

**Corso Formazione
IRCCS Burlo Garofolo
2° Edizione 12 dicembre 2016**

**L'accesso alle prestazioni
sanitarie
per i cittadini stranieri**

Milvia Novak

Mobilità Sanitaria Internazionale

- Distinzione delle varie tipologie di utenti non iscritti al S.S.N.:
- Tutela sanitaria di cittadini provenienti dai Paesi dell'Unione Europea, in virtù della vigente Regolamentazione Europea, di cui a Reg. CE 631/2004; Nuovi Reg. UE (883/04-987/09) per ferie, turismo, distacco o trasferta per motivi di lavoro, studio, cure programmate;
- Tutela sanitaria di cittadini stranieri provenienti da Paesi Extra UE, in virtù delle vigenti Convenzioni Bilaterali od Accordi sulla Sicurezza Sociale stipulati con l'Italia: Italo-Argentina, Italo-Australiana, Italo-Brasiliana, Italo-Capoverdina, Italo-Jugoslava, Italo-Sanmarinese, Italo-Monegasca, Italo-Santa Sede, Italo-Tunisina.
- Cittadini stranieri regolarmente presenti in Italia non iscrivibili al S.S.N. (Turismo).

Codice S.T.P. (Stranieri Temporaneamente Presenti).

Cittadini stranieri extracomunitari irregolarmente presenti o clandestini in Italia. Legge 40/1998, T.U. 286/1998, DPR. 394/1999, Circolare del Ministero della Sanità n. 5 dd. 24/03/2000, DPR. 334/2004.

Codice E.N.I. (Europei Non Iscrivibili).

Cittadini comunitari presenti in Italia, da oltre tre mesi e dimoranti, privi di TEAM, privi di copertura sanitaria a carico delle Istituzioni dei Paesi di origine, privi di polizza assicurativa privata, indigenti. Direttiva UE 38/2004, D.Lgs.vo 30/2007.

Ingresso e soggiorno di citt. stranieri extracomunitari per motivi di cure mediche. (Art. 36, T.U. 286/1998; Art. 44, D.P.R. 394/1999).

Accordo Stato-Regioni: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome", recepito con D.G.R n. 1147 dd. 28/06/2013, Prot. DRS/FVG n. SP/2013/91/N dd. 08/07/2013. Succ. Indicazioni applicative del suddetto Accordo, di cui a Prot. DRS/FVG/PEC 0015410 dd. 01/09/2014.

Cittadini italiani residenti all'estero

- I cittadini italiani che trasferiscono (o hanno trasferito) la residenza in uno Stato con il quale non è in vigore alcuna Convenzione con l'Italia perdono il diritto all'assistenza sanitaria, sia in Italia che all'estero, all'atto della cancellazione dall'Anagrafe comunale e della iscrizione all'AIRE (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero), fatta eccezione per i lavoratori di diritto italiano che mantengono il diritto all'assistenza sanitaria in Italia ed all'estero.
- L'iscrizione all'AIRE non apre un diritto all'assistenza sanitaria in Italia.
- Tuttavia, ai sensi del DM.Sanità/Tesoro 1° febbraio 1996, Art.2, ai cittadini con lo stato di emigrato (sono tali coloro che hanno acquisito la cittadinanza italiana su territorio nazionale, nati in Italia) ed ai titolari di pensione corrisposta da enti previdenziali italiani,

Rif.: Circolare del Ministero della Sanità n.1000.V-19/833/630 dd.
11.11.1996

che rientrino temporaneamente in Italia, sono riconosciute, a titolo gratuito, le prestazioni ospedaliere urgenti, erogabili attraverso il Pronto Soccorso di una struttura ospedaliera, sia in via ambulatoriale sia in via degenziale, per un periodo massimo continuativo di 90 giorni ovvero erogate in più periodi che in ogni caso non devono superare globalmente i 90 giorni, per ogni anno solare, qualora gli stessi non abbiano una copertura assicurativa, pubblica o privata per le suddette prestazioni sanitarie. In caso di superamento di tale limite le prestazioni stesse saranno erogate agli interessati con il conseguente addebito delle tariffe previste. Con il termine dell'anno solare viene a cessare il periodo di copertura assicurativa a carico del S.S.N, anche se non esaurito, e l'eventuale prosieguo delle cure va computato nei 90 giorni dell'anno successivo.

Assistenza sanitaria ai cittadini italiani residenti all'estero in temporaneo soggiorno su territorio nazionale.

- In occasione di un temporaneo soggiorno sul territorio nazionale, per ottenere le prestazioni ospedaliere urgenti è necessario, previo accertamento dell'identità personale del richiedente, la presentazione di un attestato rilasciato dal Consolato competente che attesta lo stato di emigrato. In mancanza dell'attestato del Consolato, può essere sottoscritta dallo stesso una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in cui si dichiara, oltre al proprio stato di emigrato, che non si è in possesso di una copertura assicurativa pubblica o privata contro le malattie, nel Paese di residenza. Pertanto l'acquisizione di tale dichiarazione attesta l'inesistenza di un diritto al rimborso delle prestazioni sanitarie fruito, sia in regime convenzionale che in forma privata.

Distinzione delle varie tipologie di utenti non iscritti al SSN, di documentazione sanitaria presentata. Orientamento degli utenti agli Uffici Distrettuali territoriali (ASS1) o all'Ufficio Convenzioni Int.liD4 sovradistrettuale.

Documentazione sanitaria presentata, quali **Specifici formulari a carattere internazionale:**

Attestati di diritto convenzionali;

Documenti Portabili: (TEAM, CTRF, S1 (x E 106), S2 (x E112), SED 072.

Assistiti provenienti dai Paesi Membri dell'Unione Europea, in temporaneo soggiorno in Italia per turismo, ferie, studio, cure programmate, distacco, trasferta per lavoro, muniti, rispettivamente, della Tessera Europea di Assicurazione Malattie (TEAM) o del relativo Certificato Sostitutivo Provvisorio (CTRF); di apposito Attestato a carattere internazionale: Mod. S2 per cure programmate; Mod. S1/ E106 per distacco, trasferta per lavoro, nonché, studio rilasciati da Istituzioni dell'UE.

TEAM (o CERTIFICATO SOSTITUTIVO PROVVISORIO)

Il cosiddetto Documento Portabile è stato introdotto dal Reg. CE 631 dd.31/03/2004, Artt.: 1- 2, a far data dal 1° giugno 2004, in sostituzione dei corrispondenti modelli comunitari a suo tempo rilasciati per fruire di prestazioni sanitarie in caso di un temporaneo soggiorno di un cittadino dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e della Svizzera (a partire dal 1° giugno 2002) in uno Stato Membro diverso da quello di residenza ed è garantito l'accesso diretto alle prestazioni sanitarie medicalmente necessarie nonché urgenti, in forma diretta presso le strutture pubbliche e private convenzionate del Servizio Sanitario Nazionale (SNN) costituito da una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL) ed Ospedali dislocati su tutto il territorio.

- Per prestazioni in forma diretta si intendono le cure sanitarie fornite a titolo gratuito, salvo il pagamento di un ticket (partecipazione alle spese) che resta a carico dell'assistito. Decisione S5, prg. 3,lett.: d) dd. 02/10/2009. L'importo del ticket è fissato da ciascuna Regione.
- Per ottenere le suddette prestazioni, il cittadino potrà presentarsi presso il prestatore di cure (Ospedale, medico, ecc.) ed esibire la Tessera Europea di Assicurazione Malattie/TEAM (o il suo Certificato Sostitutivo Provvisorio).
- I Medici di medicina generale ed i pediatri (medici di base), convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), dietro presentazione della Tessera Sanitaria Europea (TEAM) o del Certificato Sostitutivo Provvisorio, effettuano la visita in forma diretta e possono prescrivere prestazioni specialistiche, analisi di laboratorio, esami diagnostici, medicinali o ricoveri in Ospedale. E' possibile rivolgersi all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) per avere l'elenco dei medici convenzionati (medici di base) con il SSN

- Le visite dei Medici generici e pediatri convenzionati non comportano il pagamento dell'onorario da parte dell'assistito e sono esenti dal ticket.
- Le visite di uno specialista ed i vari esami (diagnostica, laboratorio) prescritti dal Medico di Base, possono essere effettuate presso una struttura pubblica o convenzionata. Tali prestazioni prevedono il pagamento di un Ticket che resta a carico dell'assistito.
- Il ricovero negli Ospedali Pubblici (e privati accreditati) può avvenire, sia tramite il Pronto Soccorso esibendo direttamente la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o il suo Certificato Sostitutivo Provvisorio, sia sulla base della prescrizione del medico di base.
- Per le prestazioni di pronto soccorso, contraddistinte da un particolare codice, è previsto il pagamento di un ticket.
- I ricoveri in Ospedale sono esenti da ticket.

