

**PERCORSO ORGANIZZATIVO
PRESTAZIONI EXTRA REGIONE**



INDICE

INTRODUZIONE AL METODO	3
PRESENTAZIONE DEL PERCORSO	4
RAGIONAMENTO CLINICO - ORGANIZZATIVO.....	7
A) PERCORSO ORDINARIO – TERRITORIO NAZIONALE	7
B) PERCORSO ORDINARIO – TERRITORIO ESTERO	8
C) PERCORSO URGENZA – TERRITORIO NAZIONALE.....	9
D) PERCORSO URGENZA – TERRITORIO ESTERO.....	10
LEGENDA – NOTA ESPLICATIVA DELLA FLOW-CHART	11
APPROFONDIMENTI.....	19
PROCEDURA MIDOLLO OSSEO	19
QUOTE PER DIARIA E RIMBORSI.....	19
TRASPORTO SALMA.....	19
LE ANTICIPAZIONI PER CURE EXTRA REGIONE E ALL’ESTERO.....	20
MODULISTICA.....	21
BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUZIONE AL METODO

La decisione di costruire un percorso (procedura organizzativa), che investe il tema delle prestazioni fruibili fuori dalla regione, nasce dall'esigenza di rendere preciso punto di riferimento per gli operatori, e univoco e trasparente all'utenza, l'insieme dei passaggi procedurali legati ai ricoveri extraregione. Tenendo presente la potenzialità dell'approccio integrato, capace di coordinare più attori all'interno di un unico sistema, si vuole dare risposte alle esigenze del cittadino-paziente nascenti da una precisa normativa regionale, la Legge 26 del 1996 e le successive variazioni e integrazioni.

In generale, quindi, i percorsi [procedure] clinico organizzativi vogliono essere modelli mentali di approccio alla realtà dei problemi che investono l'organizzazione aziendale, per:

- facilitare la visione globale della problematica da gestire agevolando la delineazione del miglior percorso praticabile possibile per la risoluzione di un problema di salute;
- permettere l'attuazione di interventi diversi ma orientati ad un obiettivo comune;
- favorire la collaborazione, aggregazione, integrazione e il confronto fra gli operatori fino a costituire vere e proprie "comunità di pratica", "comitati di progetto", "team di processo" ecc.;
- consentire una programmazione dell'intervento secondo una prospettiva integrata, ossia di presa in carico globale dell'istanza presentata, tale da impedire vuoti di percorso o titubanze di attribuzione dei vari momenti procedurali;
- superare la frammentazione organizzativa e territoriale (es. ospedale-territorio; sanitari-tecnici-amministrativi, fra professionisti diversi, ecc.).

L'esigenza di attivare non solo percorsi diagnostico-terapeutici ma anche di tipo meramente organizzativo nasce da almeno due constatazioni di fatto, emergenti dalla realtà quotidiana del sistema ASL:

- La sempre maggiore complessità di percorsi e procedure operative, nell'ambito dell'organizzazione del sistema Azienda sanitaria locale, ivi compreso l'intreccio con la normativa di riferimento e la "cascata" di regolamenti applicativi, necessari al dispiegarsi ottimale di ogni attività complessa.
- L'esigenza, sempre più conclamata e perseguita, da parte dei cittadini/utenti, di percepire e sperimentare una linearità univoca, nei vari procedimenti e passaggi, necessari a fruire le diverse possibili prestazioni, o servizi, erogate da un'organizzazione sanitaria "friendly".

Nel concreto di ciò che ha reso più necessaria la procedura qui realizzata, emergono entrambe le situazioni di fatto succitate. Pertanto, si è provveduto a delineare con precisione i vari snodi di questo percorso, mirando a costruire un approccio "amichevole", chiaro e a "portata di mano" per l'utente, e tale da rendere preciso, per gli operatori, il "chi fa cosa", "come", "dove" "quando", "perché".

PRESENTAZIONE DEL PERCORSO

Presentazione del percorso e Quadro normativo di riferimento

Il crescente numero di richieste di autorizzazione per prestazioni sanitarie da erogarsi al di fuori del territorio della regione Sardegna, fa nascere l'esigenza di sviluppare un percorso denominato "prestazioni extra regione", al fine di favorire la comunicazione, la trasparenza e uniformare le procedure nell'ambito territoriale dell'Azienda di Sanluri.

La Legge Regionale n. 26 del 23 luglio 1991, 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 in seguito dalla ASL di residenza.

Il D.lgs 30/12/1992 n. 502, il D.lgs 19/06/1999 n. 229 e la L. n. 388 del 23/12/2000, hanno abolito i rimborsi relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza erogate in forma indiretta. Attualmente è previsto il rimborso delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale o in regime di degenza erogate in forma indiretta all'estero. La regione Sardegna, con la L. n. 26 del 1991 ha concesso agli utenti che usufruiscono delle prestazioni su indicate un contributo per le spese di viaggio e soggiorno.

La L. R. n. 3 del 5.03.2008 ha modificato l'importo della diaria giornaliera in Euro 90,00 per i trasferimenti nell'ambito nazionale e in Euro 120,00 per i trasferimenti all'estero.

Nell'ambito della ASL n°6 sono stati individuati :

- due punti periferici Distrettuali "Ricoveri extraregione", uno nel poliambulatorio di Sanluri e uno nel poliambulatorio di Guspini, con il compito di promuovere l'informazione, accettare le richieste presentate e provvedere alla liquidazione delle competenze relative.
- un ufficio centrale con sede nel poliambulatorio di Sanluri, con funzione di coordinamento e controllo di tutte le pratiche inoltrate all'azienda. L'ufficio centrale provvederà alla trasmissione all'assessorato delle richieste di ricovero all'estero inoltrate in ambito aziendale e successivamente alla ricezione del parere espresso dalla commissione regionale alla trasmissione dell'autorizzazione o del diniego all'ufficio periferico. L'ufficio periferico provvederà a comunicare al paziente l'autorizzazione o il diniego e alla liquidazione delle competenze dovute.

Normativa di riferimento:

- LR 26 / 23 Luglio 1991
- LR 3 del 5/3/2008 art. 8 c. 17
- Circolare assessoriale 8117 del 2/8/1993
- DM 25/11/1998 Ricerca donatori midollo estero

- DM 3/11/1989 per Prestazioni all'estero
- DM 31/3/08 che modifica il DM 3/11/1989 riguardo i trapianti d'organo all'estero
- DM 25/11/1998 Ricerca donatori midollo estero
- Legge 6/3/2001 n. 52 "Riconoscimento Registro nazionale italiano dei donatori di MO"
- Accordo Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 5/10/2006 (GU 3.11.2006)

Destinatari

Possono fruire dell'assistenza sanitaria prevista nella Legge regionale 26/1991, i cittadini italiani residenti in Sardegna ed iscritti negli elenchi delle unità sanitarie locali, nonché le categorie ad essi equiparate dalla vigente legislazione e dagli accordi internazionali ai fini dell' erogazione dell' assistenza Sanitaria. Nella fattispecie, possono usufruire del beneficio i soggetti residenti nell'ambito territoriale della Asl 6.

Soggetti aventi diritto:

- Cittadini italiani residenti in Sardegna e iscritti nell' elenco delle unità sanitarie locale n.6 di Sanluri
- Cittadini degli stati membri della CEE, dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera iscritti nella ASL 6 - (Cee: Austria – Belgio – Bulgaria - Cipro – Danimarca – Estonia - Finlandia – Francia – Germania – Grecia – Irlanda - Lettonia – Lituania - Lussemburgo – Malta - Paesi Bassi – Polonia - Portogallo – Regno Unito – Repubblica Ceca – Romania - Repubblica Slovacca – Slovenia – Spagna – Svezia – Ungheria . See: Islanda – Liechtenstein – Norvegia)
- Apolidi e profughi residenti in uno dei paesi CEE iscritti nella ASL 6.
- Cittadini di stati extra CEE con i quali esiste un accordo internazionale di reciproca assistenza, iscritti nella ASL 6: Argentina – Australia – Brasile – Capoverde – Citta' Del Vaticano – Croazia - Ex Jugoslavia (Macedonia, Serbia Montenegro, Bosnia-Erzegovina) – Principato Di Monaco – San Marino – Tunisia.

