CARTA DEI SERVIZI

RICOVERI IN ITALIA E ALL'ESTERO

Ogni cittadino italiano può usufruire dell'assistenza sanitaria presso qualunque struttura pubblica o privata accreditata su tutto il territorio nazionale senza richiedere alcuna autorizzazione. Per i cittadini residenti in Sardegna la legge regionale n. 26/91 prevede anche la possibilità di ottenere il rimborso delle spese di viaggio e un contributo per il soggiorno, da erogarsi a prestazione avvenuta, soltanto nei casi in cui le prestazioni sanitarie richieste non vengano effettuate nel territorio regionale o se l'attesa prevista sia incompatibile con lo stato di salute o precluda la possibilità di intervento o cure: la presenza di queste condizioni, presupposto per il riconoscimento del diritto al contributo, dovranno essere confermate e attestate da strutture sanitarie attivate in ambito regionale della cui collaborazione si avvarrà l'Ufficio Ricoveri Fuori Regione per l'esame delle relative richieste.

- **AUTORIZZAZIONE IN TERRITORIO NAZIONALE**

L'assistenza diretta è,di norma, erogata in strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN.

Il ricorso a forme di assistenza indiretta*, cioè i casi in cui sia chiesto all'utente di pagare direttamente e per intero le spese sanitarie, come per esempio nel caso di libera professione o prestazioni erogate da strutture private non accreditate, in quanto non possono essere poste a carico del SSN, *non sono contemplate dalla LR 26/91.

Come ottenere l'autorizzazione:

Per richiedere l'autorizzazione nel **TERRITORIO NAZIONALE**, l'utente, al fine di procedere con l'istanza dovrà presentare:

1. Domanda secondo fac-simile a disposizione degli utenti nel sito aziendale ,presso" l'Ufficio Ricoveri Fuori Regione" - Via Romagna,16 09127 CAGLIARI o richiedendo il modulo di domanda all'indirizzo mail **ricoverifuoriregione@aslcagliari.it** specificando la struttura sanitaria prescelta.
2. **Proposta sanitaria attestante la necessità delle prestazioni,predisposta da un medico specialista regionale della branca interessata, in cui sia specificata in maniera chiara la prestazione /procedura necessaria,la diagnosi o sospetto diagnostico, il quadro clinico e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso, specificando che la prestazione richiesta NON è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale.**
3. Occorre documentare, anche con autocertificazione, i dati anagrafici, la residenza, il codice fiscale, lo stato di famiglia in caso di minori e l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

A tutela dell'utente è importante che la relazione sia chiara,circostanziata e completa.

La prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando le strutture pubbliche o convenzionate regionali 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 dell'assistito o precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

La concessione dei benefici è subordinata al rilascio di un'autorizzazione preventiva. La LR 26/91 NON E' RETROATTIVA, pertanto le istanze presentate a prestazione già fruita non verranno prese in considerazione, fatti salvi i casi contemplati dall'art.13 della suddetta legge.

Per accertare se la prestazione, per la quale si vuole accedere al beneficio, può essere fruita e garantita all'interno del territorio regionale e con le tempistiche adeguate a salvaguardare la salute della persona, il responsabile del procedimento:

- **Trasmette alle Strutture ospedaliere regionali la documentazione clinica per acquisire e accertare la sussistenza dei presupposti sanitari per concedere l'autorizzazione;**

- **Invia al detentore dell'istanza provvedimento di sospensiva al fine di esplicare l'azione amministrativa.**

Entro il **termine di 10 giorni** dalla data di presentazione della domanda, il Responsabile del Procedimento, emana provvedimento di autorizzazione o di diniego motivato. Nel caso di verifiche presso i centri di riferimento il procedimento si intende sospeso fino ad avvenuta risposta secondo i termini della L.241/90.

In caso di diniego può essere opposto ricorso al Direttore Generale dell'Azienda entro 15 giorni dal ricevimento dello stesso specificando i motivi per cui si chiede il riesame della pratica.

La L.R. concede l'erogazione del contributo per le spese di viaggio dell'accompagnatore quando:

- la sua presenza sia stata espressamente richiesta dal relatore della proposta sanitaria, previo accertamento del Responsabile del Procedimento;
- Il paziente sia non autosufficiente o minore di anni 18.

Individuato il mezzo di viaggio più idoneo (via aereo o nave) si precisa quest'ultimo debba essere effettuato in classe economica,fatti salvi i casi di necessità e di urgenza che potrebbero compromettere la salute della persona e la sua stessa vita.

ANTICIPAZIONI: è possibile richiedere l'anticipazione delle spese di viaggio nella misura del 70% della spesa rimborsabile *almeno 7 giorni prima della partenza*, allegando la fattura delle sole spese di viaggio e compilando il modulo apposito. ***Il servizio di anticipazione viene sospeso dal 15 dicembre fino alla prima settimana di gennaio.***
N.B. Non saranno più erogati anticipi dietro presentazione di preventivi rilasciati da agenzie di viaggi che non siano in linea con le tariffe proposte dai vettori aerei.

PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO OCCORRE PRESENTARE:

A) Relazione clinica, datata e firmata,rilasciata dal sanitario della struttura per cui si è stati autorizzati, attestante l'avvenuta prestazione;
B) Fattura biglietti aerei e carte d'imbarco o biglietti della nave del paziente e dell'eventuale accompagnatore; biglietti dei mezzi pubblici utilizzati per tratta extraurbane;
C) In caso di ricovero di minori di anni 18 per ottenere la diaria giornaliera prevista per l'accompagnatore, dovrà essere documentato da parte della Direzione Sanitaria del presidio che l'accompagnatore non ha soggiornato in ospedale con costi a carico del fondo ospedaliero (vitto e/o alloggio).
D) Fattura e ricevuta dell'eventuale pernottamento con date del soggiorno dettagliate;
E) Attestazione da parte della struttura sanitaria della effettiva presenza dell'accompagnatore per tutto il periodo considerato;

- Accertata la regolarità della documentazione verrà disposta l'erogazione del contributo entro **60 giorni** dalla presentazione della documentazione stessa;
- La diaria giornaliera verrà corrisposta solo per le prestazioni effettuate.

Richiesta di prestazioni successive al primo trattamento.

Per le prestazioni sanitarie successive al primo trattamento che necessitano della continuità terapeutica si precisa quanto segue:

- ***sono erogabili 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 valutati percorsi diagnostico-terapeutici che prevedono più prestazioni nell'arco di 12 mesi;***

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 o nazionale,anche se diverso da quello che ha fornito il primo trattamento. Le ASL sono tenute a garantire la presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture di riferimento.

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, dopo 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.DEROGHE L.R .26/91 ART. 13

DEROGHE LR 26/91 ART.23

ART.13 *In caso di comprovata gravità ed urgenza i benefici previsti dalla LR 26/91 possono essere concessi anche in assenza di autorizzazione. La domanda per richiedere il contributo delle spese sanitarie e di viaggio,redatta secondo le modalità sopra descritte, devono essere inviate all'Ufficio ricoveri fuori regione competente entro il termine perentorio di 90 giorni dalla data di pagamento. L'ufficio competente, accertata la sussistenza delle condizioni di gravità ed urgenza provvede all'erogazione del contributo nei successivi 60 giorni.*

IN CASO DI AUTORIZZAZIONE IN DEROGA DI CUI ALL'ART. 13, SPETTA SOLO IL RIMBORSO DELLE SPESE DI VIAGGIO MENTRE NON E' DOVUTO IN ALCUNA MISURA IL CONTRIBUTO PER LE SPESE DI SOGGIORNO.

- **AUTORIZZAZIONE IN TERRITORIO ESTERO**

L'assistenza sanitaria all'estero, in forma diretta/indiretta, può essere richiesta quando le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione non sono ottenibili adeguatamente e tempestivamente presso i presidi e i servizi pubblici o convenzionati del SSN.

La prestazione è considerata non ottenibile adeguatamente quando essa necessita di professionalità o procedure tecniche e curative, od attrezzature non presenti nelle strutture pubbliche o convenzionate del territorio nazionale.

La prestazione è considerata non erogabile tempestivamente quando le strutture pubbliche o convenzionate del territorio nazionale 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 dell'assistito o precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

Per richiedere l'autorizzazione nel **TERRITORIO ESTERO**, l'utente, al fine di procedere con l'istanza dovrà presentare:

1. Domanda secondo fac-simile a disposizione degli utenti nel sito aziendale ,presso" l'Ufficio Ricoveri Fuori Regione" - Via Romagna,16 09127 CAGLIARI o richiedendo il modulo di domanda all'indirizzo mail **ricoverifuoriregione@aslcagliari.it**specificando la struttura sanitaria ESTERA prescelta.
2. **Proposta sanitaria attestante la necessità delle prestazioni,predisposta da un medico specialista della branca interessata, in cui sia specificata in maniera chiara la prestazione /procedura necessaria,la diagnosi o sospetto diagnostico, il quadro clinico e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso,**

specificando che la prestazione richiesta NON è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale e nazionale, eventuale documentazione sanitaria utile per l'esame del caso clinico;

3. Occorre documentare, anche con autocertificazione, i dati anagrafici, la residenza, il codice fiscale, lo stato di famiglia in caso di minori, e l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

La concessione dei benefici è subordinata al rilascio di un'autorizzazione preventiva. La LR 26/91 NON E' RETROATTIVA,pertanto le istanze presentate a prestazione già fruita non verranno prese in considerazione ,fatti salvi i casi contemplati dall'art.23 della suddetta legge.