- La Guardia Medica Turistica impone il pagamento della visita per tutti i villeggianti e la cui tariffa varia da Regione a Regione. In questo caso la somma anticipata dall'assistito (ed il costo di eventuali altre prestazioni) è rimborsabile presentando le ricevute del pagamento alla propria Istituzione di Assicurazione Malattie del Paese di origine, la quale provvederà a chiedere, all'Italia, la tariffazione delle prestazioni con il formulario (E/126 o S/067), di cui al Nuovo Reg. CE 987/2009, art.: 25, lett.: B).
- Per le urgenze, è in funzione su tutto il territorio nazionale il servizio (gratuito) di Guardia Medica notturna. E' previsto al sabato, la domenica e nelle ore notturne (dalle 20 alle 8 del mattino) di tutti i giorni.
- I medicinali essenziali o salvavita e quelli per malattie croniche, prescritti dal medico (o pediatra) di base, sono interamente gratuiti

- per l'assistito, salvo che le singole Regioni non applichino un ticket per la partecipazione alle spese. Tali medicinali sono classificati in fascia A.
- I medicinali non essenziali, per patologie considerate minori o di lieve entità sono interamente a carico dell'assistito. Tali medicinali sono classificati in fascia C e si distinguono in:
 - 1. farmaci soggetti a prescrizione medica;
 - 2. farmaci senza obbligo di prescrizione medica, che comprendono i prodotti da banco ed i farmaci su consiglio del farmacista.
- Per i casi gravi ed imprevisti, in tutte le Regioni, è in funzione il Servizio di emergenza sanitaria chiamando il numero telefonico 118 (trasporto in autoambulanza) fino alla struttura ospedaliera ed eliambulanza per interventi primari.

Tale servizio, di norma, è gratuito su presentazione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o il suo Certificato Sostitutivo Provvisorio, salvo il pagamento dell' eventuale ticket.

Le cure termali non si possono ottenere presentando la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), ma sono concesse esclusivamente sulla base della presentazione presso l'ASS territorialmente competente dell'attestato Mod. E112 (o S2), di cui ai Reg. CE 883/2004, artt.: 20, 27, 36 e Reg. CE 987/2009, artt.: 26, 33.

Si sottolinea che la TEAM non può essere utilizzata per le cure programmate. (Decisione S1, c.1 dd. 12 giugno 2009).

La TEAM può essere usata in tutte le situazioni di temporanea dimora durante le quali un assicurato abbia bisogno di prestazioni in natura indipendentemente dal fatto che lo scopo del soggiorno sia turistico, professionale o di studio.

(Decisione S1, prg. 8 del 12 giugno 2009).

Qualora per una qualsiasi ragione, non sia stato possibile utilizzare la Tessera Europea di Assicurazione Malattie (TEAM) o il suo Certificato Sostitutivo Provvisorio, al rientro nel proprio Paese, si potrà chiedere alla propria Istituzione di Assicurazione Malattie il rimborso delle spese sanitarie pagate in proprio.

Questa possibilità è concessa da una norma comunitaria la quale prevede il diritto al rimborso, in base alle tariffe dello Stato membro di soggiorno temporaneo. (Reg.CE 987/09, Art. 25, lett.B).

- I cittadini dell'Unione Europea che già nel proprio Paese sono sottoposti a dialisi, ossigenoterapia e chemioterapia, prima di venire in temporaneo soggiorno in Italia, posta la necessità di avere la certezza di trovare nell'altro Stato Membro le cure vitali, devono prendere i dovuti accordi con la struttura che eroga in Italia le succitate prestazioni, al fine di garantire loro la continuità della cura.
- Tali prestazioni sanitarie di natura vitale verranno pertanto erogate gratuitamente, previo, presentazione della Tessera Europea di Assicurazione Malattie. Decisione S3, prg. 3 dd. 12 giugno 2009.
- Salvo l'eventuale ticket che è a diretto carico degli assistiti, quale compartecipazione alla spesa sanitaria. Decisione S5, prg.3, lett.: d) dd. 2 ottobre 2009.

- La Decisione S3 chiarisce che le “prestazioni medicalmente necessarie” comprendono non soltanto le prestazioni urgenti, ma anche le prestazioni connesse a malattie croniche o preesistenti, nonché connesse alla gravidanza ed al parto (anche in questo caso non sono specificate nel dettaglio essendo rimessa di volta in volta al prestatore di cure la loro individuazione).
- Il prg. 2 della suddetta Decisione stabilisce che: “Se l’obiettivo del soggiorno in un altro Stato membro è quello di beneficiare di prestazioni in natura, comprese quelle connesse a malattie croniche, preesistenti o a un parto queste disposizioni non si applicano”.
- Questa disposizione è tesa a prevenire le cosiddette cure programmate “mascherate” (da cure medicalmente necessarie) che sono quelle dove l’obiettivo dell’andata all’estero è proprio quello di ricevere delle cure, mentre l’assistito finge di essere stato costretto a ricorrere alle cure in relazione ad un impellente necessità o un’urgenza sanitaria.

- In tale caso le relative spese saranno a carico dell'assistito.
- Si ricorda che solo il prestatore di cure dell'altro Stato ha il potere di smascherare le cure programmate "mascherate".
- Ciò comporta che se ritiene di essere in presenza di una cura programmata (anziché di una cura medicalmente necessaria) richiederà l'apposito attestato a carattere internazionale mod.S2/E112, cioè l'autorizzazione, o fatturerà direttamente al paziente, mentre se ritiene che le cure richieste siano medicalmente necessarie non fatturerà all'assistito, ma allo Stato competente.
- Nella distinzione di una prestazione medicalmente necessaria (coperta dalla TEAM) da una cura programmata (non coperta dalla TEAM), può essere utile tener conto del concetto di "prestazioni medicalmente necessarie", di cui alla Decisione S3 e del concetto correlato di "prestazioni di natura", cioè

sanitarie, che sono definite nella Decisione S5.

Si conferma che la necessarietà della cura "sotto il profilo medico" è stabilita a giudizio insindacabile del medico del Paese di temporaneo soggiorno.
Decisione S1, prg. 9 dd.12 giugno 2009.

La Decisione S1 ribadisce che la TEAM dà diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico durante una temporanea dimora in un altro Stato Membro, tenuto conto della prestazione e della durata prevista della dimora.

Il paragrafo 8 della Decisione S1 nell'ultima parte stabilisce che le prestazioni sono corrisposte in un altro Stato affinché il titolare non sia costretto, prima della fine del periodo di dimora previsto, a rientrare nello Stato competente o di residenza per ottenere il trattamento di cui ha bisogno.

- Tali prestazioni hanno lo scopo di permettere all'assistito di continuare la sua dimora in condizioni medico/sanitarie sicure e tutelano quindi non solo il suo diritto di accesso diretto alle cure, ma anche il suo diritto di libera circolazione nell'UE.
- Ai sensi del prg. 11 della Decisione S1, la TEAM garantisce la parità di trattamento (Procedure e Tariffe) rispetto ad un assicurato del sistema di assicurazione malattia dello Stato di temporanea dimora.
- Si noti che sulla TEAM non è indicata la decorrenza del diritto ma unicamente la data di scadenza, oltre la quale il diritto viene meno, cioè non è leggibile il periodo di validità.
- Questo comporta che l'operatore deve solo controllare che al momento in cui viene richiesta la prestazione, la TEAM non sia scaduta.

Ai sensi della Decisione S1 è previsto:

“Una tessera europea di assicurazione malattia è valida quando il periodo di validità su di essa indicato non è scaduto”.

La TEAM non può essere utilizzata per le cure programmate.

Per quanto concerne le donne in gravidanza, ai sensi della vigente normativa comunitaria, le prestazioni relative ai controlli, al parto qualora non programmato (urgente, prematuro) possono essere fornite previa esibizione della TEAM mentre per l'evento parto programmato è da richiedere l'attestato di diritto mod. S2/E112.

Tutte coloro che non risultano assicurate presso uno Stato dell'UE (e che non sono iscritte al SSN) dovranno presentare o un'assicurazione privata o pagare direttamente le prestazioni.

Per quanto concerne l'interruzione di gravidanza è garantita solamente se sia ritenuta medicalmente necessaria.

In tale caso se l'interessata è fornita di un idoneo attestato di diritto (mod.S2/E112) rilasciato dall'Istituzione competente del proprio Paese di provenienza è gratuita (salvo eventuale ticket).

Circolare del Ministero della Salute DG RUERI/II/12712/i.3.b. dd. 03/08/2007.

La Commissione Europea 313 del 2 luglio 2009 "Guida ad una migliore trasposizione ed applicazione della Direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente all'interno del territorio degli Stati membri" ha inoltre stabilito che lo Stato ospitante deve consentire al cittadino dell'Unione di non spostare la propria residenza anche per i soggiorni superiori a tre mesi,

come ad esempio studenti o lavoratori distaccati o cittadini che non intendono trasferirsi stabilmente in Italia in quanto mantengono il proprio centro di interessi presso lo Stato di provenienza.

In caso di soggiorno temporaneo superiore a tre mesi deve procedersi all'iscrizione degli interessati nello schedario della popolazione temporanea , secondo quanto previsto dall'Art. 8 della Legge n. 1228/1954 (Legge Anagrafica) ed Art. 32 del DPR n. 223/1989 (Regolamento anagrafico).

Nei suddetti casi di temporaneo soggiorno (inferiore o superiore a tre mesi), il cittadino comunitario potrà utilizzare la Tessera Europea di Assicurazione Malattie (TEAM) (o Certificato Sostitutivo Provvisorio) rilasciata dal suo Paese per ricevere tutte le cure considerate medicalmente necessarie in relazione alla durata del suo soggiorno temporaneo e allo stato di salute. Circ. Min.Salute DGRUERI/II/15645 dd. 24/07/2009.

