

ASL n°1 di Sassari

REGOLAMENTO
per l'attuazione e l'applicazione
della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii

INDICE

pag 2

CAPITOLO PRIMO: INQUADRAMENTO GENERALEART. 1) INTRODUZIONE L.R.26/1991 SS.MM.II pag 4ART. 2) OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO pag 4**CAPITOLO SECONDO: APPLICAZIONE**ART. 3) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EXTRA-REGIONE pag 4ART. 3.1) SOGGETTI AVENTI DIRITTO pag 5ART. 3.2) AMBITO NAZIONALE pag 5ART. 3.3) AMBITO ESTERO pag 5ART. 3.4) TARIFFE RIMBORSI pag 5ART. 4) STRUTTURE PREPOSTE pag 6ART. 4.1) STRUTTURE PREPOSTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI SASSARI pag 6ART. 4.2) STRUTTURE PREPOSTE DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI DI ALGHERO E OZIERI pag 6**CAPITOLO TERZO: MODALITA' DI ASSISTENZA**ART. 5) FORMA DIRETTA pag 7ART. 5.1) FORMA INDIRETTA pag 7**CAPITOLO QUARTO: PERCORSO ATTIVITA' E REGOLE ATTUATIVE**ART. 6) ACCOGLIENZA- ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE pag 7ART. 7) VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE pag 8ART. 7.1) VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA SANITARIA pag 8ART. 7.2) RICHIESTA INTEGRAZIONE DOCUMENTALE pag 9ART. 7.3) ESITO DELLA VERIFICA SULLA PROPOSTA SANITARIA pag 9ART. 7.4) COMUNICAZIONE DINIEGO pag 10ART. 8) RICORSO/RICHIESTA DI RIESAME pag 10ART. 9) CASI DI COMPROVATA NECESSITA' URGENZA pag 11ART. 10) INVIO DIRETTO pag 12ART. 11) MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO pag 12ART. 12) MEDICI PRESCRITTORI pag 12ART. 13) PRESTAZIONI SANITARIE COME PRIMO TRATTAMENTO pag 13ART. 14) RICHIESTA DI PRESTAZIONI SUCCESSIVE AL PRIMO TRATTAMENTO pag 13

<u>ART. 15) PROCEDURE PER LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI</u>	<u>pag 14</u>
<u>ART. 15.1) DOCUMENTAZIONE</u>	<u>pag 14</u>
<u>ART. 15.2) LIQUIDAZIONE</u>	<u>pag 15</u>
<u>ART. 16) SPESE DI VIAGGIO</u>	<u>pag 15</u>
<u>ART. 17) CONTRIBUTO PER SPESE DI SOGGIORNO</u>	<u>pag 16</u>
<u>ART. 18) ANTICIPAZIONI PER CURE EXTRA REGIONE IN ITALIA E ALL'ESTERO</u>	<u>pag 17</u>
<u>ART. 19) TRASPORTO SALMA</u>	<u>pag 18</u>
<u>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</u>	<u>pag 19</u>
<u>ELENCO ALLEGATI</u>	<u>pag 19</u>

CAPITOLO PRIMO

INQUADRAMENTO GENERALE

ART. 1) INTRODUZIONE L.R.26/1991 E SS.MM.II

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

In particolar modo, tale Legge Regionale istituisce e disciplina l'erogazione di un contributo economico connesso alla fruizione al di fuori della Sardegna di quelle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*) che non risultino fruibili adeguatamente o tempestivamente sul territorio regionale.

La suddetta Legge Regionale è stata, nel tempo, oggetto di modifiche legislative e di direttive regionali in merito alle modalità attuative e ad alcuni aspetti interpretativi.

ART. 2) OBIETTIVI DEL REGOLAMENTO

Il fine del presente regolamento è quello di fornire una disciplina attuativa della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii che garantisca un riferimento unitario per tutti gli aspetti applicativi di dettaglio non specificati nella Legge regionale, al fine di ottenere un'attuazione della stessa chiara, trasparente ed uniforme su tutto il territorio afferente alla ASL di Sassari, a beneficio sia dell'utenza interessata sia degli operatori impegnati nello svolgimento dei necessari processi operativi.

In particolare, col presente regolamento si intende fornire un insieme di istruzioni attuative standardizzate relativamente ad aspetti quali:

- presupposti per l'erogazione dei contributi economici disciplinati dalla L.R. 26/1991;
- tipologia e misura del contributo erogabile;
- natura delle prestazioni oggetto di possibile autorizzazione;
- requisiti delle relative istanze e documentazione a corredo delle stesse;
- disciplina di dettaglio inerente il rimborso delle spese di viaggio;
- disciplina di dettaglio inerente il contributo relativo alle spese di soggiorno;
- altri aspetti attinenti il rapporto tra l'utente e l'Azienda sanitaria ai sensi e per gli effetti della L.R. 26/1991.

Tali regole attuative integrano il dettato testuale della L.R. 26/1991 e ss.mm.ii con le successive direttive fornite dal competente Assessorato Regionale, con i principi espressi dalle pronunce giurisprudenziali, con i principi dell'interpretazione logica e sistematica e con i principi della Legge 241/1990 e ss.mm.ii.

Il presente Regolamento annulla e sostituisce ogni altro Regolamento e/o Linee Guida precedentemente approvati dalla ASL di Sassari o dalla ATS Sardegna in tema di applicazione della L.R. n° 26 del 23/07/1991, per quanto attiene all'ambito di competenza della ASL n. 1 di Sassari.

CAPITOLO SECONDO

APPLICAZIONE

ART.3) 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, compresa la disciplina per l'erogazione di contributi economici riconosciuti quale rimborso delle spese di viaggio e contributo per le spese di soggiorno strettamente connesse con il ricevimento in sede extra-regionale di prestazioni sanitarie non fruibili adeguatamente o tempestivamente in sede regionale.

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 ASL 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 impedisca la normale presentazione dell'istanza di autorizzazione preventiva.

ART.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 delle Aziende sanitarie regionali, nonché le categorie ad essi equiparate dalla vigente legislazione e dagli accordi internazionali ai fini dell'erogazione dell'assistenza Sanitaria.

