



# CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

DICIASSETTESIMA LEGISLATURA

## PETIZIONE

N. 4/XVII

presentata

l'11 maggio 2026

ai sensi dell'articolo 103 del Regolamento interno del Consiglio regionale da:

- D. F. e più

avente a oggetto:

la richiesta di modifica del Regolamento di attuazione dell'Azienda sanitaria locale (ASL) di Sassari su delibera del Direttore generale n. 217 del 25 marzo 2025, per necessità comuni e richiesta di provvedimenti attuativi e/o legislativi per l'emanazione di un Regolamento di attuazione comune a tutte le ASL della Sardegna.

Segnalazione disapplicazione, ovvero incongruente e contraddittoria applicazione di legge e principi sovraordinati, con l'adozione del nuovo Regolamento per l'attuazione della legge regionale 23 luglio 1991, n. 26 (Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero) e successive modifiche e integrazioni, pubblicato nel sito dell'Area sociosanitaria locale (ASSL) di Sassari.

### AL CONSIGLIO REGIONALE

PREMESSO che:

- l'Associazione diritto alla salute F. Monagheddu, nata in data 23 agosto 2021, è stata fondata da componenti che hanno operato da oltre trenta anni nel settore della sanità e che opera nel terzo settore, quale Associazione di promozione sociale (APS). L'Associazione non ha scopo di lucro, si ispira ai principi costituzionali della solidarietà sociale e persegue finalità civiche e di utilità sociale, tramite attività di informazione e orientamento sui servizi sanitari del territorio e il diritto di accesso alle cure, a supporto dei pazienti sopra tutto indigenti e fruitori del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del Servizio sanitario regionale (SSR), si espone quanto segue:
  - il Regolamento di cui all'oggetto ha eliminato alcune prerogative precedenti in danno degli utenti pazienti spesso con gravi patologie e allo stesso tempo ha accresciuto la discrezionalità amministrativa rendendo di fatto, in alcuni casi, inaccessibile l'accesso e l'integrale fruizione dei contributi pubblici per usufruire di cure urgenti talvolta salvavita in Strutture sanitarie extra Regione, compromettendo il diritto primario alla salute, come sancito all'articolo 32 della Costituzione;
  - nel Regolamento, pubblicato nel sito dell'Area socio sanitaria locale (Assl) di Sassari, all'articolo 3 - Prestazioni di assistenza extra Regione - al punto 4 - Tariffe rimborsi - si legge:"(OMISSIS...) con le circolari protocollo n. 8746 del 07 aprile 2011, protocollo n. 4146 del 13 febbraio 2015, punto a), protocollo n. 20269 del 18 luglio 2024, l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, ha fornito ulteriori utili chiarimenti in ordine alla modalità di erogazione dei contributi stabilendo, tra l'altro, la possibilità di frazionare gli importi sulla base del reale tempo di permanenza dell'utente e degli accompagnatori, nella sede di ricovero e di cura, sull'eventuale pernottamento dell'accompagnatore presso tali strutture e sul pagamento o meno dei pasti. (articolo 17);

