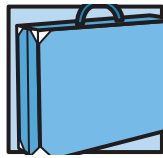


I PUNTI-CHIAVE



L'ASSISTENZA OLTRECONFINE

● La direttiva 2011/24 definisce una cornice per i diritti dei pazienti nell'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera; garantisce la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro

Stato della Unione europea; promuove la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri.

● Sono esclusi dall'ambito della direttiva: i servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata; i trapianti d'organo; i programmi pubblici di vaccinazione.

● Ogni Stato membro deve designare uno o più punti di contatto nazionali per l'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tali punti di contatto consultano le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie. Essi hanno il compito di fornire ai pazienti informazioni sui loro diritti, quando questi decidono di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché le coordinate dei punti di contatto nazionali di altri Stati membri.



QUALITÀ E SICUREZZA

● Lo Stato membro di cura organizza e fornisce l'assistenza sanitaria, assicurandosi che siano rispettate le norme di qualità e di sicurezza al momento della prestazione dell'assistenza, in particolare attraverso l'adozione di meccanismi di controllo. Garantisce privacy e parità di trattamento dei pazienti di altri Stati membri. Il punto di contatto nazionale dello Stato membro di cura fornisce le informazioni necessarie ai pazienti.

● In seguito alla prestazione di assistenza, è lo Stato membro di affiliazione a farsi carico del rimborso della persona assicurata, a condizione che il trattamento ricevuto rientri nelle cure rimborsabili previste dalla legislazione nazionale.

● Lo Stato membro di affiliazione deve assicurarsi che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, purché la persona abbia diritto a quel tipo di prestazione. L'importo dei rimborsi equivale all'importo che sarebbe stato rimborsato dal sistema obbligatorio di sicurezza sociale, se l'assistenza sanitaria fosse stata erogata sul suo territorio. L'importo non deve superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta.

● Lo Stato membro di affiliazione ha la possibilità di rimborsare altri costi afferenti, come le spese di alloggio o di viaggio.



BUROCRACIA E ADEMPIMENTI

● Una persona assicurata può anche beneficiare di rimborsi nel quadro di prestazioni ottenute grazie alla telemedicina.

● Per la copertura di una determinata assistenza sanitaria transfrontaliera, lo Stato di affiliazione

può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per evitare il rischio di destabilizzare la pianificazione e/o il finanziamento del suo sistema sanitario. Lo Stato di affiliazione deve sistematicamente concedere tale autorizzazione quando il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria in questione e quando tale assistenza non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico. Per contro, può rifiutarsi di concedere l'autorizzazione al paziente in casi precisamente dettagliati.

● Se un paziente chiede un'autorizzazione preventiva e le condizioni sono soddisfatte, l'autorizzazione deve essere concessa conformemente al regolamento sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, a meno che il paziente non chieda che l'autorizzazione sia trattata nell'ambito della direttiva 2011/14.

● Le procedure amministrative per la fornitura dell'assistenza sanitaria devono essere necessarie e proporzionate; sono attuate in modo trasparente, entro i termini preventivamente stabiliti e in base a criteri obiettivi e non discriminatori. Nell'esame amministrativo di una richiesta di assistenza sanitaria transfrontaliera gli Stati membri devono tenere conto principalmente dello stato di salute specifico del paziente nonché dell'urgenza del caso e delle singole circostanze.



ECCELLENZE IN RETE

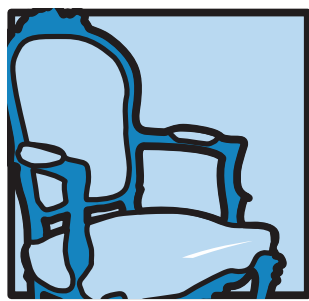
● Gli Stati membri cooperano per agevolare l'attuazione della direttiva. In particolare, sostengono la creazione di reti di riferimento europee di fornitori di assistenza sanitaria allo scopo di contribuire a promuovere la mobilità degli esperti in

Europa e l'accesso a cure altamente specializzate, grazie alla concentrazione e all'articolazione delle risorse e delle competenze disponibili.

● Gli Stati membri riconoscono la validità delle prescrizioni mediche rilasciate in altri Stati membri, se i medicinali prescritti sono autorizzati sul loro territorio. È necessario adottare misure volte ad agevolare il riconoscimento reciproco e la verifica dell'autenticità delle prescrizioni da parte dei professionisti della Sanità.

● Gli Stati membri sono inoltre incoraggiati a collaborare nell'ambito del trattamento delle malattie rare grazie allo sviluppo di capacità di diagnosi e di cura. La base dati Orphanet e le reti europee possono essere utilizzate in tale ottica.

