



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 2/21 del 19.1.2010

Modalità per i ricoveri presso le Aziende Sanitarie della Regione Sardegna di cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea. Protocollo operativo Anno 2010 .

Le richieste di intervento sanitario per ricoveri di cittadini di paesi non appartenenti all'Unione Europea, che devono essere sottoposti a cure mediche, inoltrate all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale da parte di Enti Pubblici, Organizzazioni non Governative, Onlus, Associazioni di Volontariato, Enti o Istituti Religiosi e altri Enti o Istituzioni che svolgono attività umanitaria e di assistenza, saranno esaminate dal competente Servizio dell'Assessorato, che per ogni richiesta valuterà in primo luogo:

1. la provenienza della richiesta, con riferimento alla qualifica del soggetto richiedente: la richiesta deve pervenire ufficialmente da parte delle strutture pubbliche o private di cui sopra, con sede nella Regione Sardegna;
2. l'identità del soggetto bisognoso di assistenza sanitaria: deve essere un cittadino residente in un paese non appartenente all'Unione Europea, che chiede di entrare in Italia (non deve quindi essere già presente in territorio italiano) unicamente per essere sottoposto a trattamento sanitario per poi rientrare nel paese d'origine e che si trova in condizioni economiche disagiate;
3. le tipologie di prestazioni sanitarie riguarderanno prioritariamente gli interventi che rivestono carattere d'urgenza, intesa come tale la possibilità di mancata sopravvivenza del paziente qualora non sia sottoposto al trattamento richiesto, o dell'insorgere di grave disabilità fisica, in particolare interventi di cardiocirurgia, trapianti e i relativi controlli, la somministrazione dei farmaci e le terapie necessarie fino ad un anno dalla data di dimissione. L'erogazione dei farmaci prescritti all'atto della dimissione del paziente dovrà essere effettuata per il tramite della farmacia ospedaliera;
4. trascorso un anno dalla data di dimissione la somministrazione dei farmaci, controlli e terapie potranno essere riconosciute solo per le prestazioni non assicurabili nel paese di origine, previa autorizzazione dell'assessorato;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5. la domanda di autorizzazione deve essere corredata da una stima dettagliata delle spese sanitarie per l'intervento sanitario, la somministrazione dei farmaci, i controlli e le terapie necessarie fino ad un anno dalla data di dimissione, specificando l'eventuale compartecipazione dell'Organizzazione alle stesse;
6. le modalità di trasporto ed ospitalità del cittadino straniero: saranno prese in considerazione solamente richieste per le quali l'organismo o istituzione richiedente si assume tutti gli oneri relativi al trasporto in Italia, all'ospitalità nel nostro paese e al rientro nel paese d'origine, sia dal punto di vista economico che burocratico, ivi comprese le formalità necessarie all'ottenimento del visto di ingresso in Italia del cittadino extracomunitario. L'assunzione di impegno dovrà risultare da espressa dichiarazione da redigersi da parte dell'Istituzione che ha avanzato la domanda di assistenza, secondo il modello di cui al facsimile riportato di seguito.

Il competente Servizio dell'Assessorato, dopo aver accertato la sussistenza dei requisiti previsti, autorizza il ricovero e l'esecuzione dell'intervento sanitario, la somministrazione dei farmaci, i controlli e le terapie necessarie sino ad un anno dalla dimissione. Le spese per gli interventi autorizzati saranno rimborsate dalla Regione direttamente all'Azienda, a seguito di presentazione di autocertificazione che attesti le prestazioni erogate ai sensi della Delib.G.R. n. 39/19 del 15.7.2008.

Nell'esaminare le richieste di assistenza, saranno tenuti in particolare considerazione i casi attinenti ai minori d'età. Il Servizio competente provvederà, inoltre, ad individuare la struttura sanitaria ritenuta più idonea all'esecuzione della prestazione.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

FAC SIMILE DI DICHIARAZIONE DA PARTE DEL SOGGETTO RICHIEDENTE L'INTERVENTO SANITARIO PER IL CITTADINO DI PAESE NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA

Alla Regione Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale

Via Roma, 223

09123 CAGLIARI

Il sottoscritto..... nato a il, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Ente/Associazione....., con sede a, codice fiscale/partita IVA n., dichiara che sosterrà tutte le spese relative al trasporto in Italia, all'ospitalità e al rientro nel paese di origine del cittadino straniero nato a il, residente a, per il quale viene richiesto a codesta Regione il ricovero per ragioni umanitarie.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza della normativa che regola la fattispecie in oggetto e che all'esecuzione dell'intervento sanitario non ne consegue l'iscrizione, né obbligatoria né volontaria, al Servizio Sanitario Regionale.

Luogo, data e firma

Via Roma n. 223 09123 Cagliari - tel +39 070 654155 fax +39 070 6065299 - sanita@regione.sardegna.it