

## ***L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. e Linee Guida Operative***

### ***Disciplinare Operativo Organizzativo e procedimentale***

#### **1. QUADRO GENERALE – INTRODUZIONE ED OBIETTIVI**

Con L.R. 26 del 23/07/1991 la Regione Sardegna ha disciplinato le modalità di fruizione delle prestazioni sanitarie erogate sul territorio nazionale e all'estero a favore di soggetti residenti in Sardegna.

Le straordinarie garanzie contenute ed affermate nei principi della citata Legge regionale rappresentano senza dubbio espressione dei principi di:

- centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale,
- universalità e parità di accesso ai servizi sanitari per tutti gli assistiti,
- garanzia per tutti gli assistiti dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

Tenute, pertanto, a riferimento le finalità di cui alla L.R. 26/1991 e ss.mm.ii., attuate mediante le Linee Guida Operative – Ricoveri Extra Regione approvate con atto del Direttore generale della (allora) ASL di Sassari n° 997 del 20.12.2011, si impone la esigenza di adottare il presente Disciplinare Operativo Organizzativo e procedimentale, che, nel fermo rispetto degli principi inderogabili di cui alla L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. e delle Linee Guida vigenti, rechino una disciplina organica di natura prettamente procedurale ed organizzativa da applicarsi nell'ambito della ASSL di Sassari, nell'intento di porre in essere un riferimento concreto per gli operatori, e univoco e trasparente per l'utenza in ordine agli aspetti procedimentali nell'ambito, appunto, dei ricoveri extraregione.

Costituiscono quindi obiettivi del presente Disciplinare i seguenti:

- Garanzia dell'efficacia, efficienza e qualità del servizio,
- Trasparenza del percorso e delle procedure,
- Standardizzazione del percorso in tutto il territorio di competenza della ASSL di Sassari.

Da quanto sopra deriva che il presente atto – pur riportando letteralmente, per facilità di mera lettura e richiamo, disposizioni o parti di esse delle vigenti Linee Guida, cui si attiene – costituisce atto di natura procedimentale ed organizzativa in relazione, appunto, alle citate vigenti norme e Linee Guida di cui rappresenta esplicitazione procedurale in rapporto anche alla L. 241/1990 e ss.mm.ii.

#### **2. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EXTRA REGIONE**

La L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. disciplina le prestazioni sanitarie in regime di assistenza sanitaria diretta nel territorio nazionale, diretta/indiretta nel territorio estero e stabilisce i criteri e le modalità di fruizione.

Il ricorso a queste forme di assistenza ha carattere straordinario ed è ammesso esclusivamente per le prestazioni sanitarie preventivamente autorizzate, ad eccezione delle prestazioni erogate

in caso di comprovata gravità e urgenza. Tale “gravità/urgenza” è accertata dalla ASSL di residenza sulla base delle certificazioni sanitarie depositate all’atto della presentazione dell’istanza. Per le descritte finalità, deve intendersi per “urgenza” rilevante quella che impedisce la normale presentazione dell’istanza di autorizzazione preventiva.

### **3 APPLICAZIONE**

#### **3.1 SOGGETTI AVENTI DIRITTO:**

Possono fruire dell’assistenza sanitaria prevista nella L.R. 26/1991 e ss.mm.ii., i cittadini italiani residenti in Sardegna ed iscritti negli elenchi dell’ambito territoriale della ASSL di Sassari, nonché le categorie ad essi equiparate dalla vigente legislazione e dagli accordi internazionali ai fini dell'erogazione della assistenza Sanitaria.

In particolare, sono soggetti aventi diritto:

- Cittadini italiani residenti in Sardegna e iscritti nell’ elenco della ASSL Sassari;
- Cittadini degli stati membri della UE, dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera iscritti nella ASSL Sassari;
- Apolidi e profughi residenti in uno dei paesi UE iscritti nella ASSL Sassari;
- Cittadini di stati extra UE con i quali esiste un accordo internazionale di reciproca assistenza, iscritti nella ASSL Sassari.

Sono, invece, soggetti NON aventi diritto:

- i cittadini di stati extracomunitari con i quali non esistono accordi di assistenza reciproca.

#### **3.2 AMBITO NAZIONALE:**

Il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502, il D.Lgs. 19/06/1999 n. 229 e la L. 388/2000 hanno abolito i rimborsi relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza erogate in forma indiretta.

#### **3.3 AMBITO ESTERO:**

Attualmente è previsto il rimborso delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale o in regime di degenza erogate in forma diretta ed indiretta all’estero.

#### **3.4 TARIFFE RIMBORSI:**

La Regione Sardegna:

- con la citata L.R. 26/1991 ha concesso agli utenti che usufruiscono delle prestazioni su indicate un contributo per le spese di viaggio e soggiorno;
- con la L. R. n. 3 del 5.03.2008 ha aggiornato gli importi della diaria giornaliera in € 90,00 per i trasferimenti nell’ambito nazionale e in € 120,00 per i trasferimenti all’estero;
- con Circolare dell’Assessorato all’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale n° 8746 del 07.04.2011 ha fornito ulteriori utili chiarimenti in ordine alle modalità di erogazione dei contributi stabilendo la possibilità di frazionare gli importi sulla base del reale tempo di permanenza dell’utente e degli accompagnatori nella sede di ricovero e cura.

## ELENCO STRUTTURE ASSL SASSARI

- 4.1. Al fine di agevolare il rapporto con la utenza, secondo un principio di vicinanza e centralità, nell'ambito della ASSL di Sassari si individua il Punto Unico di Accesso (di seguito indicato anche mediante l'acronimo PUA) del Distretto di residenza dell'utente quale articolazione organizzativa deputata a prendere in carico l'istanza dell'assistito; ed esattamente:
- Distretto di Sassari – PUA - Via Zanfarino 44;
  - Distretto di Ozieri – PUA - Viale Cappuccini presso Ospedale Civile;
  - Distretto di Alghero – PUA - Via degli Orti 93.

L'Ufficio Ricoveri extra Regione è competente alla istruttoria amministrativa delle istanze/pratiche ed allo svolgimento delle procedure di cui a seguire, ed è articolazione dipendente funzionalmente dal Servizio Giuridico Amministrativo ASSL.

Per facilità di lettura, si chiarisce che nel proseguo le strutture di cui al comma precedente possono essere semplicemente definite "Ufficio".

Presso ciascun Ufficio "Ricoveri extra Regione":

- opera la Unità amministrativa, che procede alla istruttoria nel merito delle istanze ed agli adempimenti di natura amministrativa, appunto (tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: comunicazioni, registrazioni, archiviazioni a norma anche degli artt. 6.1 e 6.2). Detta unità amministrativa – come da successive disposizioni – coadiuva il Dirigente medico ma non interferisce con lo stesso;
- opera la Sezione Ricorsi, con compiti di accettazione ed acquisizione delle richieste di riesame/Ricorsi. Per la trattazione delle stesse richieste di riesame/Ricorsi si rinvia all'art. 6.3.

L'Ufficio di Sassari mantiene funzione di coordinamento e controllo degli altri omologhi Uffici di Alghero ed Ozieri.

Tutti gli Uffici sopra identificati sono responsabili in proprio della corretta gestione e definizione dei procedimenti di rispettiva competenza e del corretto rapporto con la utenza.

