

Delibera n° 485

Estratto del processo verbale della seduta del
20 marzo 2015

oggetto:

DIRETTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 9.3.2011, CONCERNENTE L'APPLICAZIONE DEI DIRITTI DEI PAZIENTI RELATIVI ALL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA E DLGS 38/2014 DI RECEPIMENTO: PRIME LINEE GUIDA APPLICATIVE.

Debora SERRACCHIANI	Presidente	presente
Sergio BOLZONELLO	Vice Presidente	presente
Loredana PANARITI	Assessore	assente
Paolo PANONTIN	Assessore	presente
Francesco PERONI	Assessore	presente
Mariagrazia SANTORO	Assessore	presente
Maria Sandra TELESCA	Assessore	presente
Gianni TORRENTI	Assessore	assente
Sara VITO	Assessore	presente

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Visti il Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale ed il Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che stabilisce le modalità di applicazione del medesimo regolamento (CE) n. 883/2004;

Visto il decreto del Ministero della Sanità 3 novembre 1989, recante “Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero”;

Atteso che con DGR n. 3349 dd. 22 giugno 1993, così come previsto dal D.M. 3 novembre 1989 e successive modifiche, è stato istituito il Centro Regionale di Riferimento, costituito dalla Commissione regionale per i ricoveri all'estero, con funzioni di accertamento della sussistenza dei presupposti sanitari – che legittimano l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero e l'erogazione del concorso nelle relative spese – e di ogni altra valutazione di natura tecnico sanitaria, comunque connessa al trasferimento per cure all'estero;

Vista la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;

Visto il Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38, recante “Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro;

Dato atto che l'articolo 19 del medesimo D.Lgs. prevede che, al fine di assicurare la più ampia omogeneità delle garanzie e dei mezzi di tutela del paziente sul territorio nazionale, il Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, adotta linee guida volte ad implementare in particolare quanto previsto dal medesimo D.Lgs. agli articoli 4 e 5 (“Principi generali dell'assistenza sanitaria transfrontaliera” e “Garanzie e mezzi di tutela dei pazienti di un altro Stato membro dell'Unione europea”), all'articolo 7 (“Punto di contatto nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera”), commi 6 e 7, all'articolo 8 (“Principi generali per il rimborso dei costi”), commi 6 e 7, all'articolo 9 (“Assistenza sanitaria transfrontaliera soggetta ad autorizzazione preventiva”), commi 2, 5 e 6, all'articolo 10 (“Procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione preventiva e alla richiesta di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera”), all'articolo 11 (“Mutua assistenza e cooperazione”), comma 3 ed all'articolo 12 (“Riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro”), commi 1, 2, 3 e 4;

Atteso che tali Linee guida dovrebbero esplicitare in quali casi si applica il Decreto in argomento, attuativo della Direttiva 2011/24/UE, e in quali il Regolamento (CE) n. 883/2004 e il Regolamento (CE) n. 987/2009, chiarendo la differenza tra i rispettivi regimi, con particolare riferimento alla situazione degli italiani all'estero;

Considerato, nelle more dell'emanazione delle predette Linee Guida del Ministero della Salute, che è comunque necessario fornire delle prime direttive agli enti del SSR;

Valutato che:

- debbano continuare ad applicarsi le disposizioni inerenti al trasferimento per cure nei Paesi dell'Unione europea ai sensi dei predetti regolamenti (CE) n. 883/2004 e 987/2009 (cure programmate), con le procedure fino ad ora adottate; nel caso in cui il paziente abbia diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera prevista sia dalla Direttiva in questione sia dal Regolamento (CE) n. 883/2004 e l'applicazione di tale regolamento sia più vantaggiosa per il paziente, l'erogazione delle prestazioni deve avvenire a norma del regolamento

(CE) n. 883/2004, salvo che sia diversamente richiesto dal paziente

- i costi relativi all'assistenza transfrontaliera sono rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38, tale copertura non può comunque superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta
- per assicurare la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure aggiuntive di qualità e la volontà di garantire un controllo puntuale dei costi, ed altresì considerato che il rimborso è erogato se e nella misura in cui la prestazione erogata è compresa nei livelli essenziali di assistenza (LEA), facendo salva la possibilità per le regioni di rimborsare gli eventuali livelli di assistenza regionali ulteriori (articolo 8, comma 3, del Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38) di non estendere all'assistenza transfrontaliera prevista dalla Direttiva il rimborso delle prestazioni offerte nell'ambito dei livelli aggiuntivi di assistenza
- l'articolo 8, comma 4, del D.Lgs. n. 38/2014 fa salva la facoltà delle regioni di rimborsare eventuali altri costi afferenti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, quali spese di viaggio, di alloggio e di altri costi supplementari, ma che è libera scelta dell'utente fruire delle cure secondo il regime previsto dalla Direttiva, non appare opportuno estendere all'assistenza transfrontaliera prevista dalla Direttiva il rimborso di spese di viaggio, alloggio o altre similari

Considerato che l'articolo 9 del D.Lgs. 38/2014 disciplina i criteri per assoggettare il ricorso all'assistenza transfrontaliera all'autorizzazione preventiva e che, in particolare, il comma 8 dell'articolo 9 stabilisce che nella fase transitoria sia applicato l'istituto dell'autorizzazione a tutte le prestazioni che prevedono il ricovero con almeno un pernottamento e a quelle che comportano l'impiego di apparecchiature di alta specializzazione

Considerato, altresì, che resta ferma la possibilità di diniego dell'autorizzazione nei casi previsti dallo stesso articolo 9, comma 6, come di seguito:

- il paziente sarebbe esposto ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile, in base ad una valutazione clinica
- il pubblico sarebbe esposto a notevoli pericoli per la sicurezza
- il prestatore di assistenza sanitaria suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente
- l'assistenza sanitaria può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia

Tenuto conto della bozza delle Linee Guida condivise dalla Commissione Salute nella seduta del 09 luglio 2014 ed inviate al Ministero della Salute, cui è allegato un primo elenco provvisorio delle prestazioni ambulatoriali soggette ad autorizzazione preventiva;

Atteso che, in coerenza con quanto previsto nell'ambito del Patto della Salute 2014-2016, le Regioni istituiscono i Punti di Contatto Regionali per garantire il raccordo fra il Punto di Contatto Nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera previsto dall'articolo 7 del D.Lgs 38/2014 e le strutture aziendali deputate alla gestione dell'assistenza medesima;

