, del paziente e dell'accompagnatore o del solo accompagnatore in caso di day hospital del paziente), rilasciate in concomitanza con la prestazione o con la visita di controllo;
    - 4) fatture di alberghi, pensioni o B&B o ricevute di affitto appartamento rilasciate in concomitanza con la prestazione o con la visita di controllo;
  - l) elenco dei documenti presentati.

#### Art. 7

#### (Procedura di ammissione a contributo)

1. Il Servizio competente in materia di Politiche sociali della Giunta regionale, trascorso il termine del 30 aprile di ogni anno (30 settembre per l'anno 2020) effettua i seguenti adempimenti:
  - a) verifica il numero delle istanze di rimborso pervenute e procede all'esame delle stesse rispettandone l'ordine di ricezione, come dal numero progressivo attribuito dal protocollo dell'Ente;

- b) provvede alla verifica del possesso dei requisiti dei soggetti richiedenti e procede all'esame della documentazione di spesa allegata all'istanza dei soli soggetti con riscontro positivo;
  - c) per ogni istanza, prende atto del rimborso richiesto e, a seguito di valutazione di ogni singolo documento allegato, quantifica il rimborso ammissibile indicando per ogni documento non passibile di rimborso le motivazioni di non ammissibilità.
2. Concluso l'esame di tutte le istanze positivamente valutate, il Servizio competente in materia di Politiche sociali della Giunta regionale definisce la graduatoria dei soggetti ammissibili al rimborso che sono collocati in ordine crescente in base al valore dell'attestazione ISEE (dal valore più basso a seguire) in corso di validità presentata in sede di richiesta. A parità di valore ISEE precede in graduatoria il soggetto che:
    - a) non ha alcun reddito;
    - b) ha perso il proprio posto di lavoro;
    - c) ha terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL ed ha fatto ricorso al periodo di aspettativa non retribuito.
  3. Il contributo, nel limite massimo di euro 2.000,00 annui per nucleo familiare, aumentato a euro 3.000,00 in caso di rimborso a paziente e familiare o accompagnatore, è attribuito ai soggetti collocati nella graduatoria seguendo l'ordine crescente (dal primo collocato ai successivi), fino all'esaurimento dello stanziamento annualmente disponibile.
  4. Il Servizio competente in materia di Politiche sociali della Giunta regionale redige l'elenco delle istanze non ammesse a rimborso indicando per ognuna la motivazione di esclusione.
  5. L'istruttoria è conclusa entro i sessanta giorni successivi alla scadenza per l'invio delle istanze.
  6. Il rimborso è erogato ai soggetti beneficiari in un'unica soluzione mediante bonifico sul conto corrente indicato in sede di istanza.

\*\*\*\*\*

Attesto che il Consiglio regionale, con provvedimento n. 32/5 del 5.8.2020, ha approvato il presente regolamento.

IL PRESIDENTE

Fac-simile domanda

Allegato

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE

AL DIPARTIMENTO / SERVIZIO  
SANITARIO TERRITORIALE

**Oggetto.** Richiesta di rimborso delle spese sostenute nell'anno \_\_\_\_ per essere sottoposto a terapie oncologiche o connesse a trapianto di organi ai sensi del Reg. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ L. R. 10.12.2019, n. 42.

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap. \_\_\_\_\_, cod. fisc. \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail \_\_\_\_\_

**chiede**

(oppure, in caso di istanza presentata da familiare/amministratore di sostegno/tutore)

, in qualità di \_\_\_\_\_, per conto di (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, cap. \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

io benefici previsti dalla L. R. n. 42/2019 e relativo regolamento di attuazione in ordine al rimborso delle spese sostenute nell'anno \_\_\_\_\_ per essere stato sottoposto/a a trattamenti clinici in quanto affetto/a da patologie oncologiche o connesse a trapianto di organi.