In particolare, sono soggetti aventi diritto:

- cittadini italiani residenti in Sardegna e iscritti negli elenchi delle Aziende sanitarie regionali;
- cittadini degli stati membri della UE, dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera iscritti negli elenchi delle Aziende sanitarie regionali;
- apolidi e profughi residenti in uno dei paesi UE iscritti negli elenchi delle Aziende sanitarie regionali;
- cittadini di stati extra UE con i quali esiste un accordo internazionale di reciproca assistenza (in base al contenuto dell'accordo) iscritti negli elenchi delle Aziende sanitarie regionali.

Sono, invece, soggetti NON aventi diritto:

- i cittadini di stati extra UE con i quali non esistono accordi di assistenza reciproca.
- In generale, i cittadini stranieri non iscritti negli elenchi di nessuna Azienda sanitaria regionale.

ART.3.2 AMBITO NAZIONALE

Il D.Lgs. 19/06/1999 n. 229, modificando ed integrando il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 (Legge di riforma economico-sociale), ha abolito i rimborси relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza erogate in forma *indiretta* sul territorio nazionale, lasciando in vigore la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero.

La medesima normativa ha anche introdotto il sistema di definizione dei L.E.A. quale riferimento per le prestazioni garantite dal S.S.N.

Devono, pertanto, ritenersi abrogate le disposizioni della L.R. n° 26/91 che fanno riferimento all'assistenza sanitaria *indiretta* sul territorio nazionale.

ART.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.

ART.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 le Circolari prot. n° 8746 del 07.04.2011, prot. n° 4146 del 13/02/2015 punto a), prot. n° 20269

del 18/07/2024 l'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha fornito ulteriori utili chiarimenti in ordine alle modalità di erogazione dei contributi stabilendo, tra l'altro, la possibilità di frazionare gli importi sulla base del reale tempo di permanenza dell'utente e degli accompagnatori nella sede di ricovero e cura, sull'eventuale pernottamento dell'accompagnatore presso tali strutture e sul pagamento o meno dei pasti (v. art. 17);

ART.4 STRUTTURE PREPOSTE

Al fine di agevolare il rapporto con l'utenza, le sedi degli Uffici deputati al ricevimento delle istanze sono quelli situati presso il Distretto di competenza in base al Comune di residenza dell'utente.

Nei casi in cui l'utente abbia residenza presso una ASL diversa da quella di iscrizione, si farà riferimento alla ASL e al Distretto di residenza in ossequio all'art. 10 della Legge Regionale.

Non saranno pertanto accolte le istanze degli utenti residenti presso Comuni di appartenenza di altre ASL.

In ossequio all'autonomia organizzativa di ciascun Distretto, si individuano come di seguito riportato gli Uffici competenti presso ciascun Distretto per le varie fasi.

ART.4.1 STRUTTURE PREPOSTE DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI SASSARI

Ufficio di sportello al pubblico Ricoveri extra Regione:

si interfaccia con l'utenza, fornisce indicazioni sulla corretta presentazione delle istanze; riceve le istanze, svolge la prima verifica formale delle stesse in ordine alla completezza documentale, alla protocollazione delle stesse e della documentazione a corredo (sospendendo immediatamente il procedimento, ove necessario, e mandando idonea comunicazione all'utente); trasmette la richiesta al medico del Distretto competente per il rilascio del parere sanitario.

Ufficio Ricoveri extra Regione:

Invia alla Commissione Regionale per i ricoveri all'estero o al Centro Regionale Trapianti la documentazione di cui all'art. 20 della L.R. n°26/91 nei casi previsti. Acquisito il parere sanitario da parte di detta Commissione o del medico del Distretto competente, procede alla predisposizione del provvedimento (di autorizzazione o di diniego), riceve la documentazione relativa al rimborso e procede alla quantificazione dei contributi spettanti ed al successivo invio alla competente S.C. Risorse Economiche Finanziarie e del Patrimonio per l'emissione del mandato di pagamento e predispone le rendicontazioni per la R.A.S.

ART.4.2 STRUTTURE PREPOSTE DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI DI ALGHERO E OZIERI

Ufficio Ricoveri extra Regione:

si interfaccia con l'utenza, fornisce indicazioni sulla corretta presentazione delle istanze e le riceve, svolge la verifica formale delle stesse in ordine alla completezza documentale (sospendendo immediatamente il procedimento, ove necessario e inoltrando idonea comunicazione all'utente), le trasmette all'Ufficio Protocollo distrettuale per la relativa protocollazione; trasmette la richiesta al medico del Distretto competente per il rilascio del parere sanitario oppure invia alla Commissione Regionale per i ricoveri all'estero o al Centro Regionale Trapianti la documentazione di cui all'art. 20 della L.R. n°26/91.

Acquisito il parere sanitario da parte del medico competente o della Commissione regionale, procede alla predisposizione del provvedimento (di autorizzazione o di diniego); riceve la documentazione relativa al rimborso e procede alla quantificazione dei contributi spettanti ed al successivo invio alla competente S.C. Risorse Economiche Finanziarie e del Patrimonio per l'emissione del mandato di pagamento, predispone le rendicontazioni per la RAS.

CAPITOLO TERZO

MODALITÀ DI ASSISTENZA

ART.5. FORMA DIRETTA

A) **Nazionale:** 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.

B) **Estero:** 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 (ed alla ASL di residenza) dallo Stato estero sulla base dei Regolamenti UE e delle Convenzioni bilaterali in essere e fatturati con apposito formulario per prestazioni al costo. La ASL (attraverso le strutture operative di cui al precedente art. 4), 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 (Mod. S2 o documento analogo in caso di Stati in convenzione) che viene consegnato all'assistito e da questi presentato alla struttura estera che lo ospita.

ART.5.1. FORMA INDIRETTA

Valida solo per le prestazioni ricevute all'estero

L'assistito che usufruisce di prestazioni sanitarie all'estero - salva la possibilità di richiedere acconti presentando congrui preventivi di spesa - anticipa le spese sanitarie e ne chiede successivamente il rimborso all'Ufficio preposto del competente Distretto di appartenenza.

La forma indiretta si applica per prestazioni sanitarie *autorizzate* ed erogate in strutture private non convenzionate o in regime libero professionale.

Il rimborso sarà corrisposto all'interessato, nella misura di legge, sulla base dei documenti attestanti l'avvenuta erogazione della prestazione e l'avvenuto pagamento.