Quadro di sintesi:

- 1) il PUA presso ciascun Distretto ha il compito di svolgere funzione di interfaccia con l'utenza, promuovere l'informazione, accettare le richieste presentate, provvedere alla relativa prima verifica formale delle istanze in ordine alla completezza documentale, alla protocollazione delle istanze che ad un primo esame paiano complete ed al successivo inoltro all'Ufficio Ricoveri extra Regione, ad indicare la documentazione e la modulistica corretta agli utenti che intendano depositare istanze che, a un primo esame, paiano già incomplete;
- 2) l'Ufficio Ricoveri extra Regione - Unità amministrativa: provvede alla istruttoria amministrativa delle richieste presentate che provengono dal PUA, a mantenere ed aggiornare il registro informatico di cui di seguito, ad effettuare una nuova verifica sostanziale sulla completezza delle istanze e della documentazione a corredo

(sospendendo in caso immediatamente il procedimento e mandandone subito idonea comunicazione all'utente), a predisporre il provvedimento, a provvedere alla liquidazione dei contributi, monitorare la spesa, predisporre le rendicontazioni per la RAS e predisporre report di attività per soddisfare esigenze statistiche aziendali e regionali.

#### 4.2. Principi procedurali generali.

In materia si richiamano le particolari disposizioni e gli speciali principi di cui alla L. 241/1990 e ss.mm.ii., con particolare riferimento a:

- Obbligo di definizione del procedimento entro i termini di seguito indicati;
- Obbligo di comunicazione formale alla utenza della eventuale sospensione dei termini di definizione del procedimento in ragione e a causa di approfondimenti istruttori, anche presso altri Organi (vds. Commissione Regionale);
- Obbligo di espressione mediante comunicazioni formale di ogni provvedimento e/o fase (es. interruzione) procedurali (anche mediante pec, o mail);
- Obbligo di richiesta formale, indirizzata all'utente, di eventuale documentazione integrativa ritenuta necessaria dal Dirigente medico o in sede di istruttoria amministrativa. Resta inteso che:
  - a) nelle more della integrazione documentale da parte del paziente, i termini per la conclusione del procedimento sono interrotti e riinizieranno a decorrere dal momento della avvenuta integrazione;
  - b) attese le particolari esigenze di celerità del presente procedimento, all'utente potranno essere assegnati massimo 10 giorni per il deposito delle integrazioni documentali ritenute necessarie in sede di istruttoria amministrativa o dal Dirigente medico.

L'Ufficio deve istituire e tenere costantemente aggiornato un registro, anche a livello informatico (in formato excel), recante i seguenti estremi indefettibili:

- 1) Nome del richiedente/paziente;
- 2) Protocollo e data della istanza;
- 3) Nome di eventuale/i accompagnatore/i;
- 4) Data dell'eventuale nota di richiesta di elementi documentali integrativi e/o di eventuale sospensione dei termini procedurali;
- 5) Data di traslazione del fascicolo al Dirigente medico competente alla espressione del parere o alla Commissione Regionale;
- 6) Data del Provvedimento di autorizzazione e/o di diniego, e nominativo del Dirigente medico che ha espresso il parere, o data della riacquisizione del fascicolo presso il Distretto territorialmente competente, in ipotesi di ricovero all'estero;
- 7) Data della rimessione del fascicolo all'Ufficio Amministrativo per la trasmissione al paziente;
- 8) Data ed estremi di protocollo della nota trasmissione del provvedimento di cui al punto 6); e modo di trasmissione (mail/racc.);
- 9) Data ed estremi di protocollo dell'eventuale Ricorso/Richiesta di riesame;
- 10) Contenuto e data della decisione sul Ricorso/Richiesta di riesame;
- 11) Estremi della nota di comunicazione al paziente della decisione sul Ricorso/Richiesta di riesame;
- 12) Somma per la quale viene richiesto il rimborso;

- 13) Somme liquidate (comprensivo degli estremi identificativi dell'atto di liquidazione);  
14) Ogni ulteriore o diverso elemento ritenuto utile a riguardo.

## **5 MODALITÀ DI ASSISTENZA**

### **5.1 FORMA DIRETTA**

Per l'Italia gli oneri per le prestazioni sanitarie erogate in strutture pubbliche o convenzionate sono compensati in forma diretta ad opera della R.A.S. e costituiscono costi per mobilità passiva computati con metodo SDO/DRG.

Gli oneri per le prestazioni sanitarie erogate in strutture pubbliche o convenzionate dello stato estero UE o con il quale vigono accordi o convenzioni di reciprocità sono addebitati direttamente al SSN dallo stato estero sulla base dei Regolamenti UE in essere e fatturati con apposito formulario per prestazioni al costo.

La ATS Sardegna - ASSL di Sassari, acquisito il nulla osta della Commissione regionale ex art. 15 della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii., autorizza l'addebito attraverso il rilascio dell'idoneo Formulario (o analogo in caso di Stati in accordo e convenzione) che viene consegnato all'assistito e da questi presentato alla struttura estera che lo ospita.

### **5.2. FORMA INDIRECTA**

#### **Valida solo per i ricoveri all'estero**

ai sensi del D.Lgs. 502/1992 come modificato ed integrato dal D.Lgs. 229/99 ss.mm.ii. –art. 8 – septies.

L'assistito, salva la possibilità di richiedere acconti presentando congrui preventivi di spesa, anticipa le spese sanitarie e ne chiede successivamente il rimborso all'Ufficio del competente Distretto della ASSL di Sassari

Si applica sempre per prestazioni sanitarie autorizzate ed erogate in strutture private non convenzionate o in regime libero professionale.

## **6. PERCORSO ATTIVITÀ**

### **6.1 ACCOGLIENZA-ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE**

Devono essere fornite agli utenti tutte le informazioni utili per poter usufruire dell'assistenza, un preciso orientamento sui requisiti previsti dalla normativa, tutta la documentazione da compilare necessaria per l'avvio della pratica.

La documentazione per l'istruttoria deve contenere:

- proposta del medico specialista competente per la prestazione richiesta nella quale devono essere indicate la patologia, il tipo di prestazione necessaria e la motivazione della necessità di usufruire della prestazione fuori dal territorio regionale (sia nazionale che internazionale);
- domanda di autorizzazione e autocertificazione, recante la informativa di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679;
- eventuale domanda di anticipazione;
- copia della tessera sanitaria;
- copia del documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente);
- eventuale delega per la riscossione del rimborso;
- ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico.

L'operatore PUA che riceve l'utente prende in carico l'istanza, corredata da tutta la documentazione necessaria ad avviare l'istruttoria, comunica al cittadino i tempi previsti, a termini di Legge e Linee Guida, per ottenere il riscontro (giorni lavorativi) ed il Dirigente medico che esprimerà il parere, ed informa l'utente della struttura deputata alla effettuazione della istruttoria nel merito della sua istanza. La modulistica ricomprenderà anche la indicazione di un indirizzo mail a cui l'Ufficio Ricoveri extra Regione potrà far pervenire, con maggior facilità, ogni comunicazione inerente lo stato del procedimento, ivi compreso il provvedimento di accoglimento o diniego.

All'atto di presentazione della istanza per l'avvio della pratica, il PUA provvede a fornire all'utente tutte le indicazioni per poter usufruire della prestazione, dà precise indicazioni sulla documentazione necessaria, produce la modulistica all'uopo predisposta.

