



STATO DI DIPENDENZA

Come chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni connesse con lo stato di dipendenza, quando si perde l'autosufficienza (temporanea o permanente)

INFORMAZIONI UTILI

sui rimborsi da parte del RCAM

DA SEPS ITALIA - SEPS.ITALIA@GMAIL.COM

SETTEMBRE 2024

CONTENUTO:

1. Assistenza malati a domicilio
2. Ausiliari medici
3. Case di riposo e Case di cura
4. Cure di convalescenza e cure postintervento
5. Disabilità: spese mediche

1. ASSISTENZA MALATI

Il regime d'assicurazione malattia comune alle istituzioni delle Comunità europee (qui di seguito RCAM) copre le spese di servizi di assistenza domiciliare, che consistono principalmente in **cure personali** (assistenza, nursing) al domicilio del malato, per varie ore al giorno, o per l'intera giornata o nottata.

1.1 Procedura da seguire

Step 1: Procedura da seguire

Il [modulo di richiesta per l'autorizzazione preventiva](#) deve essere corredato di:

- una relazione medica che precisa la durata della prestazione, la natura e la frequenza delle cure/dell'assistenza da fornire.
- 2 copie del modulo che determina il [grado di dipendenza](#), debitamente compilati dal medico curante.
- Compilare il formulario "[dichiarazione](#)" (formulario per auto dichiarare se viene percepito o meno un aiuto finanziario complementare per le spese di badante da altra fonte come un regime assicurativo legale e/o obbligatorio oppure privato assegno di accompagnamento, o da parte di un'assicurazione diversa da RCAM).
- Contratto stabilito tra l'agenzia che fornisce l'assistenza e l'assistito.
- In caso di assunzione privata di badante (in Italia) occorre il documento "Denuncia rapporto di lavoro domestico (badante)" dell'INPS stabilito per l'assistente domestico, copia del contratto, nonché copia dei documenti d'identità (copia carta d'identità o passaporto). Se la persona non ha un diploma di OSS/assistente malati, il medico dovrà confermare con un certificato che questa persona è idonea a svolgere le mansioni di assistenza malati.

Scannerizzare tutti questi documenti, e scaricarli nel portale [RCAM online](#), seguendo la procedura di autorizzazione preventiva.

Per chi non ha accesso [RCAM online](#) seguire la procedura tradizionale cartacea: compilare il formulario di richiesta [autorizzazione preventiva](#) e allegare tutta la documentazione necessaria sopramenzionata. Mandare il tutto in busta chiusa al Suo Ufficio Liquidatore (indirizzo sull'ultima pagina del formulario di richiesta d'autorizzazione preventiva)

Step 2: richiesta di rimborso

Quando si riceverà la conferma di autorizzazione preventiva, si potrà richiedere il rimborso delle fatture pagate **alla fine di ogni mese trascorso**.

Seguire la procedura [RCAM online](#) o quella cartacea per chi non ha accesso online, compilando il modulo di richiesta di rimborso e allegare la fattura dettagliata.

1.2 Condizioni per il rimborso

([vedi linee guide Prestazioni connesse con lo stato di dipendenza](#)) L'autorizzazione preventiva sarà accettata se il Medico Consiglio considera necessario l'assistenza dal punto di vista medico, tenendo conto del grado di dipendenza.

Il grado di dipendenza è fissato secondo la tabella seguente, in base all'indice inferiore ottenuto in uno dei due questionari che figurano in allegato e che il medico curante dovrà completare.

Indice	Grado di dipendenza
91-100	5
75-90	4
50-74	3
25-49	2
0-24	1

I gradi da 1 a 4 della scala di dipendenza permettono di ottenere un rimborso delle spese, laddove il grado 1 corrisponde al livello più elevato di dipendenza. Il grado 5 non dà diritto a rimborso.

Gli assistenti che accudiscono i malati devono essere legalmente autorizzati all'esercizio di tale professione. Nei paesi in cui la professione di assistente malati non è disciplinata, ovvero qualora risulti impossibile reperire un assistente malati ufficialmente riconosciuto (ad esempio dei servizi della Croce rossa), il medico curante deve specificare sulla propria prescrizione il nome della persona che presterà l'assistenza e specificare che essa dispone delle competenze necessarie per farlo (certificato di idoneità).