Ritenuto, conseguentemente, di approvare le prime direttive concernenti l'applicazione della Direttiva in argomento e rivolte agli enti del SSR, cui seguiranno direttive di dettaglio ai medesimi enti - che riguarderanno fra l'altro anche il monitoraggio degli interventi, con le quali si prenderà atto delle eventuali modifiche ed integrazioni rispetto alla predetta bozza - e, successivamente, adeguate informazioni alla comunità regionale;

Ritenuto, altresì di:

- disporre che il Punto di Contatto Regionale sia costituito all'interno della Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia
- dare mandato al Direttore centrale della medesima Direzione di individuare le risorse, anche umane, necessarie all'espletamento delle funzioni del Punto di Contatto regionale;

Considerato che dall'attuazione del predetto D.Lgs. n. 38/2014 – come disposto all'articolo 19 dello stesso - non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

Su proposta dell'Assessore regionale alla salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia;

La Giunta regionale all'unanimità

Delibera

1. Nelle more dell'emanazione delle Linee Guida del Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 19 del D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38, recante "Attuazione della direttiva 2011/245/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro", di stabilire quanto segue:
 - si continuano ad applicare le disposizioni inerenti al trasferimento per cure nei Paesi dell'Unione europea ai sensi dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e 987/2009 (cure programmate), con le procedure fino ad ora adottate. Nel caso in cui il paziente abbia diritto all'assistenza sanitaria transfrontaliera prevista sia dalla Direttiva in questione sia dal Regolamento (CE) n. 883/2004 e l'applicazione di tale regolamento sia più vantaggiosa per il paziente, l'erogazione delle prestazioni deve avvenire a norma del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo che sia diversamente richiesto dal paziente
 - i costi relativi all'assistenza transfrontaliera sono rimborsati in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, ai sensi dell'articolo 8, comma 3, del Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38, tale copertura non può comunque superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta
 - non è esteso all'assistenza transfrontaliera prevista dalla Direttiva il rimborso delle prestazioni offerte nell'ambito dei livelli aggiuntivi di assistenza. Ciò per assicurare la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure aggiuntive di qualità e la volontà di garantire un controllo puntuale dei costi
 - non è esteso all'assistenza transfrontaliera prevista dalla Direttiva il rimborso di spese di viaggio, alloggio o altre similari; non ci si avvale quindi della facoltà di cui all'articolo 8, comma 4, del D.Lgs. n. 38/2014
 - si applica l'istituto dell'autorizzazione a tutte le prestazioni che prevedono il ricovero con almeno un pernottamento e a quelle che comportano l'impiego di apparecchiature di alta specializzazione, secondo il comma 8 dell'articolo 9 del D.Lgs. 38/2014, il quale norma la fase transitoria
 - resta ferma la possibilità di diniego dell'autorizzazione nei casi previsti dallo stesso articolo 9, comma 6, del D.Lgs. n. 38/2014, come di seguito:
 - a. il paziente sarebbe esposto ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile, in base ad una valutazione clinica
 - b. il pubblico sarebbe esposto a notevoli pericoli per la sicurezza
 - c. il prestatore di assistenza sanitaria suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente

- d. l'assistenza sanitaria può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia.
2. L'Allegato 1 al presente provvedimento contiene le prime linee guida per l'applicazione da parte degli enti del SSR del D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38, di recepimento della Direttiva 2011/24/UE. Seguiranno direttive di dettaglio ai medesimi enti, e, successivamente, adeguate informazioni alla comunità regionale.
3. L'Allegato 2 al presente atto è costituito da un primo e provvisorio elenco di prestazioni ambulatoriali, nelle more della definizione, con decreto Ministeriale, dell'elencazione delle prestazioni che debbono essere autorizzate preventivamente, ai sensi del D.Lgs n. 38/2014.
4. Gli Allegati 3 e 4 al presente atto afferiscono rispettivamente al modello di richiesta, da utilizzare dai cittadini della Regione nei confronti degli enti del SSR, per la verifica/parere al fine dell'effettuazione dei ricoveri ed a quello di richiesta di rimborso delle prestazioni fruitive.
5. Dall'applicazione delle modalità organizzative e procedurali previste dalla Direttiva 2011/24/UE e dal D.Lgs n. 38/2014, non potranno derivare – come disposto all'art. 19, comma 4, del medesimo Decreto Legislativo – nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica. Tutti gli oneri derivanti dalla medesima attività applicativa faranno carico al finanziamento indistinto di parte corrente annualmente determinato e trasferito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale secondo le Linee di Gestione del S.S.R..
6. Di disporre che il Punto di Contatto regionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera sia costituito all'interno della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, dando mandato al Direttore Centrale della medesima Direzione di individuare le risorse, anche umane, necessarie all'espletamento delle relative funzioni.
7. La presente delibera non concerne le previsioni del D.Lgs. 38/2014 di cui all'articolo 12, "Riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato Membro", all'articolo 13, "Partecipazione dell'Italia allo sviluppo delle reti di riferimento europee ERN", all'articolo 14, "Malattie rare", all'articolo 15, "Assistenza sanitaria online" ed all'articolo 16, "Cooperazione nella valutazione delle tecnologie sanitarie". Per tali previsioni potranno seguire specifici provvedimenti.
8. A seguito dell'approvazione delle Linee Guida di competenza del Ministero della Salute, previste dall'art. 19 del D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38, si provvederà all'adeguamento delle presenti Direttive, per le parti che ne necessitano.
9. Gli allegati 1, 2, 3 e 4 costituiscono parte integrante della presente delibera.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

Linee Guida per l'applicazione del D. Lgs. 38/2014

1. Premessa

Il Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 38 recante "Attuazione della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della Direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato Membro", stabilisce criteri e modalità per il ricorso a prestatori di assistenza sanitaria operanti negli Stati dell'Unione Europea.

Il Decreto Legislativo amplia le possibilità già oggi offerte dai Regolamenti 883/2004 e 987/2009 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'UE, relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. I due sistemi coesistono, ma presentano differenze che di seguito vengono evidenziate.