- osserviamo che tale proposito di frazionare gli importi, sulla base del reale tempo di permanenza dell'utente e degli accompagnatori in sede di ricovero e cura, è condivisibile purché si tenga conto delle disposizioni impartite dalla Struttura sanitaria extra regione, nei casi in cui l'utente debba soggiornare nei pressi dell'ospedale che lo ha in cura, con la finalità di ricevere assistenza tempestiva nel caso in cui si dovessero presentare complicanze derivanti dalla prestazione effettuata. A questo proposito citiamo la sentenza n.109 del 2024 del Tribunale del lavoro competente in materia, che ha visto la ASL soccombente. Il giudice ha sostenuto che comunque non si può ignorare la certificazione attestante la necessità della permanenza del paziente e degli accompagnatori nelle vicinanze dell'ospedale in attesa della visita di controllo, che ne deciderà o meno la dimissione e conclude affermando che spettano i contributi per le tre giornate successive alla dimissione dalla Struttura ospedaliera extra Regione nella misura di euro 90 a persona (contributo forfettario), mentre per gli altri giorni, spetta il contributo delle spese effettivamente sostenute e documentate. Questa decisione è confortata anche dalla giurisprudenza in merito (cfr. ex multis sentenza della Corte d'Appello di Sassari del 09 dicembre 2022) che inspiegabilmente non viene menzionata e, fatto ancor più grave, risulta che gli utenti non vengono informati in proposito;
- nel capitolo quarto intitolato "Percorso - attività e regole attuative", l'articolo 6 tratta di Accoglienza e Orientamento del paziente - Documentazione necessaria, indicato alla pagina 8 del Regolamento leggiamo: (OMISSIS...) la mancata indicazione da parte dell'utente di un indirizzo di e-mail o PEC personale non consentirà l'invio delle comunicazioni (formali) più celeri non utilmente effettuabili per posta ordinaria. Si evidenzia che non saranno accettate richieste trasmesse da indirizzi di posta elettronica o PEC diversi da quello personale, indicato dall'interessato al momento della domanda o in un momento successivo.". A tale proposito osserviamo che non tutti gli utenti possiedono un account di posta elettronica e/o di PEC e che, in realtà, non sono tenuti a dotarsene. Alcuni, per ovviare si rivolgono ad esercizi commerciali che si prestano a trasmettere le istanze ed il proseguimento delle pratiche;
- sempre nel capitolo quarto, a pagina 8, all'articolo 7.1 denominato "Valutazione della proposta sanitaria" leggiamo: la proposta di cure extra-Regione per essere ritenuta valida ed appropriata deve rispettare le vigenti normative e circolari; essere redatta da un medico specialista nella patologia specifica non, quindi, da un medico di medicina generale o da un pediatra di libera scelta (non specialista nella patologia specifica come richiesto dalla Regione Sardegna). Osserviamo in proposito che la legge parla di specialista e che la circolare regionale precisa: "competenti nella patologia specifica, senza escludere gli specialisti che svolgono attività di medicina generale.". Pertanto, ribadiamo che, per i pazienti in età pediatrica, la competenza sia in capo allo specialista in pediatria. Si consideri, per capire meglio l'illogicità della disposizione, il caso di un cardiologo, che svolge anche attività di medico generalista. Detta attività gli impedisce forse di compilare una proposta specialistica per avviare un paziente ad una struttura sanitaria specializzata in cardiologia, in Italia o all'estero? No di certo. Di più, spesso il minore è affetto da patologie, come nel caso di malattie rare, con esiti che interessano diverse branche specialistiche, dalla neurologia all'ortopedia, dall'oculistica all'otorino e così via; quanti specialisti si dovrebbero contattare per ottenere la proposta sanitaria? Il pediatra è l'unico in grado di valutare tutte le varie localizzazioni della malattia e, non a caso, i piccoli pazienti vengono indirizzati e seguiti in ospedali pediatrici polispecialistici quali l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e l'Istituto G. Gaslini di Genova. A sostegno di tale posizione, citiamo anche l'articolo 484 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) contenente l'elenco delle specialità mediche che, al punto 22 indica la pediatria quale specialità medica e sosteniamo che il pediatra non perda le prerogative proprie della specialità medica pediatrica nel momento in cui svolga attività di medicina generale;

- nel capitolo quarto del Regolamento, all'articolo 7.2 a pagina 9, - richiesta integrazione documentale leggiamo dal testo: "(OMISSIS...) la richiesta di documentazione verrà comunicata tramite mail o PEC, solo in subordine mediante raccomandata A/R. Osserviamo in questo contesto, che non tutti i pazienti possiedono account di posta elettronica o di PEC ed in realtà non sono tenuti a dotarsene.";
- di seguito nell'articolo 7.3, pagina 10 denominato "Esito della verifica sulla proposta sanitaria", leggiamo all'ultimo capoverso: "Non possono formare oggetto di autorizzazione le prestazioni sanitarie non erogate in regime di assistenza diretta. Restano, pertanto, escluse le prestazioni erogate in regime libero professionale ancorché intramoenia". Osserviamo al riguardo: per quanto attiene le prestazioni erogate in regime libero professionale, la concessione del rimborso andrebbe valutata caso per caso, appurando le ragioni che hanno determinato il ricorso alle stesse. Per quanto attiene l'intramoenia invece, non riusciamo a comprendere la limitazione espressa nel Regolamento e siamo curiosi di apprendere su quali argomentazioni si è basata la restrizione. La prestazione intramoenia è una prestazione medica, erogata da medici ospedalieri pubblici all'interno di strutture ospedaliere pubbliche del SSN. Essendo stata abrogata la forma indiretta sin dall'anno 1999, dette prestazioni rientrano a pieno titolo in quelle della forma diretta, l'unica sopravvissuta nelle aziende sanitarie pubbliche dopo il decreto Bindi e, pertanto, sono rimborsabili rientrando, anche, a differenza di quelle private, nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) seppur con un costo aggiuntivo. Le prestazioni intramoenia comprendono visite specialistiche o indagini diagnostiche, e servono a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni.
- all'articolo 8 denominato "Ricorso/Richiesta di riesame", a pagina 11 del Regolamento, terzo capoverso leggiamo: "L'istanza di riesame dovrà contenere i motivi e le circostanze di fatto sulla base dei quali si chiede una rivalutazione. Ai fini dell'accettazione della stessa dovrà essere prodotta necessariamente nuova integrativa documentazione/certificazione sanitaria a sostegno della propria istanza di richiesta di riesame. In caso contrario la richiesta non potrà essere presa in considerazione dal dirigente medico del distretto competente in materia". Osserviamo a questo proposito che, a volte, si riscontrano casi in cui il diniego e la conseguente richiesta di riesame derivino da errore e/o errata interpretazione ovvero travisamento dei fatti, da parte dell'Ufficio ricoveri extra regione. Pertanto, in tali casi il riesame stesso non necessita di nuova integrativa documentazione/certificazione sanitaria. Sempre nello stesso articolo 8, pagina 11, quinto capoverso leggiamo ancora: "L'analisi dell'istanza di riesame e dell'unita documentazione, da effettuarsi nell'ambito del distretto competente per il provvedimento impugnato è rimessa ad un dirigente medico diverso dal dirigente medico che ha espresso il parere nell'istanza originaria (...OMISSIS)". Facciamo su questo argomento due osservazioni, la prima è che seppur il dirigente medico che vaglia la richiesta di riesame è diverso dal dirigente medico che ha esaminato e cassato la prima istanza, appartiene, comunque, allo stesso distretto che ha dato il diniego e, a nostro avviso, anche se si è cercato in qualche modo di ovviare, il conflitto di interessi permane. Perciò sosteniamo che chi decide sulla richiesta di riesame debba essere estraneo al distretto. Quanto alla seconda osservazione riteniamo che, in analogia a quanto previsto circa la professionalità del medico specialista, deputato a formulare la proposta sanitaria per ottenere i benefici della legge di riferimento, per coerenza istituzionale e di legittimità, il riesame andrebbe affidato ad un dirigente medico competente per patologia. Ricordiamo che, per i ricoveri all'estero, la stessa legge affida la disamina della domanda di autorizzazione ad una commissione plurispecialistica, facendo di volta in volta intervenire il medico competente nella patologia di affezione. In ultimo, sempre al quinto capoverso dell'articolo 8, pagina 11 leggiamo che la decisione del dirigente medico, in sede di riesame "OMISSIS...) dovrà essere formalmente trasmessa al paziente entro e non oltre i successivi quindici giorni lavorativi, fatte salve inderogabili esigenze istruttorie, a mezzo PEC o raccomandata A/R". Osserviamo che la legge di riferimento, varata ai tempi delle Unità sanitarie locali (USL) gestite allora da un organo collegiale, indica che il Comitato di gestione dell'unità sanitaria lo-

