

**GUIDA  
ALL'ASSISTENZA SANITARIA  
ALL'ESTERO PER LE PERSONE  
ASSICURATE DAL S.S.N.**

**Maggio 2012**

Regione del Veneto

Azienda ULSS 17

GUIDA  
ALL'ASSISTENZA SANITARIA  
ALL'ESTERO PER LE PERSONE  
ASSICURATE DAL S.S.N.

Libro + CDROM

A cura di

Mario Girolami  
Paola Cancellier

Edizione: maggio 2012

Copyright © Regione del Veneto  
Tutti i diritti riservati

Coordinamento editoriale

Antonio Ferro  
Direttore del Dipartimento di Prevenzione  
dell'Azienda ULSS 17  
Este PD

Produzione editoriale

Il Cammello  
Soc. Coop. Sociale Onlus  
Este PD

Impaginazione grafica

PARTE srl  
Padova

Realizzazione tipografica

LOGO srl  
Servizi di Stampa Digitale  
Borgoricco PD

Le informazioni contenute in questa Guida sono soggette a modifiche senza preavviso.  
Ogni cura è stata posta nella raccolta, interpretazione, redazione e verifica della normativa vigente  
in materia di assistenza sanitaria all'estero per le persone assicurate dal SSN.

Tale normativa, puntualmente richiamata, rimane ovviamente  
l'unica valida regolamentazione legislativa di riferimento;  
pertanto gli autori non si assumono alcuna responsabilità  
derivanti dall'utilizzo e dalla interpretazione di quanto riportato nella Guida.

## Prefazione

*L'imponente flusso migratorio della gente veneta verso Paesi con maggiore possibilità di offerta di lavoro, dettato soprattutto dalle precarie condizioni economiche della nostra Regione, ad economia prevalentemente agricola fino agli anni '50 e con marcato sovraffollamento della popolazione rispetto alla possibilità di trovare un dignitoso lavoro, si è andato via via esaurendo nel corso degli anni dal secondo dopoguerra in poi di pari passo con le mutate condizioni economiche del Veneto trasformatosi rapidamente in una regione che, pur mantenendo intatta la sua vocazione agricola concepita però in modo moderno e razionale, ha sviluppato in modo strepitoso una parallela economia industriale.*

*Tanto è vero che negli ultimi 30 anni il Veneto si è trasformato da Paese di emigranti a Paese di immigrati.*

*Di conseguenza, in un sistema economico-finanziario sempre più "globalizzato", al fenomeno emigratorio di massa si è sostituita una esigenza migratoria più mirata, di tipo "aziendale", dettata dalla necessità di conquistare nuovi mercati in ambito internazionale, sia comunitario che presso Paesi non appartenenti all'Unione Europea, e di migliorare, in generale, gli scambi commerciali e le attività produttive.*

*Dal punto di vista sanitario va evidenziato come la progressiva "internazionalizzazione" del sistema dei trapianti d'organo e di cellule staminali emopoietiche ha reso più agevole il reperimento di donatori compatibili in ambito internazionale e più sollecito il conseguente intervento vitale. Infine le migliorate condizioni economiche della gente veneta hanno incentivato il turismo internazionale con la ricerca di luoghi sempre più suggestivi e distanti dove trascorrere periodi di vacanza.*

*Non è quindi venuta meno l'esigenza, già sancita dalla legge di riforma sanitaria nel lontano 1978, di assicurare una adeguata assistenza sanitaria ai cittadini iscritti al SSN quando si rechino e dimorino all'estero per vari motivi, sia in ambito comunitario che in Paesi non appartenenti all'Unione Europea.*

*Per aiutare gli assicurati al SSN ad utilizzare al meglio le possibilità di assistenza sanitaria all'estero in quanto garantita dai Regolamenti UE e dalla normativa italiana, si rende necessario che gli operatori dei Servizi od Uffici delle Aziende ULSS a ciò dedicati siano posti nelle condizioni di informare puntualmente ed esaurientemente gli interessati anche sulla tipologia di assistenza, a seconda del motivo del soggiorno e del Paese di destinazione.*