2. Differenze fra Regolamenti CE 883/2004 e 987/2009 e D. Lgs. 38/2014

2.1 Differenze nei principi

I Regolamenti CE 883/2004 e 987/2009 sono volti a garantire che le persone che godono dell'assistenza sanitaria in uno Stato, non perdano tale diritto in caso di spostamento in un altro Stato aderente ai suddetti Regolamenti. Nel dettaglio i Regolamenti consentono di usufruire dell'assistenza sanitaria, che si rende necessaria nel corso del soggiorno in uno Stato estero, alle seguenti categorie di cittadini:

- turisti
- studenti
- lavoratori e loro familiari
- pensionati e loro familiari

Rappresenta un'eccezione, rispetto al criterio di offrire l'assistenza sanitaria a persone che si trovano già all'estero, la possibilità, prevista dall'articolo 20 del Regolamento 883/2004, del trasferimento di un paziente che gode dell'assistenza sanitaria in uno Stato, in un altro Stato aderente ai Regolamenti, al fine di ricevervi cure adeguate al suo stato di salute.

Il trasferimento all'estero per cure programmate è subordinato al rilascio dell'autorizzazione da parte dello Stato di appartenenza del paziente.

Il D. Lgs. 38/2014, attuativo della Direttiva 2011/24/UE è volto a garantire ai pazienti la libertà di scegliere il luogo di cura in un qualsiasi Paese dell'Unione Europea, facilitando l'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di alta qualità e promuovendo la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati Membri dell'Unione Europea, nel rispetto delle competenze nazionali sull'organizzazione dei propri sistemi sanitari. Il D.Lgs. 38/2014, quindi, generalizza quanto previsto dall'articolo 20 del Regolamento 883/2004, essendo riconosciuto il diritto di scegliere il luogo di cura, di norma senza la necessità dell'autorizzazione preventiva, fatta salva la facoltà degli Stati Membri di introdurla nel rispetto dei limiti imposti dalla Direttiva 2011/24/UE.

2.2 Differenze applicative

Ambito territoriale di applicazione

Regolamenti: Stati dell'UE, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera.

Direttiva: Stati dell'UE

Erogatori ricompresi nella disciplina

Regolamenti: contemplano solo i prestatori di assistenza sanitaria pubblici o privati convenzionati.

Direttiva contempla tutti i prestatori di assistenza sanitaria, sia pubblici che privati convenzionati o non.

Forma di assistenza

Regolamenti: di norma, assistenza diretta. Nei casi in cui le spese siano anticipate dall'assistito, si attiva la procedura di rimborso, c.d. di tariffazione, ai sensi dell'art. 25 lettera b) del Regolamento 987/09.

Direttiva: sempre assistenza indiretta.

Prestazioni garantite

Regolamenti: prestazioni garantite dallo Stato di soggiorno (escluse le cure programmate autorizzate ai sensi dell'articolo 20 del Regolamento 883/2004, che seguono il criterio dei LEA nazionali).

Direttiva: prestazioni garantite dallo Stato membro di affiliazione (LEA nazionali/regionali); l'articolo 1 comma 3 del D.Lgs. 38/2014, comunque, esclude esplicitamente i seguenti servizi:

- Servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine (ad esempio: assistenza residenziale/semiresidenziale per non autosufficienti, stati vegetativi, lungodegenza, riabilitazione in fase estensiva estensiva);
- Assegnazione e accesso agli organi ai fini dei trapianti;
- Programmi pubblici di vaccinazione contro malattie contagiose.

Si ricorda che resta in vigore anche la normativa introdotta dalla Legge 595/1985 che consente di usufruire, in forma indiretta, delle prestazioni assistenziali presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero.

È importante sottolineare che **non esistono differenze fra le varie normative nell'individuare le persone che rientrano nel diritto di usufruire dell'assistenza sanitaria all'estero**. Il D.Lgs. 38/2014, infatti, individua gli aventi diritto, facendo riferimento a quanto previsto in materia dalle disposizioni che sono alla base dei Regolamenti europei.

Nel dettaglio l'articolo 3 comma 1 b) del D.Lgs. 38/2014 definisce la "persona assicurata" nel modo seguente:

- le persone, ivi compresi i loro familiari e i loro superstiti, individuate dall'articolo 2 del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, e che sono definite «persone assicurate» ai sensi dell'articolo 1, paragrafo 1, lettera c), di tale regolamento;
- i cittadini di Paesi terzi, cui si applica il regolamento (CE) n. 859/2003 del Consiglio, del 14 maggio 2003, o il regolamento (UE) n. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 novembre 2010, o che soddisfano le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione per quanto concerne il diritto alle prestazioni.

3. Organizzazione

3.1 Strutture deputate alla gestione delle procedure per il ricorso all'assistenza transfrontaliera

Dal momento che il D.Lgs. 38/2014 prescrive che l'assicurato sia informato della scelta più conveniente fra ricorso ai regolamenti e alla direttiva, si ritiene necessario che la gestione delle procedure relative a quest'ultima sia affidata alle stesse strutture amministrative e sanitarie preposte alle procedure per la fruizione dell'assistenza transfrontaliera attraverso regolamenti e altre normative.

Per lo stesso motivo, le strutture specialistiche deputate alla valutazione clinica delle richieste di ricorso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, previste dall'articolo 10 comma 6 del D.Lgs. 38/2014, vengono

identificate nei Centri Regionali di Riferimento previsti dall'art.3 del DM 3/11/1989. E' facoltà della Regione integrare o sostituire i Centri Regionali di Riferimento con altre strutture individuate dalla Regione stessa.

3.2 Punto di Contatto per l'assistenza sanitaria transfrontaliera

In coerenza con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016, le Regioni istituiscono i Punti di Contatto Regionali al fine di garantire il raccordo fra il Punto di Contatto Nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera previsto dall'articolo 7 del D.Lgs. 38/2014 e le strutture aziendali deputate alla gestione dell'assistenza transfrontaliera.

Il Punto di Contatto regionale è la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che esplicherà le sue funzioni ad utilizzo di personale da individuarsi a cura del Direttore centrale della salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

4. Rimborso dei costi

In attuazione di quanto disposto dall'articolo 8 del D.Lgs. 38/2014 in tema di rimborso dei costi si forniscono le seguenti indicazioni operative.

4.1 Criteri per il rimborso delle spese sostenute

a. Prestazioni non soggette ad autorizzazione

Per le prestazioni non assoggettate ad autorizzazione preventiva il rimborso è subordinato alla presentazione della seguente documentazione:

- prescrizione su ricetta del Servizio Sanitario Nazionale, compilata conformemente alle regole in vigore per il rimborso delle strutture accreditate del nostro territorio; ad eccezione dei casi ammessi di prescrizione farmaceutica ricevuta all'estero su ricetta del Paese di cura, così come indicato al paragrafo 7;
- fatture relative alle prestazioni erogate.