cale, decide nei quindici giorni successivi senza specificare "lavorativi". Pertanto, il Regolamento attribuisce arbitrariamente all'amministrazione la possibilità di prendere più tempo per la risposta;

- PREMESSO ulteriormente che:
  - come tanti ricorderanno, perché lo hanno vissuto in prima persona, la maggior parte delle ASSL ed anche lo stesso Assessorato regionale competente in materia, negavano la diaria per il paziente e l'accompagnatore/i, a coloro che partivano in gravità ed urgenza, come se chi si trovasse in questa condizione dovesse essere punito, una decisione assurda non voluta dalla legge regionale. Tante lotte sono state fatte e diversi contenziosi andati a buon fine in tal senso. Poi la deliberazione della Giunta regionale, finalmente, ha messo rimedio a questa ingiustizia affermando che tale rimborso era dovuto. Il Regolamento dell'ASSL di Sassari però ha introdotto una limitazione, non riconoscendo l'applicazione retroattiva di questa deliberazione. Leggiamo l'articolo 9 del capitolo quarto denominato "Casi di comprovata necessità ed urgenza", alla pagina 11 del Regolamento, ultimo capoverso: Alla luce della deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2024 n. 51/44 (Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero. Contributi regionali di solidarietà. legge regionale 23 luglio 1991, n. 26, articolo 24. Indirizzi interpretativi e applicativi ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera a), della L.R. n. 31/1998) e solo a decorrere da tale data, il rimborso in questione riguarda sia le spese di viaggio sia il contributo di solidarietà per le spese di soggiorno previsto dall'articolo 24 della legge regionale.". Ribadiamo a questo proposito che la deliberazione della Giunta regionale riconosce un diritto, precedentemente negato, dalle ASSL e dall'Assessorato regionale per porre rimedio ad una arbitraria interpretazione della legge regionale legge regionale 23 luglio 1991, n. 26 (Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero);
  - pertanto, riconoscere agli utenti tale diritto solo a decorrere dalla data della citata deliberazione espone le Amministrazioni a nuove censure giudiziali;
  - l'articolo 12, a pagina 12 del Regolamento, denominato "Medici prescrittori", leggiamo: "Per espressa disposizione regionale (circolare dell'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale protocollo n. 8746 in data 07 aprile 2011 legge regionale n. 26 del 1991 - prestazioni di assistenza extra Regione), i medici prescrittori devono essere specialisti competenti nella patologia specifica (3); pertanto, ai fini della legge regionale. 26 del 1991 non possono svolgere tale funzione i medici del ruolo unico di assistenza primaria (medici di medicina generale e continuità assistenziale) ed i pediatri di libera scelta, i quali ultimi, sebbene specialisti per l'età pediatrica non lo siano in relazione alla patologia specifica, svolgendo funzioni di medico generalista per i pazienti in età pediatrica.". La citata indicazione regionale appare giustificata trattandosi di valutare prestazioni e patologie la cui complessità sia tale da richiedere il ricorso a strutture altamente specializzate in sede extraregionale, ma noi ripetiamo ciò che abbiamo già ribadito tante volte: la legge dice "specialista" e la circolare regionale precisa, "competenti nella patologia specifica" ma ciò è ragionevole per i pazienti maggiorenni, per quelli in età pediatrica sosteniamo che la competenza sia in capo allo specialista in pediatria;
  - ricordiamo che il pediatra è uno specialista a tutti gli effetti, dopo la laurea in medicina consegue una specializzazione di ben cinque anni nelle malattie dei bambini e non si può nemmeno immaginare che, assumendo l'incarico di medicina generale pediatrica, perda la specializzazione. "Ricordiamo, altresì, che nel decreto del Presidente della Repubblica del 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) in cui sono elencate tutte le specialità mediche, al punto 22 viene contemplata anche la pediatria come specialità medica. Da evidenziare, ancora, che la maggior parte delle patologie di cui sono affetti i piccoli pazienti in-

