

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 4 “Programmazione Ospedaliera”

Prot./n. 9368

Palermo, 11/02/2026

Oggetto: Procedure per il rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero in ambito UE ai sensi della direttiva 2011/24/UE, del D.Lgs. n. 38/2014, delle Linee guida del 21 dicembre 2017 e del Decreto 16 aprile 2018, n. 50.

DIRETTIVA

Ai Direttori Generali e Commissari Straordinari
delle Aziende Sanitarie Provinciali

LORO SEDI

Premessa

Com'è noto, la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 ha stabilito norme volte a agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell'Unione Europea.

Tale Direttiva è stata recepita in Italia con il Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 21 marzo 2014, n. 67.

Al fine di uniformare i comportamenti di ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale in ordine all'assistenza sanitaria transfrontaliera e le procedure in ambito regionale, si forniscono le modalità operative che le A.S.P. della Sicilia devono adottare per la gestione delle richieste di rimborso relative a prestazioni sanitarie fruite da cittadini assistiti dal Servizio Sanitario Regionale in uno degli Stati membri dell'Unione Europea, ai sensi della direttiva 2011/24/UE e del relativo recepimento nazionale (D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38).

Ambito di applicazione

La presente direttiva si applica alle richieste di rimborso presentate da cittadini residenti in Sicilia iscritti al SSR che hanno sostenuto spese per prestazioni sanitarie (cure ambulatoriali, ospedaliere e prestazioni specialistiche) ottenute in altro Stato dell'Unione Europea e dell'area EFTA (Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein) nell'ambito della mobilità transfrontaliera volontaria.

Le prestazioni sanitarie che possono essere oggetto di rimborso sono solo ed esclusivamente quelle previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e successive modifiche e integrazioni.

Prestazioni soggette ad autorizzazione preventiva

Di norma, l'assistenza sanitaria transfrontaliera è prestata in forma indiretta, ovvero, il cittadino che si intende avvalere di tale forma di assistenza sanitaria affronta i costi e, successivamente, ne chiede il rimborso alla propria ASP.

L'art. 9 del Decreto Legislativo n. 38/2014 prevede però, per alcune prestazioni, che il rimborso è subordinato ad una autorizzazione preventiva.

Nello specifico:

- ✓ le prestazioni di assistenza ospedaliera che richiedono il ricovero del paziente per almeno una notte, sulla base di una valutazione dello stato di salute da parte del medico che ha in cura il paziente;
- ✓ le prestazioni di day surgery individuate all'interno dell'allegato 6A del DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i;
- ✓ le prestazioni di chirurgia ambulatoriale indicate nell'allegato 6B del DPCM 12 gennaio 2017 e s.m.i.;
- ✓ Prestazioni terapeutiche e di diagnostica strumentale che richiedono l'utilizzo di infrastrutture sanitarie o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose – sono quelle impiegate per la risonanza magnetica nucleare (RM), la tomografia computerizzata (TC), la radioterapia e la medicina nucleare;
- ✓ le prestazioni indicate nel D.M. 16 aprile 2018, n. 50.

La richiesta di autorizzazione può essere negata nei seguenti casi:

- a) in base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza a un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile, tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;
- b) a causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;

- c) l'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente, comprese le disposizioni sulla vigilanza, indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;
- d) l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia.

Ai fini della valutazione delle richieste di autorizzazioni preventive e/o al rimborso delle prestazioni sostenute, le Aziende Sanitarie Provinciali sono tenute ad istituire, con atto deliberativo, un punto unico di ricezione e valutazione delle richieste di autorizzazione preventiva, dandone comunicazione a questo Assessorato Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica – Servizio 4 “Programmazione Ospedaliera”.

Il punto unico di ricezione e valutazione delle richieste di autorizzazione preventiva dovrà adottare il provvedimento richiesto entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza. Il termine di 30 giorni è ridotto a 15 giorni nei casi di particolare urgenza che devono essere adeguatamente motivati nella domanda di autorizzazione. Ai sensi dell'art. 3 della legge n. 241/1990, il provvedimento deve essere congruamente motivato.

Procedure in assenza di autorizzazione preventiva

Per le prestazioni non soggette ad autorizzazione preventiva, il cittadino può recarsi direttamente presso la struttura estera ed entro 30 giorni dal rientro nella sede di residenza, richiedere il rimborso alla propria ASP.