- **Possono accedere a richiedere i benefici di cui alla presente legge i cittadini di Stati membri dell'UE ed extra UE residenti in Sardegna nella ASSL Cagliari;**
- La richiesta di autorizzazione al ricovero all'estero sarà oggetto di specifica valutazione da parte di un'apposita Commissione Regionale , istituita presso l'Assessorato Igiene Sanità ed Assistenza Sociale (di cui all'art 15 della LR 26/91) ed a cui l'Ufficio ricoveri fuori regione invierà la stessa entro 5 giorni,per l'acquisizione del parere sulla sussistenza dei presupposti sanitari che legittimano il trasferimento per cure all'estero e conseguentemente alla concessione dell'autorizzazione.
- Il parere della Commissione è obbligatorio e vincolante.
- La Commissione si esprime nel termine perentorio di 10 giorni dalla data di trasmissione della domanda.
- La Commissione individua, inoltre, il mezzo di trasporto del paziente da ritenersi più idoneo in relazione al caso clinico ed alle eventuali condizioni d'urgenza e si pronuncia sulla necessità dell'accompagnatore.
- In caso di impossibilità di ricorrere al centro estero prescelto, la Commissione indica presso quale diverso centro estero può essere erogata la prestazione.
- Entro 5 giorni dall'espressione del parere tecnico e comunque entro 20 giorni dalla data di presentazione della domanda, l'Ufficio ricoveri fuori regione, verificata la sussistenza dei requisiti, adotta il conseguente provvedimento di accoglimento o rigetto dell'istanza.
- Il diniego all'autorizzazione deve essere motivato

ANTICIPAZIONI: è possibile richiedere l'anticipazione, previa autorizzazione della prestazione, delle spese di viaggio nella misura del 70% della spesa rimborsabile, secondo le modalità di cui ai ricoveri in territorio regionale (fattura spese di viaggio). La domanda è da effettuarsi almeno 7 giorni prima della partenza. Per le spese sanitarie il preventivo deve essere rilasciato dal presidio estero o dal medico prescelto, per le prestazioni libero-professionali.

PER ACCEDERE AL CONTRIBUTO OCCORRE PRESENTARE:

A) Relazione clinica, datata e firmata,rilasciata dal sanitario della struttura per cui si è stati autorizzati, attestante l'avvenuta prestazione;
B) Fattura della prestazione sanitaria di assistenza indiretta fruita;

C) Fattura biglietti aerei e carte d'imbarco o biglietti della nave del paziente e dell'eventuale accompagnatore; biglietti dei mezzi pubblici utilizzati per tratta extraurbane;
D) In caso di ricovero di minori di anni 18 per ottenere la diaria giornaliera prevista per l'accompagnatore, dovrà essere documentato da parte della Direzione Sanitaria del presidio che l'accompagnatore non ha soggiornato in ospedale con costi a carico del fondo ospedaliero (vitto e/o alloggio).
E) Fattura e ricevuta dell'eventuale pernottamento con date del soggiorno dettagliate;
F) Attestazione da parte della struttura sanitaria della effettiva presenza dell'accompagnatore per tutto il periodo considerato;

- Accertata la regolarità della documentazione verrà disposta l'erogazione del contributo entro 60 giorni dalla presentazione della documentazione stessa;

DEROGHE LR 26/91 ART.23

ART.23 *Nei casi di comprovata ed eccezionale gravità e urgenza, si può accedere al contributo anche per prestazioni non preventivamente autorizzate, purché esse rientrino nei requisiti previsti dalla LR 26/91. In questo caso il contributo è concesso ,previo parere della Commissione, su domanda dell'interessato, da presentarsi a pena di decadenza entro 60 giorni dal pagamento delle spese.*

- **SERVIZI AGGIUNTIVI**

L'ufficio Ricoveri fuori regione si occupa di valutare e autorizzare anche le seguenti prestazioni:

PMA eterologa ed omologa;

ONCOTYPE;

Test NGS;

PROTONTERAPIA;

ADROTERAPIA.

DOVE TROVARCI: L'Ufficio ricoveri fuori regione è ubicato in Via Romagna 16, padiglione C -09127 Cagliari.

L'ufficio riceve per appuntamento per casi concretamente urgenti telefonando ai numeri di seguito indicati:
070/6093704 – 070/6093221 – 070/6093660

Giorni ricevimento telefonico	Orario
Lunedì	12.00-13.00
Martedì	12.00-13.00 e 15.30-16.30
Mercoledì	12.00-13.00
Giovedì	12.00-13.00 e 15.30-16.30

Tutte le richieste dovranno comunque essere trasmesse al seguente indirizzo mail:

ricoverifuoriregione@aslcagliari.it

Gli utenti dovranno indicare i recapiti telefonici per eventuali comunicazioni.