*D'altra parte l'applicazione delle norme va rivelandosi sempre più complessa e soggetta a continue modifiche: ciò richiede da parte di tutti gli operatori coinvolti un impegno costante e specifico per l'aggiornamento, in particolare da parte degli esperti a ciò dedicati all'interno dei Presidi, Uffici e Servizi delle Aziende ULSS ed Ospedaliere.*

*È per questo motivo che ritengo estremamente utile la stesura della presente GUIDA al fine di fornire un testo raccolto ed unificato della normativa in vigore onde permetterne l'applicazione in modo equo e corretto, nel rispetto dei diritti e dei doveri di ognuno.*

**Luca Poletto**  
Assessore Regionale  
alle Politiche Sanitarie





# Indice

Avvertenze preliminari degli autori .....	1
<b>Parte Prima PROCEDURE .....</b>	<b>3</b>
<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Corretta consultazione del manuale .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. Cittadini extracomunitari iscritti al SSN .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Cittadini comunitari iscritti al SSN .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4. Elenco Stati appartenenti all'Unione Europea (UE) ed allo Spazio Economico Europeo (SEE) .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5. Accordo tra la Comunità Europea e la Confederazione Svizzera sul coordinamento dei reciproci sistemi di sicurezza sociale nell'ambito della libera circolazione delle persone.....</b>	<b>9</b>
1.5.1. Riferimenti normativi.....	9
1.5.2. Data di entrata in vigore .....	9
1.5.3. Campo di applicazione in materia sanitaria .....	9
<b>1.6. Elenco Stati "convenzionati" per la sicurezza sociale.....</b>	<b>10</b>
<b>1.7. Viaggi e Salute .....</b>	<b>11</b>
1.7.1. Prima di mettersi in viaggio <sup>1, 2,</sup> .....	11
1.7.2. Vaccinazioni ed altre precauzioni .....	13
1.7.3. Indicazioni comportamentali .....	17
1.7.4. Al rientro da un viaggio internazionale.....	18
<b>2. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI COMUNITARI .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. La Direttiva 2004/38/CE del 29 aprile 2004 .....</b>	<b>19</b>
2.1.1. Definizioni (valide ai fini dell'applicazione della Direttiva) .....	19
2.1.2. Campo di applicazione riguardo alle persone .....	19
2.1.3. Diritto di uscita .....	20
2.1.4. Diritto di ingresso .....	20
2.1.5. Diritto di soggiorno sino a tre mesi.....	20
2.1.6. Diritto di soggiorno per un periodo superiore e tre mesi .....	21
2.1.7. Formalità amministrative per i cittadini dell'Unione e per i familiari non cittadini dell'Unione per soggiorni superiori a tre mesi.....	23
2.1.8. Ulteriori norme previste dalla Direttiva 2004/38/CE .....	23
2.1.9. Recepimento della Direttiva 2004/38/CE del 29 aprile 2004 nei vari Stati membri .....	24
<b>2.2. I Regolamenti dell'Unione Europea per la Sicurezza Sociale .....</b>	<b>24</b>
2.2.1. Entrata in vigore .....	24
2.2.2. Riferimenti normativi.....	25
2.2.3. Principi generali, oneri per le prestazioni .....	27
2.2.4. Definizioni essenziali tratte dall'articolo 1 del Regolamento (CE) n. 883 / 2004 applicabili, in linea di massima, anche agli Accordi bilaterali di reciprocità assistenziale intrattenuti dall'Italia con vari Stati extra Unione Europea .....	28
2.2.5. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) riguardo alle persone.....	31
2.2.6. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) riguardo alla materia .....	31
2.2.7. Determinazione della legislazione applicabile .....	31
2.2.8. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) in materia sanitaria.....	33
2.2.9. Situazioni protette in ambito UE per l'assistenza sanitaria.....	33
2.2.10. Organismi di collegamento UE, SEE e Confederazione Svizzera .....	36
2.2.11. Istituzioni competenti in ambito UE, SEE e Confederazione Svizzera .....	40
2.2.12. Modulistica .....	40
<b>2.3. Dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente - TEAM .....</b>	<b>44</b>
2.3.1. Riferimenti normativi.....	44
2.3.2. Persone tutelate .....	44
2.3.3. Notifica del diritto.....	44
2.3.4. Caratteristiche della TEAM .....	48
2.3.5. Accesso diretto ai prestatori di cure .....	49
2.3.6. Iscrizione / non iscrizione alla Istituzione sanitaria del luogo di dimora.....	49
2.3.7. Ulteriori adempimenti amministrativi .....	50