Per tale finalità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

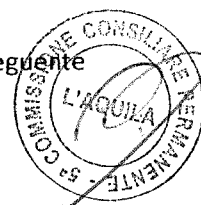
**dichiara:**

ai fini dell'assegnazione della priorità di accesso al fondo di cui all'art 1 della LR 42/2019 di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- Di non aver alcun reddito
- Di aver perso il posto di lavoro in data \_\_\_\_\_ e di essere tuttora in stato di inoccupazione senza godere di alcun ammortizzatore sociale
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL in data \_\_\_\_\_ e di trovarsi in aspettativa non retribuita

(oppure, in caso di istanza presentata da familiare/amministratore di sostegno/tutore)

che (nome e cognome) \_\_\_\_\_, per cui è presentata la seguente istanza:



ai fini dell'assegnazione della priorità di accesso al fondo di cui all'art 1 della LR 42/2019 si trova in una delle seguenti condizioni:

- di non aver alcun reddito
- di aver perso il posto di lavoro in data \_\_\_\_\_ e di essere tuttora in stato di inoccupazione senza godere di alcun ammortizzatore sociale
- di aver terminato il periodo di malattia retribuito riconosciuto dal CCNL in data \_\_\_\_\_ e di trovarsi in aspettativa non retribuita

Consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R., 28-12-2000, n. 445, inoltre

### Dichiara

che le spese per cui si avanza richiesta di rimborso non sono state già oggetto di qualsivoglia rimborso, neanche parzialmente, da Soggetti Pubblici o Assicurazioni.

Dichiara inoltre di essere stato accompagnato negli spostamenti connessi alle prestazioni sanitarie in oggetto dal Sig./ Sig.a \_\_\_\_\_, per il/la quale si chiede il rimborso delle spese sostenute.

Ai fini della liquidazione del rimborso richiesto indica il codice IBAN del conto corrente in essere presso (indicare la filiale bancaria o postale) \_\_\_\_\_ i cui intestatari sono (fornire elenco degli intestatari)

1) sig./ sig.a \_\_\_\_\_

cod. fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) sig.a \_\_\_\_\_

cod. fisc.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Allega alla presente la seguente documentazione:

1. Copia del certificato di accertamento dell'handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della L. 5 febbraio 1992, n. 104 rilasciato al paziente dalla commissione medica
2. Copia del certificato attestante la patologia oncologica riconosciuta, la patologia che comporta la necessità di trapianto o il trapianto avvenuto
3. \*certificato redatto dallo specialista della patologia delle strutture sanitarie pubbliche regionali in cui si attesta che la struttura sanitaria fuori regione è stata individuata per l'elevata complessità dell'intervento sanitario o per la particolare casistica oppure documento reso dalle direzioni sanitarie aziendali regionali che attesta che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori alle necessità di cura le quali assumono carattere salvavita (art 4 comma 4 L.R. 42/2019) ;
4. Fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità
5. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità
6. Certificazione da parte della struttura competente dell'azienda sanitaria locale della necessità di un accompagnatore (solo per le richieste di rimborso spese ad accompagnatori)
7. Certificati originali attestanti le date di effettuazione delle terapie e/o dei controlli (successivi alla diagnosi effettuata) rilasciati dalla struttura erogante



8. Codice IBAN di un conto corrente almeno cointestato al paziente
9. Documenti giustificativi delle spese sostenute in originale:
  - biglietti aerei, del treno, del bus e/o ricevute del taxi con indicazione del percorso ed in data concomitante con il trattamento clinico o la visita di controllo
  - Ricevute di viaggio autostradali e/o telepass, con indicazione del percorso ed in data concomitante col trattamento clinico o la visita di controllo
  - Ricevute nominative e fatture nominative del ristorante (del paziente; del paziente + accompagnatore o del solo accompagnatore in caso di day hospital del paziente)) rilasciate in concomitanza della prestazione o della visita di controllo
  - Fatture nominative di alberghi o ricevute nominative di affitto appartamento rilasciate in concomitanza della prestazione clinica o della visita di controllo.
10. Elenco dei documenti presentati con il dettaglio dei documenti di spesa contraddistinti per data.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

\*Art 3 comma 4 - L.R. 42/2019

...

4. Le richieste di contributo possono riferirsi anche a spese sostenute per viaggio, vitto e alloggio presso strutture sanitarie accreditate di altre regioni, qualora si renda necessario per elevata complessità di intervento sanitario o per particolare casistica, certificate da specialisti delle strutture sanitarie pubbliche regionali, o qualora sia documentato dalle direzioni sanitarie aziendali che i tempi previsti dalle liste di attesa regionali sono superiori, sulla base di evidenze scientifiche, alle necessità di cura che assumono carattere salvavita.

