



Ministero della Salute
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

Ufficio III della DGPRES

Ufficio X della DGPRES

CONFITARMA

Loro sedi

OGGETTO: *linee guida per la liquidazione delle prestazioni sanitarie effettuate all'estero.*

Al fine di assicurare su tutto il territorio nazionale uniformità nelle procedure di rimborso delle spese sanitarie all'estero anticipate dalle Imprese di Navigazione, si richiamano con la presente i principi generali dell'iter amministrativo da seguire ai fini della liquidazione.

Normativa di riferimento

D.P.R. 620/80 - Disciplina dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, art. 8 (assistenza in territorio estero);

D.M. 22 febbraio 1984, artt. 7, 8 e 9 - Fissazione dei livelli delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni economiche accessorie a quelle di malattia assicurate in Italia, in navigazione ed all'estero al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile dal Ministero della Sanità;

Circolare del Ministero della Sanità n. 1000.6.620.1.2870 del 1° ottobre 1985 che stabilisce le "Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile".

Principi generali

I principi generali sono stabiliti dall'art. 8 del D.P.R. 620/80:

Agli aventi diritto all'assistenza sanitaria all'estero che, durante la navigazione marittima o aerea ovvero durante le soste della nave o dell'aeromobile o durante i periodi di avvicendamento in porti e aeroporti esteri, contraggano malattie o subiscano infortuni senza possibilità di efficace intervento da parte dei servizi sanitari di bordo ovvero di pronto rimpatrio per l'interessato, è assicurata l'assistenza in territorio estero.

L'assistenza in forma indiretta è ammessa in tutti i casi in cui l'interessato, per motivi di necessità e urgenza connessi anche alle particolari esigenze di servizio, non possa far ricorso alle strutture ed ai sanitari convenzionati.

Le spese per l'assistenza all'estero in forma indiretta e quelle di trasporto dell'infermo in Italia o da una località estera ad altra meglio dotata di strutture assistenziali, sono anticipate

dall'impresa di navigazione marittima o aerea e rimborsate dal Ministero della salute.

Il trasporto dell'infermo deve essere preventivamente autorizzato dall'autorità consolare competente o dal medico fiduciario. Si prescinde dall'autorizzazione nel caso di eccezionale gravità e urgenza che dovranno in ogni caso essere dettagliatamente documentate.

Le domande di rimborso per spese sostenute per infermità e o infortunio devono essere inoltrate al Ministero della salute entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa, pena la decadenza del diritto al rimborso, salvi i casi in cui l'impresa o l'interessato dimostrino di non avere potuto rispettare il termine per motivi di forza maggiore.

Il Ministero della salute dispone, con provvedimento motivato in base al giudizio di congruità espresso dallo stesso Ministero o dal medico fiduciario o dall'autorità consolare italiana o, in mancanza, dalla competente autorità dello stato in cui è erogata l'assistenza, il rimborso nella misura richiesta o in misura più ridotta ovvero la reiezione della domanda per tardività o per altro motivo.

I casi di assistenza all'estero al personale navigante devono essere immediatamente comunicati al Ministero della salute e all'ufficio presso cui l'interessato è iscritto a cura della impresa di navigazione da cui l'interessato stesso dipende o, in caso di lavoratore autonomo, a cura dell'autorità consolare.

Le specifiche contenute nel D.M. 22 febbraio 1984, nella circolare ministeriale n. 1000.6.620.1.2870 del 1° ottobre 1985 e nelle presenti linee guida consentono di precisare il comportamento da seguire da parte degli uffici competenti in relazione ad alcune fattispecie che possono presentarsi nell'analisi e valutazione delle richieste di rimborso presentate ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 620/80.

Termine di presentazione delle domande di rimborso

Come già stabilito al comma 10 del più volte citato art. 8, "le domande di rimborso per spese sostenute per infermità e o infortunio devono essere inoltrate al Ministero della salute entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa, pena la decadenza del diritto al rimborso, salvi i casi in cui l'impresa o l'interessato dimostrino di non avere potuto rispettare i termini per motivi di forza maggiore". Le domande possono essere presentate anche tramite Posta Elettronica Certificata.

Il citato termine di tre mesi deve essere inteso come termine per l'apertura della procedura di rimborso. E' facoltà dell'impresa o dell'interessato integrare e completare la documentazione anche successivamente al termine di tre mesi e, comunque, non oltre diciotto mesi dall'effettuazione della relativa spesa. L'impresa che si avvarrà di tale facoltà sarà tenuta a comunicare al SASN competente il completamento dell'invio della documentazione.

