

4.15 Cure sanitarie per gli italiani all'estero

Pubblicato: Venerdì 1 Gennaio 2010

4.15 CURE SANITARIE PER GLI ITALIANI ALL'ESTERO

- Cure in Stati convenzionati
- Cure in Stati esclusi dalle convenzioni
- Il ricovero in un ospedale estero o non accreditato
- Assistenza indiretta in strutture di elevata specializzazione
- Procedure per l'autorizzazione e rimborsi
- Norme specifiche per trattamenti di neuroriabilitazione all'estero
- Distacchi per lavoro
- Tessera europea di assicurazione malattia
- Polizza assicurativa per assistenza sanitaria all'estero

Cure in Stati convenzionati

Hanno diritto alle cure sanitarie all'estero i cittadini italiani o dell'Unione Europea che sono residenti in Italia e iscritti al Servizio sanitario nazionale (Ssn). Il tipo di assistenza sanitaria offerta nel mondo è diversa nei singoli Stati:

- gli Stati dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo garantiscono le cure urgenti ambulatoriali ed ospedaliere. Il vecchio modello E111 è stato sostituito dalla Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) che permette di usufruire di tutte le prestazioni sanitarie coperte un tempo anche dai modelli E110, E111, E119, E128.
Con l'entrata in vigore della TEAM le cure mediche che si possono ricevere nei paesi in cui ci si trova per brevi soggiorni o turismo, sono estese da urgenti a medicalmente necessarie. Tuttavia la tessera non può in ogni caso essere utilizzata per il soggiorno all'estero per ricevere delle cure mediche specialistiche. In questo caso è necessario richiedere il modello E112 o l'autorizzazione della ASL di appartenenza.
- con gli Stati convenzionati sono stabiliti degli accordi per garantire varie forme di assistenza sanitaria. In questi casi è necessario rivolgersi alla Asl territoriale di appartenenza e farsi rilasciare alcuni formulari che attestano il diritto di godere delle prestazioni sanitarie nei paesi convenzionati.
Il formulario dà il diritto al cittadino italiano di ricevere prestazioni sanitarie in forma diretta alle stesse condizioni dei cittadini che risiedono nel paese estero convenzionato.
Gli Stati convenzionati sono: Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Capoverde, Città del Vaticano e Santa Sede, Croazia, Macedonia, Principato di Monaco, Serbia Montenegro, Slovenia, San Marino, Tunisia, Kosovo.

Cure in Stati esclusi dalle convenzioni

Per gli Stati esclusi dalle convenzioni è possibile stipulare delle assicurazioni private che coprono le spese sanitarie e che hanno una durata pari al periodo di permanenza all'estero.

Ricordiamo che le spese sanitarie sostenute all'estero non coperte da forme assicurative sono detraibili nella dichiarazione annuale dei redditi. È necessario allegare la documentazione in originale e una traduzione in italiano.

Le spese di trasporto e di rientro in Italia, causate da malattie o da incidenti contratti all'estero, non sono rimborsabili.

Il ricovero in un ospedale estero o non accreditato

Il sistema sanitario italiano prevede la possibilità di ricoverarsi in un ospedale non italiano o in strutture sanitarie italiane non accreditate (cioè non convenzionate), il cui ricovero non è normalmente assicurato, solo se queste sono considerate "Centri Sanitari ad altissima specializzazione". Devono essere, cioè, ospedali presso i quali sono praticate cure, terapie o operazioni chirurgiche estremamente avanzate che non sono praticate negli ospedali pubblici italiani o che sono praticate in Italia ma con liste d'attesa troppo lunghe.

Per richiedere tale tipo di ricovero è necessario presentare una domanda alla Asl di appartenenza prima del ricovero. Alla domanda deve essere allegata una relazione dettagliata di un medico specialista nella quale, oltre ad essere descritta la condizione di salute della persona malata ed il tipo di cure da effettuare, sia specificata l'impossibilità di "effettuare l'intervento o le prestazioni necessarie, tempestivamente e in forma adeguata al caso clinico, da parte delle strutture pubbliche o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale contattate".