Ove gli assistenti malati non dipendano da un organismo ufficiale (ad esempio la Croce rossa) o non esercitino ufficialmente la libera professione, la prova del legame contrattuale (contratto di lavoro in piena regola, è il documento “Denuncia rapporto di lavoro domestico /badante” dell'INPS o contratto d'assicurazione specifico per l'assunzione di un assistente malati) deve essere inviata all'ufficio di liquidazione. Gli oneri sociali relativi ai contratti d'occupazione o i premi assicurativi sono inclusi nelle spese di assistenza malati e di conseguenza rimborsabili.

Atti specifici infermieristici (iniezioni, cura piaghe, ...) saranno rimborsati alle condizioni elencate nel punto 2 – **Ausiliari medici**.

1.3 Rimborso

- **Prestazioni temporanee di assistenza malati:** le spese di assistenza a domicilio per un periodo massimo di 60 giorni sono rimborsate all'80%, con un massimale giornaliero di 72 euro, o al 100% in caso di malattia grave riconosciuta, con un massimale di 90 euro.
- **Prestazioni di assistenza malati di lunga durata a domicilio** (oltre 60 giorni) sono rimborsate all'80% o al 100% in caso di malattia grave, in base ai massimali sottoelencati, decurtati di un importo pari al 10% del reddito di base dell'affiliato (stipendio, pensione di anzianità, pensione o assegno d'invalidità, indennità di cui all'articolo 2, paragrafi 4 e 5 della regolamentazione comune).

Calcolo dei massimali rimborsabili:

- Grado di dipendenza 4 e 3 : 50% dal salario grado AST2/1 – 10 % della pensione
- Grado di dipendenza 2 and 1 : 100% dal salario grado AST2/1 – 10 % della pensione
- **Prestazioni di assistenza malati in ambiente ospedaliero** (solo in centri pubblici nei quali la struttura sanitaria sia insufficiente per fornire l'assistenza necessaria). In tal caso, le spese di assistenza sostenute su prescrizione del medico curante sono rimborsate all'80%, purché preventivamente autorizzate dal medico di fiducia, con un massimale giornaliero di 60 euro (in caso di malattia grave riconosciuta queste spese sono rimborsate al 100% con un massimale giornaliero di 75 euro).

1.4 Spese non rimborsabili

- Le spese di spostamento, alloggio e vitto, oltre a tutte le altre spese accessorie per gli assistenti.
- Non rientra nelle prestazioni di assistenza malati la sorveglianza da parte di un adulto di un figlio malato a domicilio, dovuta all'assenza dei genitori. Consultare le informazioni disponibili su servizi di assistenza psicosociale e finanziari, che potrebbero essere di supporto nell'offrire una guida per affrontare situazioni difficili.
- Prestazioni di assistenza malati in ambiente ospedaliero non sono rimborsabili tranne in centri pubblici nei quali l'infrastruttura sanitaria sia insufficiente per fornire l'assistenza necessaria. Si ricorda che è richiesta un'autorizzazione preventiva.

2. AUSILIARI MEDICI

Trattamenti da ausiliari medici/infermiere/i (igiene personale, iniezioni, cura decubiti, piaghe, ...), prescritti dal medico curante e effettuati da persone autorizzate legalmente nell'esercizio della professione.

2.1 Procedure da seguire

Richiesta di rimborso

Compilare il formulario di richiesta di rimborso, allegando la **prescrizione medica** e la **fattura dettagliata**. Inviare tutto all'ufficio di competenza in caso di procedura cartacea.

Attenzione! Se la persona interessata già riceve assistenza domiciliare, una ulteriore [autorizzazione preventiva](#) è necessaria per ottenere il rimborso di trattamenti supplementari infermieristici, come iniezioni o cure di piaghe complicati, che non possono essere effettuate legalmente da badanti/assistenti domiciliari.

Rimborso

Le spese di ausiliari medici sono rimborsate al 80 % (o 100 % in caso di malattia grave riconosciuta dal RCAM).

3. CASA DI CURA /RIPOSO (RSA)

Il regime comune di assicurazione malattia (RCAM) copre le spese di permanenza a lungo termine in casa di cura/riposo, centro di riabilitazione, strutture psichiatriche, e fino a 28 giorni in struttura di convalescenza.

3.1 Procedure da seguire

Step 1 : richiesta d'autorizzazione preventiva

La richiesta di autorizzazione preventiva è corredata di una **relazione medica** che motiva la necessità del soggiorno in un centro del genere precisando la natura delle cure di cui il paziente ha bisogno, nonché di due copie del [modulo per la valutazione della dipendenza](#), debitamente compilato dal medico curante.