- Gli oneri delle prestazioni sanitarie saranno successivamente posti a carico delle competenti Istituzioni estere.
- In questo caso non viene effettuata l'iscrizione al Servizio Sanitario regionale.
- Le prestazioni effettuate dai Medici di Medicina Generale o dai Pediatri di Libera scelta vengono retribuite con il sistema delle visite occasionali dalla A.S.S e non dagli interessati sui quali non grava alcun onere. Art. 56 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 2005-Testo integrato con l'A.C.N del 29 luglio 2009 ed Art. 57 dell'Accordo Nazionale del 23 marzo 2005-Testo integrato con l'A.C.N del 29 luglio 2009.
- Qualora siano presenti i servizi della Medicina della continuità assistenziale e della medicina Turistica l'assistito è tenuto al pagamento del contributo alla spesa, ove previsto, con possibilità di richiedere il rimborso alla propria istituzione competente al rientro nel proprio Paese di origine.

- Le prestazioni sanitarie (incluse nei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, e conseguenti disposizioni regionali) vengono erogate in Italia sulla base degli attestati di diritto rilasciati agli assistiti in relazione al motivo del soggiorno (temporaneo soggiorno, trasferimento per cure in Italia, trasferimento della residenza in Italia di lavoratori o pensionati e loro familiari, infortunio sul lavoro o malattia professionale).
- Decisione S9 dd. 20/06/13 in G.U. dell'UE dd. 27/09/13 C 279/8.
- La TEAM o eventuale Certificato Sostitutivo Provvisorio ed alcuni formulari (E106,/S1, E109/S1, E112/S2, E120/S1, E121/S1, E/123/DA1, S072) vengono di norma rilasciati dall'Istituzione competente del Paese di provenienza del cittadino dell'UE prima della partenza per l'Italia, in modo da poter essere utilizzati già all'arrivo in Italia, o comunque in caso di bisogno di assistenza sanitaria.
- Qualora il cittadino dell'UE si trovi in Italia privo di attestato e quindi nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con

oneri a carico della propria Istituzione estera alla quale è iscritto, l'assistito è titolare della fattura di addebito per le prestazioni rese, fino alla presentazione di un certificato sostitutivo provvisorio della TEAM/EHIC che garantisca sulla copertura economica delle prestazioni rese nei periodi in cui l'evento si è verificato. Tale fattura potrà essere riconsiderata solo dopo che la copertura assicurativa per i periodi necessari sia pervenuta dall'Istituzione estera competente tramite l'attestazione di un Certificato Sostitutivo Provvisorio della TEAM/EHIC . Tale fattura potrà essere stornata dall'assistito all'Istituzione estera competente.

Qualora il cittadino dell'UE si trovi in Italia privo di attestato e, quindi , nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria cono oneri a carico della propria Istituzione estera alla quale è iscritto, è titolare della fattura di addebito per le prestazioni rese per le quali potrà eventualmente richiedere il

- rimborso alla propria Istituzione di Affiliazione (Casse).
- Gli attestati di diritto possono essere richiesti all'Istituzione estera competente, dichiarata dal cittadino assicurato presso un Paese dell'Unione, SEE o Svizzera, anche dall'A.S.S, (se la durata della permanenza dell'assistito lo consenta).
- Nel caso di richiesta all'Istituzione estera di un attestato, a copertura di prestazioni medicalmente necessarie erogate o in corso di erogazione (es.lunghi ricoveri) a soggetto sprovvisto di copertura assicurativa, andrà sempre richiesto il Certificato Sostitutivo Provvisorio della TEAM/EHIC.
- Ciò anche nel caso l'assistito presenti tardivamente la TEAM/EHIC.
- Tale accertamento è importante per poter stabilire se la prestazione erogata risultava coperta dal citato attestato, e non si tratti, ad esempio, di casi in cui la copertura assicurativa è intervenuta in una data successiva.

- La cautela suggerita è finalizzata a superare l'incertezza che deriva da una acquisizione tardiva della sola TEAM/EHIC che, come è noto, contiene solo la data di scadenza della detta Tessera e non di decorrenza della validità del diritto.
- Frequentemente le Casse estere non si fanno carico di prestazioni erogate prima dell'emissione di TEAM/EHIC, ragion per cui nell'ipotesi (prestazioni erogate in assenza di TEAM/EHIC) la richiesta del certificato provvisorio garantisce la certezza della copertura assicurativa dell'assistito.
- Affinchè si possa richiedere il rimborso delle prestazioni sanitarie erogate a cittadini dell'Unione, occorre che le stesse prestazioni vengano fatturate al più presto all'Istituzione estera competente e comunque non oltre i 12 (dodici) mesi seguenti il semestre civile in cui la prestazione è stata iscritta nella contabilità dell'A.S.S. (Reg. CE 987/2009, art. 67, punto 1).
- E' necessario che quanto tali prestazioni vengano rese ad assistiti esteri in temporaneo soggiorno non iscritti al SSN, il prestatore di cure richieda all'assistito, immediatamente all'inizio delle cure, la TEAM/EHIC, che provvederà

- a fotocopiare unitamente ad un documento di riconoscimento dell'assistito o eventualmente potrà richiedere all'assistito di accedere alle prestazioni già munito di tale fotocopia.
- Al termine dell'erogazione delle prestazioni il prestatore delle cure trasmetterà, nel più breve tempo possibile, alla ASS territorialmente competente, copia della documentazione di supporto (fotocopia della TEAM/EHIC e del documento di riconoscimento unitamente alla tariffazione della prestazione resa. La ASS potrà quindi procedere alla richiesta di rimborso per il tramite dell'Applicativo di fatturazione ASPE del Ministero della Salute, che provvederà, a sua volta, a trasmettere all'Istituzione estera competente.
- Si rende pertanto necessario, da subito, proteggere i propri crediti, acquisendo dai prestatori di cura, immediatamente, tutta la documentazione utile (fotocopie degli attestati e dei documenti sopra richiamate al fine di rispondere tempestivamente ad eventuali contestazioni che dovessero pervenire dai Paesi esteri.

- Le Istituzioni estere competenti attestano il diritto a fruire in Italia delle prestazioni sanitarie specificatamente previste dalla TEAM e da ciascun Formulario e si assumono l'onere delle prestazioni sanitarie eventualmente erogate in Italia.
- I Formulari hanno scopi diversi.
- I titolari dei formulari E106/S1, E109/S1, E120/S1, E121/S1, SED 072 hanno diritto all'iscrizione al S.S.R ed al Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta.
- Sulla TEAM e su ogni Formulario è indicato nell'apposito riquadro, la data di scadenza entro cui possono essere erogate le prestazioni.
- La TEAM consente al cittadino assistito di uno Stato dell'U.E che si trovi in temporaneo soggiorno in un altro Stato Membro, di accedere direttamente ai servizi sanitari di quel Paese, alle stesse condizioni degli assistiti di quello Stato e di ricevere tutte le prestazioni necessarie sotto il profilo medico, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata del soggiorno

- (Reg. CE 631/2004)/ si tratta dei principi: “dell’Allineamento dei diritti” , “dell’Accesso diretto ai prestatori di cure”).
- La TEAM non dà diritto all’iscrizione al SSR né alla scelta del Medico di Medicina Generale.
- La prescrizione delle visite mediche, specialistiche e l’erogazione dei farmaci per i cittadini dell’Unione in temporaneo soggiorno in Italia titolari della TEAM o dei Formolari, avvengono attraverso la nuova ricetta compilata sia sulla parte anteriore dove, accanto ai dati anagrafici ed al codice fiscale, viene riportata la sigla UE, sia sul retro, predisposto per rilevare i dati dell’Istituzione estera competente. Prott. Ministero della Salute: DGRUERI/9310/ dd. 18.11.2004; DGPROGS/26053 dd. 19.10.2012, Prot. DRS/FVG 21413/SPS-APA dd. 12/12/2012.

Nuovo ricettario del Servizio Sanitario Nazionale

Il Decreto 18 maggio 2004 del Ministero dell'Economia e Finanze di concerto con il Ministero della Salute (pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 251 del 25 ottobre 2004) ha introdotto il nuovo ricettario del Servizio Sanitario Nazionale. Ai sensi dell'Art. 1. c. 2 del citato Decreto, il ricettario è altresì utilizzato per " le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di Istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altre Convenzioni od accordi bilaterali di Sicurezza Sociale.

Pertanto la Nuova Ricetta dovrà essere utilizzata nei confronti di cittadini iscritti presso Istituzioni estere dell'UE. Spazio Economico Europeo/S.E.E., della Svizzera e degli Stati con i quali vige una Convenzione od Accordo Bilaterale di Sicurezza Sociale.

- Infatti il Reg. CE 631/2004 impone una semplificazione delle procedure per favorire la libera circolazione all'interno dell'UE ed un accesso diretto alle cure sanitarie (cure dovute per il temporaneo soggiorno).
- Si rammenta che l'accesso diretto ai prestatori delle cure è garantito per i soli possessori di Tessera Sanitaria Europea (TEAM) o del Certificato Sostitutivo Provvisorio.
- Per i titolari di modelli europei E106/S1, E109/S1, E112/S2, E120/S1, E121/S1 ed E123/S1 e per gli assistiti provenienti dai Paesi con i quali è stata stipulata una Convenzione di Sicurezza Sociale, vige sempre l'obbligo di recarsi presso l'A.S.S. che dovrà rilasciare all'utente l'apposito "Documento Informativo".

