REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE
DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE SANITARIA E TUTELA DELLA SALUTE

Area 4A/09 - Soggetti Deboli ed Integrazione Socio-Sanitaria
Dirigente dr. Valentino Mantini

Proti N. 29568/ 4A/09

Roma, li -2 MAR. 2005

Ai Direttori Generali delle ASL del Lazio

Associazione Malati di Reni onlus

Associazione Nazionale Emodializzati

Oggetto: applicazione della Delibera di Giunta Regionale n° 1614 del 30 ottobre 2001 " Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico".

Questa Direzione continua a ricevere, da parte delle Associazioni degli utenti, segnalazioni relative all' applicazione della Delibera di Giunta Regionale in oggetto.

Poiché le modalità di attuazione delle disposizioni contenute nella DGR 1614/01 possono vanificare quanto la Regione ha inteso attuare con l'emanazione della sudetta normativa la scrivente ritiene che i criteri di procedura che di seguito si consigliano consentano di superare le difficoltà che impediscono la migliore applicazione delle disposizioni.

Al fine di assicurare la cadenza mensile dei rimborsi delle spese sostenute dai pazienti per raggiungere i Centri di dialisi dall'esperienza di molte ASL si è tratta la conclusione che l'applicazione della procedura che si descrive faciliti il raggiungimento del fine.

Punto 1.4 della DGR 1614/01

1. uniformare la modulistica di tutti i Distretti della ASL
2. stabilire che i pazienti provvedano a consegnare entro il 10 di ogni mese tutta la documentazione dei giorni di trattamento per dar modo all'ufficio del Distretto di iniziare la procedura da completare in una settimana; la documentazione, consegnata dai pazienti successivamente alla data stabilita, verrà inserita nella procedura del mese successivo;

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 - 00145 Roma tel. 06 51681

REGIONE LAZIO

DIPARTIMENTO SOCIALE
DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE SANITARIA E TUTELA DELLA SALUTE

Area 4A/09 - Soggetti Deboli ed Integrazione Socio-Sanitaria
Dirigente dr. Valentino Mantini

Roma, li .....

Proti N. ..... 4A/09.....

3. comunicare ai Centri di dialisi del territorio che la certificazione riguardante i pazienti che hanno effettuato la dialisi va consegnata entro il 5 del mese successivo;
4. ridurre i tempi, in alcuni casi inspiegabilmente lunghi, che intercorrono nei passaggi della documentazione dal distretto alla ragioneria e da questa alla tesoreria;
5. concordare con la Banca la riduzione dei tempi per l'erogazione dei contributi e una rinegoziazione meno onerosa possibile dei costi di riscossione;
6. nella comunicazione del rimborso al paziente va specificato il periodo di riferimento del contributo;
7. recepire le deleghe presentate dal paziente per la riscossione dei contributi;
8. aggiornamento periodico del costo della benzina;
9. applicare puntualmente l'incremento del tasso di inflazione programmato ai contributi annuali previsti per la dialisi domiciliare.

Punto 1.3 DGR 1614/01

10. per quanto riguarda l'utilizzo dell'autoambulanza, per i casi gravi e documentati dal Responsabile dell'U.O di Nefrologia e dialisi presso il quale il paziente effettua la terapia, si ritiene sia sufficiente l'attestazione del Responsabile dell'U.O. di riferimento.

In relazione a quanto detto si invia in allegato alla presente una proposta di modulistica e si sottolinea che i contributi corrispondono a spese vive e costanti nel tempo sostenute dai pazienti e dunque la semplicazione di procedura, consentendo la tempestività del pagamento, concorre alla realizzazione degli intenti della Deliberazione in oggetto.

IL DIRIGENTE
Valentino Mantini

IL DIRETTORE REGIONALE
Elda Melaragno

Il responsabile del procedimento:

Tel. 06 51683468 – Fax 06 5168 4974
pgarroni@regione.lazio.it

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ……..
DISTRETTO ……..
CITTA'……

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO D.G.R. 1614/2001 "Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico".

RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO

Il sottoscritto ……..……..……

Nato a …….. il …… residente in ……CAP…… via ……

Codice Fiscale ……

Genitore / legale rappresentante del Sig. .....

nato a ..... il ..... residente in ..... CAP..... via ..... Codice Fiscale .....

Chiede

Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio dal domicilio (*specificare se diverso dalla residenza*) di via ..... città ..... CAP ..... al centro clinico …….....…… città …… Via …… dove è stato sottoposto a trattamento dialitico nel mese di …… per un numero complessivo di sedute ……

Il sottoscritto dichiara:

• Che il viaggio è stato effettuato con il comune mezzo di trasporto pubblico.

• Che il viaggio è stato effettuato mediante vettura privata di proprietà di ……..… targa ……..…….. tipo …… Per Km …… X 2 viaggi giornalieri.

• Che il conducente delle vettura è stato …… familiare del sottoscritto, che la distanza dalla propria abitazione al centro di cura è di circa 10 Km e che il conducente è tornato all'abitazione per poi tornare a prendermi, effettuando quindi Km

…….. X 4 viaggi giornalieri, *considerato che la distanza dal domicilio al centro dialisi è superiore ai 10 chilometri previsti, in base al punto 1.1.2. considerata la possibilità di percorrere il viaggio in tempi brevi, richiede una deroga chilometrica*.