Il D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 ed il D.Lgs. 19/06/1999 n. 229 hanno abolito i rimborsi relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza erogate in forma indiretta sul territorio *nazionale*.

CAPITOLO QUARTO

PERCORSO ATTIVITÀ E REGOLE ATTUATIVE

ART.6 ACCOGLIENZA - ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE – DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

Devono essere fornite agli utenti - in relazione alle situazioni ed esigenze dagli stessi prospettate - tutte le informazioni utili per poter usufruire dell'assistenza, nonché la modulistica da compilare per l'avvio della pratica. Detta modulistica sarà anche disponibile sul sito istituzionale della ASL di Sassari (www.asl1sassari.it).

Presso la ASL n° 1 di Sassari potranno presentare domanda gli assistiti residenti nell'ambito territoriale della stessa, anche qualora iscritti presso altra Azienda sanitaria regionale.

L'utente richiedente dovrà accompagnare la sua domanda con apposita proposta del medico specialista competente per la patologia specifica 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 estero).

La documentazione per l'istruttoria deve contenere:

- proposta medico-specialistica;
- domanda di autorizzazione e autocertificazione, comprendente il consenso al trattamento dei dati necessari allo svolgimento del relativo procedimento (Modello A - Allegati 1, 2, 3);
- eventuale domanda di anticipazione;
- copia della tessera sanitaria in corso di validità;
- copia del documento d'identità del paziente e del richiedente in corso di validità (qualora sia persona diversa dal paziente stesso);
- eventuale delega (allegata ai Modelli A e B);
- ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico.

L'Ufficio preposto a ricevere l'utente prende in carico l'istanza, corredata di tutta la documentazione necessaria ad avviare l'istruttoria, comunica i tempi previsti, secondo i termini di Legge e di Regolamento, per ottenere il riscontro. La modulistica ricomprenderà anche l'indicazione di un indirizzo mail o PEC a cui l'Ufficio Ricoveri extra Regione potrà far pervenire, con maggior celerità, ogni comunicazione inerente lo stato del procedimento. La mancata indicazione da parte dell'utente di un indirizzo di e-mail o PEC personale non consentirà l'invio delle comunicazioni (formali) più celeri non utilmente effettuabili per posta ordinaria. Si evidenzia che non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica o PEC diversi da quello personale indicato dall'interessato al momento della domanda o in un momento successivo.

Il Distretto che dovesse ricevere domande erroneamente presentate da parte di utenti appartenenti ad altro Distretto della ASL n°1 di Sassari dovrà procedere con immediatezza a trasmettere l'istanza al Distretto di competenza, se il caso procedendo alla protocollazione della stessa per attestarne il tempestivo ricevimento e mettendo il Distretto competente in condizioni di rispettare i termini di legge per lo svolgimento e la definizione del procedimento.

ART.7 VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Il personale dell'Ufficio che accetta l'istanza valuta la completezza formale della documentazione. Gli Uffici distrettuali competenti ai sensi del precedente art. 4 valutano, in sede istruttoria amministrativa, la completezza e l'adeguatezza sostanziale dell'istanza e della documentazione a corredo.

Compete al Dirigente medico, ovvero alle apposite Commissioni regionali, nei casi previsti, valutare la validità e l'appropriatezza della proposta del medico specialista ed instaurare le eventuali interlocuzioni che si rendessero necessarie con i colleghi medici e con gli utenti interessati per chiarire aspetti di carattere medico-sanitario rilevanti ai fini della suddetta valutazione e della formulazione del relativo parere.

Nel caso di richiesta di anticipazione, l'utente dovrà presentare un preventivo di spesa di viaggio (lo stesso preventivo dovrà essere utilizzato per l'effettivo acquisto dei biglietti) e/o della spesa sanitaria per le sole richieste di prestazioni da eseguirsi all'estero.

ART.7.1 VALUTAZIONE DELLA PROPOSTA SANITARIA

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

- rispettare le vigenti normative e circolari;
- essere redatta da un medico specialista *“nella patologia specifica”*, non quindi da un medico di medicina generale o da un pediatra di libera scelta (non specialista *nella patologia specifica*, come richiesto dalla Regione Sardegna) (3);
- riguardare prestazioni sanitarie non ottenibili *adeguatamente* nelle strutture pubbliche e convenzionate del territorio regionale.
- ovvero, riguardare prestazioni sanitarie non erogabili *tempestivamente* dalle strutture pubbliche e

convenzionate del territorio regionale, anche alla luce della metodologia RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei);

Per verificare erogabilità, appropriatezza e tempestività il Dirigente Medico, qualora dalla valutazione della proposta dello specialista permanga il dubbio circa la fruibilità della prestazione in ambito regionale, attiva la verifica d'ufficio, individuando almeno due Centri nel territorio regionale potenzialmente in grado di erogare la prestazione richiesta ed ai quali inviare apposito quesito. In tali casi il termine di conclusione del procedimento è sospeso fino al ricevimento dei riscontri da parte delle strutture sanitarie interpellate (Legge n° 241/1990 e ss.mm.ii).

La ASL ha sempre facoltà di effettuare la suddetta verifica d'ufficio presso le strutture regionali, ogni qual volta lo ritenga opportuno per ottenere certezza sull'eseguibilità o meno delle prestazioni sanitarie in sede regionale.

La prestazione è considerata *non erogabile tempestivamente* quando anche alla luce della metodologia RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei):

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

ART.7.2 RICHIESTA INTEGRAZIONE DOCUMENTALE

Nel caso in cui la domanda risulti priva della necessaria documentazione sanitaria, l'Ufficio incaricato può sospendere i termini di definizione dell'istanza, assegnando al richiedente un termine per consentire l'integrazione della documentazione mancante o carente.

Decorso tale termine, si procederà alla definizione sulla base della documentazione pervenuta, salvo la possibilità, da valutarsi caso per caso, di effettuare l'indagine d'ufficio presso le strutture sanitarie regionali.

La richiesta di documentazione verrà comunicata tramite mail o PEC, solo in subordine mediante raccomandata A/R.