Si sottolinea che, qualora la persona assicurata non abbia presentato la domanda preventiva di verifica ai sensi dell'articolo 10, comma 3 del D.Lgs. 38/2014, in sede di riconoscimento di rimborso verranno verificate, anche per le prestazioni che per tipologia non sono incluse fra quelle per cui è richiesta l'autorizzazione ai sensi dell'art. 9 comma 2 lettera a), se la medesima prestazione avrebbe dovuto essere sottoposta ad autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettere b) e c).

In pratica il rimborso deve essere negato qualora si verifica che la prestazione è fra quelle che comportano un rischio per il paziente non accettabile rispetto al potenziale beneficio, oppure l'assistenza sanitaria è stata erogata da un prestatore che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente.

b. Prestazioni soggette ad autorizzazione

Per le prestazioni soggette ad autorizzazione, si sottolinea che la stessa deve essere acquisita preventivamente e che, di conseguenza, è esclusa la possibilità di richiedere il rimborso in assenza dell'autorizzazione preventiva.

Per le prestazioni soggette ad autorizzazione preventiva il rimborso è subordinato alla presentazione:

- della documentazione sanitaria attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni corrispondenti a quanto previsto dall'autorizzazione;
- delle fatture relative alle prestazioni erogate.

Nei casi in cui, a causa di complicanze intervenute nel corso del trattamento autorizzato, sia risultata necessaria l'erogazione di prestazioni aggiuntive e/o diverse da quelle autorizzate, il rimborso è subordinato alla presentazione di adeguata certificazione medica attestante le motivazioni cliniche che hanno condotto alla modifica del programma di erogazione delle prestazioni, rispetto a quanto autorizzato.

Si evidenzia che, qualora un paziente abbia beneficiato di prestazioni sanitarie all'estero comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza ai sensi della Direttiva fra il 25 ottobre 2013 e la data di entrata in vigore del D.Lgs. 38/2014, ha diritto al rimborso delle stesse anche se si tratta di prestazioni per le quali il D.Lgs. 38/2014 abbia previsto l'autorizzazione

4.2 Entità e tempi per il rimborso delle spese sostenute

Sia per le prestazioni non soggette ad autorizzazione che per quelle soggette ad autorizzazione sono prese a base del calcolo del rimborso esclusivamente le spese sostenute per prestazioni sanitarie incluse nei LEA (spesa massima rimborsabile) e con esclusione di ogni altro costo connesso all'assistenza (ad esempio camere o altri servizi a pagamento) e altre categorie di spese quali viaggi e soggiorno e/o spese per accompagnatori. Secondo quanto previsto dall'articolo 8 comma 3 del D.Lgs. 38/2014 il rimborso è riconosciuto in misura pari a quanto calcolato applicando alle prestazioni ricevute le tariffe regionali vigenti al netto della compartecipazione e comunque nel limite della spesa massima rimborsabile.

- In FVG essendo in vigore un tariffario per fasce di ospedali, si specifica che si possa applicare la fascia più bassa – approccio conservativo per la spesa sanitaria regionale. In effetti le prestazioni in urgenza sono coperte al 100% mediante l'utilizzo della TEAM.

Per il calcolo del rimborso deve esserci, prima di tutto, una prescrizione, e questo vale sia per i ricoveri che l'ambulatoriale.

Ai fini del rimborso l'interessato presenta la documentazione indicata ai punti precedenti entro 60 giorni dalla erogazione della prestazione.

La AAS provvederà ad effettuare il rimborso entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

Resta fermo quanto previsto per le categorie di cittadini residenti all'estero assistiti dallo Stato italiano per i quali durante il soggiorno sul territorio nazionale, possono avvalersi dell'assistenza sanitaria prevista dall'art. 8 comma 2 del D.Lgs. 38 senza anticipazione dei costi. In pratica i suddetti cittadini hanno diritto all'assistenza sanitaria presso strutture pubbliche e accreditate alle stesse condizioni dei residenti in Italia.

5. Autorizzazione

L'articolo 9 del D.Lgs. 38/2014 disciplina i criteri per assoggettare il ricorso all'assistenza transfrontaliera all'autorizzazione preventiva; in particolare il comma 8 dell'articolo 9 stabilisce che nella fase transitoria sia applicato l'istituto dell'autorizzazione a tutte le prestazioni che prevedono il ricovero con almeno un pernottamento e a quelle che comportano l'impiego di apparecchiature di alta specializzazione.

Resta ferma la possibilità di diniego dell'autorizzazione nei casi previsti dallo stesso articolo 9 comma 6, che di seguito si riportano:

- a. Il paziente sarebbe esposto ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile;
- b. il pubblico sarebbe esposto a notevoli pericoli per la sicurezza;
- c. il prestatore di assistenza sanitaria suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente;
- d. l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia.

Allegato 1

Per quanto riguarda il comma 6 lettera c), il Punto di contatto Nazionale richiederà ai Punti di Contatto Nazionali degli altri Stati UE le informazioni relative al possesso dell'autorizzazione sanitaria, con le indicazioni delle tipologie di prestazioni erogabili dal prestatore di assistenza indicato nella richiesta di autorizzazione, al fine di fornirle alle strutture deputate al rilascio dell'autorizzazione stessa.

Si evidenzia che, qualora una persona assicurata in Italia abbia richiesto l'autorizzazione preventiva al fine di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera ai sensi dei Regolamenti ed abbia avuto risposta negativa, la stessa non potrà presentare una nuova domanda per la stessa prestazione e a parità di condizioni cliniche ai sensi della Direttiva 2011/24/UE.

In presenza di casi complessi, le AAS potranno chiedere il parere al Punto di Contatto regionale, la cui risposta sarà poi diffusa alle altre AAS, per garantire omogeneità di trattamento delle richieste per casi simili.

6. Procedure amministrative

6.1 Procedura di verifica

La procedura di verifica di cui all'art. 10 comma 3 del D.Lgs. 38/2014 stabilisce che in ogni caso, la persona assicurata che intende beneficiare dell'assistenza transfrontaliera e del conseguente rimborso, presenta apposita domanda alla AAS territorialmente competente (di residenza), affinché sia verificato se la medesima prestazione debba essere sottoposta ad autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettere b) e c), ove ricorrano le condizioni ivi previste.