Soggetti che non hanno diritto:

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

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA - gli oneri per le prestazioni sanitarie erogate in strutture pubbliche o convenzionate dello stato estero sono addebitati direttamente al SSN dallo stato estero - Ne ha diritto:

- Il cittadino italiano, il cittadino di altro stato CEE, l'apolide o il profugo residente in uno degli stati CEE per prestazioni erogate in strutture pubbliche o convenzionate di stati CEE. La ASL 6 autorizza l'addebito attraverso il rilascio di apposito modello "E112" che viene consegnato all'assistito e da questi presentato alla struttura estera.
- Il cittadino italiano per prestazioni erogate da strutture pubbliche o convenzionate di stati con cui vige accordo o convenzione di reciprocità La ASL 6 autorizza l'addebito attraverso il rilascio di formulario analogo al modello "E112" che viene consegnato all'assistito e da questi presentato alla struttura estera.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA (solo per stati esteri) - L'assistito, salva la possibilità di richiedere acconti, anticipa le spese sanitarie e ne chiede successivamente il rimborso alla ASL - Si applica:

- Sempre per prestazioni sanitarie autorizzate ed erogate in strutture private non convenzionate o in regime libero professionale.
- Per le prestazioni sanitarie fruite da cittadini italiani fuori dagli stati CEE o da quelli con cui esiste accordo di reciprocità.
- Per le prestazioni sanitarie fruite da cittadini di stati CEE, profughi e apolidi residenti in paesi CEE fuori dai paesi della Comunità europea;

Attori coinvolti operativamente nella procedura

Poliambulatorio di Sanluri

Direttore di distretto - Dott.ssa Melis Annaclara

Dirigente Medico Responsabile - Dott.ssa Maria Bonaria Dedoni

Responsabile del Procedimento amministrativo – Pitzalis Valentino/Moi Giulio c/o PUA (sostituto)

Poliambulatorio di Guspini

Direttore di distretto - Dott. Casadio Aldo

Dirigenti Medici Responsabili - Dott.ssa Silvana Pilia - Dott. Fausto Delogu

Responsabile del Procedimento amministrativo – Dr. Ezio Serra (o delegato)

Obiettivi generali

- Garanzia dell'efficacia, efficienza e qualità del servizio
- Trasparenza del percorso e delle procedure
- Standardizzazione del percorso in tutto il territorio della Asl 6

Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso

- Dr. Aldo Casadio, Direttore di distretto Guspini
- Dr.ssa Annaclara Melis, Direttore di distretto Sanluri
- Dr.ssa Maria Bonaria Dedoni, dirigente medico, distretto Sanluri
- Dr. Fausto Delogu, dirigente medico, distretto Guspini
- Matilde Pani, Responsabile posizione organizzativa attività amministrative Distretto Sanluri
- Ezio Serra, Responsabile posizione organizzativa attività amministrative Distretto Guspini
- Dr. Cannas Paolo, dirigente analista, Resp.le Servizio Programmazione e controllo
- Dr.ssa Cinzia Porceddu, sociologa, collaboratrice Servizio Programmazione e controllo

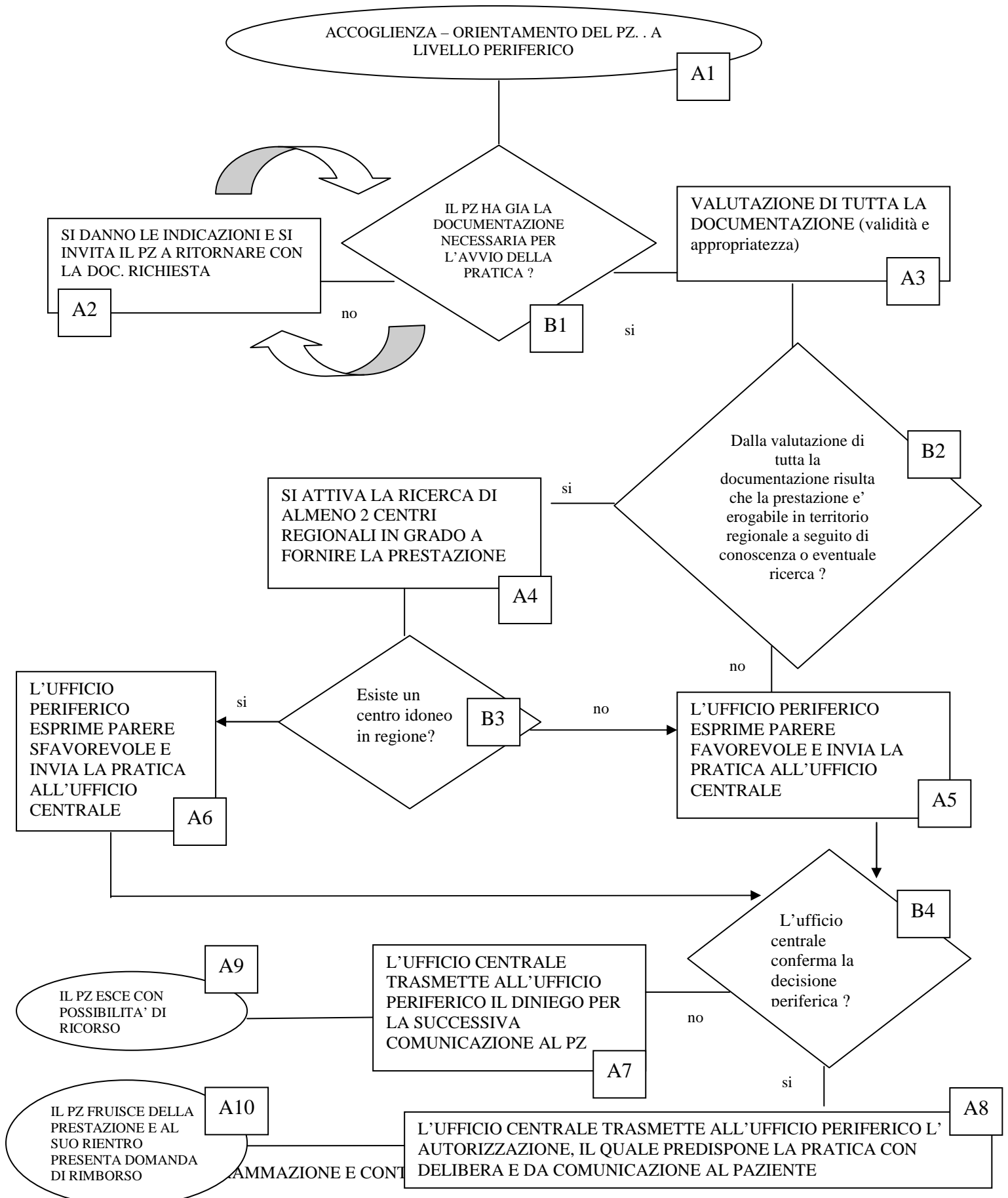
Supervisione: Dir. sanitario Dr.ssa Donatella Mudu - Dir. amministrativo Dr. Massimo Temussi