teressano molteplici branche specialistiche quali la neurologia, l'ortopedia, l'oculistica, etc.. Quanti specialisti si dovrebbero contattare per ottenere altrettante proposte sanitarie quante sono le localizzazioni della malattia? Per capire meglio l'illogicità di tale limitazione facciamo l'esempio di un cardiologo che svolge anche attività di medico di medicina generale, detta attività lo inibisce forse dal compilare la proposta specialistica per avviare un paziente fuori regione? Assolutamente no e, per la stessa identica ragione, anche il pediatra di libera scelta deve essere autorizzato a relazionare e redigere la proposta specialistica prevista dalla legge;

- l'articolo 15, a pagina 14 del Regolamento, denominato "Procedure per la liquidazione dei contributi" al primo capoverso recita: "Per ottenere i benefici previsti dalla legge regionale n. 26 del 1991 e successive modifiche e integrazioni nel rispetto delle indicazioni di cui alle circolari esplicative della Regione autonoma della Sardegna (RAS) Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale n. 8117/14s del 02 agosto 1993, n. 8746 del 07 aprile 2011, n. 5246 del 13 febbraio 2015, n. 20269 del 18 luglio 2024 ed alla deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2024. n. 5144 (Prestazioni di assistenza indiretta nel territorio nazionale e all'estero. Contributi regionali di solidarietà. Legge regionale 23 luglio 1991, n. 26, art. 24. Indirizzi interpretativi e applicativi ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera a), della L.R. n. 31/1998) (OMISSIS...)";
- non siamo riusciti a trovare la circolare n. 8117/14s del 02 agosto 1993, nemmeno nel sito regionale dedicato;
- riguardo alla circolare n. 8746 del 07 aprile 2011 a firma dell'Assessore Liori, ripresa in seguito dalla circolare n. 20269 del 28 luglio 2024 a firma del Dottor Piras, leggiamo nella parte dedicata alla liquidazione delle pratiche che "Nelle giornate in cui non si eseguono prestazioni sanitarie (es. sabato e domenica), si ritiene che le situazioni vengano valutate a seconda dei casi e che i contributi di soggiorno possano essere estesi, a quegli utenti che, per particolari condizioni di salute, non possano fare rientro in sede (OMISSIS...)". Orbene, facciamo notare che, innanzitutto, gli utenti che eseguono le terapie per l'intera settimana, con pausa sabato e domenica, sono prevalentemente pazienti oncologici, provati da radioterapia e chemioterapia o da entrambe contemporaneamente, con conseguente abbassamento delle difese immunitarie ed obbligarli a ritornare in Sardegna per un giorno e mezzo, sarebbe deleterio per la loro salute. In più, la spesa sostenuta per il viaggio A/R del paziente e dell'accompagnatore, incide più pesantemente sul bilancio dell'Azienda, molto più della diaria giornaliera. Ma la circolare del Dottor Piras n. 20269 del 18 luglio 2024 va ancor oltre, citando una recente pronuncia giurisprudenziale, non ben specificata, dove si affermerebbe, sempre a riguardo dei periodi in cui non si effettuano terapie, che "tale eccezione deve essere letta in termini restrittivi e nessun valore debba riconoscersi alla certificazione medica in atti, attestante l'indispensabilità del trasferimento e della permanenza fuori regione per un periodo eccessivamente lungo (OMISSIS...)". Citeremo noi, a questo proposito, la sentenza n. 109 del 07 marzo 2024 emessa dal Tribunale del lavoro di Sassari. Il giudice ribadisce, al contrario di ciò che è stato affermato nella circolare, che non si può ignorare la certificazione attestante la necessità della permanenza del paziente e dell'accompagnatore/i nel luogo di cura, nei periodi intermedi tra una prestazione e l'altra e conclude affermando che spettano, quindi, i contributi per le tre giornate successive alla prestazione effettuata nella misura di euro 90,00 a persona (contributo forfettario), mentre, per gli altri giorni spetta il contributo delle spese effettivamente sostenute e documentate. Poiché la legge non dispone mai in ordine alla documentazione delle spese, possiamo affermare perciò che le errate ed illegittime interpretazioni riportate dal Regolamento in esame esportano l'Amministrazione a nuovi contenziosi e a nuove censure giudiziali;
- richiamiamo le circolari della RAS chiamate in causa nell'articolo 15 a pagina 14 del Regolamento in parola come la n. 4146 del 13 febbraio 2015 a firma del Dottor Tidore. Rileviamo che la stessa viene citata con riguardo alla sola lettera a), dato che le altre prescrizioni, ivi impartite alla lettera b) e c), non sono vigenti in quanto cassate e disapplicate dalla recente giurisprudenza. Citiamo fra le altre la sentenza del Tribunale del lavoro di Sassari n. 206 del 19 di-