2.3.8.	Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora .....	50
2.3.9.	Oneri per le prestazioni erogate .....	51
2.3.10.	Possibilità di ricorso all'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") .....	52
2.3.11.	Certificato sostitutivo provvisorio con le istruzioni per la compilazione .....	53
<b>2.4.</b>	<b>Residenza in uno Stato membro diverso da quello competente - Documento S1 e A1 .....</b>	<b>55</b>
2.4.1.	Riferimenti normativi.....	55
2.4.2.	Persone tutelate durante la residenza in altro Stato membro .....	55
2.4.3.	Documento A1 (sostituisce il Modello E101) Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato .....	56
2.4.4.	Documento S1 (sostituisce E 106, E 109, E 120, E 121) Iscrizioni per la copertura sanitaria .....	57
<b>2.5.</b>	<b>Documento S2 (sostituisce E112) - Attestato di diritto alle cure programmate in altro Stato membro .....</b>	<b>67</b>
2.5.1.	Riferimenti normativi.....	67
2.5.2.	Persone tutelate .....	67
2.5.3.	Notifica del diritto all'interessato .....	68
2.5.4.	Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora in altro Stato membro per ricevere cure di elezione autorizzate .....	69
2.5.5.	Iscrizione / non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora.....	69
2.5.6.	Ulteriori adempimenti amministrativi .....	69
2.5.7.	Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora .....	70
2.5.8.	Oneri per le prestazioni erogate .....	70
2.5.9.	Possibilità di "rimborsi" per spese particolarmente onerose rimaste a carico dell'assistito .....	70
<b>2.6.</b>	<b>Documento DA1 (sostituisce E123) - Diritto alla copertura sanitaria a titolo della assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali .....</b>	<b>71</b>
2.6.1.	Riferimenti normativi.....	71
2.6.2.	Persone tutelate .....	71
2.6.3.	Notifica del diritto all'interessato .....	71
2.6.4.	Notifica all'Istituzione del luogo di dimora o residenza.....	72
2.6.5.	Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora o di residenza .....	72
2.6.6.	Oneri per le prestazioni erogate.....	72
<b>2.7.</b>	<b>Documento S3 (fattispecie non prevista in precedenza) - Cure mediche di un ex lavoratore frontaliero nel Paese dove ha lavorato in precedenza .....</b>	<b>73</b>
2.7.1.	Riferimenti normativi.....	73
2.7.2.	Persone tutelate .....	73
2.7.3.	Notifica del diritto all'interessato .....	73
2.7.4.	Notifica all'Istituzione sanitaria dello Stato membro indicato dall'interessato .....	74
2.7.5.	Erogazione delle prestazioni sanitarie nello Stato membro di destinazione .....	74
2.7.6.	Oneri per le prestazioni erogate .....	74
<b>2.8.</b>	<b>Dimora nello Stato membro competente qualora il luogo di residenza sia in un altro Stato membro .....</b>	<b>74</b>
<b>2.9.</b>	<b>Compilazione dei SEDs.....</b>	<b>75</b>
<b>2.10.</b>	<b>Periodo transitorio (fino al 30 aprile 2014) nell'applicazione dei nuovi Regolamenti (CE).....</b>	<b>75</b>
2.10.1.	Comportamento delle Aziende ULSS, durante il periodo transitorio, nella fase di emissione degli attestati di diritto e di notifica alle Istituzioni estere. ....	76
2.10.2.	Utilizzo di NSMI per la compilazione di S1 e S2 .....	77
2.10.3.	Validità dei documenti rilasciati prima dell'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti (CE), ovvero sino al 30 aprile 2010. ....	78
<b>3.</b>	<b>ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI CONVENZIONATI .....</b>	<b>79</b>
<b>3.1.</b>	<b>Principi e criteri di applicabilità.....</b>	<b>79</b>
3.1.1.	Definizioni fondamentali .....	79
3.1.2.	Campo di applicazione.....	80
3.1.3.	Accordo Amministrativo .....	80
<b>3.2.</b>	<b>L'Ordinamento previdenziale italiano .....</b>	<b>81</b>
3.2.1.	Assicurazione generale obbligatoria (AGO) .....	81
3.2.2.	Forme sostitutive dell'AGO gestite da "Fondi" o "Casse" dell'INPS o di altri Enti previdenziali .....	82
3.2.3.	Forme esclusive dell'AGO ex INPDAP ora gestite dall'INPS .....	83
3.2.4.	Previdenza per i liberi professionisti.....	83
<b>3.3.</b>	<b>Profughi ed apolidi .....</b>	<b>84</b>
<b>3.4.</b>	<b>Familiari e superstiti.....</b>	<b>84</b>