Compilare il [formulario di autodichiarazione](#), per dichiarare un eventuale aiuto finanziario percepito da altre fonti (assegno di accompagnamento, ...) o da assicurazione complementare.

Allegare copia del contratto stabilito con la struttura di degenza.

Scannerizzare la documentazione e inserirla in [RCAM online](#), seguendo la procedura di autorizzazione preventiva.

Se non si ha accesso ad [RCAM online](#), bisognerà seguire la procedura tradizionale cartacea: compilando il formulario di [richiesta d'autorizzazione preventiva](#) e il [formulario di autodichiarazione](#). Allegando tutta la documentazione originale e inviandola all'ufficio liquidatore (l'indirizzo si trova in basso del formulario)

Step 2 : richiesta di presa in carico

Si ha diritto a richiedere la **presa in carico** per le spese relative alle sole “cure”. Se viene accettata, la struttura potrà mandare la fattura relativa alle spese per le cure direttamente al RCAM per **pagamento diretto**.

Compilare il [modulo presa in carico spese per case di cura/riposo](#). La parte delle spese relativa al soggiorno non sarà incluso nella presa in carico.

NB. La presa in carico non è possibile per i beneficiari coperti in complementarietà dal RCAM e nel caso in cui la struttura emetta delle fatture con un prezzo forfettario (spese soggiorno e cure insieme non suddivise).

Step 3 : Calcolo dell'importo dovuto a seguito della presa in carico.

L'ufficio liquidatore manderà un calcolo dopo aver pagato la fattura alla struttura per le spese delle cure. Il calcolo verrà inviato via posta in caso di procedura cartacea, o tramite [RCAM online](#). È possibile che rimarrà a carico dell'affiliato una parte delle spese (es. le 15 % rimanenti se ha diritto al rimborso normale di 85 %). Questa somma sarà dedotta dai futuri rimborsi dovuti dal RCAM.

In caso l'affiliato paghi direttamente l'intera fattura, potrà introdurre una domanda di rimborso allegando **la fattura dettagliata**.

3.2 Condizioni per il rimborso

Sono rimborsabili seguenti ricoveri permanenti o a lungo termine, **previo autorizzazione preventiva**:

- in una casa di riposo o di cura, autorizzata dalle autorità competenti e provvista di un'infrastruttura medica o paramedica idonea ad assistere persone anziane o disabili;
- in una casa di cura psichiatrica autorizzata dalle autorità competenti e provvista di un'infrastruttura medica o paramedica, per un soggiorno continuato e permanente;
- in un centro di riabilitazione o di rieducazione funzionale, qualora l'autorizzazione preventiva per il rimborso di un ricovero ospedaliero sia stata rifiutata (cfr. titolo II, capitolo 2, punto 1.2.);
- in un ospedale psichiatrico per un soggiorno continuato di lunga durata ove tale soggiorno superi 12 mesi e l'autorizzazione preventiva per il rimborso di un ricovero sia stata rifiutata (cfr. titolo II, capitolo 2, punto 1.2.);
- in un centro diurno;
- in un centro di disintossicazione non ospedaliero.

3.3 Modalità di rimborso

Le spese relative alle **cure** e al **soggiorno** sono rimborsabili al 85% o a 100% in caso di malattia grave, con un **massimale giornaliero di 36 euro per le spese di soggiorno**.

In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, si procede a una ripartizione forfettaria in base alla tabella seguente, a seconda del grado di dipendenza:

Grado di dipendenza	Spese relative alle cure	Spese relative al soggiorno
4	30%	70%
3	50%	50%
2	60%	40%
1	70%	30%

In tal caso, le spese relative al soggiorno sono soggette al medesimo massimale giornaliero di 36 euro.

Il soggiorno continuato e le cure fornite in un **centro di riabilitazione o rieducazione funzionale** e in **ospedale psichiatrico** sono rimborsabili all'85% o al 100% in caso di malattia grave, **in base alle condizioni applicabili alle case di riposo e di cura**. In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, la ripartizione forfettaria avviene in base al grado di dipendenza 1.

Il soggiorno in un **centro di disintossicazione** non ospedaliero o assimilato e le cure mediche fornite sono rimborsabili esclusivamente all'85%, con un massimale giornaliero di 36 euro per le spese di soggiorno. In caso di fatturazione globale che non consenta di distinguere le spese relative alle cure da quelle relative al soggiorno, la ripartizione forfettaria avviene in base al grado di dipendenza 1. Il rimborso è limitato a un soggiorno della durata complessiva di **6 mesi su un periodo di 12 mesi**.