Per quanto concerne il predetto termine dei tre mesi si ritiene che, tenuto conto anche dell'attuale organizzazione dei servizi aerei e marittimi, lo stesso decorra dal momento in cui l'impresa abbia in concreto effettuato la relativa spesa al titolo specifico. Per la determinazione del giorno iniziale di decorrenza del termine in questione si deve far riferimento alle specifiche situazioni verificabili in concreto.

In particolare:

- a) nel caso in cui sia stata anticipata dal comando di bordo ovvero da una sede di rappresentanza legale all'estero dell'impresa, il termine decorre dalla data in cui la spesa è stata in concreto sostenuta;
- b) nel caso in cui la spesa sia stata invece anticipata per conto dell'impresa da soggetti che, a vario titolo, curano gli affari dell'impresa stessa in conformità alle esigenze della navigazione ed agli usi locali, il termine decorre dalla data in cui l'impresa armatoriale ha avuto concreta conoscenza della spesa anticipata per suo conto, ossia dalla data in cui viene emesso il conto esborsi.
- c) Negli altri casi le domande devono comunque essere presentate, a pena di decadenza, entro tre mesi dall'effettuazione della relativa spesa.

Giudizio di congruità

L'art. 8, c. 11 prevede che "il Ministero della salute dispone, con provvedimento motivato in base al giudizio di congruità espresso dallo stesso Ministero o dal medico fiduciario o dall'autorità consolare italiana o, in mancanza, dalla competente autorità dello stato in cui è erogata l'assistenza, il rimborso nella misura richiesta o in misura più ridotta ovvero la reiezione della domanda per tardività o per altro motivo".

Le domande di rimborso devono pertanto essere corredate dal "giudizio di congruità" di cui all'art 8 del D.P.R. 620/1980, utilizzando il modello predisposto dal Ministero della salute ed allegato alle presenti linee guida. Chiunque sia il soggetto che rilasci il giudizio di congruità, esso è gratuito.

L'impresa armatoriale è tenuta a inviare richiesta per il giudizio di congruità all'autorità consolare competente o al medico fiduciario.

L'autorità consolare competente o il medico fiduciario devono trasmettere, entro novanta giorni dalla richiesta, il proprio giudizio di congruità all'impresa armatoriale.

Qualora le sopra richiamate istituzioni non emettano il giudizio di congruità entro il predetto termine oppure nel caso in cui l'impresa armatoriale dichiari di non allegare alla domanda di rimborso il giudizio di congruità, per mancanza in loco di autorità consolare italiana o di medico fiduciario o di rifiuto della competente autorità dello Stato in cui è stata erogata la prestazione, il giudizio di congruità stesso verrà emesso dal competente Ufficio X sulla base di analoghe prestazioni erogate nello stesso Stato nel semestre precedente a quello della richiesta. In mancanza anche di tale ultimo riferimento, il rimborso non potrà superare l'onere che il Ministero avrebbe sostenuto se la prestazione fosse stata erogata in Italia presso un presidio o un ambulatorio convenzionato con le ASL.

Agli effetti del rimborso delle spese armatoriali deve essere liquidato il controvalore in euro della spesa sostenuta al cambio del giorno di effettuazione della spesa stessa ¹.

¹ Recepimento delibera n. 1989 del 7/07/1988 della Corte dei Conti allegata alla nota del Ministero della Sanità - Ufficio Attuazione S.S.N - Div. VI Prot. n. 1000.6.620/108 del 16/01/1990, applicazione del valore del cambio della valuta, come rilevato sul sito dell'Ufficio Italiano dei Cambi in Banca d'Italia.

Gli uffici preposti alla liquidazione verificheranno il controvalore eventualmente già dichiarato dal richiedente, applicando il tasso di cambio ufficiale della Banca d'Italia.

Traduzione in lingua italiana della documentazione

La documentazione allegata alle domande di rimborso deve essere tradotta in lingua italiana a cura e spese dell'armatore che confermerà, sotto la sua responsabilità, la correttezza della traduzione stessa ².

Nei casi di traduzione troppo libera e tale da non permettere di verificare con precisione la natura e/o la qualità delle prestazioni sanitarie di cui si chiede il rimborso, gli uffici preposti liquideranno con provvedimento motivato solamente la parte adeguatamente giustificata.