Resta inteso che:

- è vietato agli Operatori sia del PUA che dell'Ufficio Ricoveri extra Regione procedere alla compilazione materiale delle istanze dei richiedenti. Compete, di contro, all'Operatore fornire indicazioni procedurali in riferimento anche alle tempistiche, informazioni e/o indicare la modulistica prescritta;
- agli Operatori dell'Ufficio Ricoveri extra Regione è vietato esprimersi e/o ingerirsi su aspetti procedurali riservati al Dirigente medico. Gli operatori dell'Ufficio Ricoveri extra Regione non avranno rapporti diretti con la utenza, che sono riservati agli operatori del PUA in sede di accoglienza ed orientamento presso il front office.

## **6.2 VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

Il personale del PUA che accetta l'istanza valuta la completezza formale della documentazione.

L'operatore o gli operatori dell'Ufficio Ricoveri Extra Regione – Area Amministrativa valuta/no, in sede istruttoria amministrativa, la completezza e la adeguatezza sostanziale della istanza e della documentazione a corredo.

Compete al Dirigente medico valutare la validità e l'appropriatezza della proposta del medico specialista.

In tal senso, nel caso di richiesta di anticipazione, l'Ufficio informa l'utente della necessità di presentare un preventivo di spesa di viaggio (lo stesso preventivo dovrà essere utilizzato per il reale acquisto dei biglietti).

La proposta di cure extra-regione, per essere ritenuta valida e appropriata, deve:

- rispettare le vigenti normative e circolari;
- non essere erogabile tempestivamente dalle strutture pubbliche e convenzionate del territorio regionale, anche alla luce delle classi di priorità regionali di cui al successivo art. 9;
- non essere ottenibile adeguatamente nelle strutture pubbliche e convenzionate del territorio regionale.

Per verificare erogabilità, appropriatezza e tempestività il Dirigente Medico (qualora dalla valutazione della proposta dello specialista rimanga il dubbio circa la fruibilità della prestazione in ambito regionale) attiva la ricerca in almeno due centri nel territorio regionale in grado di erogare la prestazione.

La prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando:

1. le strutture pubbliche o convenzionate richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa;
2. il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'assistito o precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

La prestazione è considerata non ottenibile adeguatamente quando:

1. essa necessita di attrezzature, di professionalità o di particolari procedure tecniche e curative non presenti in Sardegna.

Dalla valutazione di tutta la documentazione, riscontrate le eventuali risposte dei Centri Regionali contattati e/o della Commissione Regionale ex art. 15 della L. 26/21991 e ss.mm.ii., si procede come di seguito:

#### **PER IL TERRITORIO NAZIONALE:**

1. se nel territorio regionale non sono presenti centri idonei a soddisfare la richiesta del paziente, il Dirigente medico incaricato esprime parere favorevole in ordine all'autorizzazione delle cure in territorio extra-regionale. Di norma e salve particolari esigenze di natura organizzativa e/o istruttoria, entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione dell'istanza si procederà all'emanazione del relativo provvedimento di accoglimento ed alla successiva comunicazione dello stesso al cittadino istante attraverso mezzi idonei (pec, mail, racc. A/R);
2. se almeno uno di essi si dichiara in grado di fornire adeguatamente e tempestivamente la prestazione, il dirigente medico incaricato esprime il parere NON favorevole in ordine

all'autorizzazione delle cure in territorio extra-regionale. Entro 10 giorni lavorativi dalla data di presentazione dell'istanza, salve particolari esigenze di natura organizzativa e/o istruttoria, si procederà all'emanazione del relativo provvedimento di diniego ed alla successiva comunicazione dello stesso attraverso mezzi idonei (pec, mail, racc. A/R);

#### **PER I RICOVERI ALL'ESTERO:**

Entro cinque giorni dalla presentazione della domanda del cittadino, la ASSL di Sassari, per il tramite del Distretto competente, la trasmette alla Commissione regionale ex art. 15 della L. 26/1991 e ss.mm.ii.. La Commissione regionale si esprime di norma entro 10 giorni dalla data di ricevimento del fascicolo. Nei cinque giorni successivi alla ricezione del parere della CR, il Distretto procederà all'emanazione del relativo provvedimento ed alla conseguente comunicazione dello stesso al cittadino istante attraverso mezzi idonei (pec, mail, racc. A/R).

#### **6.3 RICORSO / RICHIESTA DI RIESAME**

Salvo il Ricorso in sede giurisdizionale nanti il TAR Sardegna, il paziente può presentare richiesta di riesame avverso il Provvedimento di diniego. Detta istanza di riesame dovrà essere indirizzato all'Ufficio "Ricoveri extraregione – Sezione Ricorsi Servizio Giuridico Amministrativo", che opera della stessa struttura organizzativa, a norma degli articoli che precedono, che ha istruito la originaria istanza.

La natura della disposizione qui contenuta ha la evidente finalità di non determinare la traslazione materiale di fascicoli dai Distretti competenti alla istruttoria delle istanze originarie e di evitare una inutile attività di "ricostruzione della integrità fascicolare" in spregio alle esigenze di celerità dei tempi procedurali e dei diritti della utenza.

Il Ricorso/richiesta di riesame dovrà pervenire, a pena di non accoglibilità, alla unità organizzativa competente che ha istruito e definito il procedimento originario, entro 15 giorni dalla ricezione dell'atto di diniego e dovrà contenere i motivi e le circostanze di fatto sulla base dei quali si chiede una rivalutazione. E' facoltà del proponente allegare alla stessa istanza di riesame documentazione medica integrativa non prodotta in allegato alla istanza originaria poiché successivamente acquisita.

L'esame della istanza di riesame e della unita documentazione – da effettuarsi presso l'Ufficio che ne ha la materiale disponibilità - è rimessa:

- qualora avente ad oggetto eccezioni inerenti il parere medico, ad un Dirigente Medico individuato nell'ambito dei Distretti cui all'art. 4, che si esprimerà entro e non oltre giorni 10 (dieci) dalla presentazione della richiesta di riesame/Ricorso. La decisione del Medico in sede di riesame dovrà essere formalmente trasmessa, a cura della Area Amministrativa, al paziente entro e non oltre i successivi cinque giorni lavorativi, fatte salve inderogabili esigenze istruttorie;
- alla Sezione Ricorsi / Area Giuridico Amministrativa, quando il diniego sia derivato da problematiche di tipo amministrativo.

Il Dirigente medico che si è espresso in ordine alla istanza originaria – che non potrà coincidere con il Medico competente all'esame del Ricorso/Richiesta di riesame - potrà formulare una propria relazione istruttoria, anche alla luce della richiesta di riesame e dei motivi che ne



costituiscono fondamento. Detta relazione istruttoria dovrà essere tempestivamente redatta e resa disponibile al Dirigente Medico competente all'esame del Ricorso, al fine di non inficiare i termini di definizione del procedimento di cui al presente articolo.

#### **6.4 CASI DI COMPROVATA NECESSITÀ ED URGENZA:**

Qualora ricorrano le condizioni di *comprovata gravità ed urgenza* di cui agli artt. 13 e 23 della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii., il paziente potrà presentare domanda di rimborso - pur in assenza di preventiva autorizzazione da parte della ASSL - entro il termine perentorio di 90 giorni dalla data di pagamento delle spese per il ricovero in Italia e di 60 giorni da tale data per i ricoveri all'estero. Deve intendersi per "*urgenza*" rilevante a tal fine quella che impedisca la normale presentazione dell'istanza di autorizzazione preventiva. Tale circostanza dovrà essere dimostrata mediante apposita certificazione medico-specialistica che contenga anche le indicazioni relative all'eventuale indispensabilità di uno o due accompagnatori. Per i ricoveri all'estero la ASSL deve acquisire il parere della Commissione Regionale (di seguito indicata anche mediante l'acronimo CR) di cui all'art. 15 della L.R. 26/1991.