cembre 2021 e la sentenza n.109 del 07 marzo 2024. Sottolineiamo, a questo proposito, che permanendo detta circolare tra gli atti di riferimento per guidare gli utenti, si espone l'Amministrazione a nuovi contenziosi e a nuove censure giudiziali come già affermato precedentemente. Concludendo, sono state menzionate circolari che o perché cassate in tribunale o perché superate da delibere regionali successive, non sono più in essere e che, tra l'altro, trattandosi di risposte a vari quesiti posti dalle varie ASL, poi ATS e infine dalle ASSL, hanno indotto le suddette ad agire in modo diverso l'una dall'altra, nella confusione più totale a discapito degli utenti. A ciò aggiungiamo anche le varie ASSL che agiscono autonomamente ed il quadro è completo un esempio: per anni ASL, ATS e infine ASSL, seguendo anche questa circolare del 2015, hanno negato la diaria a coloro che partivano in gravità e urgenza in aereo militare o elisoccorso del 118, su decisione, fatto ancora più grave, della stessa Struttura sanitaria sarda presso cui erano ricoverati i pazienti. In seguito, la deliberazione regionale n. 52/44 del 2024, anch'essa, citata nell'articolo 15 che stiamo esaminando, interpretando correttamente il dettato normativo della legge regionale n. 26 del 1991, riconosce finalmente, il diritto alla diaria. Però si badi bene, nonostante si tratti di un errore perpetuato negli anni, ora l'ASSL di Sassari afferma che non ha valore retroattivo, posizione inaccettabile;

- queste sono solo alcune delle incongruenze sulle quali si basa questo Regolamento; perciò, è auspicabile quanto più volte richiesto dalla nostra Associazione alle autorità competenti, ovvero di adottare un regolamento comune a tutte le ASSL della Sardegna, nel rispetto dei diritti sanciti dalla legge regionale n. 26 del 1991, che pur se datata e da riformare, era stata redatta con criterio ed equilibrio. Osserviamo, altresì, che sempre all'articolo 24 della legge regionale non si fa distinzione tra le spese di viaggio e le spese di soggiorno affermando che: "La Regione concorre alle spese del soggiorno del paziente non ospedalizzato e dell'eventuale accompagnatore, connesse con le prestazioni sanitarie erogabili al di fuori del territorio regionale", da questa affermazione si apprende che, una volta autorizzato l'accompagnatore/i ha diritto di ottenere il rimborso del viaggio e della diaria. Tutto ciò che abbiamo evidenziato è supportato anche dalla sentenza del Tribunale del lavoro di Sassari n. 704 del 2022. Come abbiamo ampiamente rappresentato e diffuso nei canali di informazione e nei social, nel Regolamento redatto dalla ASSL di Sassari, si dispongono adempimenti non conformi alla lettera della legge regionale. In altri casi si impone l'applicazione delle stesse circolari regionali nelle parti viziate da illegittimità acclarata dalla giurisprudenza formatasi sull'argomento. Prendiamo in esame l'articolo 15.1 intitolato "Documentazione", a pagina 15 del Regolamento, dove al punto 5, si richiede tra gli altri documenti utili per ottenere il rimborso, la dichiarazione sulla costante presenza dell'accompagnatore/i presso la Struttura sanitaria extra regione, ritenuta, da chi ha effettuato la stesura del Regolamento, indispensabile per ottenere la diaria per tutto il periodo di cura fuori Regione. Senza la certificazione rilasciata in proposito dall'ospedale che ha effettuato le cure, si afferma che: "Il contributo di soggiorno verrà erogato per la sola giornata di presenza nel giorno di dimissione del paziente e dell'eventuale giornata precedente la prestazione, se già in loco.". Evidenziamo, a questo proposito, che la legge n. 26 del 1991 chiede, esclusivamente, l'attestazione del periodo di degenza o di trattamento. Pertanto, la pretesa indicata nel Regolamento è arbitraria. Anche la Direzione sanitaria del Bambin Gesù di Roma ha evidenziato questo problema, rifiutandosi di compilare tale dichiarazione. Questo principio è stato confermato ed acclarato, altresì, nelle sentenze attinenti in cui si legittima il pagamento delle provvidenze di legge a tutti i soggetti autorizzati dalle ASSL, senza distinzioni di sorta, sentenza n. 704 del 2022 sempre riguardo all'articolo 15, intitolato "Documentazione", il punto 6 a pagina 15, leggiamo: "Con particolare riferimento ai soggiorni di lunga durata è facoltà della ASSL di richiedere la documentazione relativa all'alloggio degli accompagnatori, non per la quantificazione del contributo di soggiorno (che segue il sistema della diaria giornaliera ad importo fisso), ma solo quale elemento di conferma dell'avvenuto soggiorno fuori sede, della sua durata e dell'esistenza di una spesa di soggiorno ai fini del contributo di cui al successivo articolo 17. In caso di fruizione, a vario titolo, di alloggio gratuito, mancando la