Attraverso questa procedura il cittadino potrà:

- verificare che la prestazione è ricompresa nei LEA;
- avere conferma che la prestazione non è fra quelle per cui è richiesta l'autorizzazione;
- essere informato sulla documentazione richiesta per accedere al rimborso;
- conoscere preventivamente l'entità del rimborso.

La domanda di verifica deve essere presentata alla AAS di residenza utilizzando la specifica modulistica prevista, indicando:

- a. la prescrizione/certificazione redatta secondo le regole previste dal sistema sanitario regionale per la tipologia di prestazione richiesta;
- b. l'indicazione del luogo e del prestatore di cura al quale il paziente si rivolgerà per l'erogazione delle prestazioni.

Tale procedura è affidata alla struttura con competenze sanitarie individuata dalla AAS (di seguito struttura competente).

La struttura competente, entro 10 giorni dalla domanda, comunica all'interessato se la domanda deve essere sottoposta o meno ad autorizzazione preventiva.

6.2 Procedura di autorizzazione

La struttura competente comunica entro 20 giorni dalla predetta verifica rispetto all'assoggettamento ad autorizzazione preventiva la concessione o il diniego dell'autorizzazione preventiva stessa. Nei casi urgenti il provvedimento deve essere adottato entro 5 giorni dalla medesima verifica.

In caso di parere favorevole l'AAS rilascia l'autorizzazione sull'apposito modello indicando il costo della prestazione ammesso al rimborso. Nei casi per i quali è possibile l'applicazione dei Regolamenti in alternativa alle

Allegato 1

modalità previste dalla Direttiva, l'AAS informa il cittadino sul suo diritto di avvalersi della soluzione più conveniente.

In caso di parere negativo l'AAS dovrà debitamente motivare il diniego indicando uno o più casi di cui alle lettere a), b), c) e d) di cui al comma 6 dell'art. 9. In particolare, nel caso di diniego ai sensi dell'art.9 comma 6 lettera d), l'AAS dovrà indicare almeno una struttura presente sul territorio nazionale presso la quale è possibile ricevere la prestazione entro un termine compatibile con le condizioni cliniche del paziente.

In caso di diniego, formulato ai sensi dell'art.9 comma 6 del D.Lgs. 38/2014, l'interessato può ricorrere avverso il provvedimento, entro 15 giorni dalla comunicazione dello stesso, proponendo apposita istanza:

- al Direttore Generale della AAS;
- alle competenti sedi giurisdizionali.

Nel primo caso il Direttore Generale, nei successivi 15 giorni si esprime sul ricorso.

6.3 Individuazione delle Prestazioni soggette ad autorizzazione

Il D.Lgs 38/2014 prevede all'art.9 comma 8 che entro 60 giorni il Ministero della Salute con successivo Decreto Ministeriale, definisca l'elenco delle prestazioni che debbono essere autorizzate preventivamente. Requisito è che le prestazioni siano comprese nei LEA nazionali o regionali (con integrazioni di prestazioni e/o specifiche condizioni di erogabilità regionali).

In attesa dell'emanazione del DM sopra citato, è importante dare indicazioni omogenee alle regioni, consapevoli che questo è un primo e provvisorio elenco di prestazioni.

a. Ricoveri

Il D. Lgs. 38/2014 prevede, nella fase transitoria, l'autorizzazione preventiva per:

- Ricoveri con almeno una notte in ospedale
- Ricoveri (qualsiasi regime) afferenti ai 108 DRG potenzialmente inappropriati
- Ricoveri chirurgici diurni (day hospital e day surgery)
- Day hospital medici, per i quali è necessario un piano di trattamento al fine della remunerazione degli accessi

b. Attività ambulatoriale criteri con i quali sono state individuate le prestazioni sono:

- prestazioni ad alto contenuto tecnologico,
- prestazioni a rischio di inappropriata clinica e/o organizzativa o sulle quali si possono generare comportamenti opportunistici
- prestazioni che prevedono specifiche condizioni di erogabilità

Sono stati individuati i seguenti gruppi di **prestazioni ambulatoriali** (Allegato 2):

- Risonanze magnetiche
- Medicina nucleare (scintigrafie, tomografie, pet..)
- Chirurgia ambulatoriale
- Radioterapia

La Riabilitazione è sempre soggetta ad autorizzazione anche al fine di individuare l'appartenenza ai LEA e l'inclusione nella casistica prevista nella Direttiva (esclusione della fase estensiva).

7. Farmaci

Rispetto alle altre tipologie di prestazioni, l'assistenza farmaceutica costituisce un settore con caratteristiche specifiche.

Il D.Lgs. 38/2014 ha recepito anche la Direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato Membro e il diritto a ricevere l'assistenza farmaceutica in uno Stato Membro diverso dallo Stato di affiliazione.

Allo stato attuale è necessario risolvere ancora alcuni problemi tecnici per arrivare alla standardizzazione delle ricette e delle prescrizioni; ma laddove risulti possibile, di seguito sono indicati i diritti riconosciuti dal D.Lgs. 38/2014 e le modalità di fruizione in tema di assistenza farmaceutica.

- a. Persone assicurate in Italia che si recano in un altro Stato membro: si individuano tre diverse situazioni: il malato cronico che in previsione del soggiorno all'estero porta con sé le prescrizioni del prescrittore italiano con ricetta del SSN, per avere la copertura della terapia per il periodo di soggiorno. Il diritto al rimborso è condizionato alla conformità della prescrizione alle regole previste per l'assistenza farmaceutica (rispetto limitazioni AIFA, eventuale piano terapeutico, ecc), resta da risolvere quanto esposto in premessa perché la prescrizione sia riconosciuta nello Stato di soggiorno (modifica della ricetta);
- b. Persone assicurate in Italia che si recano in un altro Stato membro per ricevere una prestazione ospedaliera o ambulatoriale complessa che include anche una prescrizione del farmaco: in questo caso l'autorizzazione alla prestazione include automaticamente tutti i servizi forniti durante il ricovero, inclusa l'erogazione del farmaco;
- c. Persone assicurate in Italia che si trovano all'estero e ricevono una prescrizione da un prescrittore di quel paese: sia nel caso che la dispensazione del farmaco avvenga nel paese estero o al ritorno in Italia, considerato che il paziente non si è spostato specificamente per ottenere una cura, occorre in primo luogo valutare se la prestazione rientra nell'ambito di applicazione della direttiva o della TEAM;
- d. Persone assicurate in un altro stato membro che chiedono la dispensazione di un farmaco su presentazione di ricetta del proprio Stato di affiliazione: al di là dei problemi tecnici legati alla implementazione degli standard della ricetta e di un database disponibile su web dei farmaci in commercio in Italia non si ravvisano problemi visto che il cittadino straniero paga e chiede il rimborso al proprio Stato di affiliazione. Resta fermo che il farmaco deve essere dispensato nel pieno rispetto della normativa italiana.