#### **6.5 INVIO DIRETTO:**

Qualora il trasferimento presso il presidio extra-regione sia disposto da qualificate strutture sanitarie regionali presso cui l'utente è ricoverato, tale disposizione - debitamente documentata - ha la stessa validità dell'autorizzazione preventiva aziendale. L'utente dovrà successivamente presentare richiesta di rimborso all'Ufficio ricoveri extra-regione, fornendo la certificazione ospedaliera da cui risulti l'invio diretto con indicazione dell'eventuale accompagnatore o degli accompagnatori ritenuti indispensabili.

### **7 MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO**

Il Medico specialista che richiede autorizzazione all'esecuzione di prestazioni diagnostiche terapeutiche per pazienti all'estero o in ambito nazionale deve seguire le indicazioni previste dalla normativa vigente, dalle Direttive attuative e/o altre disposizioni Regionali e dai protocolli adottati dalla ASSL di Sassari.

#### **7.1. MEDICI PRESCRITTORI:**

I medici prescrittori:

- devono essere specialisti competenti nella patologia specifica;
- sono direttamente responsabili della corretta formulazione della proposta al ricorso a strutture extra regione;
- la proposta di fruizione delle prestazioni sanitarie extra regione deve contenere in maniera dettagliata gli accertamenti specialistici e/o eventuale tipologia di intervento che il paziente deve eseguire, sia per la valutazione della richiesta da parte dei medici di supporto, sia per la richiesta di fattibilità delle prestazioni da parte delle strutture regionali;
- dichiarano e motivano che la prestazione richiesta non è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale e/o nazionale;

- documentano, ove se ne ravvisino i presupposti, lo stato clinico del paziente o la condizione che non consente allo stesso di essere autosufficiente per cui si rende indispensabile la presenza di accompagnatori (art.9, comma 2, lettera a, L.R. 26/1991 e ss.mm.ii.)

Le domande di autorizzazione e l'accertamento dei requisiti che legittimano l'erogazione delle prestazioni si possono dividere in due tipologie:

- **prestazioni sanitarie come primo trattamento;**
- **prestazioni sanitarie successive al primo trattamento (continuità terapeutica).**

## **8 RICOVERI ALL'ESTERO**

### **8.1 PROCEDURA**

Per le autorizzazioni per ricoveri all'estero, il Distretto competente per territorio deve provvedere, prima dell'invio dell'istanza alla Commissione Regionale, ad effettuare un'attenta valutazione preliminare della richiesta attraverso:

- la verifica di corrispondenza tra specialista prescrittore e patologia;
- indicazione della diagnosi in maniera estesa e dettagliata con elementi clinici e/o strumentali che la comprovino;
- dichiarazione e motivazione della impossibilità di eseguire adeguatamente e/o tempestivamente la prestazione in territorio regionale e nazionale;
- certificazione dello stato clinico del paziente e, in ipotesi, identificazione della condizione che non consente allo stesso di essere autosufficiente per cui si rende indispensabile la presenza di uno o due accompagnatori.

Devono, quindi, provvedere alla trasmissione alla Commissione Regionale ex art. 15 della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. delle istanze già valutate per ricovero all'estero e, a seguito della ricezione del parere espresso dalla Commissione regionale, adottare il relativo provvedimento di autorizzazione o di diniego. In caso di autorizzazione, l'Ufficio territorialmente competente per Distretto provvederà alla liquidazione dei rimborsi dovuti sulla base della documentazione presentata dal paziente a seguito della prestazione.

### **8.2 PRESTAZIONI SANITARIE COME PRIMO TRATTAMENTO**

L'Ufficio competente per territorio, come da art. 4, invia alla Commissione Regionale per i ricoveri all'estero o al Centro Regionale Trapianti la documentazione di cui all'art. 20 della L.R. 26/91 (autorizzazione alla concessione dei benefici). L'Ufficio Ricoveri Extra Regione effettua una valutazione preliminare della richiesta e, nello specifico, si assicura che il Medico che redige la proposta sanitaria attestante la necessità delle prestazioni all'estero:

1. sia specialista nella patologia specifica;
2. indichi la diagnosi in maniera estesa e dettagliata con elementi clinici e/o strumentali comprovanti la stessa;
3. dichiari e motivi che la prestazione richiesta non è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale e nazionale. Più precisamente:
  - la prestazione è considerata non ottenibile adeguatamente quando necessita di professionalità o procedure tecniche e curative non presenti nelle strutture pubbliche o convenzionate;
  - la prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando le strutture pubbliche o convenzionate richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, o quando il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute o precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure;
4. documenti, ove se ne ravvisino i presupposti, lo stato clinico del paziente o la condizione che non consente allo stesso di essere autosufficiente per cui si rende indispensabile la presenza di uno o due accompagnatori.

La Commissione regionale per i ricoveri all'estero può richiedere, ove lo ritenga necessario, integrazioni e/o chiarimenti per iscritto o per convocazione diretta qualora la certificazione acquisita risulti non chiara, non sufficientemente documentata o non concorde sulla base degli elementi noti alla Commissione.

Eseguita la prestazione sanitaria, il paziente è tenuto a produrre al Distretto competente adeguata relazione sanitaria del Presidio estero in merito alle risultanze dei trattamenti effettuati.

### **8.3 RICHIESTA DI PRESTAZIONI SUCCESSIVE AL PRIMO TRATTAMENTO (CONTINUITÀ' TERAPEUTICA)**

Per le prestazioni sanitarie successive al primo trattamento che necessitano della continuità terapeutica, l'Ufficio ricoveri extra regione del Distretto competente per territorio deve effettuare, prima d'inviare alla Commissione la documentazione di cui art. 20 della L.R. 26/91, una valutazione preliminare della stessa.

Nello specifico, l'Ufficio deve assicurarsi che il Medico specialista, che redige la proposta sanitaria attestante la necessità di continuità delle prestazioni, indichi quanto previsto dai punti 1, 2, 3, 4 di cui al sopra indicato paragrafo "8.2".

Sono autorizzabili esclusivamente quelle prestazioni che configurino una continuità terapeutica, cioè una specifica, particolare e personale forma di trattamento riservata a quel dato paziente (terapia personalizzata).

Possono essere sottoposti alla valutazione della Commissione anche percorsi diagnostici – terapeutici che prevedono più prestazioni nell'arco di dodici mesi (art. 6, comma 1, L.R.26/1991 e ss.mm.ii.).

Il principio di “continuità” viene a mancare nelle situazioni di controllo standardizzato nelle quali i protocolli di sorveglianza della patologia siano comuni a tutti i pazienti affetti dalla stessa patologia e siano eseguibili presso un Centro di riferimento locale, anche se diverso da quello che ha fornito il primo trattamento, purché entro i termini previsti per i controlli.

La “continuità terapeutica” viene concessa, a seconda dei casi, per un periodo limitato: per esempio, per quanto riguarda i pazienti affetti da patologie oncologiche, la stessa viene garantita fino a cinque anni dalla remissione completa. Decorso tale periodo, i controlli dovranno essere assicurati dai Centri di riferimento regionali.