Referente unico del percorso

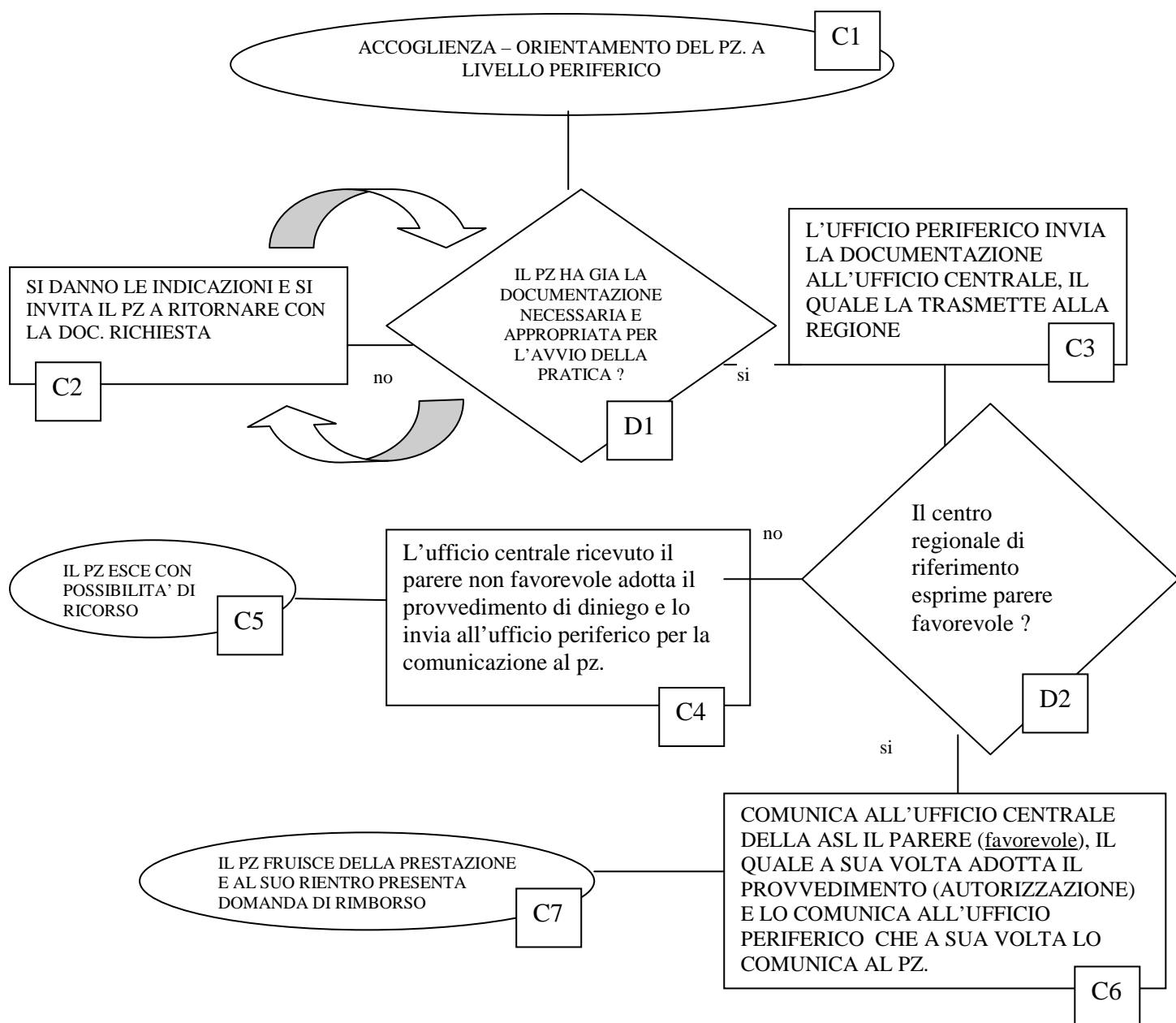
Dedoni Maria Bonaria, dirigente medico

RAGIONAMENTO CLINICO - ORGANIZZATIVO

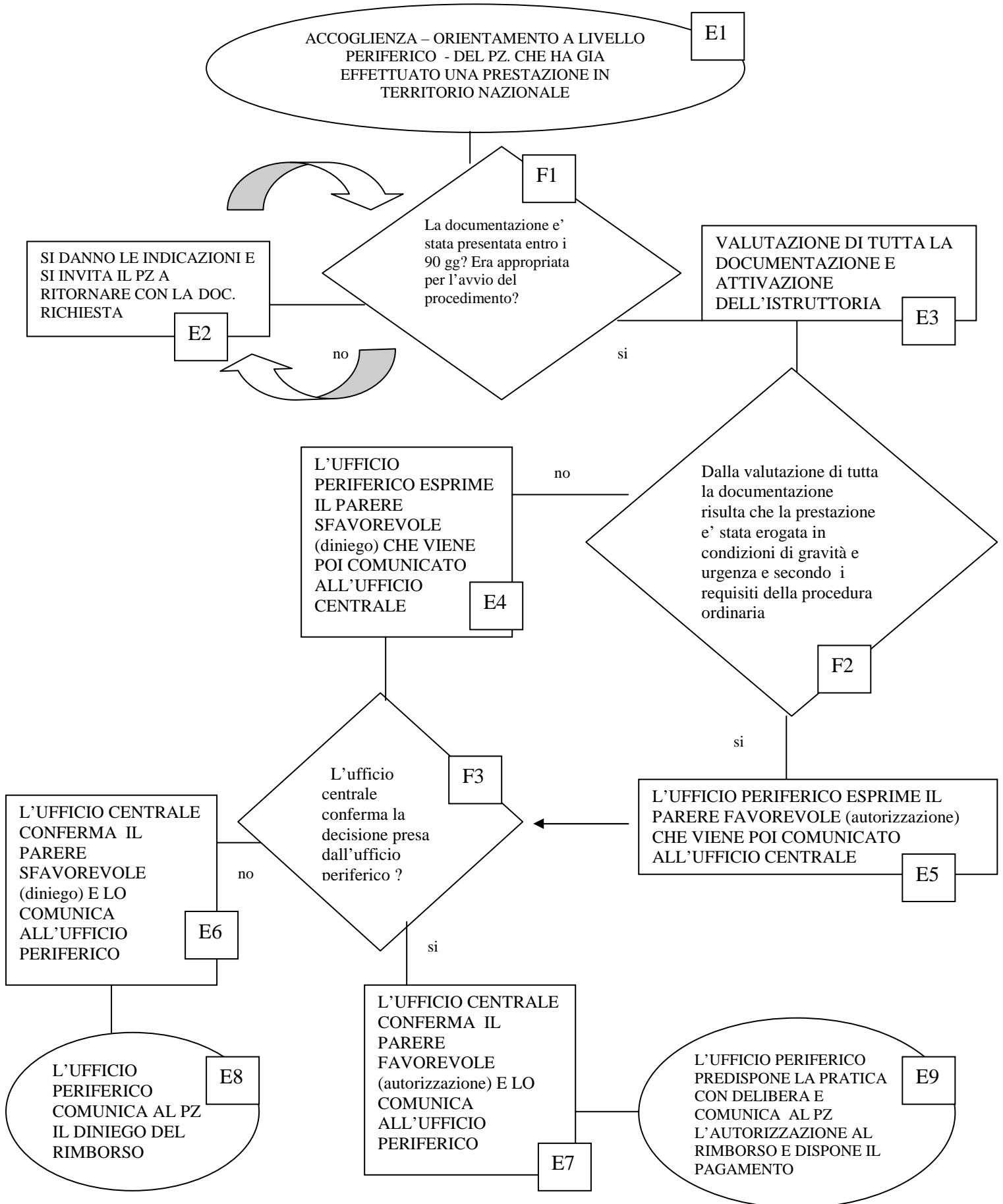
A) PERCORSO ORDINARIO – TERRITORIO NAZIONALE



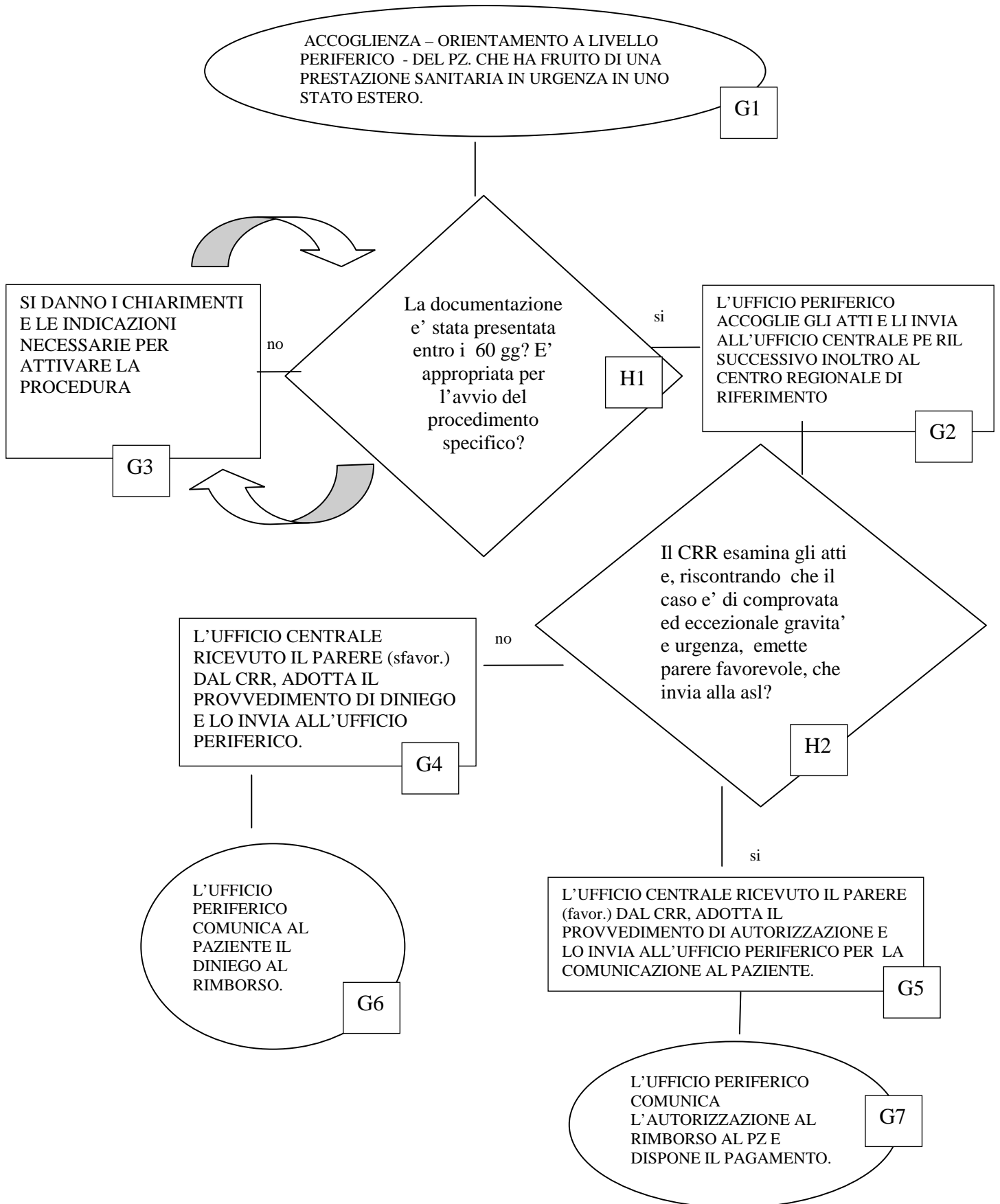
B) PERCORSO ORDINARIO – TERRITORIO **ESTERO**



C) PERCORSO URGENZA – TERRITORIO NAZIONALE



D) PERCORSO URGENZA – TERRITORIO ESTERO



LEGENDA – NOTA ESPLICATIVA DELLA FLOW-CHART**PERCORSO ORDINARIO NAZIONALE**

A1 = ACCOGLIENZA-ORIENTAMENTO DEL PZ 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 (vedi soggetti aventi diritto pagina 5)
- tutta la documentazione da compilare, necessaria per l'avvio della pratica, ossia:
 - Proposta del medico specialista 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
 - domanda di autorizzazione e autocertificazione su modulo fornito dall'ufficio (vedi allegato 3)
 - eventuale domanda di anticipazione, sempre su modulo fornito dall'ufficio¹ (vedi allegato 1)
 - copia tessera sanitaria
 - copia documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente).
 - eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado
 - ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico

Il singolo distretto socio-sanitario assicura un'attività front-line per 3 giorni prefissati della settimana con orario 9.00-11.00.

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

B1 = IL PZ HA GIÀ LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER L'AVVIO DELLA PRATICA ? – il servizio periferico provvede a fornire all'utente tutte le indicazioni sulla documentazione necessaria per poter usufruire della prestazione (vedi A1).

A2 = SI Danno LE INDICAZIONI E SI INVITA IL PAZIENTE A RITORNARE CON LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA - la sede periferica dà le indicazioni e invita il pz a ritornare con la documentazione richiesta

A3 = VALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE - Il dirigente medico della sede periferica 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

¹ Nel caso di richiesta di anticipazione, si 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 prestazione non è ottenibile adeguatamente nel territorio regionale

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
- 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:

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

B2 = DALLA VALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RISULTA CHE LA PRESTAZIONE E' EROGABILE IN TERRITORIO REGIONALE ? – si valuta se dalla documentazione risulta che la prestazione può essere erogata in territorio regionale sulla base della tempestività e dell'adeguatezza.

A4 = SI ATTIVA LA RICERCA DI ALMENO DUE CENTRI REGIONALI IN GRADO DI FORNIRE LA PRESTAZIONE – qualora dalla valutazione della proposta dello specialista, rimanga il dubbio circa la fruibilità della prestazione in ambito regionale si attiva la ricerca dell'esistenza di almeno due centri regionali in grado di fornire adeguatamente e tempestivamente la prestazione.

Nel caso che i tempi necessari per documentare tali aspetti siano superiori rispetto ai termini di risposta previsti (10 gg.), si invia al paziente una nota di sospensiva dell'autorizzazione (ai sensi dell'art. 2 della L. n. 241/1990) a firma del direttore del distretto con sigla del dirigente medico della sede periferica.

B3 = ESISTE UN CENTRO IDONEO IN REGIONE ? – si effettua la valutazione delle risposte dei 2 centri regionali precedentemente contattati.

A5 = L'UFFICIO PERIFERICO ESPRIME PARERE FAVOREVOLE E INVIA LA PRATICA ALL'UFFICIO CENTRALE - Se nel territorio regionale, non sono presenti centri idonei a soddisfare la richiesta del paziente, il dirigente medico periferico esprime parere favorevole e invia la pratica all'ufficio centrale per il rilascio dell'autorizzazione da parte del dirigente medico responsabile. Successivamente l'ufficio periferico entro 4 giorni informa il cittadino del risultato della sua istanza.

A6 = L'UFFICIO PERIFERICO ESPRIME PARERE SFAVOREVOLE E INVIA LA PRATICA ALL'UFFICIO CENTRALE - se la prestazione è erogabile in ambito regionale, il dirigente medico periferico esprime parere sfavorevole e invia la pratica all'ufficio centrale per il rilascio del diniego da parte del dirigente medico responsabile. Successivamente l'ufficio periferico entro 20 giorni lavorativi comunica formalmente (raccomandata con ricevuta di ritorno) al cittadino il risultato della sua istanza.