<b>3.5. Convenzione sulla sicurezza sociale tra il Governo della Repubblica Italiana ed il Governo della Repubblica Argentina .....</b>	<b>85</b>
3.5.1. Riferimenti normativi.....	85
3.5.2. Data di entrata in vigore .....	85
3.5.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso .....	85
3.5.4. Persone sanitarimente protette in Argentina .....	85
3.5.5. Rischi sanitari protetti in Argentina .....	86
3.5.6. Situazioni sanitarimente protette in Argentina .....	86
3.5.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	86
3.5.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie .....	86
3.5.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria .....	86
3.5.10. Rimborsi.....	86
3.5.11. Formulare .....	87
3.5.12. Modello I/RA 1 - Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro Stato contraente.....	87
3.5.13. Modello I/RA 2 - Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno permanente nell'altro Stato contraente.....	90
<b>3.6. Accordo di reciprocità tra Italia e Australia in materia di assistenza sanitaria .....</b>	<b>93</b>
3.6.1. Riferimenti normativi.....	93
3.6.2. Data di entrata in vigore .....	93
3.6.3. Campo di applicazione dell'Accordo.....	93
3.6.4. Persone tutelate in Australia .....	93
3.6.5. Situazioni protette in Australia .....	93
3.6.6. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	94
3.6.7. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura.....	94
3.6.8. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria .....	94
3.6.9. Notifica del diritto - Formulare .....	94
3.6.10. Notifica all'Istituzione australiana del luogo di soggiorno .....	94
3.6.11. Iscrizione / non iscrizione all'Istituzione del luogo di soggiorno.....	95
3.6.12. Ulteriori adempimenti amministrativi .....	95
3.6.13. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Australia.....	95
3.6.14. Rimborsi.....	96
3.6.15. Oneri per le prestazioni erogate .....	96
<b>3.7. Protocollo in materia di sicurezza sociale aggiuntivo all'accordo di emigrazione tra l'Italia ed il Brasile.....</b>	<b>97</b>
3.7.1. Riferimenti normativi.....	97
3.7.2. Data di entrata in vigore .....	97
3.7.3. Campo di applicazione del Protocollo aggiuntivo .....	97
3.7.4. Persone sanitarimente protette in Brasile .....	97
3.7.5. Rischi sanitari protetti in Brasile .....	98
3.7.6. Situazioni sanitarimente protette in Brasile .....	98
3.7.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	98
3.7.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie .....	98
3.7.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria .....	98
3.7.10. Rimborsi.....	98
3.7.11. Formulare .....	99
3.7.12. Modello I/B 2 per "distacco" - Certificato di diritto all'assistenza medica in favore di lavoratori "distaccati" temporaneamente in Brasile .....	99
3.7.13. Modello I/B 2 per temporaneo soggiorno - Certificato di diritto all'assistenza medica durante il soggiorno temporaneo in Brasile .....	102
3.7.14. Modello I/B 2 per pensionati residenti in Brasile - Certificato di diritto all'assistenza medica per titolari di pensione o rendita solo italiana che trasferiscono la residenza in Brasile e/o loro familiari pure residenti in Brasile .....	104
3.7.15. Modello I/B 3 - Certificato di diritto all'assistenza medica per i familiari che rimangono nel Paese di origine .....	107
<b>3.8. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Capoverde in materia di sicurezza sociale.....</b>	<b>110</b>
3.8.1. Riferimenti normativi.....	110
3.8.2. Data di entrata in vigore .....	110
3.8.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso .....	110
3.8.4. Persone protette a Capoverde.....	111
3.8.5. Rischi sanitari protetti a Capoverde.....	111
3.8.6. Situazioni sanitarimente protette a Capoverde.....	111
3.8.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	111