In caso di richiesta di riesame di un caso clinico, questo potrà essere preso in considerazione solo se provvisto di documentazione integrativa.

## **9 RICOVERI IN AMBITO NAZIONALE**

Le procedure di cui ai paragrafi “8.2” (Prestazioni sanitarie come primo trattamento) e “8.3” (Richiesta di prestazioni successive al primo trattamento - Continuità Terapeutica), trovano applicazione anche in relazione alle richieste di prestazioni sanitarie in ambito nazionale di assistenza diretta la cui competenza è della ASSL di residenza dell'utente, sia per l'autorizzazione che per la liquidazione.

Gli Uffici ricoveri extra – regione di cui all'art. 4.1. dovranno valutare le richieste subordinando l'autorizzazione alle verifiche sulla disponibilità o meno della prestazione nelle strutture della Regione.

Non possono formare oggetto di autorizzazione le prestazioni sanitarie non erogate in regime di assistenza diretta. Restano pertanto escluse le prestazioni erogate in regime libero professionale, ancorché *intramoenia*.

Per quanto riguarda i tempi di attesa, la Regione Sardegna adotta le seguenti classi di priorità:

- **classe A**, da effettuare entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe B**, da effettuare entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe C**, da effettuare entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe D**, da effettuare senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono, comunque, essere effettuati almeno entro 12 mesi.

## **10 PROCEDURE PER LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI**

Per ottenere i benefici previsti dalla L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. nel rispetto delle indicazioni di cui alle Circolari esplicative RAS Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n° 8117/I-4/s del 02/08/1993, n° 0008746 del 07/04/2011 e n° 4146 del 13.02.2015, il richiedente inoltra all'Ufficio del competente Distretto una istanza corredata della documentazione relativa alle spese di viaggio e delle certificazioni attestanti le prestazioni sanitarie erogate ed i gironi di permanenza presso la struttura sanitaria extra regionale, la presenza di accompagnatori e, in ipotesi di ricovero, la loro indispensabilità durante la degenza nonché il trattamento dagli stessi ricevuto in merito al pernottamento ed ai pasti.

Accertata la regolarità della documentazione, l'Ufficio procede alla relativa liquidazione.

Il pagamento del contributo per le spese di viaggio e di soggiorno deve avvenire entro 60 giorni dalla presentazione della domanda di rimborso.

Per garantire omogeneità dell'azione amministrativa nei Distretti Aziendali, si considereranno regolari le istanze di contributo corredate da:

1. Biglietti di viaggio in originale del paziente ed eventuale/i accompagnatore/i se autorizzato/i dal Distretto di competenza (completi di ogni utile elemento che dimostri l'avvenuto viaggio, quali ad es. carte d'imbarco, visti e oblitterazioni, ...);
2. Ricevute di eventuali spese sostenute per il trasporto, necessario e documentato, del paziente (ambulanza, taxi);
3. Ricevute relative al pagamento del contributo per le spese sanitarie (Ticket) – solo per l'estero;
4. Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero extra-regione che attesti:
  - data di ammissione e dimissione del paziente in regime di ricovero;
  - date delle prestazioni erogate in regime di Day Hospital;
  - date delle visite specialistiche, strumentali e di analisi;
5. Dichiarazione attestante l'indispensabilità o meno, correlata alle particolari condizioni fisiche o necessità del paziente, della costante presenza dell'accompagnatore durante i giorni di degenza ospedaliera; nel caso di paziente in età pediatrica o minore, o comunque in ipotesi di paziente non autosufficiente, la dichiarazione deve specificare se l'accompagnatore ha fruito o non ha fruito del ricovero a carico del fondo sanitario, ospedaliero, di assistenza in foresteria. Le dichiarazioni sulla costante presenza dell'accompagnatore, esclusi i casi riguardanti il primo accompagnatore dei pazienti minori, sono indispensabili per l'erogazione del relativo contributo di soggiorno. In mancanza, il contributo verrà erogato per la sola giornata di presenza nel giorno di dimissione del paziente e dell'eventuale giornata di cui al successivo punto 7.
6. La diaria giornaliera si estende ai giorni nei quali i pazienti non ricevono cure o prestazioni sanitarie ma che, sulla base di particolari condizioni certificate, all'interno di un ciclo o per cure differite:
  - non possono o risulta antieconomico fare rientro in Sardegna;
  - per limitate disponibilità di mezzi di trasporto, certificate dalle compagnie di trasporto o dalle agenzie di viaggio, sono costretti ad anticipare o posticipare la partenza.

In tali evenienze, non saranno comunque rimborsabili periodi di assenza di prestazioni sanitarie superiori a tre giorni continuativi.

Per i periodi di permanenza superiori, la possibilità di corresponsione del contributo di soggiorno relativo alle giornate di assenza di prestazioni sanitarie certificate sarà inderogabilmente subordinata alla dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, ed il rimborso complessivo per spese di soggiorno non potrà superare l'importo effettivamente speso per il paziente e per gli eventuali accompagnatori autorizzati.

7. Per gli utenti (e loro accompagnatori) che effettuano viaggio di andata e ritorno e visita in un'unica giornata si rimborserà il 50% del valore della diaria;
8. Qualora, per motivi logistici, gli utenti e i loro accompagnatori siano costretti a recarsi in altra Regione o nello Stato estero il giorno precedente a quello della visita o del ricovero, tale giornata potrà essere rimborsata.
9. Qualora non sia possibile fare rientro in Sardegna il giorno della dimissione o dell'ultima prestazione sanitaria ricevuta, per tale giornata sarà corrisposta la diaria per intero. Nulla sarà invece dovuta per la giornata successiva.
10. Per gli accompagnatori di minori ricoverati in strutture sanitarie nelle quali il sistema alberghiero prevede la partecipazione al costo dei pasti si rimborserà il 50% del valore della diaria; nessun contributo di diaria è dovuto se gli ospiti sono a totale carico del fondo sanitario, ospedaliero, di assistenza in foresteria.
11. La necessità di ricorso all'utilizzo di Autoambulanze o Taxi o del mezzo proprio, in luogo dei servizi pubblici di linea, deve essere certificata.
12. In ipotesi di autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio, sarà rimborsabile il costo del trasferimento del mezzo in traghetto e di eventuali pedaggio autostradali, con esclusione di rimborsi su base chilometrica.
13. E' soggetto a rimborso l'aggio per l'acquisto di biglietti di viaggio presso Agenzie specializzate. Devono escludersi dal rimborso i costi sostenuti per altri passeggeri diversi dal paziente e dagli accompagnatori autorizzati ma ricompresi nel titolo.
14. La presenza di un secondo accompagnatore può essere autorizzata solo in via eccezionale, in relazione alla particolare affezione del paziente. Il provvedimento autorizzatorio può limitare l'autorizzazione del secondo accompagnatore al solo viaggio di andata e di ritorno con esclusione dei giorni di ricovero.