● I sistemi o i servizi di Sanità on-line consentono anche la fornitura di assistenza transfrontaliera. La direttiva prevede la creazione di una rete di autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria on line al fine di rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità. Infine, la creazione di una rete delle autorità o degli organi responsabili della valutazione delle tecnologie sanitarie contribuirà a facilitare la cooperazione tra le autorità nazionali competenti in questo settore.



L'Italia a 15 giorni dal recepimento della direttiva Ue

Countdown cure estere, prove generali in affanno

Cure transfrontaliere: il decreto legislativo di recepimento della direttiva 2011/24 c'è ma non si vede. O meglio: è questione di giorni, ma nel momento in cui andiamo in stampa il ministero della Salute non lo ha ancora trasmesso alle Regioni.

Intanto fervono i preparativi: innanzitutto per mettere in grado gli operatori sanitari di rispondere alle prime domande dei cittadini, fino a oggi tenuti praticamente all'oscuro della rivoluzione che dal 25 ottobre consentirà agli assistiti Ue che vorranno curarsi oltrefrontiera di farlo, ricevendo un rimborso dallo Stato «affiliato». Un risarcimento, è bene ricordarlo, che nel nostro Paese arriverà solo a posteriori e non includerà le spese di soggiorno. Particolare non da poco, che di fatto limiterà l'accesso all'assistenza transfrontaliera solo a chi potrà permetterselo economicamente.

Alla deadline arriverà con tutte le carte in regola uno sparuto gruppo di partner Ue, tra i quali sicuramente Spagna (si veda articolo di spalla), Regno Unito e Svezia. I cittadini italiani, se anche il nostro Governo non riuscisse a rispettare i tempi (si veda anche il Sole-24 Ore Sanità n. 26/2013), avrebbero comunque un paracadute: «Si ritiene che al di là degli adempimenti di tipo organizzativo o informativo - si legge nella relazione di sintesi del workshop sugli step di recepimento della direttiva,

I numeri		
25 mln	3,7 mld	43 mln
Il saldo annuale negativo (in euro) per le cure all'estero nel 2009-11	Valore della mobilità interregionale (in euro) tra le Regioni italiane	Debiti per cure di alta specializzazione degli italiani all'estero

organizzato a Roma a fine settembre dal Progetto Mattone internazionale - i diritti che la direttiva riconosce ai cittadini siano direttamente applicabili, anche in considerazione del fatto che si tratta di conferma o suggello di diritti riconosciuti da sentenze della Corte europea di Giustizia già dal 1998 e che quindi non sarà possibile negare il rimborso di prestazioni sanitarie effettuate in altro Stato Ue da parte di cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale».

Resta il fatto che la macchina organizzativa va in ogni caso messa a punto. A partire dai tre aspetti cruciali della comunicazione, dell'informazione nei punti di contatto e della reportistica richiesta da Bruxelles (si veda box in basso). Ed è su quest'ultimo punto che restano ancora aperte alcune questioni: innanzitutto non è chiaro se la mole di dati da inviare periodicamente alla Commissione

Ue sia solo da riferire al punto nazionale di contatto (Pnc), che avrà sede presso il ministero della Salute, o se dovrà interessare più Pnc. Su questo come sul fronte delle limitazioni eventuali ai pazienti in ingresso, i tecnici di aziende, Regioni e Ministero hanno presentato una serie di proposte operative che andranno testate con una prova generale sui dati 2013. Sarà quello il banco di prova per verificare la capacità delle Regioni di conferire i dati, in base alle indicazioni fornite dal Ministero e limitandosi strettamente a quanto richiesto dalla Commissione.

Resta sul tavolo anche il nodo del riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in uno Stato membro. Se per un paziente in entrata non ci sono dubbi sull'obbligo di riconoscere la prescrizione rilasciata in un altro Paese Ue, non appare chiaro se per accedere al rimbor-

INFORMAZIONI E PUNTI DI CONTATTO

Focus su diritti dei pazienti e autorizzazioni

Questi i paletti fissati dal "gruppo informazioni e punti di contatto":

1. Informazioni sull'accessibilità degli ospedali per le persone disabili. Le informazioni contenute sui siti delle strutture vanno aggiornate. Il requisito dell'accessibilità si trova già nei requisiti minimi di esercizio. Trattandosi nello specifico di accessibilità agli ospedali si può presumere che tutte le strutture siano già accessibili.

2. Informazioni sui diritti dei pazienti. Anche la carta dei servizi dovrebbe rientrare nei requisiti posseduti dalle strutture. Almeno un sunto, in inglese, si deve ritrovare sul sito. I meccanismi di tutela e le procedure sulla possibilità di risoluzione delle controversie o risarcimento danni, dovrebbero essere ormai consolidati e riassumibili a livello del punto nazionale di contatto.