Le modalità di rimborso sono quelle indicate al Capo IV del D.Lgs. 38/2014 .

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

Prestazioni Ambulatoriali da autorizzare

Allegato 2

Risonanze magnetiche:		Aggregazione 1° Livello	Aggregazione 2° Livello		Aggregazione 3° Livello	
887711	887711 - SPETTROSCOP DI RM PROTONE (1H-MRS)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
887712	887712 - SPETTROSCOP DI RM FOSFORO (31P-MRS)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.1	88.91.1 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.2	88.91.2 - RM CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.3	88.91.3 - RM MASSICCIO FACCIALE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.4	88.91.4 - RM MASSICCIO FACCIALE, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.5	88.91.5 - ANGIO- RM DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.6	88.91.6 - RM COLLO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.7	88.91.7 - RM COLLO, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.91.8	88.91.8 - ANGIO- RM VASI COLLO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92	88.92 - RM TORACE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.1	88.92.1 - RM TORACE, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.2	88.92.2 - ANGIO- RM DISTRETTO TORACICO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.3	88.92.3 - RM CUORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.4	88.92.4 - RM CUORE, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.5	88.92.5 - RM (CINE-RM) CUORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.6	88.92.6 - RM MAMMELLA (monolaterale)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.7	88.92.7 - RM MAMMELLA, S/e con C (monolaterale)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.8	88.92.8 - RM MAMMELLA (bilaterale)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.92.9	88.92.9 - RM MAMMELLA, S/e con C (bilaterale)	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.93	88.93 - RM COLONNA	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.93.1	88.93.1 - RM COLONNA, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.94.1	88.94.1 - RM MUSCOLOSCELETRICA	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.94.2	88.94.2 - RM MUSCOLOSCELETRICA, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.94.3	88.94.3 - ANGIO-RM ARTO SUPERIORE O INFERIORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.1	88.95.1 - RM ADDOME SUPERIORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.2	88.95.2 - RM ADDOME SUPERIORE, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.3	88.95.3 - ANGIO RM ADDOME SUPERIORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.4	88.95.4 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.5	88.95.5 - RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, S/e con C	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.95.6	88.95.6 - ANGIO RM ADDOME INFERIORE	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
88.97.C	88.97.C - RM DELLE VIE DIGESTIVE S/e con C VENOSO	D Diagnostica	D2	D. senza radiazioni	D25	RM
Medicina nucleare:						
92.01.1	92.01.1 - CAPTAZIONE TIROIDEA	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.01.2	92.01.2 - SCINTI TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PRV FARMACOL.	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.01.3	92.01.3 - SCINTI TIROIDEA	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.01.4	92.01.4 - SCINTI TIROIDEA CON INCATORI POSITIVI	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.02.1	92.02.1 - SCINTI EPATICA	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.02.2	92.02.2 - SCINTI EPATICA PER RIC LESIONI ANGIOMATOSE	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.02.3	92.02.3 - SCINTI SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI,	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.02.4	92.02.4 - SCINTI EPATICA CON INCATORI POSITIVI	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.02.5	92.02.5 - TOMOSCINTI EPATICA	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.03.1	92.03.1 - SCINTI RENALE	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.03.2	92.03.2 - SCINTI RENALE CON ANGIOSCINTI	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.03.3	92.03.3 - SCINTI SEQUENZIALE RENALE	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.03.4	92.03.4 - STD REFLUSSO VESICICO-URETERALE	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.03.5	92.03.5 - TOMOSCINTI RENALE E ALTRI DISTRETTI (OSSEA, TIROIDEA, ADDOMINALE)	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare
92.04.1	92.04.1 - SCINTI SEQUENZIALE GHIANDOLE SALIVARI CON STD FUNZIONALE	D Diagnostica	D1	D. con radiazioni	D14	Medicina nucleare

Medicina nucleare:		Aggregazione 1° Livello	Aggregazione 2° Livello	Aggregazione 3° Livello
92.04.2	92.04.2 - STD TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.04.3	92.04.3 - STD REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.04.4	92.04.4 - VALZ GASTROENTERORRAGIE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.04.5	92.04.5 - STD PERMEABILITA' INTESTINALE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.1	92.05.1 - SCINTI MIOCARDICA PERFUSIONE,	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.2	92.05.2 - SCINTI MIOCARDICA CON INCATORI LESIONE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.3	92.05.3 - ANGIOSCINTI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.4	92.05.4 - ANGIOSCINTI ALL'EQUILIBRIO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.5	92.05.5 - SCINTI SPLENICA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.05.6	92.05.6 - SCINTI MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.1	92.09.1 - TOMOSCINTI MIOCARDICA (PET) PERF. A RIPOSO E DOPO STIMOLO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.2	92.09.2 - TOMOSCINTI MIOCARDICA (SPET) PERF. A RIPOSO O DOPO STIMOLO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.3	92.09.3 - TOMOSCINTI MIOCARDICA CON INCATORI LESIONE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.4	92.09.4 - DET VOLUME PLASMATICO O VOLUME ERITROCITARIO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.5	92.09.5 - STD SOPRAVVIVENZA ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.6	92.09.6 - STD COMPLETO FERROCINETICA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.09.7	92.09.7 - STD CINETICA PIASTRINE O LEUCOCITI,	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.1	92.11.1 - SCINTI CEREBRALE, STATICA, STD COMPLETO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.2	92.11.2 - SCINTI CEREBRALE CON ANGIOSCINTI, STD COMPLETO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.3	92.11.3 - VALZ DERIVAZIONI LIQUORALI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.4	92.11.4 - DET E LOCALIZZAZIONE PERDITE LCR	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.5	92.11.5 - SPET	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.6	92.11.6 - PET (qualitativo)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.11.7	92.11.7 - PET (quantitativo)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.13	92.13 - SCINTI PARATIROIDI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.14.1	92.14.1 - SCINTI OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.14.2	92.14.2 - SCINTI OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.15.1	92.15.1 - SCINTI POLMONARE PERFUSIONALE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.15.2	92.15.2 - SCINTI POLMONARE VENTILATORIA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.15.3	92.15.3 - STD QUANTIT. DIFFERENZIALE FUNZIONE POLMONARE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.15.4	92.15.4 - SCINTI POLMONARE CON INCATORE POSITIVO	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.15.5	92.15.5 - TOMOSCINTI POLMONARE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.16.1	92.16.1 - SCINTI LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.1	92.18.1 - SCINTI GLOBALE CORPOREA CON INCATORI POSITIVI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
921811	921811 - SCINTI MAMMARIA (MAMMOSCINTI)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.2	92.18.2 - SCINTI OSSEA O ARTICOLARE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.3	92.18.3 - RIC METASTASI TUMORI TIROIDEI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.4	92.18.4 - SCINTI GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.5	92.18.5 - SCINTI GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOL. E RECETTORIALI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.18.6	92.18.6 - TOMOSCINTI GLOBALE CORPOREA (PET)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.19.1	92.19.1 - SCINTI SURRENALICA CORTICALE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.19.2	92.19.2 - SCINTI SURRENALICA MIDOLLARE	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.19.3	92.19.3 - SCINTI TESTICOLI	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.19.5	92.19.5 - ANGIOSCINTI (ANGIOGRF, VENOGRAFIA ISOTOPICA)	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare
92.19.6	92.19.6 - SCINTI SEGMENTARIA DOPO SCINTI TOTAL BODY	D Diagnostica	D1 D. con radiazioni	D14 Medicina nucleare