ART.7.3 ESITO DELLA VERIFICA SULLA PROPOSTA SANITARIA

Valutata la documentazione acquisita o riscontrate le eventuali risposte dei Centri Regionali contattati ovvero acquisito il parere della Commissione Regionale ex art. 15 della L. 26/1991 e ss.mm.ii, si procede come di seguito:

7-a) per il territorio nazionale:

1. Se i Centri regionali consultati non si dichiarano idonei a soddisfare la richiesta del paziente ovvero non forniscono risposta nel termine massimo di 10 giorni dall'invio del quesito, il Dirigente medico incaricato esprime parere *favorevole* in ordine all'autorizzazione delle cure in territorio extra-regionale. Di norma e salvo particolari esigenze di natura organizzativa e/o istruttoria, entro 10 giorni dalla data di ricezione dell'istanza da parte dell'Ufficio competente, si procederà all'emanazione del relativo provvedimento di *accoglimento* ed alla successiva comunicazione dello stesso al cittadino istante attraverso mezzi idonei (preferibilmente mail o PEC, ovvero, in subordine, per posta ordinaria o raccomandata A/R);

2. Se almeno uno dei suddetti Centri 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.

Conseguirà l'emanazione del relativo provvedimento di *diniego* e la successiva comunicazione dello stesso a mezzo PEC o raccomandata A/R.

L'avvio dell'indagine d'ufficio presso i Centri di riferimento regionali sospende il termine di

esecuzione del procedimento che riprenderà al momento della ricezione dei riscontri richiesti.

Il parere sanitario è espresso dal Dirigente medico incaricato presso ciascun Distretto.

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*.

7-b) per il territorio estero:

Il Distretto competente trasmette l'istanza alla Commissione regionale istituita ex art. 15 della L. 26/1991 e ss.mm.ii

Prima dell'invio dell'istanza alla Commissione Regionale, il Distretto competente deve effettuare una 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 dell'impossibilità di eseguire adeguatamente e/o tempestivamente la prestazione in territorio regionale e nazionale;
- certificazione dello stato clinico del paziente o della condizione che non consente allo stesso di essere autosufficiente, per cui si rende indispensabile la presenza di uno o due accompagnatori.

Entro 5 giorni dalla presentazione della domanda da parte dell'avente diritto, il 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. Il parere della Commissione Regionale è *obbligatorio* e *vincolante*. Nei cinque giorni successivi alla ricezione del parere della suddetta Commissione, il Distretto procederà all'emanazione del relativo provvedimento ed alla conseguente comunicazione dello stesso al cittadino istante attraverso mezzi idonei (PEC, mail, posta, raccomandata A/R).

Qualora la Commissione regionale esprima parere favorevole, l'Ufficio del Distretto territorialmente competente adotta il relativo provvedimento di autorizzazione e successivamente provvede alla liquidazione dei rimborsi dovuti sulla base della documentazione presentata dal paziente a seguito della prestazione.

Nel caso di parere negativo ad opera della predetta Commissione regionale, il Distretto competente adotta il relativo provvedimento di diniego e lo comunica al richiedente.

ART.7.4 COMUNICAZIONE DINIEGO

Ogni provvedimento di diniego deve essere comunicato tramite PEC o, in subordine, a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno al fine di dare certezza sul momento della ricezione, necessaria per valutare la tempestività dell'eventuale ricorso.

ART. 8 RICORSO / RICHIESTA DI RIESAME

Salvo il ricorso in sede giurisdizionale, l'utente può presentare all'Amministrazione richiesta di riesame avverso il Provvedimento di diniego dal momento in cui l'interessato ne ha avuto conoscenza. Detta istanza di riesame si configura come *ricorso in opposizione* (art. 28 della Legge Regionale); dovrà, pertanto, essere indirizzata al Direttore del Distretto che ha emesso il provvedimento di diniego e sarà trasmessa all'Ufficio Ricoveri Extraregione che ha istruito l'istanza originaria.

Il Ricorso/richiesta di riesame dovrà pervenire, a pena di irricevibilità, al Distretto di competenza entro e non oltre 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. Si evidenzia, pertanto, che

saranno rigettate tutte le richieste che pervengono oltre detto termine.

L'istanza di riesame dovrà contenere i motivi e le circostanze di fatto sulla base dei quali si chiede una rivalutazione. Ai fini dell'accettazione della stessa dovrà essere prodotta necessariamente nuova o integrativa documentazione/certificazione sanitaria a sostegno della propria istanza di richiesta di riesame. In caso contrario la richiesta non potrà essere presa in considerazione dal Dirigente Medico del Distretto competente in materia.

Esperita tale richiesta di riesame, non saranno valutabili ulteriori successive integrazioni documentali non contenute in tale istanza, né ulteriori successive istanze reiterate a seguito della prima. Pertanto, per tali ulteriori istanze e/o integrazioni documentali non verrà fornito riscontro al ricorrente.

L'analisi dell'istanza di riesame e dell'unità documentazione – da effettuarsi nell'ambito del Distretto competente per il provvedimento impugnato - è rimessa ad un Dirigente Medico diverso da quello che ha espresso il parere sull'istanza originaria, che si esprimerà entro e non oltre quindici giorni dalla presentazione della richiesta di riesame/ricorso. La decisione del medico in sede di riesame dovrà essere formalmente trasmessa al paziente entro e non oltre i successivi quindici giorni lavorativi, fatte salve inderogabili esigenze istruttorie, a mezzo PEC o raccomandata A/R.

Il Dirigente medico che si è espresso in ordine all'istanza originaria ha facoltà di 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.

Per le pratiche relative all'Estero, qualora le motivazioni del ricorso riguardino la valutazione effettuata dalla Commissione Regionale, lo stesso potrà essere trasmesso dal Distretto della ASL alla medesima Commissione per consentirne la valutazione nel merito. L'Azienda Sanitaria fornirà il riscontro al ricorrente, attenendosi alle valutazioni comunicate dalla Commissione regionale.

Il termine per la decisione del ricorso ha natura ordinatoria ed il suo spirare non impedisce una risposta oltre il termine da parte del Distretto competente.

ART. 9 CASI DI COMPROVATA NECESSITÀ ED URGENZA

Qualora ricorrono 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 dell'Azienda Sanitaria - entro il termine perentorio di 90 giorni dalla data dell'ultimo pagamento delle spese di viaggio sostenute, per il ricovero in Italia, e di 60 giorni da tale data per i ricoveri all'estero (Modello C – Allegati 7, 8, 9). Si evidenzia, pertanto, che saranno rigettate tutte le richieste che pervengano oltre detti termini.

Per "urgenza" rilevante a tal fine si intende quella che impedisca la normale presentazione dell'istanza di autorizzazione preventiva di cui all'art. 10 della L.R. 26/1991. Tale circostanza dovrà essere dimostrata mediante apposita certificazione medico-specialistica che contenga, nel caso di prima richiesta, anche le indicazioni relative agli altri requisiti di legge di cui al successivo art.13 compresa l'eventuale indispensabilità di uno o due accompagnatori.

Per i ricoveri all'estero l'Azienda sanitaria deve acquisire il parere della Commissione Regionale di cui all'art. 15 della L.R. 26/1991.

Per definizione di legge, detto rimborso viene erogato senza l'emissione del provvedimento di autorizzazione preventiva (non a suo tempo richiesto) in virtù della comprovata gravità ed urgenza. Alla luce della DGR 51/44 del 18/12/2024 e solo a decorrere da tale data, Il rimborso in questione riguarda sia le spese di viaggio sia contributo di solidarietà per le spese di soggiorno previsto dall'art. 24 della Legge Regionale.

ART.10 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 emessa dal Distretto di appartenenza. L'utente dovrà successivamente presentare richiesta di rimborso (Modello B – Allegati 4, 5, 6) all'Ufficio ricoveri extra-regione, fornendo la certificazione ospedaliera da cui risulti l'invio diretto del paziente ricoverato disposto dall'ospedale sardo ad altro ospedale con indicazione dell'eventuale accompagnatore o degli accompagnatori ritenuti indispensabili e degli altri elementi di cui al successivo art. 13, unitamente alla documentazione relativa alle cure ricevute in sede extraregionale ed alle eventuali spese di viaggio di cui al successivo art. 16.

ART.11 MODALITA' DI COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO

Il Medico specialista che redige la proposta sanitaria di prestazioni da eseguirsi fuori regione (Italia o estero) deve seguire le indicazioni previste dalla normativa vigente, dalle direttive attuative e/o altre disposizioni Regionali e dai protocolli adottati dall'Azienda Sanitaria erogante.

Nella proposta di fruizione delle prestazioni sanitarie extra regione:

- devono essere indicate in maniera dettagliata le prestazioni sanitarie che il paziente deve eseguire;
- deve essere indicato e motivato che la prestazione richiesta non è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale e/o nazionale;
- deve essere documentato, 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 (art.9, comma 2, lettera a, L.R. 26/1991 e ss.mm.ii).

Per i pazienti di minore età è sempre riconosciuto un accompagnatore mentre la necessità di *due* accompagnatori deve essere attestata dallo specialista.

Sarà cura dello specialista indicare e motivare quei casi eccezionali nei quali le condizioni del paziente non consentono l'utilizzo dei mezzi pubblici rendendo necessario l'impiego di mezzi diversi quali ambulanza, taxi, autonoleggio, mezzo proprio, e simili. In assenza di tale indicazione e motivazione, saranno rimborsabili soltanto i mezzi pubblici.

ART.12 MEDICI PRESCRITTORI

Per espressa disposizione regionale (circolare dell'Assessorato all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale prot. n° 8746 in data 07/04/2011 "L.R. n° 23 Luglio 1991 n. 26 – prestazioni di assistenza extraregione"), i medici prescrittori devono essere specialisti competenti *"nella patologia specifica"*(3); pertanto, ai fini della L.R. 26/91, *non possono* svolgere tale funzione i medici del ruolo unico di assistenza primaria (medici di medicina generale e continuità assistenziale) ed i pediatri di libera scelta, i quali ultimi, sebbene specialisti per l'età pediatrica, non lo sono in relazione alla patologia specifica, svolgendo le funzioni di medico generalista per i pazienti in età pediatrica. La citata indicazione regionale appare tanto più giustificata trattandosi di valutare prestazioni e patologie la cui complessità o particolarità sia tale da richiedere il ricorso a strutture altamente specializzate in sede extraregionale.

I medici prescrittori sono direttamente responsabili della corretta formulazione della proposta di ricorso a strutture extra regione. A tal fine, prima di indirizzare il paziente verso strutture extraregionali, sono preventivamente tenuti a valutare, nell'ambito della propria specialità medica, la possibilità di ottenere in sede regionale le prestazioni necessarie nel caso concreto; qualora siano a conoscenza della possibilità di ricevere le prestazioni in sede regionale, avranno cura di informare il paziente che non avrà diritto a fruire dei benefici di cui alla L.R. 26/91;

ART. 13 PRESTAZIONI SANITARIE COME PRIMO TRATTAMENTO

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).**

Per le 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. n°26/91. 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. La proposta medico-specialistica deve specificare in maniera chiara la prestazione sanitaria, la diagnosi o il sospetto diagnostico, il quadro clinico, la Struttura extra Regione e qualunque altra informazione che possa essere utile per la valutazione del caso. Deve, inoltre, essere specificato che la prestazione richiesta non è eseguibile adeguatamente e/o tempestivamente presso le strutture sanitarie della Regione Sardegna e, 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.

Per le prestazioni da eseguirsi all'estero, l'apposita Commissione Regionale 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 e la documentazione relativa alle spese di viaggio in relazione ai mezzi di trasporto autorizzati.

ART. 14 RICHIESTA DI PRESTAZIONI SUCCESSIVE AL PRIMO TRATTAMENTO (CONTINUITÀ TERAPEUTICA)

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

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

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 riconosciuta, 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.

Si evidenzia che qualora il primo trattamento non sia stato preventivamente autorizzato dall'Azienda Sanitaria, la domanda presentata ai sensi della L.R. n°26/1991 per i trattamenti successivi e/o conseguenti dovrà consentire una valutazione circa la sussistenza dei presupposti di adeguatezza o tempestività non dimostrati in sede di primo trattamento. Pertanto, la domanda dovrà essere corredata di apposita relazione specialistica contenente le indicazioni di cui al precedente art. 13, dovendo attestare che il percorso di cura non poteva essere intrapreso adeguatamente e/o tempestivamente in sede regionale.

Qualora il percorso di cure sia stato autonomamente intrapreso dal paziente al di fuori del territorio regionale per motivi diversi da quelli di legge citati e riconducibili alla indisponibilità delle prestazioni presso le strutture sanitarie regionali per adeguatezza e/o tempestività (ad esempio perché domiciliato in altra regione o ivi presente per motivi diversi da quelli connessi al ricevimento delle prestazioni sanitarie in questione), non potrà invocarsi la continuità per gli effetti della L.R. n°26/1991.

Possono essere sottoposti alla valutazione della Commissione o del medico competente del Distretto anche percorsi diagnostici – terapeutici che prevedono più prestazioni nell'arco di dodici mesi (art. 6, comma 1, L.R. n°26/1991 e ss.mm.ii). In tali casi, potrà essere rilasciata un'autorizzazione unica per la durata prevista delle prestazioni programmate (chiaramente indicate nella documentazione allegata alla domanda, con particolare riferimento alla cadenza e alla durata prevista) fino ad un massimo di 1 anno.

ART. 15 PROCEDURE PER LA LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI

Per ottenere i benefici previsti dalla L.R. n°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° 8746 del 07/04/2011, n° 4146 del 13.02.2015, n° 20269 del 18/07/2024 ed alla DGR n° 51/44 del 18/12/2024 - il richiedente inoltra all'Ufficio del competente Distretto un'istanza (Modello B - Allegati 4, 5, 6) corredata della documentazione relativa alle spese di viaggio e delle certificazioni attestanti le prestazioni sanitarie erogate ed i giorni di permanenza presso la struttura sanitaria extra regionale, la presenza di eventuali accompagnatori autorizzati (Modello Accompagnatori - Allegato 10/a, 10/b, 10/c) e, in ipotesi di ricovero, il trattamento dagli stessi ricevuto in merito al pernottamento ed ai pasti. Con la medesima istanza, il richiedente avente diritto indica le modalità prescelte per il pagamento e l'intestazione dello stesso, fornendo, ove lo ritenga, eventuale delega di pagamento in favore di terzi. Nessuna pretesa potrà essere successivamente avanzata nei confronti della ASL da parte di ulteriori soggetti con richieste successive per la medesima pratica.

ART. 15.1 DOCUMENTAZIONE

Si considereranno regolari le istanze di contributo corredate di:

1. Biglietti di viaggio e carte d'imbarco accompagnati da ricevute fiscali della compagnia aerea/navale di riferimento o relativa ricevuta rilasciata dall'agenzia di viaggio valida ai fini fiscali del paziente ed eventuale/i accompagnatore/i se autorizzato/i dal Distretto di competenza (completi di ogni utile elemento che dimostri l'avvenuto viaggio e le relative date, quali ad es. carte d'imbarco, visti e oblitterazioni, etc.) compresi i biglietti dei mezzi pubblici di linea eventualmente utilizzati;

2. Ricevute di eventuali spese sostenute per il trasporto del paziente con mezzi diversi da quelli pubblici di linea (es.: ambulanza, taxi, autonoleggio, mezzo proprio, etc.) solo se preventivamente autorizzati. Qualora non siano stati preventivamente autorizzati ma il loro impiego sia stato disposto dalla struttura sanitaria extraregionale in conseguenza degli effetti sul paziente delle prestazioni eseguite, la ASL potrà valutarne il rimborso dietro presentazione delle relative ricevute sulla base della certificazione attestante tale necessità rilasciata a cura della struttura extraregionale che dimette il paziente.

E' evidente che, essendo il ricorso a tali mezzi giustificato dalle condizioni cliniche del paziente, gli stessi non sono rimborsabili per le tratte effettuate dal o dagli accompagnatori in assenza del paziente (es. accompagnatore che rientra dopo avere accompagnato il paziente presso la struttura ospedaliera);

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:

- le prestazioni sanitarie erogate (coerenti con quelle oggetto dell'autorizzazione);
- le date di ammissione e dimissione del paziente in regime di ricovero;
- le date delle prestazioni erogate in regime di day hospital o ambulatoriamente;

5. Dichiarazione rilasciata dalla struttura sanitaria attestante la presenza dell'accompagnatore (o degli accompagnatori) durante i giorni di accesso ospedaliero; nel caso di ricovero ordinario, la dichiarazione deve specificare se l'accompagnatore (o uno dei due accompagnatori) ha fruito o non ha fruito del ricovero a carico del SSN per quanto riguarda il pernottamento ed i pasti. Le dichiarazioni sulla costante presenza dell'accompagnatore, 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 precedente la prestazione, se già in loco.

6. Con particolare riferimento ai soggiorni di lunga durata è facoltà della ASL di richiedere la documentazione relativa all'alloggio degli accompagnatori, non per la quantificazione del contributo di soggiorno (che segue il sistema della diaria giornaliera ad importo fisso) ma solo quale elemento di conferma dell'avvenuto soggiorno fuori sede, della sua durata e dell'esistenza di una spesa di soggiorno ai fini del contributo di cui al successivo art. 17.

In caso di fruizione, a vario titolo, di alloggio gratuito, mancando la spesa per il pernottamento, potrà essere fornito il solo contributo (mezza diaria) previsto per i pasti, secondo quanto previsto dalla circolare regionale n° 8746 in data 07/04/2011.

ART. 15.2 LIQUIDAZIONE

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

Il pagamento delle spese di viaggio e del contributo di soggiorno deve avvenire entro 60 giorni dalla presentazione della domanda di rimborso corredata di *tutta* la documentazione necessaria di cui sopra. Qualora la documentazione presentata a corredo della domanda di rimborso risulti incompleta e necessiti di essere integrata, l'Ufficio ricevente ne informa il richiedente ed il termine si intende sospeso fino alla dovuta integrazione documentale.

ART. 16 SPESE DI VIAGGIO

Ai sensi degli articoli 9 e 16 della L.R. n°26/1991, sono rimborsabili, in via generale, le spese sostenute per l'utilizzo di mezzi pubblici di linea da parte del paziente e del/degli accompagnatore/i autorizzati.