B4 = L'UFFICIO CENTRALE CONFERMA LA DECISIONE PERIFERICA ? - il dirigente medico responsabile dell'ufficio centrale valuta l'effettiva sussistenza del diritto all'assistenza extra regione o la non sussistenza di tale diritto e a seconda dei casi rilascia l'autorizzazione o il diniego.

A7 = L'UFFICIO CENTRALE TRASMETTE ALL'UFFICIO PERIFERICO IL DINIEGO PER LA SUCCESSIVA COMUNICAZIONE AL PZ - L'ufficio periferico notifica all'interessato il

diniego spiegando le motivazioni che hanno portato all'annullamento dell'istanza. La notifica di diniego deve essere a firma del direttore del distretto con sigla del dirigente medico responsabile.

A8 = L'UFFICIO CENTRALE TRASMETTE ALL'UFFICIO PERIFERICO L'AUTORIZZAZIONE, IL QUALE PREDISPONE LA PRATICA CON DELIBERA E DA COMUNICAZIONE AL PAZIENTE - l'ufficio periferico predispone la pratica con m delibera, comunica all'interessato l'autorizzazione e gli fornisce le informazioni utili per poter ottenere i rimborsi delle spese sostenute per il viaggio e le rispettive diarie.

A9 = IL PZ ESCE CON POSSIBILITA' DI RICORSO - Il paziente esce dal percorso dopo avere ricevuto da parte dell'ufficio periferico notifica del diniego. Il paziente entro 15 gg. può inoltrare ricorso in carta semplice, al rappresentante legale della ASL che decide nei successivi 15 gg.

A10 = 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 (allegato 4) 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, quindi preparano le determine per la liquidazione. Il direttore del distretto adotta poi le determine di rimborso.

Trimestralmente viene inviata la rendicontazione delle prestazioni effettuate all'ufficio centrale. A tal proposito gli uffici periferici devono allegare un database contenente le informazioni riguardanti la data di domanda, il tipo di prestazione e il parere espresso e la spesa sostenuta.

PERCORSO ORDINARIO ESTERO

C1 = 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 (vedi soggetti aventi diritto pag. 5)
- tutta la documentazione da compilare, necessaria per l'avvio della pratica, ossia:
 - Proposta del medico specialista 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, la struttura sanitaria che eroga la prestazione.
 - domanda di autorizzazione e autocertificazione su modulo fornito dall'ufficio (vedi allegato 3).
 - eventuale domanda di anticipazione, sempre su modulo fornito dall'ufficio² (vedi allegato 5).
 - copia tessera sanitaria.
 - copia documento d'identità del paziente e del richiedente (qualora sia diverso dallo stesso paziente).
 - eventuale delega (in carta libera) se la persona non è parente del paziente entro il terzo grado.
 - ulteriore documentazione ritenuta utile per l'esame del caso clinico

Il singolo distretto socio-sanitario assicura un'attività front-line per 3 giorni prefissati della settimana con orario 9.00-11.00 .

D1 = IL PZ HA GIA LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA E APPROPRIATA PER L'AVVIO DELLA PRATICA ? il servizio periferico provvede a fornire all'utente tutte le indicazioni sulla documentazione necessaria per poter usufruire della prestazione.

C2 = SI DANNO LE INDICAZIONI E SI INVITA IL PZ A RITORNARE CON LA DOC. RICHIESTA - la sede periferica da le indicazioni e invita il pz a ritornare con la documentazione richiesta.

C3 = L'UFFICIO PERIFERICO INVIA LA DOCUMENTAZIONE ALL'UFFICIO CENTRALE, IL QUALE LA TRASMETTE ALLA REGIONE - La domanda dopo essere stata protocollata e inserita in un nuovo fascicolo, viene trasmessa in copia all'ufficio centrale perché provveda a chiedere il parere al Centro regionale di riferimento (CRR). L'ufficio centrale procede all'invio via fax del modello TRS01 (compilato nella prima parte - dati anagrafici e codice fiscale paziente) unitamente alla documentazione sanitaria allegata alla domanda o successivamente acquisita.

D2 = IL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO ESPRIME PARERE FAVOREVOLE ? – il CCR di riferimento esprime parere sfavorevole o favorevole compilando la seconda parte del modello TRS01 e lo invia alla sede centrale della ASL.

C4 / C6 = L'UFFICIO CENTRALE DELLA ASL RICEVUTO IL PARERE (SFAVOREVOLE/FAVOREVOLE), ADOTTA IL PROVVEDIMENTO (DINIEGO/AUTORIZZAZIONE) E LO COMUNICA ALL'UFFICIO PERIFERICO PER IL SUCCESSIVO INVIO AL PZ. - Successivamente alla ricezione del parere obbligatorio da

² Nel caso di richiesta di anticipazione, si 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).

parte del CCR, l'ufficio centrale della ASL adotta il provvedimento specifico e lo trasmette all'ufficio periferico. Quest'ultimo provvede a comunicare all'interessato, con lettera raccomandata A/R a firma del Direttore del Distretto e siglata dal dirigente medico dell'ufficio centrale, il diniego o l'accoglimento dell'istanza attraverso il fac simile di lettera predisposta (vedi allegati 6). La comunicazione di diniego deve necessariamente riportare la motivazione adottata dal centro regionale.

In caso di parere favorevole l'ufficio periferico entro 4 giorni informa il cittadino del risultato della sua istanza.

In caso di parere sfavorevole l'ufficio periferico entro 20 giorni lavorativi comunica formalmente (raccomandata con ricevuta di ritorno) al cittadino il risultato della sua istanza.

C5 = IL PZ ESCE CON POSSIBILITA' DI RICORSO – entro 15 giorni dalla ricezione del provvedimento di diniego l'interessato può presentare ricorso in opposizione al legale rappresentante della ASL o al TAR.

C7 = IL PZ FRUISCE DELLA PRESTAZIONE E AL SUO RIENTRO PRESENTA DOMANDA DI RIMBORSO – i rimborsi e gli altri benefici economici previsti sono:

- Spese sanitarie sostenute in regime di assistenza indiretta
- Spese di viaggio o trasporto del paziente e di viaggio degli eventuali accompagnatori autorizzati
- Contributi per spese di soggiorno del paziente non ospedalizzato e degli eventuali accompagnatori
- Contributi su oneri connessi alla restituzione di prestiti contratti per prestazioni sanitarie autorizzate all'estero per pazienti che versano in situazione economiche disagiate
- Contributi per il trasporto della salma in caso di decesso del paziente in occasione del trasferimento per le cure autorizzate.

L'ufficio periferico predispose il provvedimento per il pagamento delle somme da rimborsare indicando le quote a carico della ASL e quelle a carico della Regione (RAS):

- 1) spese sanitarie (80% ASL, 20% RAS)
- 2) spese sanitarie libero professionali (40% ASL, 60% RAS)
- 3) spese viaggio/trasporto paziente e primo accompagnatore (80% ASL, 20% RAS)
- 4) spese viaggio secondo accompagnatore e diaria giornaliera soggiorno paziente non ospedalizzato e accompagnatori autorizzati (€ 120,00 giorno) (100% RAS) . b) comunica all'istante l'accoglimento dell'istanza di rimborso

PERCORSO URGENZE NAZIONALE

E1 = 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 all'ufficio periferico per una verifica sull'applicabilità dei benefici della L.R 26 al suo caso.

Il trasferimento per cure può nascere 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:

- domanda su apposito modulo fornito dalla asl (allegato 2)
- 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).

F1 = LA DOCUMENTAZIONE E' STATA PRESENTATA ENTRO I 90 GIORNI ? ERA APPROPRIATA PER L'AVVIO DEL PROCEDIMENTO? - La verifica della domanda, presentata in deroga alla procedura ordinaria, si avvale di tre analisi come quanto segue:

- Il *primo filtro* è dato dall'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* è l'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 era trattabile adeguatamente e tempestivamente in Centri Regionali, alla data della prestazione.

