

Distretto Nord
Servizio amministrazione ospedale-territorio

Area Alta Specializzazione
 Centro per i Servizi Sanitari – Viale Verona Palazzina B – 38123 Trento

**DIRETTIVA EUROPEA 2011/24/UE SULL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA
 (AUTORIZZAZIONE-VERIFICA)**

Si prega di compilare la domanda in tutte le parti in maniera chiara e leggibile.

Il/La sottoscritto/a _____ DICHIARA, sotto la sua personale responsabilità: di essere nato/a a _____ il ____/____/_____ di essere residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____ codice fiscale _____ e-mail _____

CHIEDE

- | | |
|---|---|
| ☐ per sé

☐ per il minore sottoindicato
(in qualità di esercente la potestà genitoriale) | ☐ per la persona sotto indicata
(in qualità di tutore, curatore o amministratore di sostegno) |
|---|---|

Cognome _____ Nome _____ nato/a a _____ il ____/____/_____ residente a _____ via _____ n. _____ tel. _____ codice fiscale _____ iscritto/a regolarmente al Servizio Sanitario Provinciale e in possesso della Tessera Sanitaria n. 8038000 _____
--

- ☐ **verifica della necessità di autorizzazione preventiva;**
- ☐ **l'autorizzazione preventiva con l'indicazione dell'importo rimborsabile.**

In relazione al parziale rimborso delle prestazioni sanitarie di cui si forniscono le seguenti indicazioni:

▪ **PER RICOVERO ORDINARIO E DH:**

Ricovero presunto DAL _____ AL _____

IN STRUTTURA ESTERA DENONIMATA _____

codici diagnosi ICD-IX CM	
PRINCIPALE	COMPLEMENTARE – (MASSIMO 5)
Oppure descrizione della diagnosi principale e complementare (massimo 5)	

codici interventi/procedure ICD-IX CM	
PRINCIPALE	INTERVENTI/PROCEDURE – (MASSIMO 5)
Oppure descrizione della diagnosi principale e complementare (massimo 5)	

▪ **PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI:**

Prestazione da effettuarsi presuntivamente il _____

IN UNA STRUTTURA ESTERA DENOMINATA _____

INDICAZIONE DIAGNOSTICO TERAPEUTICA _____

codici prestazioni

--	--	--	--	--	--

Oppure descrizione prestazione/i ambulatoriale/i

CASO PARTICOLARE URGENTE ☐ SI ☐ NO

(da documentare sull'impegnativa rossa da parte del medico prescrittore)

Si allegano i seguenti documenti (obbligatori ai fini dell'accettazione della domanda) :

☐ **PRESCRIZIONE MEDICA SU RICETTA ROSSA**

~~~~~

**Informativa ai sensi del DPR 445/00**

Si rende noto che la suddetta istanza contiene dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/00 ed è quindi soggetta alle pene previste dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000. Qualora la presente istanza non venisse firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione perché inviata tramite servizio postale o con altra modalità, deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000).

1. I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (di seguito "ASUIT") ed in particolare per l'erogazione delle prestazioni previste dalla normativa nazionale (d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e provinciale (deliberazioni Giunta provinciale) in materia di livelli essenziali e aggiuntivi di assistenza.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
3. I dati personali saranno comunicati all'Istituto bancario da Lei eventualmente indicato nella presente domanda ai fini del pagamento/rimborso e ad altri soggetti pubblici come previsto dal Regolamento provinciale per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici.
4. L'ASUIT, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate dati personali comuni presso i Registri anagrafici comunali.
5. Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per ASUIT, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
6. È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
7. I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal Manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'ASUIT al seguente indirizzo web: [www.asuit.tn.it](http://www.asuit.tn.it)
8. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
9. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino, con sede legale in via Degasperi n. 79 - 38123 Trento, a cui l'interessato potrà rivolgersi tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella in via Degasperi, n. 77 - 38123 Trento - tel. 0461/904172 - [urp@asuit.tn.it](mailto:urp@asuit.tn.it) - [asuit@pec.asuit.tn.it](mailto:asuit@pec.asuit.tn.it)
10. Preposto al trattamento dei dati personali è il Dirigente del Servizio amministrazione territoriale.
11. L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) dell'ASUIT i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperi, 79 - 38123 Trento, e-mail [ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it](mailto:ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it)
12. L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

***Con la firma apposta in calce alla presente dichiarazione si attesta di aver preso visione l'Informativa relativa al trattamento dei dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679).***

**FIRMA**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----  
Ai sensi dell'articolo 38 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

-----  
*(timbro dell'ufficio e firma del dipendente addetto)*

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

### 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 ASUIT (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 ASUIT 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). È competente a ricevere le predette domande il **Servizio amministrazione ospedale-territorio - Distretto 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.