In via eccezionale, per particolari casi di necessità ed urgenza, possono essere rimborsati mezzi diversi da quelli pubblici di linea (ambulanza, taxi, autonoleggio, mezzo proprio o simili) se preventivamente autorizzati in base alle condizioni del paziente attestate da apposita

certificazione medico-specialistica che evidensi l'impossibilità di avvalersi dei mezzi pubblici ordinari. In casi del tutto particolari (e tenuto conto della proporzionalità tra le esigenze del caso ed il costo del mezzo utilizzato) può essere valutata la rimborsabilità di tali mezzi la cui necessità, non prevedibile in sede di autorizzazione, si sia determinata durante o a seguito delle prestazioni sanitarie ricevute in sede extraregionale, sulla base di quanto attestato dalle relazioni redatte da tali strutture ed acquisito il parere del dirigente medico incaricato presso il Distretto competente. Nel caso di autorizzazione all'uso del mezzo proprio, sarà possibile rimborsare il costo del trasferimento del mezzo in traghetto; non saranno invece rimborsabili altre spese quali pedaggi autostradali, costi chilometrici, costi di parcheggio, etc.

Sono rimborsabili le spese di aggio per l'acquisto di biglietti di viaggio presso Agenzie specializzate (c.d. "diritti di agenzia"); non lo sono quelle per servizi accessori facoltativi come assicurazione, scelta del posto, priorità, supplementi per prima classe o simili, né quelle per parcheggio del mezzo proprio presso l'aeroporto, deposito bagagli e simili.

Devono escludersi dal rimborso i costi sostenuti per altri passeggeri diversi dal paziente e dagli accompagnatori autorizzati pur compresi nello stesso titolo di viaggio.

Rientra nelle valutazioni rimesse alla ASL, quella di riconoscere per le sole esigenze del viaggio, e quindi ai soli fini del relativo rimborso di cui all'art. 9 della Legge Regionale, un accompagnatore in più rispetto a quello riconosciuto per il periodo di degenza/soggiorno presso il luogo di cura al quale soltanto spetterà anche il contributo di soggiorno di cui all'art. 24 della medesima Legge Regionale.

Tale contributo di soggiorno non spetterà, invece, all'accompagnatore aggiuntivo previsto espressamente per il solo viaggio.

Nel caso in cui persone diverse si avvicendino nel ruolo di accompagnatore (autorizzato) durante la degenza del paziente, per ciascun accompagnatore autorizzato verrà corrisposto il costo del solo viaggio nel quale abbia effettivamente accompagnato il paziente.

ART. 17 CONTRIBUTO PER SPESE DI SOGGIORNO

L'art. 24 della L.R. n°26/91 stabilisce che *"la Regione concorre alle spese di soggiorno del paziente non ospedalizzato e dell'eventuale accompagnatore connesse con prestazioni sanitarie (...)"*. Tale misura economica si configura come un contributo solidaristico che, presuppone innanzitutto l'esistenza di tale spesa, nonché la *compartecipazione* alla stessa da parte del richiedente, pertanto non ricopre necessariamente la totalità delle spese sostenute per il soggiorno (vitto e alloggio).

Nel rispetto del dettato normativo, della circolare R.A.S. n° 20269 del 18/07/2024 e delle recenti pronunzie giurisprudenziali, il contributo per le spese di soggiorno spetta per ciascuna delle giornate nelle quali il paziente ha ricevuto prestazioni sanitarie attestate da apposita certificazione della struttura sanitaria extraregionale.

In via di principio, non è invece riconosciuta la diaria di soggiorno per le giornate nelle quali il paziente non ha ricevuto prestazioni presso la struttura sanitaria extraregionale.

Tuttavia è rimessa alla valutazione del Distretto autorizzante la *possibilità* di estendere la diaria di soggiorno al fine settimana tra una prestazione e la successiva per quegli utenti che, per particolari condizioni di salute documentate dalla struttura, non possono fare rientro in sede. Non può essere in ogni caso superato il limite massimo di n. 3 giorni consecutivi tra una prestazione e l'altra.

Qualora, per motivi logistici e/o orario dell'appuntamento, gli utenti e i loro accompagnatori siano costretti a recarsi in altra Regione o Stato estero il giorno precedente a quello della prestazione autorizzata, tale giornata potrà essere rimborsata.

Ogni altra situazione può essere valutata caso per caso tenendo presente che il pagamento del contributo di soggiorno per le giornate nelle quali *non* si sono svolte prestazioni sanitarie

rappresenta pur sempre un'eccezione da leggere in termini assolutamente restrittivi e che *“...nessun valore può riconoscersi alla certificazione medica in atti attestante l'indispensabilità del trattamento e della permanenza fuori regione per un periodo di tempo eccessivamente lungo”* (6). Tali certificazioni non determinano alcun diritto al contributo di soggiorno per le giornate nelle quali non siano state eseguite prestazioni sanitarie presso la struttura sanitaria extraregionale ma potranno solo essere valutati dalla ASL per l'eventuale riconoscimento del contributo nei limiti di cui al presente articolo (massimo 3 giorni).

In tali casi - richiamando la natura del contributo quale *concorrenza* alle spese da parte della Regione - la ASL, ai fini della valutazione in questione, è legittimata ad acquisire da parte del richiedente la documentazione inerente alle spese di soggiorno per le quali viene richiesta la compartecipazione e il contributo (numero di diarie computabili) non dovrebbe in alcun caso superare la spesa effettivamente sostenuta.

Qualora il computo delle diarie giornaliere relative ai giorni nei quali sono state effettuate le prestazioni sanitarie eguaglino o superino il doppio delle spese complessivamente sostenute per l'alloggio relativo all'intero periodo di permanenza fuori sede, non potrà riconoscersi alcun contributo ulteriore per le giornate nelle quali *non* siano state eseguite prestazioni sanitarie.

Poiché la diaria giornaliera riguarda per metà le spese di alloggio e per metà quelle di vitto, per gli utenti (e loro accompagnatori) che effettuano viaggio di andata e ritorno in un'unica giornata, non essendovi pernottamento fuori sede, si rimboscerà il 50% del valore della diaria.

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 dovuto per la giornata successiva.

Per gli accompagnatori di minori od altri pazienti non autosufficienti che vengono ospitati per il pernottamento presso la struttura sanitaria pagando i pasti, si rimboscerà il 50% del valore della diaria; nessun contributo di soggiorno (diaria) è dovuto se gli ospiti sono a totale carico del SSN (pernottamento e pasti) o ospitati presso apposite strutture a titolo gratuito nel qual caso potrà essere eventualmente riconosciuta la mezza diaria per il pagamento dei pasti.