spesa per il pernottamento, potrà essere fornito il solo contributo (mezza diaria) previsto per i pasti, secondo quanto previsto alla circolare n. 8756 del 07 aprile 2011.". Orbene la legge regionale n. 26 del 1991 all'articolo 24 (Contributi per le spese di soggiorno) recita: "La Regione concorre alle spese di soggiorno del paziente non ospedalizzato e dell'eventuale accompagnatore connesse con le prestazioni sanitarie erogabili al di fuori del territorio regionale (...OMISSIS).", utilizzando una terminologia generica "spese di soggiorno", per elargire la provvidenza spettante. Non indica la necessità di documentare le spese sostenute, ma riconosce un contributo solidaristico che prescinde dall'effettivo onere sostenuto per curarsi fuori Regione;

- quanto poi alla circolare n. 8746 del 07 aprile 2011, che dovrebbe confermare tale tesi, dobbiamo far notare che nella circolare ci si riferisce sì alla mezza diaria, ma per quegli utenti che si recano fuori Regione in giornata, e ciò è condivisibile poiché non si effettua il pernottamento, nonché per gli accompagnatori di minori che vengono ricoverati nella Struttura ospedaliera pagando i pasti. Sarebbe invece opportuno citare la circolare n. 20269 del 18 luglio 2024 a firma del Dottor Piras, già menzionata precedentemente nel Regolamento, dove si afferma che: "(OMISSIS...)" si rileva che dal dettato normativo si evince chiaramente che il contributo consistente in una diaria giornaliera, deve proprio in quanto diaria, essere corrisposto in misura fissa e forfettaria, non rileva invero, la modalità attraverso la quale, il paziente e l'eventuale accompagnatore, reperiscono e/o godono dell'alloggio.". Rileviamo che il Regolamento in esame appare come un collage di informazioni non rispettose delle normative sancite dalla legge regionale n. 26 del 1991, che segue circolari regionali che dicono tutto ed il contrario di tutto, alcune anche cassate dalla giurisprudenza. L'articolo 17, intitolato "Contributo per spese di soggiorno", che troviamo a pagina 16 del Regolamento, per renderlo più accessibile lo divideremo in due parti. Leggiamo dunque, al primo capoverso: "L'articolo 24 della legge regionale n. 26 del 1991, stabilisce che: "La Regione concorre alle spese di soggiorno del paziente non ospedalizzato e dell'eventuale accompagnatore connesse con prestazioni sanitarie (OMISSIS...)". Tale misura economica si configura come contributo solidaristico che, presuppone innanzitutto l'esistenza di tale spesa, nonché la compartecipazione alla stessa da parte del richiedente, per tanto non ricopre necessariamente la totalità delle spese sostenute per il soggiorno (vitto e alloggio). Detta affermazione si palesa difforme da quella letterale ed aggiuntiva di oneri documentali contrastanti con la finalità della provvidenza (diaria uguale rimborso forfettario) previsto dalla legge e dalla circolare n. 20269 del 18 luglio 2024 firmata dal Dottor Stefano Piras. Il contesto nel quale il legislatore utilizza il termine contributo autorizza l'interpretazione del significato dello stesso in aiuto, sostegno, collaborazione, partecipazione, apporto. Pertanto, gli assistiti sono tenuti a documentare, oltre l'avvenuta prestazione presso le strutture sanitarie autorizzate, le sole date di andata e ritorno e le spese per il viaggio. Al secondo capoverso si afferma che: "(...OMISSIS) il contributo per le spese di soggiorno spetta per ciascuna delle giornate nelle quali il paziente ha ricevuto prestazioni sanitarie attestate da apposita certificazione della Struttura sanitaria extra regionale" e su questo niente da eccepire, tranne che, questa affermazione pare in netto contrasto con quella fatta successivamente, in cui si asserisce che nessun valore può riconoscersi alla certificazione medica in atti attestante l'indispensabilità del trattamento e della permanenza fuori regione per un periodo di tempo eccessivamente lungo. Sembra veramente assurdo che la Struttura sanitaria extra regione che ha in cura il paziente, a seguito di regolare autorizzazione della ASSL sarda, debba vincolare il proprio operato, secondo le limitazioni di chi non ha in cura il paziente ed ignora le sue attuali condizioni di salute. Ci chiediamo chi si arroga il potere di valutare i tempi di permanenza? In base a quale criterio? Nel momento in cui la Struttura sanitaria extra regione prende in carico un paziente, è responsabile della sua salute e il suo fine è la sua guarigione e può prescrivere tutti i trattamenti necessari per ottenere lo scopo prefisso e può altresì sempre per il conseguimento della salute dell'assistito, per situazioni cliniche che si presentano di volta in volta, nel corso del trattamento, trattenerlo in loco, nei pressi dell'ospedale per monitorar-

lo costantemente, in dimissione protetta o meno, fino a guarigione o almeno fino alla stabilizzazione e/o remissione dei sintomi. Questi contenuti, espressi nel Regolamento, esulano dalle disposizioni di legge e contrastano col significato di contributo consistente in aiuto, sostegno, collaborazione, partecipazione, apporto;

