

**Al Direttore dell’Azienda Sanitaria  
Universitaria-Friuli Centrale**

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 a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e\_mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per sé  
 in qualità di (genitore, familiare, amministratore di sostegno ecc) per

\_\_\_\_\_ (cognome e nome)  
nato/a 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, comma 7 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
- si (motivare adeguatamente)

**Modalità con cui si desidera ricevere l'esito della verifica**

- fax al seguente numero \_\_\_\_\_
- 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 dell'assistito

**Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modifiche.** Titolare dei dati è l'ASU Friuli Centrale. I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche informata 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 da rimborsare: 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 AS