- Ai sensi della Circolare del Ministero della Salute DGRUERI/II/22768 dd. 21/10/2009 è previsto che prima dell'entrata in vigore della TEAM, gli assistiti belgi in possesso del modello E111B avevano diritto esclusivamente ai ricoveri ospedalieri.
- Tale distinzione di assistenza, per gli assistiti belgi, è rimasta con l'entrata in vigore della TEAM.
- Quindi, nel caso di assistiti del Belgio, si dovrà fare attenzione alla Tessera presentata, se infatti nel riquadro accanto alla sigla dello Stato appare la dicitura E111-B, dovrà essere accettata esclusivamente per i ricoveri ospedalieri. Le prestazioni diverse dal ricovero dovranno essere addebitate direttamente all'assistito belga titolare di quella particolare Tessera.

GLI ATTESTATI DI DIRITTO

- I cittadini, assistiti da uno Stato dell'U.E e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e dalla Svizzera (a partire dal 1° giugno 2002), in possesso di un attestato di diritto che non sia la Tessera Europea di Assicurazione Malattia /TEAM, di norma, affinché possano usufruire dell'assistenza sanitaria, devono preventivamente presentare tale attestato all'Azienda per i Servizi Sanitari territorialmente competente.
- I titolari dei formulari E106/S1, E109/S1, E120/S1, E121/S1, SED 072, ha diritto all'iscrizione in regime convenzionale al S.S.R ed al MMG/PLS.
- Gli attestati possono essere richiesti all'Istituzione estera competente dichiarata dal cittadino comunitario anche dall'A.S.S (se la durata della permanenza dell'assistito lo consente).

- Qualora la durata del soggiorno non consenta di ottenere i formulari, le prestazioni andranno pagate direttamente dall'assistito che potrà richiedere il rimborso al rientro nel suo Paese.
- Qualora previsto, il ticket deve essere pagato anche in presenza di un attestato e resta a carico del paziente.
- I Formulari di norma rilasciati dall'Istituzione competente del Paese di provenienza del cittadino dell'Unione prima della partenza per l'Italia, vengono utilizzati per l'iscrizione al SSR di determinate categorie di cittadini dell'Unione residenti in Italia o in altro Paese europeo diverso da quello competente.

- E106/S1 o SED 072: attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un Paese diverso da quello competente , lavoratore distaccato e familiari con esso residenti, lavoratore che risiede all'estero ma svolge attività lavorativa in Italia, lavoratore frontaliero, studente che trasferisce all'estero la sua residenza, familiari di disoccupati. Durata dell'iscrizione pari alla durata di validità del mod. E106/S1.
- L'iscrizione avviene con scelta del Medico di Medicina Generale.
- Va rilasciato il "Documento Informativo", non vanno rilasciati la TEAM, né altri formulari, la Tessera Sanitaria TS asteriscata (senza valenza TEAM).

- E109/S1 o SED 072: attestato per l'iscrizione dei familiari (dei lavoratori subordinati o autonomi) residenti in uno Stato diverso da quello competente.
- Durata dell'iscrizione pari alla durata di validità del mod. E109/S1.
- L'iscrizione avviene con scelta del medico di medicina generale e con rilascio della tessera sanitaria a parità di condizioni con i cittadini italiani residenti.
- Va rilasciato il "Documento Informativo", non vanno rilasciati la TEAM, né altri Formolari, ma la Tessera Sanitaria TS asteriscata (senza valenza TEAM).

- E112/S2 o SED 010 :Attestato riguardante le cure programmate in uno Stato Membro diverso da quello competente. Le prestazioni sono erogate sulla base delle indicazioni mediche.
- Non è previsto l'iscrizione al S.S.R, né la scelta del medico di medicina generale. Va rilasciato il "Documento Informativo".
- Il mod. E112/S2 copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento all'estero. Altre cure che si rendessero necessarie durante il temporaneo soggiorno non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM.
- I possessori di un modello E112 (o S2), emesso per ricevere prestazioni che devono essere erogate da una struttura pubblica (o convenzionata) che non sia un'Azienda Ospedaliera, dovranno presentarlo presso l'A.S.S. territorialmente competente (è quella

- nel cui ambito si trova la struttura sanitaria) che fornirà il “Documento Informativo” contenente alcune informazioni necessarie per la compilazione della ricetta se prevista per il ricovero, da presentare al Medico di Base.
- Nel caso in cui il ricovero avvenga presso un’Azienda Ospedaliera, il Modello E112 (o S2) dovrà essere presentato presso questa Struttura.

- E120/S1 o SED 072: Attestato riguardante il diritto alle prestazioni sanitarie per i richiedenti pensione o rendita, e per i loro familiari residenti in uno Stato Membro diverso da quello competente.
- Durata dell'iscrizione pari alla durata di validità del mod. E120/S1.
- L'iscrizione avviene con scelta del medico di medicina generale.
- Va rilasciato il "Documento Informativo", non vanno rilasciati la TEAM, né altri formulari, ma la Tessera asteriscata (Senza valenza TEAM).

- E121/S1 o SED S072: Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari residenti in uno Stato diverso da quello competente.
- Durata dell'iscrizione: Illimitata.
- L'iscrizione avviene con scelta del Medico di Medicina Generale.
- Va rilasciato il "Documento Informativo", non vanno rilasciati la TEAM, né altri Formolari, ma la TS asteriscata (senza valenza TEAM).

- I titolari dei suddetti attestati dovranno recarsi presso l'ASS territorialmente competente e presentare il modello E106/S1 o E109/S1 o E120/S1 o E121/S1. La ASS provvederà ad iscriverli al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) e si avrà diritto ad un'assistenza sanitaria completa (comprensiva del medico/pediatra di base) alle stesse condizioni previste per un assistito italiano.
- Inoltre, ai titolari dei modelli E106/S1, E109/S1, E120/S1, E121/S1 (o S072) relativo a tali casi, la ASS fornirà un "documento informativo" contenente alcune informazioni necessarie per la compilazione della ricetta, da presentare al proprio medico di base ogni volta se ne abbia bisogno. Circolari MdS DGRUERI 9310/04, 2276/05, 4673/05, 3450/06; DGPROGS 7366/12, 26053 dd. 19/10/12, DRS/FVG 21413 SPS/APA dd. 12/12/2012.

- E123/DA1: Attestato concernente il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti da infortuni sul lavoro e malattie professionali di lavoratori subordinati o autonomi dell'Unione residenti o dimoranti in Italia per motivi di lavoro o per ricevere cure relative alla malattia professionale.
- Non è prevista l'iscrizione al SSR e va rilasciato il "Documento Informativo" e non è estendibile ai familiari a carico.
- Il possessore di un modello E123 (o DA1), deve presentare il modello alla ASS territorialmente competente che provvederà a fornirgli il "Documento Informativo" contenente alcune informazioni necessarie per la compilazione della ricetta, da presentare al proprio medico di base ogni qualvolta se ne abbia bisogno.

- Gli Stati Membri dell'Unione Europea sono 28 (dal 1° gennaio 2007)
- AUSTRIA (AT)
- BELGIO (BE)
- BULGARIA (BG)
- CIPRO (CY)
- DANIMARCA (DK)
- ESTONIA (EE)
- FINLANDIA (FI)
- FRANCIA (FR)
- GERMANIA (DE)
- GRECIA (EL)
- IRLANDA (IE)
- ITALIA (IT)
- LETTONIA (LV)

- LITUANIA (LT)
- LUSSEMBURGO (LU)
- MALTA (MT)
- PAESI BASSI – OLANDA (NL)
- POLONIA (PL)
- PORTOGALLO (PT)
- REGNO UNITO (UK)
- REPUBBLICA CECA (CZ)
- REPUBBLICA SLOVACCA (SK)
- ROMANIA (RO)
- SLOVENIA (SI)
- SPAGNA (ES)
- SVEZIA (SE)

- UNGHERIA (HU)
- CROAZIA (HR) dal 1° luglio 2013
- Stati che appartengono allo Spazio Economico Europeo (S.E.E.) ed hanno aderito al Regolamenti Comunitari:
- NORVEGIA (NO)
- LIECHTENSTEIN (LI)
- ISLANDA (IS)
- I cittadini della SVIZZERA (CH) sono equiparati ai cittadini dell'Unione Europea.

- Rimangono salvi gli Accordi internazionali bilaterali sottoscritti dall'Italia che disciplinano in regime di reciprocità l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Coloro che rientrano nei predetti Accordi e sono portatori di specifici formulari rilasciati dallo Stato di appartenenza, possono fruire dell'assistenza in forma diretta o nelle modalità previste in base al tipo di modello specifico per accordo o attraverso l'iscrizione al SSR e comunque previo pagamento delle quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani.
- I Paesi con cui sussistono Accordi Internazionali sono i seguenti:
- ARGENTINA
- AUSTRALIA
- BRASILE

- BOSNIA-ERZEGOVINA
- CAPO VERDE - In corso di attuazione dal 31 marzo 2014. Rif. Prot. MdS DGPROGS/9817 dd. 07/04/2014; DRS/FVG/9258/SPS-ASAO dd. 07/05/2014).
- PRINCIPATO DI MONACO
- MACEDONIA
- MONTENEGRO
- SERBIA
- REPUBBLICA SAN MARINO
- TUNISIA
- CITTA' DLE VATICANO E SANTA SEDE

- Portale del Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/assistenzaSanitaria/archivioNormativaAssistenzaSanitaria.jsp?](http://www.salute.gov.it/assistenzaSanitaria/archivioNormativaAssistenzaSanitaria.jsp)

- Vademecum Regole/ Sito dell'A.S.U.I.T.s "Triestina":
- <http://www.asuits.sanita.fvg.it> – stranieri - opuscolo informativo.