- ritornando all'esame dell'articolo 17 denominato " Contributo per le spese di soggiorno", nel quarto capoverso, alla pagina 16, leggiamo: "Tuttavia è rimessa alla valutazione del distretto autorizzante la possibilità di estendere la diaria di soggiorno al fine settimana tra una prestazione e la successiva, per quegli utenti che, per particolari condizioni di salute, non possono fare rientro in sede.". Innanzitutto, evidenziamo la contraddizione: se si afferma che i pazienti non possono fare rientro, il fine settimana, per problemi di salute, con tanto di certificato medico che lo attesta, non è accettabile che il distretto possa sindacare sulla decisione di chi ha la responsabilità della salute del paziente. Come abbiamo più volte rimarcato, i pazienti che effettuano le terapie per l'intera settimana, con pausa il sabato e domenica, sono pazienti oncologici, che effettuano chemioterapia o radioterapia o addirittura entrambe per tutta la settimana. Farli ritornare in Sardegna, in realtà per un giorno e mezzo, sarebbe oltremodo deleterio per la loro salute e più gravoso per le casse pubbliche, tenute a rimborsare il viaggio invece della diaria. Inoltre, nel successivo capoverso, il quinto, si afferma che non può essere superato il limite massimo di n. 3 giorni consecutivi tra una prestazione e l'altra; concordiamo con la limitazione dei tre giorni consecutivi tra una prestazione e l'altra purché si tenga conto dei casi in cui la Struttura sanitaria extra Regione, ripetiamo, la sola responsabile della salute del paziente, disponga la permanenza dello stesso e dell'accompagnatore, nei pressi del nosocomio fino a dimissione definitiva. Citiamo, a questo proposito la sentenza n. 109 del 07 marzo 2024 del Tribunale del lavoro, nella quale il giudice ribadisce che non si può ignorare la certificazione attestante la necessità della permanenza del paziente e dell'accompagnatore nei pressi dell'ospedale (vedi a questo proposito anche il settimo capoverso dove si sostiene esattamente il contrario) e conclude affermando che spettano i contributi per le tre giornate successive alle prestazioni effettuate nella misura di euro 90,00 a persona (contributo forfettario) mentre per gli altri giorni spetta il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate. Sempre all'articolo 17 a pagina 17, nel nono capoverso, leggiamo: "In tali casi, richiamando la natura del contributo quale concorrenza alle spese da parte della Regione la ASL, ai fini della valutazione in questione, è legittimata ad acquisire da parte del richiedente la documentazione inerente alle spese di soggiorno per le quali viene richiesta la compartecipazione ed il contributo (numero di diarie computabili) non dovrebbe in alcun caso superare la spesa effettivamente sostenuta.". Rimarchiamo ancora una volta che tutte queste elaborazioni sono arbitrarie, non conformi alla normativa che afferma "diaria uguale rimborso forfettario" ed è in contrasto con lo spirito della stessa legge e col significato di contributo consistente in aiuto, sostegno, collaborazione, partecipazione, apporto. Il decimo capoverso dell'articolo 17 infine recita: "Qualora non sia possibile fare rientro in Sardegna il giorno della dimissione (o dell'ultima prestazione ricevuta) per tale giornata sarà corrisposta la giornata per intero, nulla sarà invece dovuto per la giornata successiva.". Osserviamo che se la partenza per il rientro avviene nel pomeriggio del giorno successivo la prestazione per motivi logistici non imputabili al paziente, egli avrà diritto al 50 per cento del valore della diaria.
- L'articolo 18 denominato "Anticipazioni per cure extra Regione in Italia e all'estero", situato a pagina 17 e 18 del Regolamento, leggiamo al terzo capoverso "Possono essere concesse anticipazioni nelle seguenti misure:1) solo per cure all'estero spese sanitarie nella misura massima del 70 per cento;2) spese di viaggio e/o trasporto nella misura massima del 70 per cento. Per accedere all'anticipazione sul contributo, l'assistito dovrà produrre: a) preventivo delle spese sanitarie redatto dalla Struttura sanitaria (solo per le cure all'estero); b) preventivo per prestazioni libero professionali redatto dal medico prescelto (solo per le cure all'estero); c) preventivo spese viaggio e trasporto; d) proposta medico specialistica presentata per ottenere

l'autorizzazione con la durata presunta della degenza o del trattamento curativo (...OMISSIS).".