Chirurgia ambulatoriale:		Aggregazione 1° Livello	Aggregazione 2° Livello	Aggregazione 3° Livello
044301	044301 - LIBERZ TUNNEL CARPALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
04.44	04.44 - LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
04.49	04.49 - LIBERAZIONE TUNNEL CUBITALE (SPE)	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
08.44	08.44 - RIPZ ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE PALPEBRA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
08.6	08.6 - RICOSTRUZIONE PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
08.72	08.72 - RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
08.74	08.74 - RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
09.6	09.6 - ASP. SACCO E VIE LACRIMALI	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
09.73	09.73 - RIPZ CANALICOLI	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
11.75.1	11.75.1 - CHERATOTOMIA ARCIFORME	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
119904	119904 - CORREZIONE VIZI REFRAZIONE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
11.99.2	11.99.2 - CORREZIONE VIZI REFRAZIONE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
11.99.3	11.99.3 - CORREZIONE ALTERAZIONI CORNEALI	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
12.40	12.40 - RIMZ LESIONE SEGMENTO ANTERIORE OCCHIO, NAS	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
134101	134101 - FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
13.70.1	13.70.1 - INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico)	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
13.72	13.72 - IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
13.8	13.8 - RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO ARTIFICIALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
142901	142901 - RIPZ LACER. RETINA CON TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE)	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
14.75	14.75 - INIEZ. INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
38.00.1	38.00.1 - INC. DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
38.00.2	38.00.2 - INC. DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
38.53	38.53 - ASP. DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
38.59.1	38.59.1 - MINISTRIPPING VENE VARICOSE ARTO INFERIORE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
38.59.2	38.59.2 - DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.00.1	53.00.1 - RIPZ MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.00.2	53.00.2 - RIPZ MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.21.1	53.21.1 - RIPZ MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.29.1	53.29.1 - RIPZ MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.41	53.41 - RIPZ DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
53.49.1	53.49.1 - RIPZ DI ERNIA OMBELICALE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
77.56	77.56 - RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
81.72	81.72 - ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
81.75	81.75 - ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
82.91	82.91 - LISI ADERENZE MANO [DITO A SCATTO]	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
86.60	86.60 - INNESTO CUTANEO, NAS	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
86.61	86.61 - INNESTO CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
86.62	86.62 - ALTRO INNESTO CUTE NELLA MANO	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
868101	868101 - TRATTAMENTO DELLA LIPODISTROFIA LOCALIZZATA	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50
86.84	86.84 - CORREZIONE CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE CUTE	T	Terapeutica T5	Chirurgia ambulatoriale T50

Radioterapia:		Aggregazione 1° Livello	Aggregazione 2° Livello	Aggregazione 3° Livello
38.99.1	38.99.1 - INIEZ. MEZZO CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
38.99.2	38.99.2 - INIEZ. MEZZO CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.21.1	92.21.1 - ROENTGENTRP	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.23.1	92.23.1 - TELECOBALTOTRP CAMPO FISSO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.23.2	92.23.2 - TELECOBALTOTRP CAMPI MULT., MOVIMENTO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.23.3	92.23.3 - TELECOBALTOTRP TECN.FLASH	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922401	922401 - TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO PER TECNICHE 3D	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922402	922402 - TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.24.1	92.24.1 - TELETRP CON ACCEL. LINEARE CAMPO FISSO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.24.2	92.24.2 - TELETRP CON ACCEL. LINEARE CAMPI MULT., MOVIMENTO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.24.3	92.24.3 - TELETRP CON ACCEL. LINEARE TECN.FLASH	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.24.4	92.24.4 - RADIOTRP STEREOTASSICA	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922440	922440 - RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.25.1	92.25.1 - TELETRP CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.25.2	92.25.2 - IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.27.1	92.27.1 - BRACHITRP ENDOCAVITARIA	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.27.2	92.27.2 - BRACHITRP INTERSTIZIALE IMPIANTO PERM.	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.27.3	92.27.3 - BRACHITRP SUPERFICIE (HDR)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.27.4	92.27.4 - BRACHITRP INTERSTIZIALE (HDR)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.27.5	92.27.5 - BETATRP CONTATTO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.1	92.28.1 - TRP IPERTIROIDISMI (fino a 370 MBq)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.2	92.28.2 - TRP IPERTIROIDISMI (ogni 370 MBq succ.)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.3	92.28.3 - TRP ENDOCAVITARIA	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.4	92.28.4 - TRP CON Ab MONOCLONALI (fino a 185 MBq)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.5	92.28.5 - TRP CON Ab MONOCLONALI (Ogni 185 MBq succ.)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.28.6	92.28.6 - TRP PALLIATIVA DOLORE DA METASTASI OSSEE	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922901	922901 - INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922902	922902 - DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI PER RADIOTERAPIA CON TECNICHE 2 D	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922903	922903 - DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI PER RADIOTERAPIA CON TECNICHE 3 D	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922904	922904 - DETERMINAZIONE DI PARAMETRI FUNZIONALI, RADIOBIOLOGICI E QUANTITATIVI MEDIANTE ELABORAZIONE DI IMMAGINI DIGITALI	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922905	922905 - CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET UP DEL PAZIENTE	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.1	92.29.1 - INDIVIDUAZIONE VOL. BERSAGLIO E SIMULAZIONE (con rx)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.2	92.29.2 - INDIVIDUAZIONE VOL. BERSAGLIO E SIMULAZIONE (con TC)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.3	92.29.3 - INDIVIDUAZIONE VOL. BERSAGLIO E SIMULAZIONE (con RM)	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.4	92.29.4 - STD FISICO-DOSIMETRICO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.5	92.29.5 - STD FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922950	922950 - STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC DI ELEVATA COMPLESSITA'	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
922951	922951 - STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC IN MODALITA' "INVERSE PLANNING"	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.6	92.29.6 - DOSIMETRIA IN VIVO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.7	92.29.7 - SCHERMATURA PERSONALIZZATA	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.8	92.29.8 - SISTEMA IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
92.29.9	92.29.9 - PREPARAZIONE COMPENSATORI SAGOMATI	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia
99.85	99.85 - IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO TUMORE	T	Terapeutica T1 Radioterapia	T10 Radioterapia