3.8.8.	Organismo di collegamento per le prestazioni in natura.....	111
3.8.9.	Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	111
3.8.10.	Rimborsi.....	112
3.8.11.	Formulari.....	112
3.8.12.	Modello I/CV 106 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un Paese diverso da quello competente - Lavoratori e familiari con loro residenti.....	112
3.8.13.	Modello I/CV 111 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro Stato contraente.....	116
3.8.14.	Modello I/CV 112 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato contraente.....	119
3.8.15.	Modello I/CV 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti da infortuni sul lavoro e malattie professionali.....	122
3.8.16.	Modello I/CV 109 - Attestato per l'iscrizione dei familiari di lavoratori subordinati o autonomi.....	123
3.8.17.	Modello I/CV 121 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari.....	127
<b>3.9.</b>	<b>Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Croazia in materia di</b>	
	<b>sicurezza sociale.....</b>	<b>130</b>
3.9.1.	Riferimenti normativi.....	130
3.9.2.	Data di entrata in vigore.....	130
3.9.3.	Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso.....	130
3.9.4.	Persone protette in Croazia.....	130
3.9.5.	Rischi sanitari protetti in Croazia.....	131
3.9.6.	Situazioni sanitariamente protette in Croazia.....	131
3.9.7.	Autorità competenti per la legislazione sanitaria.....	131
3.9.8.	Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie.....	131
3.9.9.	Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	131
3.9.10.	Rimborsi.....	131
3.9.11.	Formulari.....	132
3.9.12.	Modello I/HR 106 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un Paese diverso da quello competente - Lavoratori e familiari con loro residenti.....	132
3.9.13.	Modello I/HR 109 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi.....	137
3.9.14.	Modello I/HR 111 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un temporaneo soggiorno nell'altro Stato contraente.....	141
3.9.15.	Modello I/HR 112 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato contraente.....	145
3.9.16.	Modello I/HR 121 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari.....	148
3.9.17.	Modello I/HR 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti da infortuni sul lavoro e malattie professionali.....	151
<b>3.10.</b>	<b>Convenzione tra la Repubblica Italiana e la ex Repubblica Federale di Jugoslavia in</b>	
	<b>materia di assicurazioni sociali.....</b>	<b>154</b>
3.10.1.	Riferimenti normativi.....	154
3.10.2.	Data di entrata in vigore.....	154
3.10.3.	Repubblica Federale di Serbia – Montenegro (Cod. ISO: CS).....	154
3.10.4.	Repubblica di Macedonia (Cod. ISO: MK).....	155
3.10.5.	Repubblica di Bosnia Erzegovina (Cod. ISO: BA).....	155
3.10.6.	Repubblica di Slovenia.....	156
3.10.7.	Repubblica di Croazia.....	156
3.10.8.	Repubblica del Kossovo.....	156
3.10.9.	Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso.....	157
3.10.10.	Persone protette nella ex-Jugoslavia.....	157
3.10.11.	Rischi sanitari protetti nella ex-Jugoslavia.....	157
3.10.12.	Situazioni sanitariamente protette nella ex-Jugoslavia.....	157
3.10.13.	Formulari.....	158
3.10.14.	Disoccupati.....	158
3.10.15.	Rimborsi.....	158
3.10.16.	Modello 7 per lavoratori distaccati (ex OBR. 7) - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per gli assicurati di un Paese che soggiornano temporaneamente nell'altro Paese - Lavoratori distaccati e altre categorie.....	159
3.10.17.	Modello 7 per temporaneo soggiorno (ex OBR. 7) - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per gli assicurati di un Paese che soggiornano temporaneamente nell'altro Paese.....	163
3.10.18.	Modello 8 (ex OBR. 8) - Autorizzazione al trasferimento per cure nella ex-Jugoslavia.....	166
3.10.19.	Modello 5 (ex OBR. 5) - Inizio del rapporto assicurativo - Attestato per l'iscrizione dei familiari residenti nella ex-Jugoslavia di lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia.....	169
3.10.20.	Modello 12 (ex OBR. 12) - Attestazione relativa al diritto alle prestazioni in natura - Titolari di pensione o rendita e/o loro familiari a carico.....	172