Premesso che l'anticipazione può essere richiesta sia per cure in Italia che all'estero e che può riguardare sia le spese del viaggio (per l'Italia e per l'estero) nella percentuale massima del 70 per cento della spesa rimborsabile, sia per le spese sanitarie che per le prestazioni libero professionali (solo per l'estero, come giustamente specificato), non viene menzionato però il fatto che l'anticipazione può essere richiesta anche per le spese di soggiorno, come evidenziato nell'articolo 24 della legge regionale n. 26 del 1991 che tratta appunto di "Contributi per spese di soggiorno". Leggiamo ai commi 5 e 6 dell'articolo 24: "5. Il contributo è erogato per il 50 per cento anticipatamente. Per la quota residua dietro presentazione della certificazione sanitaria rilasciata dal presidio che ha erogato le prestazioni attestanti il periodo di degenza o di trattamento. 6. Il provvedimento di rigetto dell'istanza deve essere motivato.". Rimarchiamo perciò che nell'elenco che abbiamo su riportato, riguardante le circostanze per ottenere anticipazioni, non si fa cenno al diritto di ottenere anche l'anticipazione, nella misura del 50 per cento, per le spese di soggiorno da sostenere. Sentenza riguardante la negazione della diaria al secondo accompagnatore. Parliamo della sentenza n. 882 del 2022, andata a compimento il 26 giugno 2025. Il giudice afferma che nessuna norma dia facoltà all'azienda sanitaria, una volta autorizzato un secondo accompagnatore, di limitare rimborsi e contenuti che si devono erogare. l'articolo 24 della legge regionale n. 26 del 1991 infatti, si limita a regolare i rapporti economici tra ASL e Regione e, nell'ipotesi della particolare affezione del paziente che necessita di due accompagnatori, una volta che la Regione li abbia autorizzati, deve versare il contributo per entrambi. Se lo versasse per un solo accompagnatore dopo averlo autorizzato, la lettura della disposizione sarebbe irragionevole, venendosi a creare una disparità tra numero di accompagnatori e numero di aventi diritto al rimborso delle spese di soggiorno. A seguito di ciò che ha sentenziato il giudice, si deve contestare il penultimo capoverso dell'articolo 17 del Regolamento, dove si afferma che: "Qualora la ASL abbia autorizzato un accompagnatore per il periodo di degenza/soggiorno ai sensi dell'articolo 24 della legge, può comunque prevedere che per le esigenze del viaggio (evidentemente differenti da quelle della degenza o del soggiorno nel luogo di cura) sia riconosciuto un secondo accompagnatore a sensi dell'articolo 9 della legge, specificandolo nel provvedimento di autorizzazione.". In questo caso specifico è evidente che per tale secondo accompagnatore si può procedere al solo rimborso del viaggio e non al contributo di soggiorno, non essendo autorizzato ai fini della permanenza durante le prestazioni. Per tutto ciò che abbiamo premesso, confortati anche dalla giurisprudenza in materia, affermiamo che, qualora l'accompagnatore sia stato richiesto dalla Struttura sanitaria extra Regione ed autorizzato dalla ASSL, fosse anche solo per il viaggio di rientro, in assistenza a pazienti operati e perciò estremamente debilitati nel far ritorno in Sardegna, deve aver diritto alla diaria del giorno in cui presta assistenza. Lo stesso dicasi per l'accompagnatore che arriva a prestare assistenza a metà ricovero, o per il consenso informato o per altre esigenze di salute dell'assistito, sempre certificate dalla struttura sanitaria ed autorizzate dalla ASSL. All'ultimo capoverso dell'articolo 17 si precisa ancora: "Nel caso di ricovero autorizzato con un solo accompagnatore (o uno solo per la degenza), dei due effettivamente presenti, si dovrà tenere conto, come accompagnatore autorizzato di quello che assiste più assiduamente il paziente pernottando in ospedale. Indubbiamente non esiste il rimborso per un secondo accompagnatore, non richiesto, non autorizzato e quindi non necessario. Al contrario, se invece il secondo accompagnatore è stato richiesto e autorizzato perché necessario, allora ha gli stessi diritti (viaggio e diaria) del primo accompagnatore. Per concludere si contestano, pertanto, fermamente le affermazioni contenute in questo articolo citando la consolidata giurisprudenza al riguardo.

- di seguito alcune sentenze: sentenza n. 206 del 2021; sentenza n. 286 del 2016; sentenza n. 468 del 2016; sentenza n. 388 del 2018; sentenza n. 881 del 2022. Che dire? I fatti e le sentenze di merito parlano chiaro, ciò che non è chiaro è come si fa a perseverare nell'errore,

disattendendo la legge e dando efficacia prevalente alle circolari amministrative regionali, interpretando erroneamente l'articolo 9 della legge regionale n. 26 del 1991, correttamente interpretato da altre sentenze del Tribunale del lavoro: che affermano che il legislatore non ha fatto nessuna differenza tra il primo e il secondo accompagnatore in ordine al rimborso della spesa di soggiorno.

Per tutti questi motivi già più volte segnalati alle ASSL competenti, con varie comunicazioni, da parte dell'Associazione diritto alla salute F. Monagheddu e dagli associati, si deposita la presente Petizione per richiedere la modifica del regolamento predetto e l'emanazione di uno nuovo Regolamento comune a tutte le ASSL della Sardegna con i correttivi necessari per superare le criticità segnalate di cui sopra.

F.to D. F. e più

per copia conforme  
IL CAPO SERVIZIO ASSEMBLEA