CODICE S.T.P.

STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI

- Cittadini stranieri non comunitari provenienti da Paesi extra-europei non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno presenti in Italia senza permesso di soggiorno.
- Irregolari: in precedenza avevano un permesso di soggiorno che non hanno potuto rinnovare;
- Clandestini: non hanno e non hanno mai avuto un permesso di soggiorno.
- -Art.35 c. 3 T.U. dd. 25/07/1998, n. 286.

“Agli Stranieri non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”.

Gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati nei punti a)-b)-c)-d)e)-f) del comma 3 dell’Art. 35 del D.Lgs. 286/98.

PRESTAZIONI GARANTITE

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle Leggi 29 luglio 1975, n. 405 e 22 maggio 1978, n. 194 e del Decreto del Ministro della Sanità 06 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del Fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della Legge n. 176 del 27 maggio 1991, art. 24.
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;

- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- f) cura, prevenzione, riabilitazione in materia di tossicodipendenza.
- **ASSISTENZA FARMACEUTICA:** prestazioni farmaceutiche redatte su Ricettario regionale, fruibili presso le farmacie convenzionate.

- **ASSISTENZA PROTESICA:** prestazioni per l'erogazione di presidi per diabetici, ausili per incontinenza, stomia, prevenzione lesioni cutanee e protesi ed ausili tecnici redatte su Ricettario regionale, fruibili presso le farmacie convenzionate.
- **CURE URGENTI:** cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.
- **CURE ESSENZIALI:** prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, od aggravamenti).

- E' stato, altresì affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali (ancorchè continuative), nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso. (Circolare del Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000).
- L'Accertamento dell'urgenza rientra nell'ambito della responsabilità del Medico.
- L'Accertamento dell'essenzialità rientra nell'ambito della responsabilità del Medico.
- L'Individuazione delle cure essenziali è di esclusiva competenza del Ministero della salute.
- Per continuità delle cure urgenti ed essenziali, si intende che è assicurato al paziente il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.(Circolare Min. San. n. 5 24/03/2000).

- Di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai cittadini non iscritti.(Circ. n.5 dd. 24/03/00,pag. 13).
- Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con il cittadino italiano. (Art.35, c.4 T.U 286/98).
- Sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai SERT, dai CSM e le prestazioni nei confronti di soggetti affetti da HIV.
- Le modalità di ricovero nelle strutture ospedaliere italiane sono analoghe a quelle per gli italiani (urgenti se necessario, programmate, ordinarie ed in day hospital).

- A fronte delle sopraindicate prestazioni, lo straniero non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno è tenuto a pagare le prestazioni per intero secondo le tariffe previste, a meno che non si dichiari indigente.
- Le prestazioni rese a soggetti privi di risorse economiche sufficienti (indigente) sono erogate senza oneri a carico del richiedente fatta salva la quota di partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket), ove previsti. (Art. 35, c.4 T.U 286/98).

ATTRIBUZIONE CODICE REGIONALE S.T.P.

- Tutte le prestazioni, le prescrizioni farmaceutiche e le pratiche di rendicontazione saranno effettuate mediante l'utilizzo di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).
- Agli stranieri irregolarmente presenti, in sede di prima erogazione dell'assistenza, deve essere attribuito un codice regionale individuale di accesso a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale e che identifica l'assistito:
 - - per tutte le prestazioni di cui ai precedenti punti.
 - - per la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate;
 - - per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso.

COMPOSIZIONE DEL CODICE STP

- Tale codice identificativo è composto da 16 caratteri:
- STP (3 caratteri):
 - Straniero Temporaneamente presente
- Codice ISTAT (6 caratteri):
 - Regione ed Azienda che rilascia il CODICE
- Numero Progressivo (7 caratteri):
 - del Codice rilasciato dall'Azienda

RILASCIO TESSERA STP

- Contestualmente all'attribuzione del codice viene rilasciato un tesserino riportante il codice assegnato, la data del rilascio, la data di scadenza, l'indicazione della sottoscrizione della dichiarazione di indigenza e le date degli eventuali rinnovi.
- Lo stato di indigenza del soggetto viene attestato al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla STP, mediante sottoscrizione di una dichiarazione anch'essa valevole 6 mesi. (Art. 43, c. 4, DPR 394/99; Circ. Min. Sanità n. 5 dd. 24/03/2000, pag. 13).
- Il rilascio del Codice STP (Tesserino) ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero su tutto il territorio nazionale.
- Non dà diritto all'iscrizione al SSN e non è assolutamente equiparabile ad essa.

- Tale Codice viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni qualora lo straniero che ricorra alle prestazioni sanitarie non ne sia in possesso o può altresì essere rilasciato preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione.
- La struttura sanitaria che rilascia il Codice STP allo straniero privo di permesso di soggiorno anche in assenza di documenti d'identità, deve provvedere, in ogni caso, alla rilevazione dei dati anagrafici sull'identificazione personale dovendosi sempre poter individuare il destinatario della prestazione.
- Va ricordato che lo straniero che ha fatto richiesta di permesso di soggiorno ma che non lo ha ancora ottenuto NON è uno straniero irregolarmente presente (STP).

CODICI STP ATTRIBUITI DA ALTRE AZIENDE

- Se Lo straniero è in possesso di un codice attribuitogli da altra Azienda, anche se di un'altra Regione, manterrà comunque il codice originario.
- Se trattasi di primo accesso alle strutture di questa ASS 1 Triestina, accertato il sussistere della condizione di indigenza, va comunque richiesta la sottoscrizione dell'autocertificazione e va riportata sulla tessera.
- Gli eventuali rinnovi della tessera emessa da altra Azienda anche se di altra Regione sono riportati direttamente sulla tessera dell'altra Azienda.
- In caso di spazio insufficiente si rilascia una tessera secondo il modello adottato dal Regione Friuli-Venezia Giulia mantenendo comunque il codice originariamente attribuito dall'altra Azienda.
- In questo caso si ritira la tessera originale che si trattiene agli atti.

DICHIARAZIONE DI INDIGENZA

- Al momento dell'assegnazione del codice regionale STP è necessario verificare se lo straniero ha i mezzi per pagare la prestazione fruita o se è indigente.
- Se dichiara di non poter pagare gli si deve far sottoscrivere "l'autocertificazione di indigenza", la prima parte sarà compilata e sottoscritta dalla persona indigente, la seconda dall'operatore che riceve l'autocertificazione.
- Anche la dichiarazione d'indigenza, come il Codice STP, ha validità semestrale, ma non è rinnovabile.
- Pertanto allo scadere del semestre lo straniero dovrà sottoscrivere un'altra.

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA TICKET

- In particolare lo straniero temporaneamente presente (Indigente) è esonerato dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa (Ticket), a parità con il cittadino italiano, per quanto concerne:
 - Le prestazioni sanitarie di primo livello;
 - Le urgenze ospedaliere (Pronto Soccorso);
 - La tutela della gravidanza e della maternità e la tutela dell'infanzia;
 - Le patologie esenti;
 - Le esenzioni connesse all'età o a gravi stati invalidanti;
 - Vaccinazioni obbligatorie.
- (Circ. Min. Salute n. 5 dd. 24/03/2000, pag. 14)

- Il codice X01 deve essere utilizzato quando il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno ed in possesso del Codice STP, non abbia risorse economiche sufficienti per il pagamento del ticket e quale assistito che non goda ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa, che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata.
- (Prot. Direzione C.le Salute FVG 10072/SPS/ASAN dd. 23/05/2011).

- Nei restanti casi di prestazioni ambulatoriali urgenti e continuative, ricoveri programmati, prescrizioni di farmaci, l'erogazione della prestazione avverrà previo pagamento del ticket considerando l'ulteriore indicazione fornita dalla Direzione Regionale della Sanità del FVG prot. 18689/Amm.2.1 dd. 19 settembre 2001.
- E' chiaro, comunque, che, nel caso di straniero indigente che non sia in grado di pagare neanche le quote di partecipazione alla spesa, l'onere resterà a carico della "struttura erogatrice".
- In caso lo straniero non intenda pagare quanto dovuto, l'operatore di sportello dovrà acquisire comunque la prestazione con causale di pagamento "Straniero STP assoggettato al ticket", emettendo la bolla di pagamento senza registrare l'incasso ed avendo cura di inviare l'interessato presso il coordinatore di sede, il quale apporrà sull'impegnativa gli estremi della "Circolare della Direzione Regionale

- della Sanità FVG prot. n. 18689/Amm.2.1 dd. 19/09/2001, debitamente confrofirmata.
- Si ritiene utile ricordare che, gli stranieri irregolarmente presenti, che non hanno sottoscritto la dichiarazione di indigenza pagano tutte le prestazioni per il loro intero ammontare siano esse urgenti o meno . (Prot. n. 8100/GEN.III.2.E.2.B dd. 25/02/2002/ASS 1 TS).
- Le richieste di prestazioni sono redatte sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale riportando in luogo del codice fiscale il codice STP.
- In luogo del codice di esenzione X01 e contrassegnando la tipologia della ricetta con la sigla STP (Straniero STP).

- **DIVIETO DI SEGNALAZIONE**

- L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non comporta alcun tipo di segnalazione all'Autorità di Pubblica Sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. (Art. 35, c. 5 del T.U. 286/98).