Frequenza solo diurna di una casa di riposo e di cura per persone anziane o di un centro diurno neurologico o psichiatrico: le spese per il soggiorno e per le cure sono rimborsate alle stesse condizioni del soggiorno permanente in casa di riposo o di cura, con un massimale giornaliero di **18 euro per le spese di soggiorno**.

Frequenza di un **centro medico pedagogico**: sono rimborsabili **solo le cure** in base alle disposizioni applicabili.

4. CONVALESCENZA E CURE POST-INTERVENTO

L'RCAM copre le spese di convalescenza e di cure dopo un intervento, a condizione che:

- Inizino entro tre mesi successivi all'intervento chirurgico o alla malattia per la quale sono state prescritte.

- Siano stati autorizzati **prima** dell'inizio delle cure.
- La fattura dettagli separatamente le spese di soggiorno e di cure
- Non superi i **28 giorni**. L'autorizzazione di cura può essere rinnovata in caso di **ricaduta** o di **nuova malattia**

4.1 Procedura da seguire

Step 1 : richiesta d'autorizzazione preventiva

Introdurre la domanda di autorizzazione preventiva via [RCAM online](#) entro tre mesi dall'inizio della cura, allegando **una prescrizione e una relazione medica dettagliata** che giustifichi la necessità terapeutica della cura. Allegando anche un preventivo dettagliato, elencando il prezzo delle cure e quello del soggiorno.

In caso non si abbia accesso a [RCAM online](#), potrà seguire la procedura cartacea: compilando il [formulario di richiesta d'autorizzazione preventiva](#), allegando la documentazione medica originale e inviandolo in busta chiusa all'Ufficio Liquidatore di competenza (indirizzo in basso al formulario).

Step 2 : modalità di rimborso

Dopo aver ricevuto l'autorizzazione preventiva, si potrà iniziare la cura di convalescenza. Alla fine della cura, si potrà inserire una domanda di rimborso, con la fattura dettagliata seguendo la procedura [RCAM online](#) o la procedura cartacea.

4.2 Condizioni per il rimborso

L'RCAM copre le spese di convalescenza e di cure dopo un intervento, a condizione che:

- Inizino entro tre mesi successivi all'intervento chirurgico o alla malattia per la quale sono state prescritte.
- Siano stati autorizzati prima dell'inizio delle cure.
- La fattura dettagli separatamente le spese di soggiorno e di cure
- Non superi i 28 giorni.

L'autorizzazione di cura può essere rinnovata in caso di ricaduta o di nuova malattia.

4.3 Rimborso delle spese

Sono rimborsabili le seguenti spese:

- **Spese di soggiorno**: sono rimborsate a 80% per un periodo massimo di 28 giorni l'anno, con un massimale di rimborso pari a 36 euro al giorno. In caso di cura connessa con una malattia grave, le spese sono rimborsate al 100%, con un massimale speciale di rimborso pari a 45 euro al giorno. Queste spese non possono essere considerate come spese di ricovero ospedaliero.
- **Spese delle cure**: sono rimborsati separatamente a 85% o a 100% se la cura di convalescenza è legata a una malattia grave riconosciuta.

- **Spese di accompagnamento:** le spese di accompagnamento sono rimborsabili in via eccezionale all'85%, con un massimale di 40 euro, su prescrizione medica e [dietro autorizzazione preventiva](#), nei casi seguenti:
 - Per un membro della famiglia che accompagni, nella camera o all'interno del centro di cura,
 - Un beneficiario che segue una cura e non ha compiuto 14 anni o che, se più grande, tenuto conto della patologia o di un'altra esigenza clinicamente giustificata, abbia bisogno di assistenza speciale;
 - Per le spese di soggiorno del neonato in fase d'allattamento che deve accompagnare la madre in cura.
 - In tutti gli altri casi, le spese di accompagnamento non sono rimborsate.

Non rimborsabile:

Le spese di trasporto verso il centro di convalescenza non sono rimborsabili.

5. DISABILITA' E MALATTIA GRAVE: SPESE MEDICHE

Le spese mediche legate a una disabilità potrebbero essere rimborsate dal RCAM.