3. Chiarezza sul contenuto delle fatture. Vanno definiti i contenuti delle fatture sia per la parte contabile, sia per la parte descrittiva della prestazione/i erogate. In caso di scarsa chiarezza, il Punto di contatto nazionale (al quale può arrivare la richiesta di chiarimento) si deve rivolgere alla struttura facendo da tramite con il richiedente dell'altro Stato. Si può valutare l'informazione da trasmettere al referente regionale, che sarà chiamato in causa se il punto di contatto nazionale non

riuscirà a contattare la struttura.

4. Obblighi a carico dei prestatori di assistenza. Subito l'avvio della pubblicazione sui siti aziendali delle informazioni su liste d'attesa, status di autorizzazione/accreditamento, valutazione delle performance, buone pratiche, eccellenze, tariffe ecc. Più difficile, ma necessario, garantire indicazioni trasparenti di informazioni su temi più delicati (opzioni terapeutiche, coperture assicurative).

5. Notifica alla Commissione delle categorie di autorizzazione preventiva e delle disposizioni essenziali di diritto interno adottate nel settore disciplinato dalla direttiva. Il punto di contatto notifica alla Commissione la normativa inerente all'autorizzazione. A livello nazionale va pubblicata una sintesi del funzionamento del sistema sanitario.

6. Notifica alla Commissione dei limiti di rimborso. Nel caso si vadano a definire particolari limiti, le Regioni dovranno dare comunicazione tempestiva dei propri provvedimenti al punto di contatto nazionale, che informerà la Commissione.

7. Limitazione dell'accesso agli "incoming patients". Eventuali limitazioni vanno comunicate al Punto di contatto nazionale che le pubblica sul proprio sito e le comunica alla Commissione.

REPORTISTICA

Anagrafica e rimborsi nel punto di contatto

Entro il 25 ottobre 2015, e successivamente ogni tre anni, la Commissione redige una relazione sul funzionamento della direttiva sulle cure transfrontaliere e la presenta al Parlamento europeo e al Consiglio. Gli Stati membri dovranno quindi fornire il primo report sull'attività 2014.

I dati sotto la lente di Bruxelles vanno dalle informazioni sui flussi dei pazienti e sulle dimensioni finanziarie della mobilità dei pazienti al funzionamento delle reti di riferimento europee e dei punti di contatto nazionali. Secondo le istruzioni Ue, dovranno essere considerate separatamente le richieste di informazioni (ai National contact point), le autorizzazioni e i rimborsi gestiti nell'anno di riferimento, a prescindere dal momento di avvio della richiesta: volendo esemplificare, una richiesta di autorizzazione rilasciata nel 2013, per la quale venga richiesto il rimborso nel 2014, verrà considera-

ta nel primo report solo per quanto riguarda il rimborso. Non dovranno essere fornite informazioni sulle reti di riferimento, in quanto nel 2014 si troveranno in fase di avvio.

Riguardo ai punti di contatto nazionali vengono richieste: informazioni anagrafiche sui punti di contatto istituiti nello Stato membro, dati numerici sulle richieste di informazioni, disaggregate separatamente per canale di richiesta (Sito Web, email, Telefono, Desk, Imi, Altro da specificare) e tipologia di informazio-

ne richiesta. Sotto monitoraggio anche le limitazioni relative ai pazienti in ingresso; con il numero (eventualmente stimato) di pazienti in ingresso per i quali è stato limitato l'accesso alle cure in Italia.

Il ministero della Salute sta verificando la capacità delle Regioni e delle pubbliche amministrazioni di conferire i dati richiesti, limitandosi strettamente a quanto richiesto dalla Commissione. Lo stesso ministero definirà le modalità di conferimento dei dati, fornendo al momento della verifica un file excel di esempio per il conferimento dei dati. Per questo sarà effettuata una "prova generale" sui dati 2013.

Successivamente alla verifica, le Regioni e il ministero valuteranno l'opportunità di realizzare un'applicazione centralizzata per l'imputazione diretta da parte delle Asl dei dati richiesti, piuttosto che per il conferimento dei file contenenti i dati stessi.

ISCRIVITI GRATIS

alla

NEWSLETTER
QUOTIDIANAsu www.24oresanita.com

Formazione "a cascata" per gli operatori Ssn



so di una cura all'estero, un paziente assicurato in Italia debba esibire anche la prescrizione Ssn.

Arrollato in pieno nello schema della formazione necessaria a soddisfare le esigenze dei pazienti in entrata e in uscita tutto il personale sanitario e amministrativo. L'addestramento dovrà avvenire «a cascata». A partire dai referenti regionali del ministero della Salute, attraverso il «Gruppo docenti itineranti» (formatori FnomCeo e Fofi). Parteciperanno tutte le Asl e le aziende ospedaliere di ogni Regione.

