

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
ai sensi del Dlgs. n. 38 del 28.02.2014 di recepimento della Direttiva europea 2011/24/UE
(DA SOTTOPORRE ALLA ASL COMPETENTE)

La/il sottoscritta/o (Richiedente)

_____ nata/o il _____
 cognome e nome

_____ nata/o a _____ codice fiscale _____

residente a _____ CAP _____ Comune _____

n. tel. _____ E-Mail _____

indirizzo _____ via, frazione, piazza, ecc. _____ n. _____

chiede

per sé In qualità di (genitore, familiare, amministratore di sostegno) per:

_____ nata/o il _____
 cognome e nome

_____ nata/o a _____ codice fiscale _____

- autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile**
- unicamente la comunicazione dell'importo eventualmente da rimborsare**
- domanda di verifica: con validità anche come richiesta di autorizzazione preventiva nel caso in cui sia prevista con indicazione dell'importo da rimborsare (da valutare secondo le indicazioni del Ministero) art10 comma 3**
- rimborso di prestazioni già fruito**

della seguente prestazione sanitaria:

- ricovero ordinario dal _____ al _____
- ricovero diurno il _____
- prestazione di telemedicina (art. 8, comma7 D.Lgs.38/2014) il _____
- prestazioni ambulatoriali il _____

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

_____ (ospedale/clinica universitaria, indirizzo)

- indicazione diagnostica o terapeutica

- e prestazione sanitaria

- caso particolarmente urgente

NO

SI (motivare adeguatamente con certificazione medica da allegare)

MODALITA' CON CUI SI DESIDERA RICEVERE L'ESITO DELLA VERIFICA:

- FAX
- RACCOMANDATA
- PEC/MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO
- DI PERSONA
- TELEFONICAMENTE AL SEGUENTE NUMERO

Da compilare in caso di richiesta di rimborso:

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite

bonifico sul seguente conto corrente bancario:

IBAN

nome della banca/agenzia

intestato a:

cognome e nome

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
- certificazione specialistica per se'/per il soggetto rappresentato da cui risulta un sospetto diagnostico di malattia rara (art. 9, comma 4 D.Lgs.38/2014)
- Certificazione medica in originale, che attesti il trattamento erogato con diagnosi di dimissione

Si fa presente che la data della fattura deve essere successiva all'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria

Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs.101/2018 in materia di trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs.196/2003 come modificato dal D.Lgs.101/2018, si informa che il trattamento dei dati, il cui conferimento è obbligatorio, ha finalità amministrativo-contabili. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679.

Data

Firma del richiedente

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 che interessa):**

1. è soggetta ad esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio nazionale, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o la volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane, e:

- 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

Considerato che per il paziente è stato formulato un sospetto diagnostico di malattia rara, lo stesso va sottoposto ad una valutazione clinica presso _____

- La richiesta non è soggetta ad autorizzazione preventiva

Costo della prestazione sanitaria ammessa al rimborso: _____ al netto dell'eventuale compartecipazione alla spesa secondo la normativa vigente pari ad €

Data:

Firma/timbro ASL

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, ancorché le prestazioni stesse siano state preventivamente autorizzate (art. 9, comma 9, del D.Lgs. 4 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

Data

Firma/timbro ASL

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.

PARERE DEL DIRIGENTE MEDICO INCARICATO SECONDO LA DIRETTIVA UE 24/2011

Diagnosi sospetta/malattia (termine specifico) _____

Prestazione medica prevedibile (termine specifico) _____

prestazione urgente

prestazione non urgente

Prestazione nei LEA (secondo DPCM 29/11/2001) si no _____
(motivo)

Prestazione appropriata al quadro clinico si no _____

_____ (motivo)

Paziente presente al colloquio per la valutazione si no

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;

Il centro di cura disponibile in Italia per le cure richieste è: _____

parere **favorevole**

parere **negativo**

Data

Firma del dirigente medico/ specialista incaricato

CONCESSIONE ALL'AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

DRG _____

Importo del rimborso: _____

Data

Firma del dirigente medico/ specialista incaricato

In caso di scostamento dal DRG autorizzato

DRG _____

Importo del rimborso: _____

Data

Firma del dirigente medico/ specialista incaricato