

ABCDEDIRITTI. TUTTI I TUOI DIRITTI IN UNA SOLA APP.
SCARICALA DA **GOOGLE PLAY** O **APP STORE**.



ABCDEDIRITTI. Per tutti. Tutti i giorni.

FP
CGIL

ASSISTENZA SANITARIA IN AMBITO EUROPEO E RIMBORSI: LA GUIDA

Prestazioni sanitarie coinvolte

Sono coinvolte tutte le prestazioni sanitarie prestate da professionisti sanitari al fine di valutare, mantenere o ristabilire lo Stato di salute dei pazienti, compresa la prescrizione, la somministrazione e la fornitura dei medicinali e dei dispositivi medici.”

Per paziente si intende qualsiasi persona fisica che fruisce o chiede di fruire assistenza sanitaria in uno Stato membro dell'UE. Il prestatore di assistenza sanitaria è qualsiasi “persona fisica o giuridica che presta legalmente assistenza sanitaria nel territorio di uno Stato membro dell'UE”. In ogni Stato dell'UE l'assistenza sanitaria viene resa, ovviamente, nel rispetto delle norme locali (nazionali) oltre che di quelle europee. I prezzi dell'assistenza resa a cittadini stranieri devono però essere analoghi a quelli praticati ai propri cittadini.

I prestatori di assistenza sanitaria devono fornire informazioni affinché i pazienti possano compiere scelte consapevoli sulle opzioni terapeutiche, sulle prestazioni sanitarie e sui costi, fornendo anche fatturazioni chiare e trasparenti.

Sono escluse:

- prestazioni di servizi assistenziali di lunga durata (assistenza quotidiana);
- pratiche di assegnazione e accesso agli organi ai fini dei trapianti d'organo;
- programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

Come fare per le cure urgenti (se si è già all'estero)

In questo caso l'assistenza sanitaria è fruibile rivolgendosi ad un prestatore sanitario pubblico (ospedale, ambulatorio, etc.) ed esibendo la tessera sanitaria denominata Team -tessera europea di assicurazione malattia.

A fronte della prestazione va pagato l'eventuale compenso stabilito dal Paese straniero (il nostro ticket), a meno che non si sia esenti (per esempio i pensionati che rientrano nei criteri fissati dal regolamento CE n. 883/2004).

Eventuali spese di ticket non sono rimborsabili.

La tessera TEAM non copre l'assistenza sanitaria privata né i costi delle cure programmate.

Per le cure programmate

Specificatamente disciplinate dalla Direttiva 24/2011 e dal D.lgs.38/2014 e rientranti nella cosiddetta “assistenza indiretta”, sono le prestazioni sanitarie -analisi, diagnosi, cure specializzate, operazioni- che il paziente può scegliere di fare all'estero, in strutture pubbliche oppure private a patto che siano riconosciute dal sistema sanitario italiano (SSN).

Per alcune prestazioni sanitarie occorre l'autorizzazione preventiva rilasciata dalla ASL di residenza.

Presso le stesse ASL è possibile chiedere se essa è necessaria, inoltrando un modulo al quale dev'essere data risposta entro 10 giorni.

Se la risposta è affermativa il modulo diventa automaticamente richiesta di autorizzazione preventiva.

I costi della prestazione vengono sempre anticipati dal paziente; se è stata ottenuta l'autorizzazione preventiva, è poi possibile ottenerne anche il rimborso, totale o parziale (a seconda dei casi).

A seconda della legislazione regionale, potrebbe essere ottenibile anche il rimborso del viaggio e dell'accompagnamento.

La fonte di informazioni è la ASL di residenza, dove presentare la richiesta di autorizzazione preventiva.

Per le cure di assistenza diretta fruibili solo presso strutture pubbliche o private convenzionate quando i tempi di attesa nel proprio Paese sono inadeguati rispetto alle esigenze terapeutiche, il pagamento avviene invece in modo diretto da parte del sistema sanitario italiano (SSN).

Occorre comunque l'autorizzazione preventiva da parte della ASL (Modello E112) e dovranno essere pagati, nel caso, eventuali ticket sanitari e le spese di viaggio.

Sono le ASL che devono informare il paziente su quale percorso (assistenza diretta o indiretta) debba essere intrapreso e se la cura rientra in ambedue consigliare quello più vantaggioso per il paziente.

Controlli successivi

Il cittadino che abbia ricevute cure all'estero per le quali siano necessari controlli medici successivi può ottenerli in Italia o nello Stato estero.

In quest'ultimo caso però deve munirsi di un'ulteriore specifica autorizzazione preventiva da parte della ASL.

Autorizzazione preventiva

Per fruire di cure programmate all'estero, e soprattutto per essere rimborsati delle relative spese, occorre un'autorizzazione preventiva della ASL territorialmente competente.

In termini generali l'autorizzazione serve per le cure programmate, cioè prescritte anticipatamente o eseguite secondo una determinata terapia.

Più nello specifico, la legge prevede che l'autorizzazione preventiva serva quando la cura:

- comporti il ricovero del paziente per almeno una notte, oppure
- richieda l'utilizzo di infrastrutture o apparecchiature mediche altamente specializzate e costose (comprese quelle della diagnostica strumentale), oppure
- comporti un rischio particolare per il paziente o la popolazione, oppure è resa da un prestatore che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni riguardo la qualità e sicurezza dell'assistenza.

Va precisato che l'autorizzazione preventiva NON impedisce al paziente di fruire delle cure all'estero ma preclude la possibilità di ottenere il rimborso delle relative spese.

La ASL a dare al paziente informazioni circa la necessità dell'autorizzazione.

Si presenta una domanda ed entro 10 giorni la ASL comunica l'esito.

Se positivo -ovvero se l'autorizzazione serve- la domanda già presentata diventa richiesta di autorizzazione.

Come si ottiene

La domanda per la richiesta di autorizzazione preventiva va presentata alla ASL di residenza su un apposito modulo fornito dalla ASL stessa, corredato di certificazione medica.

L'esito -provvedimento di concessione o diniego- dovrà essere comunicato entro 30 giorni (15 giorni in casi di particolare urgenza motivati nella domanda).

Nel provvedimento di concessione la ASL indica il costo della prestazione ammesso al rimborso. Per regola viene rimborsato il costo della prestazione come se fosse stata fruita in Italia, fino a eventuale copertura della spesa effettivamente sostenuta.

In caso di diniego, che deve sempre essere motivato, il paziente si può opporre attraverso le normali sedi amministrative e giurisdizionali oppure può proporre istanza direttamente al direttore della ASL entro 15 giorni dal ricevimento; quest'ultimo deve esprimersi entro ulteriori 15 giorni.

In caso di diniego dovuto al fatto che la prestazione può essere resa in Italia entro un termine giustificabile, l'ASL deve indicare il prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare la prestazione stessa.

In alcuni casi la ASL potrà, prima di decidere se dare o meno l'autorizzazione, dover fare delle proprie valutazioni cliniche.

Quando l'autorizzazione può essere negata e quando no

L'autorizzazione può essere negata in alcuni casi, ovvero quando, sulla base di una valutazione clinica, la cura transfrontaliera risulti rischiosa per la sicurezza del paziente o quella pubblica, oppure quando il prestatore estero è sospetto (suscita gravi e specifiche preoccupazioni in termini qualitativi secondo determinati standard).

Il rifiuto può legittimamente arrivare anche quando l'assistenza sanitaria in questione può essere ottenuta in Italia entro un termine giustificabile, tenuto conto dello Stato di salute del paziente e del probabile decorso della malattia.

Non può essere rifiutata quando l'assistenza sanitaria non può essere prestata in Italia entro un termine di tempo giustificabile dal punto di vista clinico, valutato sulla base di vari elementi (parere medico, Stato di

salute del paziente, anamnesi e probabile decorso della malattia, intensità del dolore, natura della disabilità).

prestazioni.

Rimborso delle spese

Come regola generale al paziente italiano che si cura all'estero vengono rimborsate le prestazioni sanitarie comprese nei "livelli essenziali di assistenza" (art.1 d.lgs.502/1992) con esclusione quindi di alcuni tipi di prestazione come gli interventi di chirurgia estetica o, in parte, le cure dentistiche; le Regioni sono libere di prevedere rimborsi più ampi, anche per prestazioni di livello ulteriore.

La fonte di informazione è la ASL locale.

Per ottenere il rimborso è infatti necessario ottenere prima di tutto l'autorizzazione preventiva della ASL a farsi curare all'estero (vedi sopra). Nella stessa autorizzazione, come già visto, la ASL indica l'importo del costo rimborsabile.

Entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione il paziente presenta una domanda di rimborso alla ASL allegando l'originale della certificazione medica e la fattura originale emessa dal prestatore di assistenza fruito.

La ASL dovrà poi corrispondere il rimborso entro 60 giorni dal ricevimento di tale richiesta. I moduli per chiedere l'autorizzazione preventiva e il successivo rimborso sono tutti forniti dalle ASL presso i propri sportelli.

Ricette mediche

Come regola generale le prescrizioni mediche rilasciate in un Paese UE, e redatte in conformità alla Direttiva 24/2011, diventano utilizzabili in tutti gli altri paesi UE.

Anche in Italia si possono acquistare farmaci (di cui sia autorizzato il commercio) prescritti in altro Stato con unica eccezione di quelli soggetti a prescrizione speciale (medicines contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope).

Le ricette rilasciate in Italia possono consentire l'acquisto di farmaci anche all'estero, con successivo rimborso delle spese.

Per il rimborso delle spese le regole sono quelle valide per le prestazioni fruito all'estero: domanda alla ASL di residenza entro 60 giorni dall'utilizzo della ricetta allegando la prestazione medica e la fattura o ricevuta di pagamento, a cui segue rimborso entro ulteriori 60 giorni.

Cartelle cliniche

I pazienti che fruiscono di assistenza sanitaria all'estero devono sempre poter aver accesso (anche remoto) alla propria cartella clinica.

Ci si deve rifare alle modalità di consultazione previste dalla normativa dello Stato estero.

Paesi appartenenti alla ue o allo spazio economico europeo e svizzera

Vi rientrano Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Ungheria.

Il servizio sanitario nazionale garantisce a chi si reca temporaneamente in questi Paesi per motivi turistici, di famiglia, etc. (in generale diversi dai motivi di lavoro) l'assistenza sanitaria gratuita. Tale assistenza è usufruibile utilizzando la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) che dal Novembre 2004 ha sostituito i modelli E111, E110, E119 ed E128 e ad oggi costituita dal retro della normale tessera sanitaria.

La tessera dura 6 anni e viene rilasciata dalle ASL a tutti gli iscritti al SSN, a tutte le persone in possesso della cittadinanza italiana, o di uno degli Stati UE, SEE e Svizzera che hanno residenza in Italia ed anche alle persone con cittadinanza in uno dei Paesi terzi (extracomunitari) che siano familiari a carico di un cittadino italiano o di uno degli Stati UE, SEE e Svizzera. All'approssimarsi della scadenza l'agenzia delle entrate provvede ad inviare all'assistito una tessera nuova.

Essa consente di usufruire gratuitamente di cure sanitarie che si rendessero necessarie in modo imprevisto durante il soggiorno temporaneo. Se invece lo scopo del viaggio fosse quello di usufruire di cure particolari o programmate, la tessera non potrebbe essere usata e il costo delle cure sarebbe a totale carico dell'interessato.

Per utilizzarla e' sufficiente presentarla presso un medico o una struttura sanitaria pubblica.

L'assistenza e' diretta e nulla e' dovuto, eccetto il pagamento di un eventuale ticket.

Fanno eccezione la Svizzera e la Francia dove potrebbe esser chiesto il pagamento della prestazione con possibilità poi di chiederne il rimborso sul posto.

In nessun caso la tessera copre le eventuali spese per il trasporto del malato in Italia.

Paesi che hanno sottoscritto accordi convenzionali

Vi rientrano Argentina, Australia, Brasile, Capo Verde, Città del Vaticano, San Marino, Serbia Montenegro, Macedonia, Bosnia-Erzegovina, Principato di Monaco e Tunisia.

Il cittadino italiano che si reca in questi Paesi potrà, a prescindere dal motivo del soggiorno, dover pagarsi le spese sanitarie o usufruire della convenzione esistente, a seconda dei casi, munendosi di un determinato modulo o attestazione da chiedere alla locale Asl.

Talvolta, in assenza di convenzione, e' possibile fruire dell'assistenza indiretta, ovvero del rimborso delle spese dalla ASL.

E' bene informarsi prima di partire presso la Asl di residenza sulla copertura sanitaria esistente e sull'effettiva applicazione delle convenzioni, poiche' si tratta di situazioni che variano frequentemente.

Paesi che non hanno sottoscritto accordi

In tutti i Paesi che non rientrano tra quelli delle due categorie suddette il turista paga direttamente le spese mediche e ospedaliere.

Se il viaggio avviene per motivi diversi dallo studio o dal lavoro (turismo, svago, motivi familiari) non vi e' inoltre assistenza indiretta, ovvero non e' possibile ottenere il rimborso -in Italia- delle spese sanitarie sostenute.

Più diritti

Più informazioni

Più approfondimenti

Più opportunità

ABCDEIRITTI. TUTTI I TUOI DIRITTI IN UNA SOLA APP.
SCARICALA DA **GOOGLE PLAY** O **APP STORE**.

Google Play App Store

ABCDEIRITTI. Per tutti. Tutti i giorni.

FP CGIL