

Informazioni generali

Con il D.Lgs. 4 marzo 2014 n. 38 è stata data attuazione in Italia alla Direttiva 2011/24/UE concernente l'Assistenza Sanitaria Transfrontaliera nei paesi membri dell'UE. Con il provvedimento della G.P. n. 1171 del 14 luglio 2014 sono poi state emanate le prime direttive provinciali per applicare tale nuova forma di assistenza nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale.

In cosa consiste: l'assistenza sanitaria transfrontaliera è una **forma di assistenza indiretta**; essa consente ai cittadini "assicurati" di fruire di una prestazione sanitaria in uno stato membro diverso da quello di affiliazione, sostenere direttamente le relative spese e richiedere, secondo le modalità e limiti di seguito indicati, il **rimborso delle spese sanitarie sostenute**. Le prestazioni fruite devono essere incluse nei Livelli di Assistenza garantiti nello stato membro di affiliazione, il rimborso può essere parziale rispetto alla spesa effettivamente sostenuta ed in alcuni casi la possibilità di avvalersi dell'assistenza transfrontaliera può essere subordinata ad una preventiva autorizzazione da parte dell'istituzione competente.

Il contesto normativo: le disposizioni sulla transfrontaliera si sono contestualizzate nella pre-esistente regolamentazione comunitaria (Reg. CE 883/2004 e 987/2009) che continua ad essere vigente. I regolamenti comunitari succitati già garantiscono infatti alle persone assicurate di fruire dell'assistenza sanitaria nel corso di un temporaneo soggiorno in un altro Stato UE sia in forma diretta che in forma indiretta nonché forme di copertura sanitaria più "strutturata" per lavoratori di diritto italiano e loro familiari (S1/E106/E109), pensionati di diritto italiano e loro familiari (S1/E121) residenti in altro paese membro.

Aventi Diritto

Genericamente per cittadino "assicurato" s'intende il **cittadino RESIDENTE in Provincia Autonoma di Trento ed iscritto al Servizio Sanitario Provinciale**. Esistono peculiari casi di esclusione (es. cittadini residenti ed iscritti al servizio sanitario nazionale ma con oneri a carico altra cassa mutua straniera).

Concorso alla spesa

La transfrontaliera può essere fruita **solo in Paesi della UE** (sono esclusi quindi i paesi SEE e la CH). I costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa di tale forma di assistenza sono rimborsati se la prestazione erogata è **compresa nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**. Non è quindi estesa alle prestazioni offerte nell'ambito dei **livelli aggiuntivi di assistenza provinciale**. Le tariffe applicate per il rimborso sono quelle provinciali vigenti; in particolare per l'assistenza ospedaliera viene applicato il livello tariffario fissato per l'Ospedale di Rovereto. **Non sono rimborsabili spese accessorie per viaggio, soggiorno, alloggio o similari**.

Sono inoltre esclusi i rimborsi in transfrontaliera per i seguenti servizi, ancorché ricompresi nei LEA:

- servizi assistenziali di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine;
- assegnazione e accesso agli organi ai fini dei trapianti d'organo;
- programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose, volti esclusivamente a proteggere la salute della popolazione nel territorio nazionale, e subordinati ad una pianificazione e a misure di attuazione specifiche (fatta eccezione per quanto previsto dal capo IV del D.Lgs 38/2014).

NB: Per talune prestazioni la possibilità di avvalersi della ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA è subordinata ad una PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE da parte di APSS (vedi sotto).

Domanda di verifica, di autorizzazione e di concorso alla spesa

Per accedere alla assistenza transfrontaliera sono previste:

1. una domanda di verifica: la persona assicurata che intende avvalersi dell'assistenza e del conseguente rimborso presenta apposita domanda ad APSS affinché sia verificato se la medesima prestazione debba essere sottoposta ad autorizzazione preventiva. **Il termine per riscontrare tale domanda di verifica è di 10 giorni.** La domanda di verifica ad esito positivo s'intende anche quale richiesta di autorizzazione preventiva.

2. una domanda di autorizzazione: la persona assicurata che intende avvalersi della assistenza e del conseguente rimborso deve presentare apposita domanda di autorizzazione preventiva che può essere accettata o negata. La domanda di autorizzazione preventiva deve essere corredata da certificazione medica e deve recare almeno l'indicazione diagnostica o terapeutica, la prestazione sanitaria di cui si intende usufruire ed il luogo prescelto per la prestazione nonché il prestatore di assistenza sanitaria. **Il termine per riscontrare la domanda di autorizzazione è di 30 giorni** (ridotto a 15 giorni nei casi di particolare urgenza, che devono essere adeguatamente motivati nella domanda di autorizzazione). E' competente a ricevere le predette domande il **Distretto Sanitario Centro Nord – Ufficio Alta specializzazione** che mette a disposizione anche i relativi formulari per presentare la stessa.

Quando <u>serve</u> autorizzazione preventiva ?	Quando è <u>negata</u> l'autorizzazione preventiva?
→ quando l'assistenza sanitaria comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte.	→ 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.
→ quando l'assistenza sanitaria richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, comprese quelle utilizzate nella diagnostica strumentale.	
→ quando l'assistenza sanitaria richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione.	→ quando, in base ad una valutazione clinica, il paziente o il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a un rischio per la sua sicurezza.
→ quando l'assistenza sanitaria è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza.	→ quando 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...

3. una domanda di rimborso: la persona assicurata che intende avvalersi dell'assistenza transfrontaliera e del conseguente rimborso deve presentare apposita **domanda di rimborso entro 60 giorni dalla erogazione della prestazione** allegando originale della certificazione medica e della fattura quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria. Il rimborso viene erogato a seguito di apposito procedimento amministrativo entro 60 giorni dal ricevimento della domanda.