## **11 ANTICIPAZIONI PER CURE EXTRA REGIONE E ALL'ESTERO**

La richiesta di anticipazione sui contributi erogabili deve essere formulata all'atto della domanda di autorizzazione. Per quanto attiene in particolare i ricoveri presso strutture estere, sarà cura degli operatori informare gli assistiti titolari di idoneo Formulario dei propri diritti sulla base dei regolamenti comunitari in essere. Gli accordi prevedono che l'informazione agli assistiti sia elemento fondante anche al fine di fugare onerose sorprese a loro carico: rimangono infatti a carico degli assistiti talune prestazioni, quali, a titolo esemplificativo, alcuni farmaci, le prestazioni libero professionali, i supplementi per particolari condizioni alberghiere (a titolo esemplificativo, supplemento per camera singola).

Possono essere concesse anticipazioni nelle seguenti misure:

1. solo per cure all'estero spese sanitarie nella misura del 70%;
2. spese di viaggio e/o trasporto nella misura del 70%.

Per accedere all'anticipazione sul contributo, l'assistito dovrà produrre:

- a) preventivo delle spese sanitarie redatto dalla struttura sanitaria (solo per cure all'estero);
- b) preventivo per prestazioni libero professionali redatto dal Medico prescelto (solo per cure all'estero);
- c) preventivo delle spese di viaggio e/o trasporto;
- d) proposta medico specialistica presentata per ottenere l'autorizzazione con la durata presunta della degenza o trattamento curativo.

Il provvedimento che dispone l'anticipazione sul contributo sarà formalizzato dall'ufficio distrettuale a seguito della concessione dell'autorizzazione a fruire delle cure extraregione.

Di seguito, si riporta schema esemplificativo/procedurale

### **PERCORSO ORDINARIO NAZIONALE**

#### **I<sup>a</sup> FASE**

ACCOGLIENZA-ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE A LIVELLO PERIFERICO - Obiettivo di tale attività è quello di fornire agli utenti:

- tutte le informazioni utili per poter usufruire dell'assistenza,
- un preciso orientamento sui requisiti previsti dalla normativa;
- tutta la documentazione da compilare, necessaria per l'avvio della pratica, ossia (a termini del precedente art. 6.1.):

1. proposta del medico specialista competente per la prestazione richiesta nella quale devono essere indicate la patologia, il tipo di prestazione necessaria e la motivazione della necessità di usufruire della prestazione fuori dal territorio regionale (sia nazionale che internazionale);
2. domanda di autorizzazione e autocertificazione, recante la informativa di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679;
3. eventuale domanda di anticipazione;
4. copia della tessera sanitaria;
5. copia del documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente);
6. eventuale delega per la riscossione del rimborso;
7. ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico.

L'operatore PUA che riceve l'utente ha il dovere di comunicare al cittadino il nome del referente del procedimento. Lo stesso deve specificare inoltre che i tempi necessari per il procedimento si riferiscono ai giorni lavorativi.

#### **Quindi:**

- Qualora paia evidente che il paziente non ha presentato la documentazione prescritta, il PUA fornisce indicazioni e invita il paziente a ritornare con la documentazione richiesta e/o indica al paziente documentazione integrativa che già ad un primo esame non è prodotta;

- Se il paziente ha già tutta la documentazione richiesta e prescritta nei termini che precedono, il PUA provvede a fornire all'utente tutte le indicazioni sul proseguo del procedimento finalizzato a poter usufruire della prestazione, e, previa protocollazione della istanza, provvede a trasmettere nella stessa giornata lavorativa, il fascicolo all'Ufficio Ricoveri extra Regione;
  - l'Ufficio Ricoveri Extra Regione verifica la completezza e la adeguatezza nel merito della documentazione ed assume nel registro informatico la istanza. Qualora la pratica risulti, in sede di istruttoria amministrativa, non completa l'ufficio provvede immediatamente, entro massimo due giorni lavorativi a darne informazione formale (con mezzo idoneo: pec, mail) all'utente, avendo cura di indicare i documenti carenti e la conseguente sospensione dei termini procedurali nelle more del deposito degli elementi carenti. Il termine di conclusione del procedimento riinizierà a decorrere al momento della integrazione documentale.
  - Il dirigente medico del Distretto competente valuta la validità e l'appropriatezza della proposta del medico specialista, mentre l'Amministrativo valuta la completezza della documentazione. La proposta per essere ritenuta valida e appropriata deve presupporre che:
    - la prestazione non è erogabile tempestivamente nelle strutture pubbliche e convenzionate del territorio regionale;
    - la prestazione non è ottenibile adeguatamente nel territorio regionale.
- La prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando:
1. le strutture pubbliche o convenzionate richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa;
  2. il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'assistito o precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

La prestazione è considerata non ottenibile adeguatamente quando:

1. essa necessita di attrezzature, di professionalità o di particolari procedure tecniche e curative non presenti in Sardegna.

### *III^ FASE*

**FASE DI VALUTAZIONE DELLA LA DOCUMENTAZIONE** ai fini della verifica in ordine alla circostanza secondo cui la prestazione possa essere erogata in territorio regionale sulla base della tempestività e dell'adeguatezza.

**ATTIVAZIONE FASE DI RICERCA DI ALMENO DUE CENTRI REGIONALI IN GRADO DI FORNIRE LA PRESTAZIONE:** qualora dalla valutazione della proposta dello specialista, emergesse la necessità di approfondimenti in ordine alla fruibilità della prestazione in ambito regionale, si procede alla attivazione della fase procedimentale tesa alla ricerca dell'esistenza di almeno due centri regionali in grado di fornire adeguatamente e tempestivamente la prestazione.

Nella ipotesi in cui i tempi necessari per la definizione del descritto endo procedimento fossero superiori rispetto ai termini di risposta previsti (10 gg.), al paziente dovrà essere trasmessa formale una comunicazione di sospensione del procedimento, recante l'indicazione del periodo di sospensione.



E' doveroso effettuare attenta valutazione in ordine al riscontro dei due Centri Regionali contattati nei termini sopra descritti.

### *III^ FASE*

**PARERE FAVOREVOLE** - Se nel territorio regionale, non sono presenti centri idonei a soddisfare la richiesta del paziente, il Dirigente medico, entro 10 (dieci) giorni, salva la ipotesi di sospensione, esprime parere favorevole mediante Provvedimento di accoglimento della istanza.

L'Ufficio provvederà, entro 4 (quattro) giorni lavorativi, ad informare il cittadino dell'esito della sua istanza.

**PARERE NON FAVOREVOLE** - Se la prestazione è erogabile in ambito regionale, il Dirigente medico competente, entro 10 (dieci) giorni, e salva la ipotesi di sospensione, esprime parere non favorevole mediante Provvedimento di diniego.

L'ufficio deve provvedere, entro i 4 (quattro) giorni successivi, a comunicare al cittadino l'esito della sua istanza.

Resta inteso che:

- il diniego deve essere motivato e deve contenere, quindi, la esatta indicazione dei motivi su cui si fonda;
- lo stesso diniego deve contenere la indicazione della possibilità di presentazione di ricorso, dei relativi termini di presentazione e delle modalità. A riguardo, si richiama l'art. 6.3.

**IL PAZIENTE FRUISCE DELLA PRESTAZIONE E AL RIENTRO PRESENTA DOMANDA DI RIMBORSO** - il paziente dopo aver fruito delle prestazioni precedentemente autorizzate, inoltra richiesta di rimborso su apposito modulo fornito dall'Azienda con allegata la documentazione relativa alle spese di viaggio e la certificazione attestante l'avvenuta prestazione sanitaria o il ricovero. Gli operatori amministrativi predispongono, sulla base di una valutazione della documentazione clinica e amministrativa, un riepilogo delle spese sostenute e delle diarie dovute, e, quindi, la Determinazione per la liquidazione.