Comunicazione dei casi di assistenza

Per quanto concerne l'obbligo dell'impresa di comunicare immediatamente al Ministero della salute i casi di assistenza ai sensi dell'ultimo comma dell'art.8 del D.P.R. 620/80, si precisa quanto segue:

1. I casi di sbarco per malattia e infortunio devono essere comunque comunicati agli uffici competenti per la liquidazione delle relative spese sanitarie;
2. Negli altri casi, diversi dallo sbarco, qualora l'assistenza sia stata erogata direttamente o indirettamente tramite medico fiduciario del Ministro della salute o quando vi sia stato, comunque, un intervento dell'autorità consolare competente, per evidenti motivi di snellezza di procedure oltre che di economicità di gestione, non è necessaria una specifica comunicazione;

Prestazioni sanitarie assicurate

Le prestazioni sanitarie sono assicurate in forma diretta tramite i medici fiduciari o le strutture convenzionate con il Ministero della salute ovvero in forma indiretta. Il navigante è tenuto a rivolgersi comunque ai medici fiduciari locali. In mancanza di detti sanitari o in caso di impossibilità o di particolare e documentata urgenza, l'interessato può rivolgersi direttamente alle locali strutture pubbliche o private o liberi professionisti. L'assistenza in forma indiretta è assicurata, con diritto al rimborso delle spese sostenute - di norma anticipate dal rappresentante dell'armatore ai sensi dell'art. 8 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 620 del 31 luglio 1980 - per le prestazioni e nei limiti seguenti:

a) Prestazioni di diagnosi e cura.

Le spese sostenute per prestazioni di diagnosi e cura sono totalmente rimborsate se erogate da enti o strutture pubbliche o private senza scopo di lucro.

Nel caso di ricorso ad altre istituzioni, le spese sostenute sono rimborsate nei limiti delle

² A tale proposito il Ministero della Salute si impegna a verificare la possibilità a breve di acquisire anche le traduzioni in lingua Inglese .

tariffe praticate dalle locali pubbliche istituzioni, se tali istituzioni siano riconosciute idonee all'erogazione delle prestazioni, ovvero per intero qualora risulti dal giudizio di congruità, previsto dall'art. 8, comma 11, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 620/80, l'insufficienza o l'inesistenza di idonee strutture pubbliche o private senza scopo di lucro. Le spese sostenute per prestazioni erogate da liberi professionisti sono rimborsate nei limiti ritenuti congrui in relazione a prezzi, tariffe e onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali.

b) Prestazioni farmaceutiche.

Le spese sostenute per l'acquisto di farmaci (preparati galenici o specialità medicinali), prescritti dai medici fiduciari o dalle strutture convenzionate con il Ministero della salute nonché dalle strutture pubbliche o private senza scopo di lucro o dai liberi professionisti nelle località estere prive di medico fiduciario, sono rimborsate per intero. Sono rimborsate, altresì, le spese sostenute nei casi in cui l'assistito, per motivi di necessità ed urgenza connessi anche alle particolari esigenze di servizio, non abbia potuto fare ricorso al locale medico fiduciario. Le domande di rimborso devono essere corredate della certificazione originale di spesa indicante, per ciascun assistito, i prodotti prescritti e la data della prescrizione.

c) Prestazioni ospedaliere.

Le spese sostenute per degenze e cure ospedaliere disposte dal locale medico fiduciario, finalizzate al recupero della capacità lavorativa e che non possono essere differite al momento del rientro in Italia, sono rimborsate per intero. Solo in mancanza di detti sanitari o in caso di impossibilità o di particolare e documentata urgenza, l'interessato può rivolgersi direttamente alle locali strutture pubbliche o private. Alla domanda di rimborso deve essere allegata la certificazione originale di spesa, nonché idonea documentazione sulla sussistenza delle suesposte condizioni. Resta ferma la possibilità di accertare o verificare d'ufficio le condizioni stesse.

Le prestazioni ospedaliere di elezione devono essere preventivamente autorizzate dal Ministero della Salute.

d) Protesi.

Le spese sostenute per protesi e presidi ortopedici in genere sono rimborsate per intero solo nei casi di assoluta, documentata e riconosciuta necessità e sempre che la prestazione non sia differibile al rientro dell'assistito in Italia, sulla base di domanda corredata da documentazione originale di spesa. La mancata presentazione della certificazione sanitaria comprovante la necessità della protesi comporta la reiezione della domanda. Negli altri casi e sempre che il Ministero della salute riconosca la necessità e la efficacia della protesi, le spese sostenute sono rimborsate nel limite massimo indicato dal Nomenclatore tariffario approvato con Decreto del Ministero della Sanità n. 54 del 23/07/1982 e successivi aggiornamenti.