RENDICONTAZIONE

- Il mancato pagamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative comporta il finanziamento da parte del Ministero dell'Interno mentre gli oneri degli interventi di medicina preventiva e delle prestazioni sanitarie di cui ai punti a), b), c), d), e), del comma 3 dell'Art. 35 del Testo Unico n. 286/1998 ricadono sul Fondo Sanitario Nazionale.

ASSICURAZIONE PRIVATA

Art. 34, c. 3 T.U. 286/98 - Art. 42, c. 6 DPR 394/99

- Gli stranieri regolarmente soggiornanti, che non rientrano tra coloro che sono obbligatoriamente iscritti al SSN e nemmeno in forma volontaria, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattia, infortunio e per la maternità mediante la stipula di apposita polizza assicurativa con un Istituto assicurativo italiano o straniero, valida su territorio nazionale.
- Rientrano in questi casi i cittadini stranieri per turismo.
- (Circolare Ministero della Sanità n. 5 dd. 24/03/2000, pag. 8).

PROGRAMMA DI VOLONTARIATO

- Per i cittadini stranieri che partecipano ad un programma di volontariato, l'organizzazione promotrice del programma di volontariato è tenuta alla sottoscrizione di una polizza assicurativa per le spese relative all'assistenza sanitaria del volontariato per l'intero periodo di durata del programma; se il periodo di permanenza è superiore a tre mesi può richiedere l'iscrizione volontaria al S.S.R (previo pagamento del previsto contributo) con le modalità e termini previsti dall'Art. 34, c. 3 del T.U. 286/98 e dall'Art. 42, c. 6 del DPR 394/99.
- (Dlgs.vo n. 154 dd. 10/08/07; Art. 27 bis del T.U 286/98; Circ. Ministero della Salute DGRUERI/VI/1.3.b.a/20114 dd. 19/11/2007.

CODICE E.N.I (EUROPEI NON ISCRIVIBILI)

- Soggiornanti indigenti, senza TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, presenti e dimoranti in Italia da oltre tre mesi, senza i requisiti per l'iscrizione al S.S.R.
- I cittadini dell'Unione Europea, non residenti sul territorio nazionale che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza (vale a dire che non possiedono gli attestati di diritto a carattere internazionale, quali modelli: (E106/S1, E120/S1, E121/S1, E109/S1 e SED072, TEAM, CTRF), sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata.
- Se impossibilitati a pagare la prestazione in quanto sono indigenti allora dovranno autocertificare all'A.S.S l'assenza dei requisiti assistenziali e dichiarare la propria condizione di indigenza.

- La struttura che eroga le prestazioni, ai fini dell'assegnazione del Codice ENI, dovrà acquisire dall'interessato o dal genitore/tutore nel caso di minori, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
- Alle dichiarazioni dovrà essere allegata la fotocopia di un documento d'identità e nel caso di minori, anche la fotocopia di un documento che attesti la condizione di parentela/tutela con il dichiarante.
- Dovrà essere resa dichiarazione di effettiva dimora(domicilio), nonché, dichiarazione di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti, di essere presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano, di non essere nelle condizioni di iscrizione al SSR, di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di Istituzioni estere e di non possedere polizze assicurative.
- Tra la documentazione richiesta dall'A.S.S. è prevista l'autodichiarazione di indigenza.

- Contestualmente verrà rilasciato all'interessato un attestato di validità semestrale sul territorio regionale di emissione ed è rinnovabile , riportante il Codice ENI ed i dati anagrafici, che dovrà essere esibito ad ogni richiesta di prestazione analogamente alla tessera sanitaria.
- Attraverso tale documento saranno assicurate le seguenti prestazioni:
- Le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio.
- Sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

- Sono in particolare garantiti:
- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle Leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978, n. 194 e del Decreto del Ministro della Sanità 06 marzo 1995, in G.U. n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del Fanciullo del 20.11.1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della Legge 27 maggio 1991, n. 176;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;

- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei cittadini comunitari di cui sopra vengono effettuate con l'utilizzo di un codice regionale che, secondo quanto già avviene può essere denominato ENI (Europeo Non Iscritto), anche ai fini della tracciabilità delle prestazioni.

COMPOSIZIONE DEL CODICE ENI

- Tale Codice identificativo è composto da 16 caratteri:
- ENI (3 caratteri/Sigla):
- Europeo Non Iscrivibile
- Codice ISTAT (3 caratteri relativo alla Regione)
- Codice ISTAT (3 caratteri relativo all'ASS che attribuisce il Codice.
- Numero Progressivo (7 caratteri, attribuito al momento del rilascio)

- Il tesserino ha validità semestrale sul territorio regionale di emissione ed è rinnovabile e può essere utilizzato per:
- -la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche).
- - la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.
- -la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture del SSR.

- Ai sensi della Circolare del Ministero della Salute DGRUERI/12712 dd. 03 agosto 2007; della Circolare del Ministero della Salute DGRUERI/3152/ dd.19/02/2008 è previsto: "di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASS, contabilità separata, da cui risulti l'identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l'azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica".

Partecipazione alla spesa (Ticket)

ENI

- Le prestazioni devono essere erogate a parità di condizioni con i cittadini italiani per quel che riguarda l'eventuale compartecipazione alla spesa.
- Normativa di riferimento:
- Direttiva n. 38/2004/CE e Dlgs.vo 06/02/2007, n. 30;
- Circolare del Min.Salute DGRUERI/12712 dd. 03/08/2007, Prot.DRS/FVG/16867 dd. 07/08/2007;
- Circolare del Min.Salute DGRUERI/3152 dd. 19/02/2008,
- Prott. DRS/FVG/4481/SPS/SAN dd. 25/02/2008 e n. 5790/SPS/SAN dd. 13/03/2008;
- Prot. DRS/FVG/22493/SPS-SAN dd.22/12/2010.

CITTADINI STRANIERI NON COMUNITARI IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO PER CURE MEDICHE (Art. 40 DPR dd. 18/10/2004, n.334)

- 1) Stranieri che entrano in Italia per motivi di cura
- (Art.36 c.1, c.2-T.U 286/98; Art. 44 c.1 c.2-DPR 394/99;
- Circ. 5/2000, pagg. 16,17; Art. 40 DPR 334/2004).
- Ingresso per motivo di "Cure mediche" in Italia, previste e possibili previo pagamento dei relativi oneri ed alle condizioni stabilite dal Decreto del Ministero degli Affari Esteri-Art. 5, c.3; il cittadino straniero è tenuto a richiedere il visto di ingresso alla competente rappresentanza diplomatica o consolare ed il permesso di soggiorno alla Questura previa presentazione dei seguenti documenti:
 - a. dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che attesti il tipo di cura (trattamento, ricovero,ecc.) necessaria, la data di inizio e la durata presumibile della stessa e che ottemperi alle disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali;

- b. attestazione dell'avvenuto deposito a titolo cauzionale versato alla struttura prescelta di una somma, espressa in euro o in dollari statunitensi e corrispondente al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste;
- c. documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse economiche sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto ed alloggio fuori dalla struttura sanitaria ed il rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore;
- d. certificazione sanitaria, attestante la patologia del richiedente nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali. La certificazione rilasciata all'estero deve essere corredata di traduzione in lingua italiana. (Art. 40 DPR 334/2004).
- Il restante 70% delle spese deve essere corrisposto dallo straniero o dal garante.

2. STRANIERO CHE VENGA TRASFERITO PER CURE IN ITALIA NELL'AMBITO DI INTERVENTI UMANITARI. (Art. 12, c.2, lett.c) del D.L. 30/12/1992, n. 502, così come modificato dal D.L. 07/12/1993, n. 517.

- Tale intervento si concretizza nell'autorizzazione all'ingresso per cure in Italia, da parte del Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero degli Affari Esteri, di cittadini stranieri residenti in Paesi privi di strutture sanitarie idonee ed adeguate.
- L'individuazione dei soggetti beneficiari di tale intervento rientra nell'ambito della discrezionalità politica dei due Ministri.
- Il Ministero della Sanità, sulla base della documentazione acquisita, provvede ad individuare le strutture che si ritengono idonee all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste ed a rimborsare direttamente alle stesse strutture l'onere delle relative prestazioni sanitarie; non si può far luogo al rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno al di fuori della struttura sanitaria.
- (Art. 36, c. 2 T.U 286/98; Art. 44, c. 2 DPR 394/99).

- I costi relativi alle spese sanitarie sono a carico del Ministero della Salute che provvede al rimborso nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere , tramite, le Regioni.

3. STRANIERO CHE VENGA TRASFERITO PER CURE IN ITALIA NELL'AMBITO DI PROGRAMMI DI INTERVENTO UMANITARIO DELLE REGIONI. (Art. 32, c. 15 della Legge 27/12/1997, n. 449).

- Le Regioni, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della Salute, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di:
 - a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;
 - b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale. (Art. 36 c.2 T.U 286/98; Art. 44 c. 2 DPR 394/99).

SOGGETTO DEBITORE

- 1. Lo straniero fruitore della prestazione, per i casi citati al punto 1);
- 2. Il Ministero della Salute attraverso i finanziamenti ai sensi dell'Art. 12 c. 2, lett.: c, D.L. 30/12/1992 n. 502, per i casi di cui al punto 2).
- Le Regioni attraverso i finanziamenti ai sensi dell'Art. 32 c. 15, lett.:c, D.L. 30/12/1992 n. 502, per i casi di cui al punto 3).

- Il permesso di soggiorno per "Cure Mediche" rilasciato ai sensi dell'Art. 36 del T.U 286/98: Ingresso e soggiorno per cure mediche non dà diritto all'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Regionale.
- La spesa per le cure erogate è sostenuta dallo stesso paziente o ricade sul Fondo Sanitario Nazionale o Regionale nell'ambito di interventi umanitari del Ministero della Salute o delle Regioni.

CITTADINI STRANIERI REGOLARMENTE SOGGIORNANTI PER I QUALI NON E' PREVISTA L'ISCRIZIONE AL S.S.N.

(Artt. 4 e 5, Art. 35, c. 1, c. 2 T.U dd. 25/07/1998, n. 286).

(Art. 43 c.1, c.7 DPR 394/99; Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000, pag. 11).

Cittadini stranieri regolarmente soggiornanti su territorio nazionale, non tenuti all'iscrizione obbligatoria né iscritti volontariamente al S.S.R.:

- a) Cittadini stranieri con visto per turismo;
- b) Cittadini stranieri con visto di ingresso per cure mediche (Art. 36, c. 3 T.U. 286/98, n. 286);
- c) Cittadini stranieri con permesso di soggiorno con validità inferiore ai tre mesi;
- d) Cittadini stranieri in possesso dei requisiti per poter chiedere l'iscrizione facoltativa, ma che non vi abbiano provveduto.

PRESTAZIONI ASSICURATE

- 1. Cure urgenti ed essenziali. Le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital), per le quali devono essere corrisposte le relative tariffe al momento della dimissione;
- 2. Prestazioni sanitarie di elezione, previo pagamento delle relative tariffe.
- Le tariffe delle prestazioni sanitarie sono determinate dalle Regioni e dalle Provincie Autonome, ai sensi dell'Art. 8 commi 5 e 7 del Decreto Lgs.vo 30/12/1992, n. 502.

- Per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute l'Azienda Ospedaliera od altra struttura accreditata devono rivolgersi per il relativo rimborso all'Ufficio Territoriale del Governo (Prefettura) competente per territorio, secondo le procedure già in vigore, ai sensi della Legge 17 luglio 1890, n. 6972 e successive modificazioni.
- (Circolare Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000, pag. 11).

- I cittadini extracomunitari provenienti da Stati con i quali sono in vigore trattati ed accordi internazionali in materia di assistenza sanitaria devono essere muniti di attestati rilasciati dallo Stato di appartenenza che certificano il diritto all'assistenza sanitaria in forma diretta o nelle modalità previste in base al tipo di modello specifico per Accordo/Convenzione o attraverso l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, in regime convenzionale, per essere esclusi dal pagamento delle relative Tariffe e comunque previo pagamento delle quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani.

- Rimangono pertanto salvi gli Accordi/Convenzioni Internazionali che disciplinano in regime di reciprocità l'erogazione dell'assistenza sanitaria.
- (Art. 35, c. 2 T.U. 286/98).

PAESI CON CUI SUSSISTONO ACCORDI/CONVENZIONI INTERNAZIONALI:

- ARGENTINA,
- AUSTRALIA,
- BRASILE,
- BOSNIA-ERZEGOVINA,
- CAPO-VERDE,
- MACEDONIA,
- MONTENEGRO,
- PRINCIPATO DI MONACO,
- REPUBBLICA SAN MARINO,
- CITTA' DEL VATICANO e SANTA SEDE
- SERBIA
- TUNISIA

Ticket

- Ai sensi della nota DRS/FVG n.8795 SPS-ASAN dd. 24/04/13 i cittadini comunitari in temporaneo soggiorno in Italia, con TEAM, non hanno diritto ad usufruire dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle spese sanitarie/ticket (per reddito, patologia e per invalidità), rappresentando la ratio per cui, i non residenti e non iscritti al SSR, non possono accedere all'esenzione del Ticket.
- Detta disposizione si applica, per analogia, anche ai cittadini stranieri presenti in Italia ed assistiti in base a Patti/Convenzioni Bilaterali che sono in possesso di formulario di assistenza rilasciato dal Paese di origine (es.: Argentina, Australia, Brasile, CapoVerde, Serbia, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Montenegro, Rep. S. Marino, ecc.) hanno diritto alle prestazioni urgenti, medicalmente necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo ed allo stato di salute. Nota ASS 1TS prot.27152/GEN.III.5.E.1 dd. 10 giugno 2013.

TICKET

- Per i cittadini comunitari (e stranieri) in possesso degli attestati di diritto S1(E121-E109) e residenti in Italia, iscritti al SSR, in possesso di tessera sanitaria rilasciata dalla ASL possono invece beneficiare dell'esenzione al pari di tutti i cittadini iscritti. Si mantiene lo stesso trattamento fino ad ora adottato ed applicato, essi hanno diritto alle esenzioni dal ticket (per reddito, patologia, per invalidità), in virtù della residenza e dell'iscrizione al S.S.R. Nota DRS/FVG n. 8795/P-SPS-ASAN dd. 24/04/2013. Prot. ASS 1 TS n. 27152/GEN.III.5.E.1 dd. 10/06/2013.

TICKET/STP

Accordo Stato-Regioni n. 255/CSR /2012

- Agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP), in sede di prima erogazione dell'assistenza, anche ad accesso diretto (consultori, SERT, sedi vaccinali, ecc.), deve essere attribuito il codice regionale individuale di accesso a sigla STP, riconosciuto su tutto il territorio nazionale e che identifica l'assistito, il codice può essere rilasciato anche preventivamente.
- Per quanto riguarda la partecipazione alla spesa, le prestazioni sanitarie previste sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti (cioè il costo complessivo della prestazione o del ricovero), fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani (Ticket+quota fissa di euro 10,00). Lo straniero STP è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (Ticket+quota fissa), in analogia al cittadino italiano.

- Qualora lo straniero STP non avesse risorse economiche sufficienti per il pagamento del ticket + quota fissa, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione d'indigenza, il codice di esenzione X01, che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. Il codice X01 è svincolato dall'età. Deve essere apposto sulla ricetta.
- Le richieste delle prestazioni previste sono redatte su ricettario del SSR (anche per quelle ad accesso senza impegnativa) riportando in luogo del codice fiscale il codice STP, in luogo del codice di esenzione X01, se presente certificato di indigenza, e contrassegnando la tipologia della ricetta con ST.

- Documenti da richiedere per il rilascio del Tesserino STP:
- Acquisizione delle generalità dello straniero: nome, cognome, sesso, data di nascita, nazionalità.
- Dichiarazione di indigenza mediante compilazione del Mod. Es. 1. STP (predisposto dal Ministero della salute).
- Utilizzo del Tesserino STP, valido 6 mesi, riconosciuto su tutto il territorio nazionale e rinnovabile. Prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie: esami clinico-strumentali, visite specialistiche, farmaci.

- Lo straniero STP è esonerato dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa (Ticket) per le seguenti prestazioni:
- Prestazioni di primo livello, ad accesso diretto senza prenotazione ed impegnativa; (es.: quelle di medicina generale, SERT, DSM, Consultori Familiari);
- Le prestazioni di urgenza erogate presso il Pronto Soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani;
- Le prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità (Codice Esenzione M);
- Le prestazioni di prevenzione collettiva erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV). (Codice di esenzione P).

- Le prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa in atto per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, patologie rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio di Attestato di esenzione). Esenzione per Patologia (Codici Ministeriali).
- Età/Condizione Anagrafica (inferiore ai 6 anni o superiore ai 65 anni), alle stesse condizioni con i cittadini italiani.
- Per tutte le altre situazioni (prestazioni di II livello, di diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, alimenti speciali, presidi specifici...), si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.
- Qualora il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno ed in possesso del codice STP, non avesse risorse sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione, il codice di esenzione X01 che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. Allegato "Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SAS", D.M. 17 marzo 2008.

- Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia, ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.
- Sono in particolare garantiti:
- A) tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane; L.405/75, 194/78, Decreto MdS 06/03/95.
- B) la tutela della salute del Minore (Conv. di New York 1989);
- C) Vaccinazioni secondo normativa e in ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle regioni;
- D) Interventi di Profilassi internazionale;
- E) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- F) Cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

- Ai sensi del DPCM del 29/11/2011 e succ. le prestazioni essenziali sono comprese in tre grandi aree:
- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, tra cui profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale;
- Assistenza distrettuale: tra cui attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio (Medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, consultori, case famiglia e comunità terapeutiche);

- Assistenza ospedaliera: Pronto Soccorso, ricovero ordinario, day hospital, assistenza in strutture per la lungo-degenza, riabilitazione.
- Oneri delle cure erogate e rendicontazione:
- Gli oneri per le prestazioni sanitarie essenziali erogate (Art. 35, c.3 T.U 286/98, punti a-f), ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico dell'ASL territorialmente competente per il luogo in cui le prestazioni vengono erogate (Art. 43, c. 4 DPR 394/99) che avrà cura, pertanto di richiedere:

- 1) al Ministero dell'Interno il rimborso relativo all'onere delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorchè continuative, erogate in regime di ricovero, compreso il ricovero diurno (Day hospital), o in via ambulatoriale;
- 2) alla Regione il rimborso relativo all'onere delle prestazioni di cui al comma 3 dell'Art. 35 del T.U. 286/98, punti a-f.
- Le procedure di rimborso da inoltrare al Ministero dell'Interno tramite la Prefettura vanno effettuate in forma anonima, mediante il codice STP, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazione erogata e della somma di cui si chiede il rimborso (Art. 43, c. 5 DPR 394/99). Accordo Stato/Regioni n.255/CSR dd. 20/12/2012.