E2 = SI DANNO LE INDICAZIONI E SI INVITA IL PZ A RITORNARE CON LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA - Se l'utente è sprovvisto di domanda, o essa è incompleta, gli si danno le informazioni e i modelli necessari.

E3 = VALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE E ATTIVAZIONE DELL'ISTRUTTORIA – Se il paziente ha già redatto la domanda con la documentazione clinica necessaria, si avvia la procedura.

F2 = DALLA VALUTAZIONE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RISULTA CHE LA PRESTAZIONE E' STATA EROGATA IN CONDIZIONI DI GRAVITA' E URGENZA? - La verifica effettuata nella sede periferica deve consentire l'emissione di un parere "favorevole" o "non favorevole" al rimborso, sulla base di quanto analizzato al punto F1.

E4 = L'UFFICIO PERIFERICO ESPRIME IL PARERE SFAVOREVOLE CHE VIENE POI INVIATO ALL'UFFICIO CENTRALE - Valutato il caso, l'ufficio periferico, nella persona del dirigente medico periferico, formula parere non favorevole e invia tutti gli atti all'ufficio centrale per la valutazione conclusiva.

E5 = L'UFFICIO PERIFERICO ESPRIME IL PARERE FAVOREVOLE CHE VIENE POI INVIATO ALL'UFFICIO CENTRALE - L'ufficio periferico, nella persona del dirigente medico periferico, esprime parere favorevole e invia gli atti all'ufficio centrale per la valutazione conclusiva.

F3 = L'UFFICIO CENTRALE CONFERMA LA DECISIONE DELL'UFFICIO PERIFERICO ? - L'ufficio centrale ricevuti gli atti verifica la documentazione e la congruità della decisione dell'ufficio periferico.

E6 = L'UFFICIO CENTRALE CONFERMA IL PARERE SFAVOREVOLE E LO COMUNICA ALL'UFFICIO PERIFERICO - L'ufficio centrale, esaminata la documentazione e visto il parere periferico, conferma il parere non favorevole e rinvia gli atti all'ufficio periferico per la comunicazione al paziente.

E7 = L'UFFICIO CENTRALE CONFERMA IL PARERE FAVOREVOLE E LO COMUNICA ALL'UFFICIO PERIFERICO - L'ufficio centrale conferma il parere favorevole all'accoglimento della richiesta di rimborso, rinvia gli atti in Distretto per darne comunicazione al paziente.

E8 = L'UFFICIO PERIFERICO COMUNICA AL PAZIENTE IL DINIEGO DEL RIMBORSO - L'ufficio periferico comunica al paziente il parere non favorevole, confermato dall'ufficio centrale, segnalandogli la possibilità di ricorso. Pertanto entro 15 giorni dalla ricezione del provvedimento di diniego l'interessato può presentare ricorso in opposizione al legale rappresentante della ASL o al TAR.

La comunicazione del diniego è a firma del direttore del distretto con sigla del dirigente responsabile dell'ufficio centrale.

E9 = L'UFFICIO PERIFERICO COMUNICA AL PZ L'AUTORIZZAZIONE AL ROIMBORSO E DISPONE AL PAGAMENTO - L'ufficio periferico comunica al paziente il parere favorevole. Emanata la determinazione e le note di accredito per la somma da rimborsare.

PERCORSO URGENZA ESTERO

G1: ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO A LIVELLO PERIFERICO DEL PAZIENTE CHE HA FRUITO DI UN APRESTAZIONE SANITARIA IN URGENZA IN UNO STATO ESTERO - Dopo una prestazione sanitaria di comprovata urgenza e gravità, fruita all'Estero, in Paesi CEE o SEE (Spazio Economico Europeo) o extra CEE, 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 chi per lui, accede all'ufficio periferico per una verifica sull'applicabilità dei benefici della L.R 26 al suo caso³.

H1: LA DOCUMENTAZIONE E' STATA PRESENTATA ENTRO I 60 GIORNI? E' APPROPRIATA PER L'AVVIO DEL PROCEDIMENTO SPECIFICO? - Si procede alla valutazione dell'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.

G2: L'UFFICIO PERIFERICO ACCOGLIE GLI ATTI E LI INVIA ALL'UFFICIO CENTRALE PER IL SUCCESSIVO INOLTRO AL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO - L'Ufficio periferico accoglie la domanda di rimborso e la documentazione sanitaria emessa dal Centro estero, la invia all'Ufficio centrale della asl, il quale la inoltra al CRR accompagnata dal TRS01.

G3: SI DANNO I CHIARIMENTI E LE INDICAZIONI NECESSARIE PER ATTIVARE LA PROCEDURA - Se la domanda è incompleta, si forniscono chiarimenti e i modelli necessari, valutando anche eventuali incongruenze della richiesta come la non evidenza delle condizioni di "eccezionale gravità e urgenza".

H2: IL CRR ESAMINA GLI ATTI E RICONTRANDO CHE IL CASO E' DI COMPROVATA ED ECCEZIONALE URGENZA EMETTE IL PARERE FAVOREVOLE CHE INVIA ALLA ASL - Nei casi di eccezionale gravità e urgenza il CRR valuta la sussistenza dei presupposti e le condizioni previste dalle norme specifiche ed emette il parere sulle spese rimborsabili comunicandolo alla ASL.

G4: L'UFFICIO CENTRALE RICEVUTO IL PARERE SFAVOREVOLE DAL CRR ADOTTA IL PROVVEDIMENTO DI DINIEGO E LO INVIA ALL'UFFICIO PERIFERICO - L'Ufficio centrale riceve il parere non favorevole dal CRR e adotta il provvedimento di diniego a firma del Responsabile e lo inoltra all' Ufficio periferico per la firma del Direttore del distretto.

G5 : L'UFFICIO CENTRALE RICEVUTO IL PARERE FAVOREVOLE DAL CRR ADOTTA IL PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE E LO INVIA ALL'UFFICIO PERIFERICO- L'Ufficio centrale riceve il parere favorevole dal CRR, adotta il provvedimento di autorizzazione a firma del Responsabile e lo inoltra all'Ufficio periferico per la firma del Direttore del distretto.

G6: L'UFFICIO PERIFERICO COMUNICA AL PZ IL DINIEGO AL RIMBORSO - L'Ufficio periferico riceve gli atti e la nota di diniego e la comunica al paziente.

G7: L'UFFICIO PERIFERICO COMUNICA L'AUTORIZZAZIONE AL RIMBORSO AL PZ E DISPONE IL PAGAMENTO - L'Ufficio periferico riceve gli atti, la nota di autorizzazione al rimborso e la comunica al paziente, disponendo la determinazione dirigenziale di spesa.

³ 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).

APPROFONDIMENTI

PROCEDURA MIDOLLO OSSEO

La procedura Midollo osseo è assimilabile ai percorsi nazionale o estero, regolati dalla LR 26/1991. Pertanto, si rimanda al diagramma di flusso correlato specificando però che il paziente o chi per lui arriva in asl con richiesta del Centro Trapianti regionale (CTRMO): Presidio ospedaliero Microcitemico. Di seguito si illustrano brevemente le fasi.

1. Presentazione della istanza al centro periferico, con allegata la richiesta del CTRMO.
2. Invio della domanda all'ufficio centrale della ASL che inoltra al CRR la richiesta con allegato il modello TRS01 in attesa dell' autorizzazione regionale.
3. Ricevuta l'autorizzazione del CRR, la ASL vidima il TRS01 e ne consegna copia al paziente assieme al Nulla Osta (Mod. E allegato 6) di competenza.
4. il paziente consegna il nulla osta al microcitemico il quale a sua volta lo invia al Galliera.
5. L'ospedale Galliera inserisce il paziente nel registro preposto.