Rimpatrio e trasferimento

Fermo restando quanto disposto dall'art. 8, comma ottavo, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 620, sono rimborsate per intero le spese di trasporto sostenute per il

rimpatrio in Italia dalla località estera in cui il navigante è sbarcato per malattia o infortunio alla città italiana in cui dovrà proseguire le cure, ovvero, se guarito, al porto di imbarco, ingaggio o alla propria dimora a sua scelta. In casi particolari, previa espressa autorizzazione, è consentito il rimpatrio dell'assistito straniero ammalato nel proprio Paese di origine.

Sono rimborsate per intero le spese di trasporto per il trasferimento - preventivamente autorizzato - dell'assistito malato da una località estera all'altra, dello stesso o di altro Stato estero, resosi necessario per insufficienza di servizi o di attrezzature sanitarie o per necessità derivanti dall'evento sanitario o ad esso conseguenti.

Qualora sia necessario, per la gravità delle condizioni dell'assistito, può essere autorizzato dal Ministero della salute l'accompagnamento dell'infermo con oneri a carico del Ministero stesso.

Si prescinde dalle autorizzazioni di cui ai paragrafi precedenti nei casi di eccezionale gravità e urgenza, certificate dall'Armatore o dal Comando nave. Detta certificazione consisterà in una comunicazione con la quale si dichiara che, ai sensi del DPR n. 445/2000, non è stato possibile richiedere la preventiva autorizzazione a causa della gravità o dell'urgenza del caso in questione.

Per quanto concerne in particolare i biglietti di viaggio, si precisa che in mancanza degli originali, può essere prodotta per i fini del vincolo, una fattura in originale, debitamente quietanzata, rilasciata dalla compagnia di navigazione marittima od aerea o dell'azienda ferroviaria che ha effettuato il trasporto da cui risulti l'importo corrisposto, le generalità del navigante, la data ed il percorso del viaggio.

Prestazioni economiche

a) Sono rimborsate per intero le spese sostenute per l'uso di normali mezzi di trasporto (ivi compreso il taxi) resesi necessarie per spostarsi dal porto o aeroporto o alloggio di servizio o assimilato all'ambulatorio del medico fiduciario o ad altro presidio pubblico o privato e viceversa o - nei casi di comprovata necessità ed urgenza- al medico libero professionista e viceversa, sulla base della presentazione di domanda corredata delle ricevute originali rilasciate da coloro che hanno effettuato il trasporto, con l'esatta indicazione nominativa degli assistiti che hanno usufruito della prestazione. Il rimborso è subordinato alla contestuale presentazione della documentazione sanitaria che giustifichi gli spostamenti predetti.

Nei casi in cui l'ammalato debba essere prelevato a bordo di una nave non attraccata in porto per essere trasferito al più vicino presidio sanitario o all'ambulatorio del medico fiduciario, le relative spese, anticipate dall'armatore o dal comando di bordo, sono interamente rimborsate. La domanda di rimborso dev'essere corredata della documentazione originale della spesa sostenuta (con l'indicazione del nominativo del navigante che ha usufruito del trasporto) e dell'estratto del giornale nautico, debitamente vistato dalla competente autorità locale, da cui risulti che il natante non poteva attraccare in porto.

b) Sono rimborsate per intero le spese sostenute per il rimpatrio della salma del navigante deceduto all'estero per malattia o infortunio contratto o subito nelle situazioni di cui al secondo comma dell'art. 3 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 620/1980,

sulla base di domanda corredata della documentazione originale di spesa. Le spese rimborsabili comprendono il costo della bara ed il trasporto della stessa nella località richiesta dalla famiglia del navigante, nonché la tassa di sepoltura con esclusione di ogni spesa relativa ad onoranza o pompa.

- c) Al personale navigante marittimo sono rimborsate le spese sostenute per l'alloggio ed il mantenimento di livello standard conseguenti allo sbarco per malattia o infortunio, limitate al periodo di soggiorno strettamente necessario, in attesa della partenza del mezzo di rimpatrio, ovvero del ricovero ospedaliero. La spesa complessiva giornaliera, rimborsabile su domanda corredata della certificazione originale, non può essere superiore all'importo della diaria giornaliera di missione all'estero prevista per il personale dello Stato di pari livello funzionale secondo la tabella di equiparazione predisposta dal Ministero della salute. Per il personale aeronavigante le spese suddette restano a carico dell'armatore in base ai vigenti accordi sindacali.
- d) Sono rimborsate per intero le spese sostenute per il trasporto del medico a bordo della nave o dell'aeromobile nei casi in cui l'assistito non sia in condizioni di recarsi presso il presidio sanitario, sulla base di domanda corredata della documentazione originale di spesa.