Per gli amministrativi, si tratterà di capire cosa consigliare al cittadino assicurato: se intraprendere i percorsi già stabiliti dai regolamenti comunitari 883/2004 e 987/2009 oppure avvalersi della nuova direttiva. E di entrare nel merito su rimborsi e tariffe, ricette, elenco dei Lea, eventuale autorizzazione

preventiva e beneficiari. Uno dei nodi più importanti, infine, sono forme e contenuti delle fatture, sia per la parte contabile, sia per la parte descrittiva delle prestazioni erogate.

Standard di qualità, sicurezza e consenso informato saranno le tematiche clou della formazione destinata a prescrittori e personale interno alle aziende sanitarie ospedaliere. Realizzare un punto di contatto funzionante ed efficiente (anche su web) sarà il vero cuore dell'applicazione della direttiva. Qui gli utenti (disabili inclusi) dovranno trovare informazioni, rigorosamente in italiano e in inglese, sui propri diritti ma anche sulle procedure di denuncia e sui meccanismi di tutela.

**Barbara Gobbi
 Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

COSA FANNO GLI ALTRI

Spagna apripista: tarjeta sanitaria e apertura alle liberalizzazioni

Il decreto approvato a giugno rende già operative le nuove regole Ue

La Spagna è pronta ad avviare i percorsi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Obiettivo: facilitare l'accesso alle cure, elevare gli standard di sicurezza e qualità e sviluppare ulteriormente i livelli di cooperazione dei sistemi sanitari in Europa. Come è nello stile dell'Ue, anche questa direttiva non intende sostituirsi ai Paesi membri, ma rappresenta un forte stimolo all'abbattimento delle barriere sanitarie che ancora impediscono ai cittadini di essere curati con gli stessi criteri in tutta Europa.

«Per mettere in atto le indicazioni comunitarie – affermano i responsabili della programmazione sanitaria spagnola – è stato necessario svolgere un intenso lavoro di preparazione. Per effettuare un approfondito esame di compatibilità con i modelli sanitari degli altri Paesi e verificare le possibili, concrete ricadute sul nostro sistema centrale e nelle strutture periferiche, sono stati impegnati vari gruppi di lavoro, coordinati dal «Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad» e con il coinvolgimento di tutte le Comunità autonome.

In preparazione del nuovo percorso di assistenza sanitaria transfrontaliera e per garantire una equità assistenziale su tutto il territorio nazionale, di recente è entrata in uso la «Tarjeta sanitaria individual», una sorta di tessera che oltre a contenere i dati di salute di ciascun cittadino, punta a un più agile collegamento con gli altri Paesi. «La tarjeta – sostengono al Ministerio – dovrebbe consentire non solo di raggiungere il prefissato obiettivo di qualità previsto dalla nostra normativa in tema di Sanità pubblica, ma soprattutto permettere ai cittadini di tutte le Comunità autonome di ricevere lo stesso tipo di assistenza».

Il punto centrale del percorso di assistenza transfrontaliera in Spagna è rappresentato dal «Proyecto de Real Decreto por el que se establecen normas para garantizar la asisten-

cia sanitaria transfronteriza». Il decreto, approvato nello scorso giugno nel rispetto dei principi di universalità del sistema sanitario spagnolo – come annunciato dalle autorità sanitarie spagnole – consentirebbe di partire già dalla prossima fine di ottobre.

Il «Proyecto de Real Decreto», inserito nel sistema legislativo spagnolo, «garantisce non solo un aumento dei livelli di qualità e sicurezza per i pazienti-utenti, ma prevede anche l'introduzione di una consistente dose di liberalizzazione e di concorrenza nel settore, che si concretizza in una significativa opportunità per la Sanità privata e in una doppia sfida per il settore della Sanità pubblica». I servizi sanitari di tutte le Comunità autonome, infatti, da un lato dovranno prevedere il possibile aumento degli accessi da parte di pazienti di altri Stati membri e dall'altro, mettere in conto le spese dei propri cittadini che scelgono di farsi curare in altri Stati della Comunità europea.

Sono stati anche regolati i diversi aspetti che riguardano le modalità di accesso alle cure, sia per gli spagnoli che per i cittadini stranieri: l'informazione per eventuali modalità di reclamo e richieste di risarcimento, la continuità dei percorsi assistenziali e la tutela della privacy. I percorsi informativi saranno garantiti da un «Punto Nacional de Contacto», struttura appositamente realizzata e con sede presso il ministero della Salute spagnolo, riferimento sia per i pazienti che delle diverse organizzazioni degli altri Paesi. Le informazioni riguardano anche le modalità di offerta di servizi, la disponibilità, l'accreditamento, i livelli di qualità e sicurezza e le tariffe.

Obiettivo parità d'accesso ai servizi

Antonio Alfano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DOCTOR
 PLUS®**



Il controllo a **distanza** sempre **vicino** al paziente

www.doctorplus.it