TICKET / ENI Europei non Iscrivibili

- Il codice ENI ha validità semestrale sul territorio regionale ed è rinnovabile. Tale codice viene riconosciuto ai cittadini europei indigenti, che non hanno copertura sanitaria nei loro Stati di origine (privi di TEAM) e sono presenti (dimoranti) in Italia da oltre tre mesi senza la possibilità di iscrizione al SSN.
- Partecipazione alla spesa (Ticket):
- Le prestazioni devono essere erogate a parità di condizioni con i cittadini italiani per quel che riguarda l'eventuale compartecipazione alla spesa.

- La nota del Ministero della Salute DGRUERI/II/3152 dd. 19/02/2008 prevede che venga riconosciuto a tali cittadini europei indigenti (ENI) il diritto a tutte le prestazioni riconosciute agli extracomunitari presenti irregolarmente nel nostro Paese (STP).
- Rientrano in tali prestazioni tutte le cure urgenti ed essenziali, la tutela sociale della gravidanza, la protezione della maternità, l'interruzione di gravidanza, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela dei minori, le vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai; cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza. Gestione citt. ENI, nota DRS/FVG n.22493/SPS-SAN dd. 22/12/2010.

Accordo Stato Regioni n.255/CSR del 20/12/2012

- “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e Province Autonome”, recepito con DGR del FVG n. 1147 dd. 28/06/2013, di cui a nota DRS/FVG prot. n. SP/2013/91/N dd. 08/07/2013.
- “Indicazioni applicative (operative e procedure/chiarimenti) dell’Accordo Stato Regioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome Italiane”. - Rep. Atti 255/CSR del 20/12/2012, di cui a nota DRS/FVG prot. 0015410 dd. 01/09/2014 (Posta Elettronica Certificata).

Mobilità Sanitaria Transfrontaliera

Direttiva 2011/24/UE-D.Lgs.38/2014

- La Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 09 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, e della Direttiva di esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato Membro prevede ulteriori possibilità di usufruire di cure sanitarie nei Paesi dell'Unione Europea, (con esclusione di Norvegia, Islanda, Lichtenstein e Svizzera), alle seguenti condizioni: il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria, autorizzata nei casi previsti, e successivamente richiede il rimborso al Sistema Sanitario del Paese di appartenenza.

La finalità principale della norma è la facilitazione all'accesso ad un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di alta qualità, permettendo al paziente di programmare le proprie prestazioni sanitarie in un altro Stato membro dell'Unione Europea attraverso la scelta del prestatore di assistenza sanitaria, in modo da garantire la mobilità dei pazienti e promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati Membri dell'Unione Europea, nel rispetto delle competenze nazionali sull'organizzazione dei propri sistemi sanitari.

La Direzione Centrale Salute della Regione Friuli-Venezia Giulia, in data 20 marzo 2015, con Delibera della Giunta Regionale n. 485, ha adottato le prime linee guida applicative del Decreto Lgs.vo di recepimento n. 38 del 04 marzo 2014 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Differenze applicative

- Ambito territoriale di applicazione:
- Regolamenti: Stati dell'UE, Islanda, Liechtenstein, Norvegia e Svizzera.
- Direttiva Stati dell'UE.

- Erogatori ricompresi nella disciplina:
- Regolamenti: contemplano solo i prestatori di assistenza sanitaria pubblici o privati convenzionati.
- Direttiva: contempla tutti i prestatori di assistenza sanitaria, sia pubblici che privati convenzionati o non.

Forme di assistenza

- Regolamenti: di norma, assistenza diretta. Nei casi in cui le spese siano anticipate dall'assistito, si attiva la procedura di rimborso, c.d. di tariffazione, ai sensi dell'Art. 25, lettera b) del Regolamento 987/09.
- Direttiva: sempre assistenza indiretta.

Prestazioni garantite

Regolamenti: prestazioni garantite dallo Stato di soggiorno (escluse cure programmate autorizzate ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento 883/2004, che seguono il criterio dei LEA nazionali).

- Direttiva: prestazioni garantite dallo Stato membro di affiliazione (LEA nazionali, regionali); l'articolo 1, comma 3 del D.lgs. 38/2014, comunque, esclude esplicitamente i seguenti servizi:
- -Servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine (es.: assistenza residenziale/semiresidenziale per non autosufficienti, stati vegetativi, lungodegenza, riabilitazione in fase estensiva);

- Assegnazione ed accesso agli organi ai fini dei trapianti;
- Programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose.

Si ricorda che resta in vigore anche la normativa introdotta dalla Legge 595/1995 che consente di usufruire, in forma indiretta, delle prestazioni assistenziali presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero.

E' importante sottolineare che non esistono differenze fra le varie normative nell'individuare le persone che rientrano nel diritto di usufruire dell'assistenza sanitaria all'estero.

Il D.Lgs.38/2014, infatti, individua gli aventi diritto, facendo riferimento a quanto previsto in materia dalle disposizioni che sono alla base dei regolamenti europei.

L'Art. 3, comma 1 b) del D.Lgs.38/2014 definisce la «persona assicurata» nel modo seguente:

- le persone, ivi compresi i loro familiari e i loro superstiti, individuate dall'Art. 2 del Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, e che sono definite «persone assicurate» ai sensi dell'Art.1, prg. 1, lettera c), di tale regolamento;

- - I cittadini di Paesi terzi, cui si applica il Regolamento (CE) n. 859/2003 del Consiglio, del 14 maggio 2003, o il Regolamento (UE) n. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 novembre 2010, o che soddisfano le condizioni richieste dalla legislazione dello Stato membro di affiliazione per quanto concerne il diritto alle prestazioni.

ORGANIZZAZIONE STRUTTURE DEPUTATE ALLA GESTIONE DELLE PROCEDURE PER IL RICORSO ALL'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA

Dal momento che il D.Lgs. 38/2014 prescrive che l'assicurato sia informato della scelta più conveniente fra ricorso ai regolamenti e alla direttiva, si ritiene necessario che la gestione delle procedure relative a quest'ultima sia affidata alle stesse strutture amministrative e sanitarie preposte alle procedure per la fruizione dell'assistenza transfrontaliera attraverso regolamenti e altre normative.

Per lo stesso motivo, le strutture specialistiche deputate alla valutazione clinica delle richieste di ricorso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, previste dall'art. 10 comma 6 del D.Lgs. 38/2014, vengono identificate nei Centri Regionali di Riferimento previsti dall'Art. 3 del DM. 03/11/1989. E' facoltà della Regione integrare o sostituire i Centri Regionali di Riferimento con altre strutture individuate dalla Regione stessa.

Punto di Contatto per l'assistenza sanitaria transfrontaliera

- In coerenza con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016, le Regioni istituiscono i Punti di Contatto Regionali al fine di garantire il raccordo fra il Punto di Contatto Nazionale (NCP), ncpitaly@sanita.it, istituito presso il Ministero della Salute, per l'assistenza sanitaria transfrontaliera previsto dall'Articolo 7 del D.Lgs. 38/2014 e le strutture aziendali deputate alla gestione dell'assistenza transfrontaliera.
- Il Punto di Contatto regionale è la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che esplicherà le sue funzioni ad utilizzo di personale da individuarsi a cura del Direttore Centrale della salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia. Dove informarsi: area web
- www.salute.gov.it/cureUE

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 09 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;
- Direttiva di Esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012 comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro;
- Prot. n. 0018857/P/SPS-DC/SPS-AREF dd. 28/10/2013 della Direzione Centrale Salute del FVG e succ. Prot. n. 0022436/P/SPS-DC/SPS-AREF dd. 20.12.2013;

DECRETO LEGISLATIVO 04 MARZO 2014, N. 38, in vigore dal 05/04/2014.

- 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.
- Circolare del Ministero della Salute DGPROGS n. 0010299/P dd. 10.04.2014 con oggetto: Decreto Legislativo n. 38 del 4 marzo 2014:
 - - Differenze tra la Direttiva 2011/24/UE in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera e i vigenti Regolamenti di Sicurezza Sociale (CE) n. 883/2004 e 987/2009;
 - Punto di Contatto Nazionale.

DGR del 20 marzo 2015 nr. 485 «Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 09.03.2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e DLgs 38/2014 di recepimento: prime linee guida applicative.

- Nota di accompagnamento della Direzione C.le Salute FVG prot. n. 0008960/P dd. 07/05/2015: prime linee guida applicative.
- Linee Guida per l'applicazione del D. Lgs. 38/2004, Allegato 1, alla Delibera Giuntale n. 485 del 20 marzo 2015.
- Presentazione DIR-MI Differenze del Ministero della Salute:
«Mobilità Sanitaria in ambito comunitario

Regolamenti 883/2004 e 987/2009

VS

Direttiva 2011/24/UE»

Dipartimento della Programmazione e del Servizio Sanitario Nazionale

Direzione Generale della Programmazione

GRAZIE PER L'ATTENZIONE. ARRIVEDERCI.

- MILVIA NOVAK
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di TRIESTE
- ASUITs
- Ufficio Convenzioni InternazionaliD4
- Via Sai, 7 – 34128 TRIESTE
- Comprensorio San Giovanni
- e.mail:convenzioni.interd4@asuits.sanita.fvg.it
- Tel.: 040 399 7518 / 7517