Documentazione giustificativa della spesa rimborsata

Ove non sia possibile all'impresa armatoriale allegare gli originali di spesa per ragioni connesse a disposizioni valutarie o fiscali vigenti nel luogo di approdo o per altre cause ostative adeguatamente documentate, gli stessi possono essere sostituiti da fotocopie "conformi agli originali" corredate dalla dichiarazione resa dal responsabile dell'impresa armatoriale, sotto la propria responsabilità, attestante le ragioni suddette nonché il mancato rimborso per le medesime spese da parte di altri enti assicurativi pubblici o privati.

* * * * *

Gli uffici preposti al controllo dei rimborsi per spese sanitarie sostenute all'estero avranno cura d'applicare i principi sopra esposti, rendendosi disponibili per ogni chiarimento eventuale.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Raniero Guerra)*

.

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs.39/93

All. Modello per giudizio di congruità

Giudizio di congruità ex art. 8 D.P.R. 31 luglio 1980, n. 620

Impresa di navigazione:

Assistito:

L'assistito sopra indicato ha fruito delle sottoelencate prestazioni (1) :

1).....*dal*.....*al*.....

2).....*dal*.....*al*.....

3).....*dal*.....*al*.....

4).....*dal*.....*al*.....

presso (2):

I) la struttura di un'istituzione pubblica o non avente scopo di lucro (3)

.....;

II) una clinica privata 3).....;

III) l'ambulatorio di un libero professionista (3).....;

Si dichiara che le spese sostenute dall'impresa di navigazione, riferite alle singole prestazioni di cui all'allegata documentazione sono / non sono (4) congrue in relazione ai prezzi, tariffe ed onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali.

(1)Indicare le prestazioni sommariamente in base alle branche di appartenenza (specialistiche, ospedaliere, medico generiche, ecc.)

(2)Barrare i punti che interessano.

(3)Denominazione del luogo di cura ovvero del libero professionista.

(4)Cancellare la voce che non interessa.

**DA COMPILARE SOLO SE LE PRESTAZIONI SONO STATE EROGATE
DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE**

Si attesta infatti che (1):

- A) non esistono in loco strutture sanitarie pubbliche o istituzioni sanitarie senza scopo di lucro; B) le strutture pubbliche non sono a disposizione degli stranieri;**
- B) le strutture pubbliche sono accessibili agli stranieri solo per ricoveri d'urgenza;**
- C) le locali strutture pubbliche, in relazione alla qualificazione professionale degli operatori sanitari e para sanitari ed al livello tecnico-sanitario delle strutture, non offrono adeguate garanzie per la terapia dell'evento morboso in questione;**
- D) non sono in vigore tariffe predeterminate con provvedimento governativo per quanto riguarda le prestazioni erogate dai medici generici o specialisti;**
- E) le tariffe e gli onorari, di cui si chiede il rimborso, non si discostano da quelli praticati dalla generalità delle strutture private per analoghe prestazioni;**
- F) (altre indicazioni non contemplate nei punti precedenti).....**

.....
Data,.....

**L'Autorità Consolare/Il medico fiduciario
(timbro e firma)**

1) Barrare i punti che interessano

Attesa la non congruità delle spese per le prestazioni fruite dall'assistito sopraindicato, si indicano qui di seguito gli onorari e le tariffe che si ritengono congrui:

.....
.....
Data,.....

**L'Autorità Consolare/Il medico fiduciario
(timbro e firma)**

N.B. La presente deve essere compilata nell'eventualità di dichiarazione di non congruità, in quanto:

- si tratta di oneri di ospedalità non strettamente connessi all'assistenza sanitaria, ma riferentisi a benefici di carattere strettamente alberghiero: - camera singola, telefono, televisione, infermiera personale, ecc. (in tal caso devono essere indicate le tariffe relative alle condizioni ordinarie di degenza);
- per le prestazioni fruite presso strutture sanitarie private non può essere attestata la sussistenza delle condizioni enunciate sub A), B), C), D), E), F), G);
- gli onorari libero professionali, di cui si chiede il rimborso, sono più elevati di quelli generalmente praticati in loco per analoghe prestazioni.