Se, invece, si ha necessità improvvisa ed urgente di ricoverarsi in Centri di Altissima Specializzazione esteri e quindi non si ha il tempo di chiedere la preventiva autorizzazione alla propria Asl, in alcuni casi è ugualmente possibile avere il rimborso delle spese già sostenute. In questi casi è necessario presentare, entro 90 giorni, un'istanza di rimborso delle spese anticipate. All'istanza deve essere allegata la copia della cartella clinica, le fatture originali (in caso di ricovero all'estero le fatture devono essere vistate dal Consolato Italiano in loco) e la documentazione delle spese di viaggio.

Assistenza indiretta in strutture di elevata specializzazione

Nell'ambito dei Paesi esteri il cittadino italiano, salva l'ipotesi in cui siano in vigore particolari convenzioni con il nostro paese, è tenuto a pagare tutte le prestazioni ricevute. Per una serie di prestazioni, purché previamente autorizzate, è, peraltro, possibile fruire dell'assistenza in forma indiretta, cioè mediante il parziale rimborso in Italia della spesa sostenuta dal cittadino all'estero.

In particolare, l'art. 2 del Decreto del Ministero della Sanità del 3/11/1989 prevede che possano essere autorizzate le prestazioni che:

- non siano ottenibili tempestivamente in Italia, cioè richiedano un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe gravemente lo stato di salute dell'assistito, ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o della cura;
- non siano ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso clinico, in quanto richiedenti specifiche professionalità del personale; non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia non presenti nelle strutture italiane pubbliche o convenzionate.

I successivi Decreti del Ministero della Sanità del 24/01/1990 e del 30/08/1991 hanno identificato le classi di patologia, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specialità e no, nonché i tempi

massimi accettabili per l'erogazione delle prestazioni nel territorio nazionale, trascorsi i quali è giustificabile il ricorso ai centri esteri.

Procedure per l'autorizzazione e rimborsi (artt. 4,6,7 D.M. 3/11/89)

Per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero, l'assistito deve presentare domanda alla ASL di appartenenza, corredata dalla proposta motivata di un medico specialista del S.S.N. La ASL trasmette la domanda al Centro regionale di riferimento per la patologia.

Il Centro valuta i presupposti per usufruire delle cure all'estero tra cui, in particolare l'impossibilità di ottenerle tempestivamente in Italia (con riferimento ai tempi di attesa indicati, per ciascun tipo di prestazione).

Secondo il Consiglio di Stato (sentenza n. 4115/2003 depositata il 10/7/2003) il Centro, per negare l'autorizzazione, dovrà perciò necessariamente prendere contatto con gli ospedali idonei e informarsi del tempo di attesa e specificarlo nel provvedimento in cui nega l'autorizzazione.

Se l'istanza viene accolta, in base all'istruttoria del Centro, la ASL rilascia l'autorizzazione.

La domanda di rimborso deve essere inoltrata alla ASL entro 3 mesi dalla prestazione. Il rimborso è concesso solo per le spese debitamente documentate, nelle seguenti percentuali:

80% le spese di carattere strettamente sanitario, escluse quelle di comfort alberghiero non comprese nella retta di degenza;

80% le spese di viaggio, comprese quelle dell'eventuale accompagnatore, nel caso di paziente minorenne o non autosufficiente;

80% le spese di trasporto con mezzo autorizzato;

40% le spese per prestazioni in attività libero professionale in regime di ricovero.

Non sono rimborsabili le spese di soggiorno pre-ricovero del ricoverato, né le spese di soggiorno dell'eventuale accompagnatore (pre-ricovero o durante il ricovero).

L'art. 7 del D.M. 3/11/1989 prevede comunque la possibilità di riconoscere rimborsi per le voci di spesa non previste o in percentuali maggiori a quelle fissate, qualora le spese che restano a carico dell'assistito siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dello stesso.

E' la Regione, tramite la Commissione tecnico-amministrativa, che determina nei singoli casi il concorso da erogare. Nella misura del 70% delle somme ammesse a rimborso possono essere anticipati acconti.

Norme specifiche per trattamenti di neuroriabilitazione all'estero

Il DPCM 1/12/2000 e il successivo accordo Stato Regioni del 6/2/2003 prevedono norme di salvaguardia per la copertura di spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap che necessitano di cure di riabilitazione in centri all'estero di elevata specializzazione.