- **Malattia grave**
- **Invalidità***

*(**Bambini disabili:** Assistenza sociale e Cassa malattia (informazioni dettagliate su Myintracomm)).

5.1 Malattia grave

Le spese mediche per il trattamento di una malattia riconosciuta come grave, potrebbero essere rimborsati a 100 % o con un massimale più alto rispetto ad un rimborso normale. La procedura da seguire per ottenere il riconoscimento di malattia grave è la seguente:

Nota per staff attivo: questa pagina riguarda solo l'assicurazione malattia. In caso di inabilità al lavoro contattare il Servizio Medico per seguire le procedure previste.

5.1.1 Riconoscimento di malattia grave

Si può richiedere il riconoscimento di malattia grave se la malattia riguarda patologie che soddisfino, in misura diversa, i **quattro criteri seguenti**:

- limitata aspettativa di vita;
- cronicità;
- necessità di prestazioni diagnostiche o terapeutiche gravose/debilitanti;
- presenza o rischio di disabilità grave.

****Questi criteri cumulativi sono soggetti ad una valutazione globale** (EUROPEAN COMMISSION Brussels, 12.5.2020 C(2020) 3002 final COMMISSION DECISION of 12.5.2020 amending the Decision of 2 July 2007 laying down general implementing provisions for the reimbursement of medical expenses)*

Step 1: richiesta di un rapporto medico

Per una prima richiesta, il rapporto medico deve indicare seguenti informazioni:

- la data della diagnosi;
- la diagnosi esatta;
- lo stadio di evoluzione e le eventuali complicanze;
- il trattamento necessario.

I formati accettati per il rapporto medico sono : PDF, JPEG, TIFF, BMP, GIF.

Step 2: invio domanda

Può fare la richiesta di riconoscimento di malattia grave tramite [RCAM online](#), utilizzando la password ECAS, “Create new request”, poi seguendo le istruzioni sullo schermo. Vedi anche la guida "[How to request recognition of a serious illness?](#)"

Se non si ha l'accesso RCAM online, segue la procedura cartacea compilando [il modulo di richiesta di riconoscimento di malattia grave](#), allegando il rapporto medico. Inviare il tutto all'Ufficio Liquidatore di competenza (indirizzo in fondo sul modulo).

Step 3: richiesta di estensione

Se la malattia è stata riconosciuta come malattia grave, il rimborso delle spese legate a questa malattia sarà più alto rispetto a un rimborso normale. Il riconoscimento di malattia grave è sempre limitato nel tempo (dipende dalle circostanze, con un massimo di 5 anni). Qualche settimana prima del termine della data di scadenza, si può fare la domanda di estensione, mandando la richiesta con un rapporto medico che indichi:

- Lo sviluppo della malattia
- I trattamenti, esami e/o cure che sono ancora necessari.

Introduca questa domanda utilizzando RCAM online, o tramite procedura cartacea (vedi step 2).

Importante: in caso di una nuova patologia grave, bisogna fare una domanda separata di riconoscimento di malattia grave per questa nuova patologia.

5.1.2 Modalità di rimborso

Le spese mediche legate direttamente alla malattia grave riconosciuta, saranno rimborsati con un massimale rimborsabile più alto, dipendente dalla prestazione, o a 100 %, là dove non è in vigore un massimale rimborsabile.

5.1.3 Retrodatazione del rimborso

Come regola, la copertura della spesa al 100 % è accordata a partire dalla data dell'inizio degli accertamenti dichiarati dal medico, o dimostrati da referti di esami effettuati per arrivare alla

diagnosi finale. Tuttavia, non si potrà mai retrodatare oltre 18 mesi (vedi articolo 32 del Regolamento Comune).

5.2 Invalidità

L'invalidità si riferisce a una decisione del Comitato di Invalidità, dichiarando che il affiliato coperto dalle "Staff Regulations" è inabile al lavoro e non è in grado di svolgere le sue mansioni lavorative.

Il Comitato di Invalidità (formato da tre Medici) può riunirsi:

- Alla domanda del membro stesso; o
- Alla richiesta del AIPN, se le assenze dell'affiliato, cumulate gli ultimi 3 anni, raggiungono un totale di un anno.

Il Servizio Medico gestisce gli stadi iniziali della procedura e informa l'amministrazione delle conclusioni del Comitato di Invalidità. Il Dipartimento delle Pensioni eroga la pensione d'invalidità.

Tutte le informazioni ufficiali sono consultabili in My IntraComm