L'IBMDR di Genova fatturerà gli oneri richiesti dai registri esteri direttamente alla ASL utente

Il costo di tale ricerca è anticipato dal predetto IBMDR, ma viene ribaltato sulla compensazione per la mobilità interregionale, in base alla residenza dei pazienti, verificata annualmente.

QUOTE PER DIARIA E RIMBORSI

Per ottenere i benefici previsti dalla L. n. 26 del 1991 il richiedente inoltra alla ASL una domanda corredata di certificazione attestante l'avvenuta prestazione sanitaria o ricovero e la documentazione relativa alle spese di viaggio:

- biglietti mezzi pubblici
- ricevuta di pagamento di eventuali taxi o ambulanze se preventivamente autorizzate.

L'ufficio ricoveri extraregione accertata la regolarità della documentazione, predisponde la determina di liquidazione, la trasmette al servizio Affari Generali e Legali per la pubblicazione. Ad avvenuta pubblicazione la determina è trasmessa dal Servizio Affari Generali al servizio Bilancio, che provvederà all'accredito sul c/c/b del paziente o all'emissione del mandato di pagamento. Il pagamento delle spese di viaggio sostenute e della diaria deve avvenire entro 60 giorni dalla presentazione della domanda.

TRASPORTO SALMA

In caso di decesso del paziente nel periodo relativo al soggiorno extraregione per usufruire delle prestazioni regolarmente autorizzate ai sensi della legge 26/91, la regione eroga un contributo per le spese di trasporto della salma, nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute e regolarmente documentate.

La domanda deve essere presentata all'ufficio ricoveri entro 90 giorni dall'avvenuto pagamento delle spese sostenute e regolarmente documentate. Dall'ufficio distrettuale, l'istanza viene inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Il contributo è concesso con decreto dell'Assessore Regionale alla Sanità entro 60 giorni dalla presentazione della domanda.

L'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale in caso di rigetto dell'istanza deve motivarne le cause.

LE ANTICIPAZIONI PER CURE EXTRA REGIONE E ALL'ESTERO

La richiesta di acconti sui rimborsi spettanti deve essere formulata nella domanda di autorizzazione.

Oggetto e misura dell'anticipazione:

- spese sanitarie (solo per cure all'estero) nella misura del 70%.
- spese di viaggio e/o trasporto nella misura del 70%.
- contributo per le spese di soggiorno nella misura del 50%.

Documentazione da presentare per ottenere l'acconto:

- preventivo delle spese sanitarie e libero professionali (solo per cure all'estero) rilasciato, rispettivamente, dal presidio sanitario prescelto per le cure e dal medico professionista.
- Preventivo delle spese di viaggio e/o trasporto.
- Proposta medico specialistica presentata per ottenere l'autorizzazione contenente il periodo di durata presunta della degenza o trattamento curativo.

Il provvedimento che dispone il pagamento delle somme dovute a titolo di anticipazione viene predisposto dall'ufficio periferico non appena l'ufficio centrale comunica la concessione dell'autorizzazione a fruire delle cure extraregione.

MODULISTICA**ALLEGATO 1. Modello di anticipazione spese viaggio**

Il Sottoscritto _____ nato _____ il _____
residente in _____ via _____ n. ____
tel. _____ Cod. Fiscale _____
In qualità di _____

Ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

Per se o per il paziente _____ nato a _____
il _____ residente in _____ via _____ n. _____
Cod. Fiscale _____

La concessione dell'anticipazione sul contributo delle spese di viaggio, soggiorno ed eventuali spese sanitarie (estero) nella misura della percentuale prevista dalla normativa vigente.

La somma dovrà essere corrisposta a mezzo:

- Assegno circolare non trasferibile; Quietanza del medesimo;
 Bonifico sul conto corrente bancario/postale Cod.
IBAN: _____

ALLEGA

- Proposta sanitaria attestante il periodo presunto necessario per effettuare le prestazioni sanitarie (estero).
 Preventivo di spese viaggio rilasciato da un'agenzia.

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma _____

Prot. n° _____

ALLEGATO 2. Modello di richiesta contributo spese viaggio in condizioni di gravità e urgenza

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
telef. _____ Cod. Fiscale _____

In qualità di _____

Ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

Per se o per il paziente _____ nato a _____

il _____ residente in _____ via _____ n. _____

Cod. Fiscale _____

La concessione del contributo forfettario per le spese di viaggio, sostenute per il trasferimento per cure in condizioni di gravità e urgenza senza preventiva autorizzazione presso la struttura sanitaria:

Per il periodo dal _____ al _____

La somma dovrà essere corrisposta a mezzo:

- Assegno circolare non trasferibile; Quietanza del medesimo;
 Bonifico sul conto corrente bancario/postale Cod. IBAN: _____

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il paziente _____ è residente in _____ Via _____ n. _____
ha beneficiato della presenza di numero: uno due accompagnatori

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero attestante che le prestazioni sono state erogate in condizioni di gravità e urgenza, la data di ammissione e di dimissione del paziente e l'eventuale presenza di accompagnatori;
 N. _____ biglietti di viaggio.

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma _____

ALLEGATO 3. Modello di domanda/autorizzazione e autocertificazione

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
tel. _____ Cod. Fiscale _____
In qualità di _____

Ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

Per se o per il paziente _____
nato a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ Cod. Fiscale _____

L'autorizzazione a fruire dell'assistenza sanitaria diretta/indiretta nel territorio nazionale/estero presso la struttura sanitaria:

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il paziente _____ è residente in _____
Via _____ n. _____

ALLEGA

- Proposta sanitaria attestante la necessità delle prestazioni, predisposta da un medico specialista;
- Certificazione attestante la data di prenotazione della visita di controllo;
- Copia della tessera sanitaria;
- Copia del documento di identità (dell'assistito).

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma _____

ALLEGATO 4. Modello di richiesta contributo per spese viaggio e permanenza

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
tel. _____ Cod. Fiscale _____

In qualità di _____

Ai sensi della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

Per se o per il paziente _____ nato a _____ il _____ residente in
_____ via _____ n. _____ Cod. Fiscale _____

La concessione del contributo forfettario per le spese di viaggio e permanenza in relazione al trasferimento per cure presso la struttura sanitaria:

Per il periodo dal _____ al _____

La somma dovrà essere corrisposta a mezzo:

- Assegno circolare non trasferibile; Quietanza del medesimo;
- Bonifico sul conto corrente bancario/postale Cod. IBAN: _____

A tal fine consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che il paziente _____

- Ha beneficiato della presenza di numero: uno due accompagnatori

ALLEGA

- Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria di ricovero attestante la data di ammissione e di dimissione del paziente, il tipo di prestazione sanitaria effettuata e l'eventuale presenza di accompagnatori;
- N. _____ biglietti di viaggio.

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma _____

ALLEGATO 5. Modello di richiesta contributo forfettario per trasporto salma

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Telef. _____ cod. fiscale _____

In qualità di _____

Ai sensi dell'art. 26 della L. R. n. 26 del 23 luglio 1991

CHIEDE

La concessione del contributo forfettario per il trasporto della salma del defunto: _____

nato a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____

Cod. Fiscale _____ Deceduto a _____ il _____ autorizzato in data _____ a fruire dell'assistenza sanitaria diretta/indiretta nel territorio nazionale/ estero.

La somma dovrà essere corrisposta a mezzo:

 Assegno circolare non trasferibile; Quietanza del medesimo; Bonifico sul conto corrente bancario/postale Cod. IBAN: _____

ALLEGA

 Fattura/ricevuta fiscale rilasciata dall'agenzia che ha provveduto ad effettuare il trasporto della salma.

Luogo e Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

Firma _____

ALLEGATO 6.