• Che il viaggio è stato effettuato con Taxi, Cooperativa, Società, Associazione di volontariato.
• Che il viaggio è stato effettuato tramite autolettiga.
Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento e le condizioni cliniche;
- Relative attestazioni di pagamento (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per i mesi successivi vengano anticipati.
Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:
- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.
- versati sul Conto Corrente Bancario n. ……. ABI ……. CAB ……

Banca ……. ag. ……. città …….

intestato a …….…… da me delegato alla riscossione.

Data ……..

Firma

…….

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, visto il costo attuale della benzina, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:
1. Km complessivi ……. X numero viaggi …….. per tariffa Km

……. X cifra fissa per viaggio € 10,34 = € …….

2. Costo autolettiga come da ricevuta di pagamento €…….

Data ……..

IL LIQUIDATORE

…….

✂ - - -

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ……..
DISTRETTO ……..
CITTA'……..

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO D.G.R. 1614/2001 "Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico".

RICHIESTA DI VIAGGIO ORGANIZZATO DALLA ASL

Il sottoscritto ……..……..……

Nato a …….. il …… residente in ……CAP…… via ……

Codice Fiscale ……

Genitore / legale rappresentante del Sig. .....

nato a ..... il ..... residente in ..... CAP..... via ..... Codice Fiscale .....

Chiede

In considerazione delle condizioni fisiche e familiari che venga inserito nel programma di trasporto collettivo / individuale [(1)] *(cancellare la voce che non interessa)* per recarsi ad effettuare la terapia dialitica con viaggio previsto dal proprio domicilio abituale al centro clinico …….....…… città …… Via ……

(1) *si allega certificazione medica attestante la necessità di viaggio in autolettiga.*

Data ……..

Firma

……

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, si dispone che il Sig. ..... usufruisca del viaggio con il mezzo .....

Data ……..

IL FUNZIONARIO

…….

✂ - - -

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ……..
DISTRETTO ……..
CITTA' ……..

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO D.G.R. 1614/2001 "Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico".

RIMBORSO PER IL TRATTAMENTO DIALITICO DOMICILIARE

Il sottoscritto ……..……..……

Nato a …….. il …… residente in …….. CAP…….. via ……

Codice Fiscale ……

Genitore / legale rappresentante del Sig. .....

nato a ..... il ..... residente in ..... CAP..... via ..... Codice Fiscale .....

Chiede

• il rimborso delle spese per l'intero costo per l'installazione del preparatore per l'emodialisi, gli impianti elettrico e idrico nonché le relative opere murarie così come concordate con il responsabile dell'Unità Operativa di Nefrologia e dialisi che effettua la terapia;

• Per il trattamento emodialitico domiciliare un contributo spese di € 774,68 annuo, rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

• Per la dialisi peritoneale domiciliare un contributo spese di € 387,34 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

• Per la dialisi peritoneale continua automatizza un contributo spese di € 516.45 annuo rivalutabile in base al tasso di inflazione programmato.

Il sottoscritto è in cura presso il centro clinico …… città …….. Via …… dove è stato sottoposto a trattamento dialitico per l'anno ……

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante il trattamento e le condizioni cliniche
- Relative attestazioni di pagamento per l'impianto (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto attestanti, con la documentazione allegata, le particolari condizioni economiche chiede che i costi dimostrati per gli anni successivi vengano anticipati.

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite Assegno non trasferibile.
- versati sul Conto Corrente Bancario n. …… ABI …… CAB …… Banca …… ag. …… città …… intestato a …… da me delegato alla riscossione.

Data ……..

Firma

……

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. tecnica dialitica domiciliare utilizzata …… € ……
2. Costo impianto come da ricevute di pagamento €……

Data ……..

IL LIQUIDATORE

……

✂ - - -

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE ……..
DISTRETTO ……..
CITTA'……..

DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO D.G.R. 1614/2001 "Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico".

RIMBORSO PER SEDUTE DI EMODIALISI EFFETTUATE FUORI REGIONE

Il sottoscritto ……..……..……

Nato a …….. il …… residente in …….. CAP…….. via ……

Codice Fiscale ……

Genitore / legale rappresentante del Sig. .....

nato a ..... il ..... residente in ..... CAP..... via ..... Codice Fiscale .....

Chiede

Il rimborso delle spese pari al costo della stessa seduta di dialisi effettuata nella Regione Lazio per aver effettuato n. …….....….. prestazioni di dialisi (*specificare il tipo di dialisi*) ..... presso:

• il centro clinico …… città ……CAP …….... Via …… regione o stato estero ……

• il centro clinico …… Situato sulla motonave ……battente bandiera ……..……...

Si allega:

- Certificato del centro dialisi indicante i giorni di trattamento
- Relative attestazioni di pagamento delle prestazioni di dialisi (fatture, ricevute ecc.).

Il sottoscritto chiede che i contributi devono essere:

- inviati al domicilio tramite assegno non trasferibile.

- versati sul Conto Corrente Bancario n. …… ABI …… CAB …… Banca …… ag. …… città …… intestato a …… da me delegato alla riscossione.

Data ……..

Firma

……

RISERVATO ALLA A.S.L.

Vista la regolarità delle dichiarazioni e della documentazione allegata, dispone la liquidazione a titolo di concorso spese, come da prospetto sottostante:

1. tipo di dialisi effettuata …… costo nell'ambito regionale €

…… numero prestazioni …… = € ……

Data ……..

IL LIQUIDATORE

……

✂- - - -