<b>3.11. Convenzione generale di sicurezza sociale tra la Repubblica Italiana ed il Principato di Monaco .....</b>	<b>175</b>
3.11.1. Riferimenti normativi.....	175
3.11.2. Data di entrata in vigore .....	175
3.11.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso .....	175
3.11.4. Persone protette a Monaco.....	175
3.11.5. Rischi sanitari protetti a Monaco.....	176
3.11.6. Situazioni sanitariamente protette a Monaco .....	176
3.11.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	176
3.11.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie .....	176
3.11.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	176
3.11.10. Rimborsi.....	176
3.11.11. Formulari .....	177
3.11.12. Modello I/MC 4 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita. ....	178
3.11.13. Modello I/MC 5 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi e assimilati .....	180
3.11.14. Modello I/MC 6 per l'Italia (1/MC/IM per Monaco) - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori temporanei (lavoratori frontalieri) .....	183
3.11.15. Modello I/MC 7 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori "distaccati" .....	186
3.11.16. Modello I/MC 8.....	190
3.11.17. Modello I/MC 9 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure a Monaco. ....	193
3.11.18. Infortuni sul lavoro o malattie professionali.....	196
<b>3.12. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di San Marino in materia di sicurezza sociale.....</b>	<b>199</b>
3.12.1. Riferimenti normativi.....	199
3.12.2. Data di entrata in vigore .....	199
3.12.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso .....	199
3.12.4. Persone protette a San Marino.....	200
3.12.5. Rischi sanitari protetti a San Marino.....	200
3.12.6. Situazioni sanitariamente protette a San Marino .....	200
3.12.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	200
3.12.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura.....	200
3.12.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	200
3.12.10. Formulari .....	201
3.12.11. Rimborsi.....	201
3.12.12. Modello I.SMAR 5 per lavoratori "distaccati" - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente .....	202
3.12.13. Modello I.SMAR 5 per lavoratori "disoccupati" - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente.....	205
3.12.14. Modello I.SMAR 5 per familiari di lavoratori - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente. ....	208
3.12.15. Modello I.SMAR 5 per lavoratori frontalieri - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente .....	211
3.12.16. Modello I.SMAR 8 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un temporaneo soggiorno nell'altro Stato .....	214
3.12.17. Modello I.SMAR 8 bis - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato.....	216
3.12.18. Modello I.SMAR 11 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari.....	219
3.12.19. Infortuni sul lavoro e malattie professionali.....	221
<b>3.13. Convenzione di sicurezza sociale tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana .....</b>	<b>224</b>
3.13.1. Riferimenti normativi.....	224
3.13.2. Data di entrata in vigore .....	224
3.13.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso .....	224
3.13.4. Persone protette.....	224
3.13.5. Rischi sanitari protetti.....	225
3.13.6. Situazioni sanitariamente protette nello Stato Vaticano .....	225
3.13.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria .....	225
3.13.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura.....	225
3.13.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	225
3.13.10. Formulari .....	225
3.13.11. Modello I/VA 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per i casi di infortuni sul lavoro e malattie professionali per i lavoratori residenti nel territorio della Parte contraente diverso da quello della Parte competente .....	226

<b>3.14. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Tunisina in materia di sicurezza sociale.....</b>	<b>229</b>
3.14.1. Riferimenti normativi.....	229
3.14.2. Data di entrata in vigore.....	229
3.14.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso.....	229
3.14.4. Persone protette in Tunisia.....	229
3.14.5. Rischi sanitari protetti in Tunisia.....	230
3.14.6. Situazioni sanitariamente protette in Tunisia.....	230
3.14.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria.....	230
3.14.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura.....	230
3.14.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria.....	230
3.14.10. Formulare.....	231
3.14.11. Disoccupati.....	231
3.14.12. Trasferimento per cure di elezione.....	231
3.14.13. Rimborsi.....	231
3.14.14. Modello I/TN 8 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente - Lavoratori "distaccati".....	232
3.14.15. Modello I/TN 9 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita.....	236
3.14.16. Modello I/TN 10 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori.....	238
3.14.17. Modello I/TN 11 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno temporaneo nel Paese di origine.....	241
3.14.18. Modello I/TN 14 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura della assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali.....	244
<b>4. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI EXTRA UNIONE EUROPEA (DPR n. 618 del 31 luglio 1980).....</b>	<b>247</b>
4.1. Riferimenti normativi.....	247
4.2. Data di entrata in vigore.....	247
4.3. Persone beneficiarie dell'assistenza all'estero ex DPR 618/1980.....	248
4.4. Forme dell'assistenza.....	253
4.5. Notifica all'interessato del diritto all'assistenza in forma indiretta.....	253
4.6. Ulteriori adempimenti amministrativi.....	255
4.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria all'estero.....	255
4.7.1. Livelli delle prestazioni.....	255
4.7.2. Congruità delle spese sostenute.....	256
4.8. Trasferimento dell'infermo.....	257
4.9. Modalità per il "rimborso".....	258
4.10. Possibilità di anticipi sui "rimborsi".....	259
4.11. Azione di surroga.....	260
4.12. Rientro temporaneo o definitivo in Italia.....	260
4.12.1. Rientro temporaneo.....	260
4.12.2. Rientro definitivo.....	260
4.13. Allegati.....	261
4.13.1. Allegato 1 - Attestato per l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 15 DPR n. 618 del 31 luglio 1980).....	261
4.13.2. Allegato 2 - Attestato per l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 15 DPR n. 618 del 31 luglio 1980).....	263
4.13.3. Allegato 3 - Attestazione del diritto all'Assistenza Sanitaria per i cittadini italiani all'estero che rientrano temporaneamente nel territorio nazionale (art. 12, comma 2, DPR 31 luglio 1980, n. 618).....	265
<b>5. TRASFERIMENTO PER CURE ALL'ESTERO PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE (DM Sanità 3 novembre 1989 - Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989).....</b>	<b>267</b>
5.1. Riferimenti normativi.....	267
5.2. Forme dell'assistenza.....	270
5.3. Campo di applicazione riguardo alle persone aventi diritto all'assistenza presso Centri di altissima specializzazione all'estero.....	270
5.4. Prestazioni erogabili all'estero.....	271