Il cittadino per richiedere il rimborso deve presentare:

1. Domanda di rimborso ai sensi del D.L.vo n. 38/2014;
2. Copia documento di identità e tessera sanitaria;
3. Documentazione clinica relativa alla prestazione ricevuta, redatta o tradotta almeno in lingua inglese;
4. Ricevute, fatture o quietanze di pagamento in originale;
5. Eventuale copia dell'autorizzazione preventiva, ove prevista;
6. Autocertificazione che attesti che la medesima prestazione non sarà rimborsata da altri enti/assicurazioni;
7. IBAN per l'accredito del rimborso.

Le Aziende Sanitarie Provinciali, al ricevimento della domanda di rimborso devono verificare:

- a) la correttezza della documentazione sanitaria e amministrativa presentata dall'assistito;
- b) che la prestazione eseguita sia tra quelle ricomprese nei c.d. Livelli Essenziali di Assistenza;

Criteri di rimborso

Ai sensi dell'art. 8, comma 3 del Decreto Legislativo n. 38/2014, il rimborso all'assistito avviene secondo la tariffa prevista a livello regionale, al netto della quota di compartecipazione della spesa e della quota di compartecipazione alla spesa, ove dovuta. Tale rimborso non può comunque superare il costo effettivamente sostenuto dal cittadino.

Si precisa che non sono riconosciuti i costi di viaggio, vitto, soggiorno o altri oneri accessori.

L'ASP deve utilizzare il Nomenclatore Tariffario Regionale vigente alla data della prestazione della domanda.

Controlli

Le Aziende Sanitarie Provinciali, una volta rilasciato il parere favorevole, devono trasmetterne copia a questo Assessorato Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica – Servizio 4 “Programmazione Ospedaliera”.

Le Aziende Sanitarie Provinciali effettuano controlli sulla veridicità della documentazione sanitaria presentata, anche attraverso la collaborazione con le strutture ove è stata erogata la prestazione.

L'Assessorato regionale della Salute può effettuare controlli sulle Aziende Sanitarie Provinciali, in qualsiasi momento, al fine di garantire la corretta applicazione delle procedure.

Restano **escluse** dall'ambito di applicazione della mobilità transfrontaliera:

- ✓ le prestazioni di altissima specializzazione che non siano ottenibili in Italia tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico. In questi casi si applicano le previsioni del D.M. 3.11.1989, D.M. 24.01.90, D.M. 30.08.91 e della legge regionale n. 3/91;
- ✓ le prestazioni assistenziali di lunga durata (cure domiciliari, cure palliative domiciliari, trattamenti sanitari e sociosanitari residenziali e semiresidenziali di lunga durata per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, per malati cronici non autosufficienti, per persone con disturbi mentali, anche in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, per persone con dipendenze patologiche);
- ✓ l'assegnazione e l'accesso agli organi ai fini di trapianto d'organo;
- ✓ i programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose, a meno che non siano espressamente individuati e approvati nell'ambito di programmi di cooperazione tra Paesi membri, ai sensi del capo IV del D.L.vo n. 38/2014.

Per quanto non espressamente previsto nella presente Direttiva, si rimanda a quanto contenuto nel D.L.vo n. 38/2014, nelle Linee guida sul rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero in applicazione della direttiva 2011/24/UE del 21 dicembre 2017 e nel D.M. n. 50/2018 in quanto applicabili.

Si raccomanda la corretta applicazione di quanto sopra e si resta in attesa di ricevere comunicazioni formali dei punti unici di ricezione e valutazione delle suddette istanze che dovranno essere istituiti con la presenza di adeguate professionalità, mediante atto deliberativo, entro 20 giorni dal ricevimento della presente direttiva.

Si allega:

- Modello di autorizzazione preventiva/rimborso spese sanitarie;
- Direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011;
- Decreto Legislativo n. 38 del 4 marzo 2014;
- Linee guida sul rimborso delle spese sanitarie sostenute all'estero in applicazione della direttiva 2011/24/UE;
- Decreto Ministeriale n. 50 del 16 aprile 2018

Si resta in attesa di cortese e tempestivo riscontro.

Il Dirigente Generale
Dr. Salvatore Iacolino