Viene rimborsata anche l'assistenza deospedalizzata e le spese dell'accompagnatore se necessario durante la degenza.

Il concorso ai costi da parte del servizio sanitario regionale può arrivare fino al 100% della spesa rimasta a carico dell'assistito qualora il relativo nucleo familiare abbia una situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a Euro 8.000, pari all'80% con un ISEE compreso tra 8.000 e 13.000 Euro. Sono previsti altresì consistenti acconti a richiesta dell'assistito, parametrati all'ISEE del nucleo familiare.

Distacchi per lavoro

I cittadini italiani (lavoratori autonomi o dipendenti, pubblici o privati) distaccati per lavoro all'estero possono richiedere il rilascio del modello E 106 e ottenere assistenza sanitaria nei paesi con i quali vigono accordi di reciprocità.

La durata dell'assistenza è correlata alla permanenza all'estero, ma non può eccedere 12 mesi eventualmente prorogabili, con l'assenso dello Stato ospitante, di altri 12 mesi. Le convenzioni prevedono condizioni diverse a seconda dello stato ospitante.

Con il Principato di Monaco, S. Marino, Svizzera, Tunisia, Argentina l'assistenza è erogata in forma diretta.

Con gli Stati Uniti l'assistenza diretta è prevista soltanto per i dipendenti pubblici in forza della convenzione Ministero della Salute /Blue Cross – Blue Shield.

Con Croazia e Brasile la copertura assistenziale è attualmente limitata a lavoratori e pensionati del settore privato.

Tessera europea di assicurazione malattia

A partire dal 1/1/2006 tutti i paesi membri dell'Unione europea hanno sostituito gran parte dei moduli cartacei attualmente utilizzati per ottenere le cure all'estero con una card magnetica.

La nuova tessera sostituisce i modelli E 110, E 111, E 119, E 128.

Per avere accesso alle cure mediche in un altro stato UE basterà presentare la carta sanitaria europea al medico e/o alla struttura pubblica o convenzionata a cui ci si rivolge.

Polizza assicurativa per assistenza sanitaria all'estero

Per i cittadini che si recano all'estero, in paesi dove non sono garantite gratuitamente le cure urgenti ambulatoriali e ospedaliere rimborsate dal nostro Servizio Sanitario Nazionale, è consigliabile prima di partire la stipula di un'assicurazione sanitaria privata. Soprattutto quando si parte per gli Stati Uniti dove, notoriamente l'assistenza sanitaria ha dei costi molto elevati sia per i cittadini residenti che per i viaggiatori che si trovano sul suo territorio per turismo.

È possibile stipulare la polizza assicurativa privata nell'agenzia di viaggi, nel momento in cui si organizza la vacanza, e sia presso gli sportelli della Compagnia di assicurazioni di riferimento che offre questo tipo di forma assicurativa.

La copertura della polizza assicurativa prevede il pagamento diretto delle spese ospedaliere e chirurgiche prestate nel territorio di soggiorno e non solo. Esistono soluzioni assicurative che prevedono anche il rimpatrio aereo sanitario verso l'Italia, il rimborso delle spese di trasporto al centro medico di pronto soccorso all'estero. I rimborsi per le visite mediche, per le spese farmaceutiche prescritte dal medico sul posto e infine anche per le cure odontoiatriche urgenti.

Infine, se il viaggiatore ha un incidente o si ammala all'estero, anche i suoi accompagnatori possono essere tutelati da queste formule assicurative. Può essere previsto infatti il rientro in Italia dei familiari o dei compagni di viaggio dell'assicurato, o al contrario può essere pagato il viaggio verso il Paese lontano del familiare che dovesse assistere il viaggiatore assicurato durante il suo ricovero in "terra straniera".

Prima di firmare la polizza è importante leggere molto attentamente tutti i dettagli della scheda informativa che deve accompagnare il contratto per identificare, punto per punto, tutte le garanzie che spettano al viaggiatore assicurato.

Consulta l'indice della "Guida al sistema sanitario italiano e svizzero"

Redazione VareseNews

redazione@varesenews.it