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE

	REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
	DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA
tel + 39 0403775551 fax + 39 0403775523	salute@regione.fvg.it salute@certregione.fvg.it I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

Logo ASL

Allegato 3

Al Direttore dell'AAS n.

MODELLO UNICO

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale: _____

Residente in _____ via _____

_____ n. civ. _____ CAP. _____

Chiede

- Per se' in qualità di (genitore, familiare, amministratore di sostegno ecc) per
(genitore, amministratore di sostegno)

_____ (Cognome) _____ (Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

- l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile**
- unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare**
- la verifica: con validità anche di autorizzazione preventiva nel caso in cui sia prevista l'indicazione dell'importo da rimborsare**
- l'autorizzazione per cure programmate ai sensi dell'art.20 del Regolamento 883/2004**
- il rimborso di spese già fruite**

Della seguente prestazione sanitaria:

RICOVERO ORDINARIO dal _____ al _____

- RICOVERO DIURNO il _____
- PRESTAZIONI AMBULATORIALI il _____
- PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA (art.8, comam7 D.Lgs 38/2014) il _____

Prestatore di assistenza sanitaria presso cui la persona assicurata intende curarsi (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo):

Indicazione Diagnostica o terapeutica

e prestazione sanitaria

caso particolarmente urgente

- no
- Sì (motivare adeguatamente)
-
-

Modalità con cui si desidera ricevere l'esito della verifica

- fax al seguente nr _____
- raccomandata
- per PEC/mail al seguente indirizzo _____
- di persona

Si allegano:

- Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)
- preventivo emesso dal prestatore di assistenza sanitaria
- Certificazione medica in copia
- Certificazione specialistica per sé/per il soggetto rappresentato da cui risulta un sospetto diagnostico di malattia rara (art.9, comma 4 D.Lgs 38/2014)

Data: _____

Firma del richiedente

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modifiche. Titolare dei dati è l'[AZIENDA] I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche informa digitale, per poter gestire la pratica relativa all'assistenza sanitaria transfrontaliera come previsto dal decreto legislativo 38/2014. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici per finalità previste dalla normativa. All'utente competono i diritti previsti dall'art.7 del 196/2003, come previsto dall'informativa generale per il trattamento dei dati.

Sezione a cura dell'AAS competente

ESITO:

la richiesta di verifica ha avuto esito:

- La richiesta è soggetta ad autorizzazione preventiva e si intende quale richiesta di autorizzazione preventiva poiché (barrare voce interessata)
 - a. Comporta il ricovero del paziente richiedente per almeno una notte
 - b. Richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, comprese quelle utilizzate nella diagnostica strumentale
 - c. Richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione
 - d. È prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza

- La richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva
- La richiesta è soggetta all'autorizzazione preventiva ai sensi dell'art. 20 del Regolamento 883/2004

Costo della prestazione sanitaria ammessa al rimborso: euro.....)

Il parere ai fini dell'autorizzazione preventiva è risultato:

- Positivo**
Si ricorda che eventuali danni alla salute, derivanti da prestazioni sanitarie transfrontaliere di cui si siano avvalse persone assicurate in Italia, non sono in alcun modo imputabili al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, ancorché le prestazioni stesse siano state preventivamente autorizzate (art. 9, comma 9, del D.lgs 04 marzo 2014, n..38)

- Negativo, in quanto**
 - a. In base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;
 - b. A causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;
 - c. L'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente comprese le disposizioni sulla vigilanza indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;
 - d. l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia
 - e. altro _____

Se d) indicare prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta ed il numero di giorni entro cui possono essere fornite le cure_____

Si ricorda che avverso il parere negativo è possibile proporre ricorso al Direttore Generale dell'Azienda entro 15 giorni dal ricevimento della presente. Il Direttore Generale si esprime entro 15 giorni dalla ricezione del ricorso

Data

Firma/timbro ASL

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

Allegato 4

DOMANDA DI RIMBORSO

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

D. Lgs. n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ in

_____ CAP _____ via _____

_____ n. civ. _____ Tel. _____

C.F.: _____

Codice I.B.A.N. _____

Chiede

Per sé

in qualità di _____ per
(genitore, amministratore di sostegno)

_____ (Cognome) _____ (Nome)

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014, il rimborso dei costi relativi alla prestazione

RICOVERO ORDINARIO dal _____ al _____

RICOVERO DIURNO il _____

PRESTAZIONI AMBULATORIALI il _____

PRESTAZIONE DI TELEMEDICINA (art.8, comam7 D.Lgs 38/2014) il _____

Indicazione Diagnostica o terapeutica:

Prestazione sanitaria _____

erogata in data _____

autorizzazione SI del _____ No

Si allegano:

- Prescrizione del medico su ricettario del SSN (ricetta rossa)
- Fattura in originale quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria
- Certificazione medica in originale

Data:

Firma dell'assistito

(o di chi ne fa le veci)

(a cura dell'ASL)

ESITO:

- Positivo
- Negativo

Costo della prestazione sanitaria da rimborsare: euro _____

Motivazione del mancato rimborso: _____

Data

Firma/timbro ASL

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE