

**PROTOCOLLO PROCEDURA
ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
ai sensi del D.lgs n. 38 del 28.02.2014 di recepimento della
Direttiva europea 2011/24/UE**

DEFINIZIONI

BENEFICIARI

Iscritti obbligatoriamente al SSR residenti sul territorio della ASL territorialmente competente.

Sono esclusi dal diritto al rimborso:

- € gli iscritti temporanei
- € gli iscritti volontari al SSR

STATO MEMBRO DI AFFILIAZIONE

Stato membro dell'UE competente a concedere alla persona assicurata un'autorizzazione preventiva a ricevere cure adeguate al di fuori dello stato membro di residenza.

STATO MEMBRO DI CURA

Stato membro dell'UE nel cui territorio viene effettivamente prestata al paziente l'assistenza sanitaria.

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

Assistenza sanitaria prestata in uno Stato membro dell'UE diverso dallo Stato membro di affiliazione.

Sono, pertanto, esclusi gli Stati appartenenti allo Spazio Economico Europeo (Norvegia, Liechtenstein, Islanda), Svizzera e gli Stati extraeuropei.

ASL

Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente per residenza dell'iscritto al SSR.

PRESTATORE DI ASSISTENZA

Persona fisica o giuridica o qualsiasi altra entità che presti legalmente assistenza sanitaria nel territorio di uno Stato membro dell'UE.

PAZIENTE

Persona fisica la quale chieda di fruire di assistenza sanitaria in uno Stato membro.

CURE PROGRAMMATE AMMESSE A RIMBORSO

Le prestazioni previste dai LEA regionali (livelli essenziali di assistenza).

Sono escluse le seguenti prestazioni:

- trapianti d'organo;
- cure a lungo termine;
- programmi di vaccinazioni contro le malattie contagiose.

DOMANDA DI VERIFICA PREVENTIVA

La persona assicurata che intende beneficiare dell'assistenza transfrontaliera e del conseguente rimborso ai sensi del presente decreto, presenta **in ogni caso** apposita domanda alla ASL territorialmente competente, affinché sia verificato se la medesima prestazione debba essere sottoposta ad autorizzazione preventiva ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettere b) e c), ove ricorrano le condizioni ivi previste. L'esito di tale verifica è comunicato al soggetto interessato entro 10 giorni e, ove sia positivo, la domanda di verifica presentata si intende quale richiesta di autorizzazione preventiva ai sensi del comma 4, e i termini di cui al comma 7 decorrono dalla sua ricezione.

PROCEDURE

ASSISTENZA SANITARIA SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE

L'assistenza sanitaria soggetta ad autorizzazione preventiva è limitata all'assistenza sanitaria che:

a) è soggetta ad esigenze di pianificazione riguardanti l'obiettivo di assicurare, nel territorio nazionale, la possibilità di un accesso sufficiente e permanente ad una gamma equilibrata di cure di elevata qualità o la volontà di garantire il controllo dei costi e di evitare, per quanto possibile ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane e:

1) comporta il ricovero del paziente in questione per almeno una notte, o

2) richiede l'utilizzo di un'infrastruttura sanitaria o di apparecchiature mediche altamente specializzate e costose, comprese quelle utilizzate nella diagnostica strumentale; o

b) richiede cure che comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione; o

c) è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che potrebbe suscitare gravi e specifiche preoccupazioni quanto alla qualità o alla sicurezza dell'assistenza.

ASSISTENZA SANITARIA NON SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE MA PER LA QUALE E' NECESSARIO VERIFICARE SE E' AMMISSIBILE IL RIMBORSO.

Le prestazioni non comprese nell'elenco individuato dalle Regioni (Allegato 3)

Documentazione da presentare per la domanda di verifica:

- 1) Domanda di verifica;
- 2) Eventuale documentazione medica in originale;

L'Azienda sanitaria territorialmente competente per residenza del paziente garantisce ai beneficiari il rimborso dei costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti, al netto della compartecipazione alla spesa e della quota fissa per ricetta secondo la normativa vigente. In ogni caso tale copertura non potrà superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Appropriatezza erogativa:

Qualora venga presentata domanda di verifica relativa ad una prestazione da erogarsi in regime di ricovero, che in Regione Liguria viene di norma erogata in ambulatoriale, la ASL riconoscerà all'assistito un rimborso pari alla tariffa ambulatoriale regionale, al netto dei ticket come da normativa vigente. Fatti salvi i casi in cui la documentazione medica presentata attesti la necessità del ricovero.

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'assistenza sanitaria transfrontaliera (prestazioni) soggetta ad autorizzazione preventiva è specificata nell'Allegato 3.

L'autorizzazione preventiva e' negata nei seguenti casi:

- a) in base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza a 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;
- 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.**

Documentazione da presentare per l'autorizzazione preventiva:

- 1) Domanda di autorizzazione preventiva
- 2) Eventuale documentazione medica in originale

Se la richiesta di autorizzazione preventiva presentata da una persona iscritta al SSR al fine di ricevere assistenza sanitaria transfrontaliera soddisfa le condizioni di cui al regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, l'autorizzazione preventiva è concessa conformemente al medesimo regolamento (considerato più favorevole per il paziente al quale verrà rilasciato un formulario S2 (ex E112) che gli consentirà di non anticipare le spese), a meno che la persona assicurata non chieda diversamente.

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, ancorché le prestazioni stesse siano state preventivamente autorizzate dalle ASL ai sensi dell'art. 9 comma 9 e dell'articolo 10 del D.lgs 38/2014.

VALUTAZIONE DELLE DOMANDE

La valutazione sanitaria delle domande presentate è esaminata, in primis, dal Direttore del Distretto o suo delegato che verifica se la prestazione è soggetta o meno ad autorizzazione preventiva.

Le ASL individuano le unità operative specialistiche deputate al rilascio delle autorizzazioni preventive.

Per le prestazioni di cui agli articoli 3 e 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, ed ai successivi decreti ministeriali attuativi, le strutture deputate al rilascio delle autorizzazioni sono i Centri regionali di riferimento per autorizzazione per cure all'estero, già istituiti con DGR n.368 del 28/3/2013.

In sede di Coordinamento della mobilità sanitaria internazionale si è convenuto che, per quanto riguarda il comma 6 lettera c. dell'art. 9, il Punto di Contatto Nazionale metterà a disposizione delle strutture deputate al rilascio dell'autorizzazione le informazioni relative al possesso dell'autorizzazione sanitaria, con le indicazioni delle tipologie di prestazioni erogabili dal prestatore di assistenza indicato nella richiesta di autorizzazione.

RIMBORSO

Il rimborso delle prestazioni ambulatoriali specialistiche e dei ricoveri ospedalieri è previsto per cittadini residenti in Liguria ed iscritti al Servizio Sanitario Regionale.

La domanda di rimborso per le prestazioni di assistenza transfrontaliera deve essere presentata al Distretto sanitario territorialmente competente, corredata dalla seguente documentazione:

- 1) Prescrizione medica (ricetta rossa) su ricettario del Servizio Sanitario Regionale;
- 2) Certificazione medica in originale;
- 3) Fattura in originale quietanzata emessa dal prestatore di assistenza sanitaria.

Valgono i seguenti criteri di rimborso:

- La prescrizione deve riportare una data che sia antecedente a quella di emissione della fattura o della nota onoraria;
- La data della fattura deve essere successiva alla data di autorizzazione da parte dell'ASL
- L'ASL, territorialmente competente per residenza del paziente, garantisce ai beneficiari il rimborso dei costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera in misura corrispondente alle tariffe regionali vigenti.
- Nel caso di prestazioni di specialistica ambulatoriale, il rimborso avviene al netto della compartecipazione alla spesa della quota fissa per ricetta secondo la normativa vigente e in ogni caso il rimborso non potrà superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

Nel caso in cui esistano ragionevoli dubbi sulla natura della fattura rimane diritto dell'ASL di competenza di richiedere al fruitore del rimborso l'onere di validazione della fattura stessa da parte del Consolato o Ente Amministrativo Italiano territorialmente competente.

Cure non programmate

Il Decreto legislativo si applica anche alle cure non programmate.

Qualora l'iscritto al SSN richieda un rimborso per cure non programmate, si applica la procedura sopradescritta, con la specifica che per "certificazione medica" si intende quella rilasciata dal prestatore di cura straniero.

La richiesta di rimborso che segue alle cure non programmate e sulla base di certificazione medica rilasciata nello Stato di cura, potrà essere comunque oggetto di approfondita valutazione ed eventualmente non accolta, se debitamente motivata, qualora si abbia ragione di ritenere che, in analogia a quanto previsto per i Regolamenti, si tratta di cure programmate mascherate o fruite in conseguenza di abusi o frodi.

TEMPISTICA

Verifica preventiva: L'ASL comunica l'esito della verifica all'interessato entro 10 (dieci) giorni e ove sia positivo, la domanda di verifica presentata si intende quale richiesta di autorizzazione preventiva;

Autorizzazione preventiva: l'ASL comunica all'interessato la concessione o l'eventuale diniego all'autorizzazione entro 30 (trenta) giorni dalla presentazione della domanda di autorizzazione. Il termine di 30 (trenta) giorni può essere ridotto della metà in casi di particolare urgenza debitamente motivati.

Rimborso: Il cittadino entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione presenta domanda di rimborso all'ASL di appartenenza. L'ASL corrisponde il rimborso entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

RICORSO

Avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

NORMATIVA

- Direttiva Europea n. 24 anno 2011.
- Decreto Legislativo n. 38 del 04/03/2014 "Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro".G.U. 21 marzo 2014, n. 67.