Sig. _____

Via _____

0903 _____

Oggetto: **legge regionale 23.07.1991, n° 26 - Richiesta autorizzazione trasferimento per cure all'estero**

In riscontro alla istanza, prot. _____ del _____, presentata per ottenere l'autorizzazione a fruire di prestazioni sanitarie all'estero, Le comunichiamo che La Commissione Regionale preposta all'accertamento della sussistenza dei suddetti presupposti sanitari richiesti dall'articolo 14 della legge in oggetto ha espresso il proprio parere sfavorevole alla concessione dell'autorizzazione in quanto _____ (riportare il parere della Commissione Regionale contenuto nel TRS).

Poiché il parere espresso dalla Commissione Regionale è obbligatorio e vincolante per l'Azienda, la Sua istanza non può essere accolta.

Avverso il mancato accoglimento dell'istanza può presentare ricorso in opposizione, redatto in carta semplice, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, al Commissario della ASL n° 6 di Sanluri, via Ungaretti n°9, 09025 Sanluri, o ricorrere in via giudiziaria.

La informiamo che, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, può prendere visione e/o chiedere il rilascio di copia degli atti del procedimento.

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi all'Ufficio "Cure extraregione" del Poliambulatorio di _____, via _____, telefono 070 _____.

Distinti Saluti

Il direttore di Distretto

Il dirigente medico responsabile

Il responsabile amm.vo del procedimento _____

Prot. n° _____

Sig. _____**Via** _____**0903** _____

Oggetto: **legge regionale 23.07.1991, n° 26 - Richiesta autorizzazione trasferimento per cure extra regione**

Si fa seguito alla precedente nostra prot. _____ del _____, con la quale Le è stata comunicata la sospensione dei termini del procedimento, per comunicarLe che l'autorizzazione a fruire di prestazioni sanitarie fuori dal territorio regionale, (presentata per il familiare _____), non può essere concessa in quanto non sussistono le condizioni previste dall'articolo 7 della legge regionale 23.07.1991, n° 26.

E' stato infatti accertato che la prestazione sanitaria oggetto della richiesta autorizzazione può essere ottenuta tempestivamente e adeguatamente in strutture sanitarie pubbliche (accreditate) del territorio regionale:

- Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari con tempi di attesa di pochi giorni,
- Clinica _____ dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di _____
- Ospedale _____ della ASL _____ di _____

Avverso il provvedimento di diniego può presentare ricorso in opposizione, redatto in carta semplice, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, al Commissario della ASL n° 6 di Sanluri, via Ungaretti n° 9 , 09025 Sanluri, o ricorrere in via giudiziaria.

La informiamo che, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, può prendere visione e/o chiedere il rilascio di copia degli atti del procedimento.

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi all'Ufficio "Cure extraregione" del Poliambulatorio di _____, via _____, telefono 070 _____.

Distinti Saluti

Il direttore di Distretto

Il dirigente medico responsabile

Il responsabile amm.vo del procedimento _____

Prot. n° _____

Sig. _____**Via** _____**0903** _____**Oggetto: istanza rimborso spese per cure extraregione - Legge regionale 23.07.1991, n°26, articolo 13.**

Egregio Sig. _____,

a riscontro della richiesta presentata il _____, rappresentiamo che la normativa richiamata in oggetto subordina la concessione di contributi per spese di viaggio e soggiorno per cure fuori del territorio regionale al rilascio di apposita preventiva autorizzazione.

Solo in caso di comprovata gravità e urgenza delle cure si può derogare al principio della preventiva autorizzazione e rimborsare le spese di viaggio quando risultano pagate non oltre 90 giorni precedenti la data di presentazione della domanda.

(ESEMPI MOTIVAZIONE)

- Nel caso specifico non è stata riscontrata la sussistenza del requisito della gravità e urgenza delle cure in quanto _____ (riportare la motivazione fornita dal medico) e pertanto la Sua domanda non può essere accolta.
- Nel caso specifico non possono essere rimborsate le spese di viaggio (del viaggio di andata) in quanto risultano pagate in periodo antecedente 90 giorni dalla presentazione della istanza di rimborso.

Avverso il provvedimento di diniego può presentare ricorso in opposizione, redatto in carta semplice, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, al Commissario della ASL n°6 di Sanluri, via Ungaretti n°9 , 09025 Sanluri, o ricorrere in via giudiziaria.

La informiamo che, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, può prendere visione e/o chiedere il rilascio di copia degli atti del procedimento.

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi all'Ufficio "Cure extraregione" del Poliambulatorio di _____, via _____, telefono 070 _____.

Distinti Saluti

Il direttore di Distretto

Il dirigente medico responsabile

Il responsabile amm.vo del procedimento _____

Prot. n° _____

Sig. _____

Via _____

0903 _____

Oggetto: istanza rimborso spese per cure extraregione - Legge regionale 23.07.1991, n°26, articolo 23.

Egregio Sig. _____,

a riscontro della richiesta prot. _____ del _____, rappresentiamo che la normativa richiamata in oggetto subordina la concessione di contributi per spese di viaggio e soggiorno per cure fuori del territorio regionale al rilascio di apposita preventiva autorizzazione.

Solo in caso di comprovata gravità e urgenza delle cure e in presenza degli altri requisiti previsti dalla legge, si può derogare al principio della preventiva autorizzazione e rimborsare le spese di viaggio quando risultano pagate non oltre 60 giorni precedenti la data di presentazione della domanda.

(ESEMPI MOTIVAZIONE)

- La Commissione Regionale preposta all'accertamento della sussistenza dei suddetti presupposti sanitari richiesti dall'articolo 14 della legge in oggetto ha espresso il proprio parere sfavorevole in merito alla sussistenza dei presupposti richiesti dall'articolo 23 per la concessione dei benefici economici per cure fruite all'estero senza preventiva autorizzazione in quanto _____ (riportare il parere della Commissione Regionale contenuto nel TRS).
Poiché il parere espresso dalla Commissione Regionale è obbligatorio e vincolante per l'Azienda, la Sua istanza non può essere accolta.
- Nel caso specifico non possono essere rimborsate le spese sanitarie e di viaggio (del viaggio di andata) in quanto risultano pagate in periodo antecedente 60 giorni dalla presentazione della istanza di rimborso.

Avverso il provvedimento di diniego può presentare ricorso in opposizione, redatto in carta semplice, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, al Commissario della ASL n°6 di Sanluri, via Ungaretti n°9 , 09025 Sanluri, o ricorrere in via giudiziaria.

La informiamo che, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, può prendere visione e/o chiedere il rilascio di copia degli atti del procedimento.

Per ulteriori informazioni potrà rivolgersi all'Ufficio "Cure extraregione" del Poliambulatorio di _____, via _____, telefono 070 _____.

Distinti Saluti

Il direttore di Distretto

Il dirigente medico responsabile

Il responsabile amm.vo del procedimento _____

BIBLIOGRAFIA

- Casati G. La gestione dei processi in Sanità. QA Vol. 13. N. 1, 2002
- Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work? AJM, 2001
- Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie 2000.
- Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997
- Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- A. Ardingò, Sociologia e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, 2006
- C. Cipolla , G. Giarelli , L. Altieri, Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti - Collana: Laboratorio sociologico, 2a ristampa 2004, 1a edizione 2002
- C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol.III. Spendibilità, FrancoAngeli, 2009
- C. Corposanto, Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- F. Guarino, L.Mignardi, Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- G. Bertin, Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari, FrancoAngeli, 2007
- M. Ingrosso, Fra reti e relazioni, FrancoAngeli Editore - collana Salute e Società, anno 2007
- S. Baraldi, Il Balance Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2005
- Wilson J.: Integrated care management. Br J Nurs, 1998
- Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care. Nurse Stand, 1999
- Campbell H.: Integrated care pathways. BMJ, 1998
- Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach.J Nurs Adm, 1998