Trimestralmente viene inviata alla ASSL di Sassari la rendicontazione delle prestazioni.

Per le descritte finalità, tutti i Distretti sopra indicati devono redigere e tenere aggiornato un database contenente le informazioni riguardanti la data di domanda, il tipo di prestazione, il parere espresso e la spesa sostenuta.

### *PERCORSO ORDINARIO ESTERO*

#### **ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE A LIVELLO PERIFERICO**

Obiettivo di tale attività è quello di fornire agli utenti:

- tutte le informazioni utili per poter usufruire dell'assistenza;
- un preciso orientamento sui requisiti previsti dalla normativa;
- tutta la documentazione da compilare, necessaria per l'avvio della pratica, ossia:
  1. proposta del medico specialista competente per la prestazione richiesta nella quale devono essere indicate la patologia, il tipo di prestazione necessaria e la

- motivazione della necessità di usufruire della prestazione fuori dal territorio regionale (sia nazionale che internazionale);
2. domanda di autorizzazione e autocertificazione, recante la informativa di cui all'art. 13 Regolamento UE 2016/679;
  3. eventuale domanda di anticipazione;
  4. copia della tessera sanitaria;
  5. copia del documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente);
  6. eventuale delega per la riscossione del rimborso;
  7. ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico.

- Qualora il paziente non abbia presentato la documentazione prescritta, il PUA fornisce indicazioni e invita il paziente a ritornare con la documentazione richiesta e/o indica al paziente documentazione integrativa che già ad un primo esame non è prodotta;

- Se il paziente ha già, alla luce di un primo esame formale, tutta la documentazione richiesta e prescritta nei termini che precedono, il PUA provvede a fornire all'utente tutte le indicazioni sul proseguo del procedimento finalizzato a poter usufruire della prestazione, e, previa protocollazione della istanza, provvede a trasmettere nella stessa giornata lavorativa, il fascicolo all'Ufficio Ricoveri extra Regione;

- Acquisito il fascicolo, l'Ufficio Ricoveri extra Regione lo assume nel registro informatico ed effettua una verifica di coerenza sul fascicolo così acquisito, nei seguenti termini: il Dirigente medico del Distretto competente valuta la validità e l'appropriatezza della proposta del medico specialista, mentre l'Amministrativo valuta la completezza della documentazione. A riguardo, si ricorda che il Distretto competente per territorio deve provvedere, prima dell'invio dell'istanza alla Commissione Regionale, ad effettuare un'attenta valutazione preliminare della richiesta attraverso:

- la verifica di corrispondenza tra specialista prescrittore e patologia;
- indicazione della diagnosi in maniera estesa e dettagliata con elementi clinici e/o strumentali che la comprovino;
- dichiarazione e motivazione della impossibilità di eseguire adeguatamente e/o tempestivamente la prestazione in territorio regionale e nazionale;
- certificazione dello stato clinico del paziente e, in ipotesi, identificazione della condizione che non consente allo stesso di essere autosufficiente per cui si rende indispensabile la presenza di uno o due accompagnatori.

**IL DISTRETTO INVIA LA DOCUMENTAZIONE ALLA REGIONE** - La domanda dopo essere stata protocollata e inserita in un nuovo fascicolo contenente anche la anzidetta prima valutazione preliminare, viene trasmessa in copia all'ufficio centrale perché provveda a chiedere il parere al Centro Regionale di riferimento (CR). L'ufficio procede all'invio del modello compilato nella prima parte - dati anagrafici e codice fiscale paziente, unitamente alla documentazione sanitaria allegata alla domanda o successivamente acquisita.

ESPRESSIONE PARERE DEL CR di riferimento: esprime parere sfavorevole o favorevole e lo trasmette al Distretto competente. Tempi di espressione del parere della CR: di norma 10 gg lavorativi.

FASE DI ACQUISIZIONE PARERE CR/PROVVEDIMENTO: Successivamente alla ricezione del parere obbligatorio da parte del CR, il Distretto competente adotta, entro i successivi 5 (cinque) giorni lavorativi, il Provvedimento di diniego o accoglimento. Il Provvedimento di diniego deve necessariamente riportare la motivazione adottata dal Centro Regionale.

L'Ufficio comunica, entro i successivi 4 (dieci) giorni lavorativi, al cittadino le risultanze della propria istanza.

Il diniego deve contenere la indicazione della possibilità di presentazione di ricorso, dei relativi termini di presentazione e delle modalità.

### **PERCORSO URGENZE NAZIONALE**

ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO A LIVELLO PERIFERICO DEL PAZIENTE CHE HA GIÀ EFFETTUATO UNA PRESTAZIONE IN TERRITORIO NAZIONALE - Dopo una prestazione sanitaria fruita fuori Regione, senza attivazione della procedura ordinaria, il paziente, o chi per lui, può accedere al P.U.A del Distretto competente per territorio, ai fini della verifica circa la applicabilità dei benefici della L.R 26/1991 e ss.mm.ii..

Il trasferimento per cure può derivare da :

- iniziativa personale del paziente;
- invio diretto tra Centri regionali e Centri extra Regionali (questo secondo caso è assimilabile alla procedura ordinaria, salvo la carenza della domanda).

La documentazione richiesta è la seguente:

- istanza su apposito modulo fornito dalla ASSL;
- documentazione sanitaria rilasciata dal centro che ha trattato in urgenza il paziente;
- copia tessera sanitaria;
- copia documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente).

I<sup>A</sup> VERIFICA PRELIMINARE CIRCA I TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA ISTANZA E SULLA APPROPRIATEZZA DELLA ISTANZA E RELATIVA DOCUMENTAZIONE. La verifica della domanda, presentata in deroga alla procedura ordinaria, si avvale di tre analisi come quanto segue:

- Il *primo filtro* inerisce l'esame dei tempi, in quanto l'art. 13 della Legge prevede il termine perentorio di 90 giorni dal pagamento delle spese, quale data limite entro la quale è possibile ottenere il rimborso di esse in deroga al percorso ordinario di autorizzazione;
- Il *secondo filtro* consiste nell'esame della "gravità e urgenza" del caso presentato che ha portato alla mancata attivazione del percorso autorizzativo preliminare. I documenti analizzati sono quelli emanati dal Presidio che ha avuto in cura il paziente in urgenza;

□ Il *terzo filtro* verifica, secondo i criteri della procedura ordinaria, se il caso clinico presentato sarebbe stato trattabile adeguatamente e tempestivamente in Centri Regionali, alla data della prestazione.

Se l'utente è sprovvisto di istanza e di documentazione di corredo sarà cura del P.U.A fornire informazioni e i modelli necessari.

Se la istanza e/o la relativa documentazione è incompleta dovrà provvedersi a darne comunicazione formale all'utente, con mezzo idoneo.

**VALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE E ATTIVAZIONE DELLA ISTRUTTORIA NEL MERITO** – Se il paziente ha già redatto la domanda con la documentazione clinica necessaria, si procede ad avviare il relativo procedimento.

**VALUTAZIONE CIRCA LA EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE IN CONDIZIONI DI GRAVITA' E URGENZA** – La verifica effettuata nel Distretto competente deve consentire l'emissione di un parere "favorevole" o "non favorevole" al rimborso.