Per i pazienti minori di età è sempre autorizzato un accompagnatore (anche in assenza di apposita indicazione medico-specialistica).

La presenza di un secondo accompagnatore può essere autorizzata solo in via eccezionale, in relazione alle particolari condizioni del paziente, su apposita indicazione del medico specialista al momento della domanda.

Qualora la ASL abbia autorizzato 1 accompagnatore per il periodo di degenza/soggiorno ai sensi dell'art. 24 della Legge, può comunque prevedere che per le esigenze del viaggio (evidentemente differenti da quelle della degenza o del soggiorno nel luogo di cura) sia riconosciuto un secondo accompagnatore ai sensi dell'art. 9 della Legge, specificandolo nel provvedimento di autorizzazione. In questo caso specifico, è evidente che per tale secondo accompagnatore si può procedere al solo rimborso delle spese di viaggio e non al contributo di soggiorno, non essendo autorizzato ai fini della permanenza durante le prestazioni (v. anche art. 16).

Nel caso di ricovero autorizzato con un solo accompagnatore (o uno solo per la degenza) dei due effettivamente presenti, si dovrà tener conto, come accompagnatore autorizzato, di quello che assiste più assiduamente il paziente pernottando in ospedale. Non potrà riconoscersi la diaria per il secondo accompagnatore (non autorizzato) che alloggia al di fuori dell'ospedale.

ART. 18 ANTICIPAZIONI PER CURE EXTRA REGIONE IN ITALIA 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 (S2) 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 o 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 massima del 70%;
2. spese di viaggio e/o trasporto nella misura massima 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.

L'anticipazione sul contributo sarà disposta dall'Ufficio distrettuale subordinatamente alla concessione dell'autorizzazione a fruire delle cure extra-regione.

ART.19 TRASPORTO SALMA

In caso di decesso del paziente nel periodo relativo al soggiorno extra-regione, sia nazionale che all'estero, per usufruire delle prestazioni regolarmente autorizzate ai sensi della L.R. n°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 essere fornita adeguata motivazione.

Beneficiari del contributo sono gli intestatari dei titoli di spesa per il trasporto della salma di persone decedute in un'altra regione o all'estero.

La domanda di contributo va presentata al Distretto competente per territorio che ha emesso l'autorizzazione a cura di colui che ha sostenuto la spesa (intestatario della fattura) allegando a corredo della domanda:

- certificato di morte;
- fatture originali quietanzate delle spese sostenute per il solo trasporto della salma con dettaglio delle voci;
- copia dell'autorizzazione dell'Azienda sanitaria rilasciata alla persona deceduta per ricevere le cure fuori dalla Sardegna o certificazione di invio diretto (art. 10). Qualora il soggetto che ha provveduto alle spese del trasporto della salma non sia in possesso del provvedimento di autorizzazione, avrà diritto di riceverne copia dall'Ufficio che ha emesso il provvedimento;
- certificato della struttura sanitaria extra-regionale attestante il periodo di ricovero;
- dichiarazione sostitutiva attestante la residenza del paziente;
- fotocopia del codice fiscale del richiedente.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1. D.Lgs. n° 502/92 come modificato ed integrato dal D.Lgs n° 229/99 ss.mm.ii;
2. Legge regionale 5 marzo 2008, n. 3 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione”* (Legge finanziaria 2008);
3. Circolare dell’Assessorato all’Igiene e Sanita e dell’Assistenza Sociale n° 8746 in data 07/04/2011 “L.R. n° 23 Luglio 1991 n. 26 – prestazioni di assistenza extraregione”;
4. Circolare dell’Assessorato all’Igiene e Sanita 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*” (solo lettera a);
5. Nota dell’Assessorato all’Igiene e Sanita e dell’Assistenza Sociale prot. n° 11243 in data 08/05/2020 in merito ai presupposti ed alle attestazioni necessarie per il riconoscimento del contributo di soggiorno agli accompagnatori;
6. Nota dell’Assessorato all’Igiene e Sanita e dell’Assistenza Sociale prot. n° 20269 in data 18/07/2024 - *“L.R. 23 Luglio 1991 n° 26 - contributo per spese di soggiorno”*;
7. D.G.R. della R.A.S. n° 51/44 del 18/12/2024 *“Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero. Contributi regionali di solidarietà. Legge Regionale 23/07/1991 n° 26, art. 24. Indirizzi interpretativi e applicativi ai sensi dell’art. 8, comma1, lettera a) della L.R. n° 31/1998”*

ALLEGATI AL PRESENTE REGOLAMENTO

- Allegato 1 – Modello A *“Richiesta autorizzazione per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Sassari;
- Allegato 2 – Modello A *“Richiesta autorizzazione per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Alghero;
- Allegato 3 – Modello A *“Richiesta autorizzazione per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Ozieri;
- Allegato 4 – Modello B *“Richiesta rimborso per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Sassari;
- Allegato 5 – Modello B *“Richiesta rimborso per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Alghero;
- Allegato 6 – Modello B *“Richiesta rimborso per prestazioni sanitarie L.R. n° 26/1991”* – Distretto Socio Sanitario di Ozieri;
- Allegato 7 – Modello C *“Richiesta rimborso delle spese di viaggio e contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate in condizioni di comprovata gravità ed urgenza in assenza di autorizzazione preventiva, ai sensi dell’art. 13 (o 23) della L.R. n. 26/1991”* - Distretto Socio Sanitario di Sassari;
- Allegato 8 – Modello C *“Richiesta rimborso delle spese di viaggio e contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate in condizioni di comprovata gravità ed urgenza in assenza di autorizzazione preventiva, ai sensi dell’art. 13 (o 23) della L.R. n. 26/1991”* - Distretto Socio Sanitario di Alghero;
- Allegato 9 – Modello C *“Richiesta rimborso delle spese di viaggio e contributo di soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate in condizioni di comprovata gravità ed urgenza in assenza di autorizzazione preventiva, ai sensi dell’art. 13 (o 23) della L.R. n. 26/1991”* - Distretto Socio Sanitario di Ozieri;
- Allegato 10/a – Modello Accompagnatori - Distretto Socio Sanitario di Sassari;
- Allegato 10/b – Modello Accompagnatori - Distretto Socio Sanitario di Alghero;
- Allegato 10/c – Modello Accompagnatori - Distretto Socio Sanitario di Ozieri;