#### **PARERE NON FAVOREVOLE – ADOZIONE E COMUNICAZIONE**

L'ufficio, esaminata la documentazione, formalizza mediante Provvedimento il parere non favorevole e lo rimette alla sezione Amministrativa, che provvede alla relativa trasmissione al paziente. Il diniego dovrà recare la indicazione dei motivi su cui si fonda e la indicazione delle modalità per la presentazione di Ricorso avverso lo stesso.

#### **PARERE FAVOREVOLE – ADOZIONE E COMUNICAZIONE**

L'ufficio, esaminata la documentazione, formalizza mediante Provvedimento il parere favorevole e lo rimette alla sezione Amministrativa, che provvede alla relativa trasmissione al paziente.

### **PERCORSO URGENZA ESTERO**

**ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO A LIVELLO PERIFERICO DEL PAZIENTE CHE HA FRUITO DI UNA PRESTAZIONE SANITARIA IN URGENZA IN UNO STATO ESTERO** - Dopo una prestazione sanitaria di comprovata urgenza e gravità, fruita all'Estero, in Paesi UE o extra UE, in Centri altamente specializzati privati o in Stati con i quali non esistono Convenzioni bilaterali (ass. Indiretta), senza attivazione della procedura ordinaria, il paziente o suo delegato verifica presso il Distretto competente per territorio la sussistenza dei requisiti circa la applicabilità dei benefici della L.R 26/1991 e ss.mm.ii. al caso che lo riguarda. In ambito UE, o con Paesi con i quali esistono Convenzioni bilaterali, le prestazioni Urgenti o medicalmente necessarie in *Assistenza diretta* sono erogate gratuitamente con il sistema TEAM (Tessera Europea Assicurazione malattia).

**I^A VERIFICA PRELIMINARE CIRCA I TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA ISTANZA E SULLA APPROPRIATEZZA DELLA ISTANZA E RELATIVA DOCUMENTAZIONE** - Si procede alla valutazione della appropriatezza della documentazione presentata secondo i criteri di gravità e

urgenza della prestazione. Possono inoltrare domanda anche i cittadini che hanno usufruito di prestazioni in urgenza trovandosi già all'estero.

La prima verifica preliminare inerisce l'esame dei tempi, atteso che la L.R. 26/1991 e ss.mm.ii. prevede il termine perentorio di 60 giorni dal pagamento delle spese, quale data limite entro la quale è possibile ottenere il rimborso di esse in deroga al percorso ordinario di autorizzazione.

**ACCETTAZIONE DELLA ISTANZA PRESSO IL DISTRETTO E TRASMISSIONE AL CENTRO REGIONALE** - L'Ufficio assume in carico la istanza di rimborso e la documentazione sanitaria emessa dal Centro estero, ai fini del relativo tempestivo inoltro al CR unitamente alla richiesta modulistica e a una preliminare verifica istruttoria.

**IL CR ESAMINA GLI ATTI E RISCONTRANDO CHE IL CASO E' DI COMPROVATA ED ECCEZIONALE URGENZA EMETTE IL PARERE FAVOREVOLE CHE INVIA AL DISTRETTO COMPETENTE** - Nei casi di eccezionale gravità e urgenza il CR valuta la sussistenza dei presupposti e le condizioni previste dalle norme specifiche ed emette il parere sulle spese rimborsabili comunicandolo alla ASSL, esattamente presso il Distretto competente.

**PARERE SFAVOREVOLE del CR** - L'Ufficio riceve il parere non favorevole dal CR e adotta il provvedimento di diniego, che dovrà essere trasmesso al Paziente. Il diniego dovrà recare la indicazione dei motivi su cui si fonda e la indicazione delle modalità per la presentazione di Ricorso avverso lo stesso.

**PARERE FAVOREVOLE DEL CR** - L'Ufficio, ricevuto il parere favorevole dal CR, adotta il provvedimento di autorizzazione, che dovrà essere trasmesso al Paziente.

## **12 TRASPORTO SALMA**

In caso di decesso del paziente nel periodo relativo al soggiorno extraregione, sia nazionale che all'estero, per usufruire delle prestazioni regolarmente autorizzate ai sensi della L.R. 26/1991, coloro i quali abbiano sostenuto gli oneri, possono chiedere un contributo per le spese di trasporto della salma che la Regione eroga nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute e regolarmente documentate.

La domanda deve essere presentata all'Ufficio Distrettuale competente per territorio entro 90 giorni dall'avvenuto pagamento delle spese sostenute e regolarmente documentate.

Il contributo è concesso entro 60 giorni dalla presentazione della domanda; in caso di rigetto dell'istanza deve motivarne le cause.

**Destinatari:** intestatari dei titoli di spesa per il trasporto della salma di persone decedute in un'altra regione o all'estero.

**Termini di presentazione:** la richiesta di contributo deve essere presentata entro 90 giorni dalla data in cui sono state pagate le spese.

**Documentazione:**

- domanda di contributo, da presentare al Distretto competente per territorio a cura di colui che

ha sostenuto la spesa (intestatario della fattura);

- certificato di morte;
- fatture originali quietanzate delle spese sostenute per il solo trasporto della salma con dettaglio delle voci;
- copia dell'autorizzazione dell'ASSL rilasciata alla persona deceduta per ricevere le cure fuori dalla Sardegna;
- certificato della struttura sanitaria extra-regionale attestante il periodo di ricovero;
- dichiarazione sostitutiva attestante la residenza del paziente;
- fotocopia del codice fiscale.

### **13 NORMATIVA DI RIFERIMENTO:**

- D.Min. Salute 03/11/1989 “*Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero*”;
- Circolare Ministero della Sanità n° 33 del 12/12/1989 “*Trasferimento per cure in ambito comunitario. Art. 22 Reg. CEE 1408/71*”;
- L.R. n° 26 del 23 Luglio 1991 “*Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero*”;
- D.Lgs. 502/92 come mod. ed integrato dal D.Lgs 229/99 ss.mm.ii.
- Circolare dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n° 8117 del 02/08/1993 “*L.R. n° 26 del 23 Luglio 1991 “Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero”*”;
- D.Min. Salute 25/11/1998 “*Ricerca donatori midollo estero*”;
- Legge 6/3/2001 n. 52 “*Riconoscimento Registro nazionale italiano dei donatori di MO*”;
- Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 5/10/2006: “*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute. (Repertorio atti n. 2648).*”
- L.R. n° 3 del 5 Marzo 2008 “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2008)*” - Art. 8 c. 17
- D.Min. Salute 31/3/08 che modifica il D.Min. Salute 3/11/1989 “*Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero, ai sensi dell'articolo 20 della legge 1° aprile 1999, n. 91*”
- Circolare dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n° 8746 in data 07/04/2011 “*L.R. 23 Luglio 1991 n. 26 – prestazioni di assistenza extraregione*”
- [Delibera della Giunta Regionale della Sardegna del 10 agosto 2011, n. 33/26](#) “*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 e pianificazione strategica delle attività di controllo. Sostituzione della Delib.G.R. n. 30/62 del 12.7.2011. Approvazione preliminare.*”
- Lettera dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n° 26089 in data 18/11/2011 “*L.R. 23 Luglio 1991 n. 26 – Quesito su rimborso Ticket per cure all'estero.*”
- Circolare dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale n° 4146 in data 13/02/2015 “*L.R. 23 Luglio 1991 n. 26 – rimborso spese di viaggio e contributo spese di soggiorno per gli accompagnatori*”.