<b>5.5. Centri Regionali di Riferimento .....</b>	<b>279</b>
5.5.1. Centri Regionali di Riferimento ordinati per struttura sanitaria.....	279
5.5.2. Centri Regionali di Riferimento ordinati per branca specialistica.....	283
<b>5.6. Procedura per l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero (con esclusione dei trapianti) .....</b>	<b>285</b>
5.6.1. Competenze preliminari dell'Azienda ULSS.....	285
5.6.2. Competenze del CRR.....	286
5.6.3. Competenze dell'Azienda ULSS conseguenti al parere del CRR.....	287
5.6.4. Concorso nelle spese sostenute per le prestazioni fruite in forma indiretta ("a rimborso").....	288
5.6.5. Parere del CRR sulle spese rimborsabili.....	289
5.6.6. Liquidazione all'interessato del concorso nelle spese .....	290
5.6.7. Acconti.....	290
5.6.8. Deroghe.....	290
5.6.9. Cure di mantenimento e di controllo.....	297
<b>5.7. Ricerca di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) per finalità di trapianto, in Italia e all'estero .....</b>	<b>297</b>
<b>5.8. Trasferimento all'estero per cure di neuroriabilitazione .....</b>	<b>299</b>
<b>5.9. Trasferimenti all'estero per trapianti d'organo .....</b>	<b>301</b>
5.9.1. Modalità per l'iscrizione in liste estere.....	302
5.9.2. Assistenza in forma diretta.....	303
5.9.3. Assistenza in forma indiretta.....	303
5.9.4. Trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto.....	304
5.9.5. Proseguimento cure.....	304
5.9.6. Re-trapianto di organo.....	305
5.9.7. Trapianto da donatore vivente.....	305
5.9.8. Protocollo operativo elaborato dal Centro nazionale trapianti per una uniforme applicazione in ambito nazionale del Decreto Ministro Salute del 31 marzo 2008.....	306
5.9.9. Acconti per trapianto d'organo in ambito comunitario (Circolare Ministero Sanità n. 1000.1 comp. 3 / 11721 del 15 giugno 1991).....	313
<b>5.10. Provvidenze della Regione Veneto a favore dei trapiantati d'organo e di midollo osseo e dei donatori d'organi da vivente (DGR Veneto n. 631 del 7 marzo 2006) .....</b>	<b>313</b>
5.10.1. Aveni diritto.....	313
5.10.2. Condizioni economiche per ottenere i benefici.....	313
5.10.3. Spese rimborsabili .....	314
<b>5.11. Rilascio autorizzazione per parto di elezione in ambito comunitario .....</b>	<b>314</b>
<b>5.12. Ricorsi.....</b>	<b>315</b>
<b>5.13. Flussi informativi – TECAS/NSMI .....</b>	<b>315</b>
<b>5.14. Allegati .....</b>	<b>317</b>
5.14.1. Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	317
5.14.2. Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	319
5.14.3. Proposta specialistica da allegare alla domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	321
5.14.4. Ministero della Sanità - Ufficio attuazione del SSN Modello TRS.01 - Pagina 01 - Prima, Seconda e Terza Parte .....	323
5.14.5. Comunicazione di diniego al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	324
5.14.6. Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	325
5.14.7. Domanda per ottenere il "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	326
5.14.8. Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma	

indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6, comma 13 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989).....	329
5.14.9. Domanda per ottenere il “concorso nelle spese” sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 2 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - DM 30 agosto 1991, articolo 2) .....	331
5.14.10. Domanda per ottenere il rimborso delle spese, rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989) .....	334
5.14.11. Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989) .....	337
5.14.12. Domanda per ottenere l'autorizzazione per la ricerca di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) presso un Registro italiano o straniero tramite l'Ospedale Galliera di Genova .....	340

## **Parte Seconda FORMULARI..... 343**

### **6. MODELLI PER I CITTADINI COMUNITARI..... 345**

#### **6.1. Documenti portabili UE ..... 345**

6.1.1. Documento S1 .....	345
6.1.2. Documento S2 .....	347
6.1.3. Documento S3 .....	349
6.1.4. Documento DA1 .....	351
6.1.5. Documento A1.....	353

#### **6.2. Documenti elettronici strutturati UE..... 356**

6.2.1. SED S009 .....	356
6.2.2. SED S010 .....	359
6.2.3. SED S016 .....	362
6.2.4. SED S017 .....	366
6.2.5. SED S018 .....	369
6.2.6. SED S019 .....	373
6.2.7. SED S040 .....	376
6.2.8. SED S041 .....	379
6.2.9. SED S044 .....	382
6.2.10. SED S045 .....	385
6.2.11. SED S050 .....	389
6.2.12. SED S067 .....	392
6.2.13. SED S068 .....	394
6.2.14. SED S071 .....	396
6.2.15. SED S072 .....	400
6.2.16. SED S073 .....	404

### **7. MODELLI PER I CITTADINI CONVENZIONATI ..... 409**

#### **7.1. Formulari per la Repubblica Argentina..... 409**

7.1.1. Modello I/RA 1 .....	409
7.1.2. Modello I/RA 2.....	411

#### **7.2. Formulari per il Brasile ..... 415**

7.2.1. Modello IB2 .....	415
7.2.2. Modello IB3 .....	417
7.2.3. Modello IB6 .....	419

#### **7.3. Formulari (provvisori) per la Repubblica di Capoverde ..... 421**

7.3.1. Modello I/CV 001.....	421
7.3.2. Modello I/CV 106.....	425
7.3.3. Modello I/CV 107.....	427
7.3.4. Modello I/CV 108.....	430
7.3.5. Modello I/CV 109.....	432
7.3.6. Modello I/CV 111.....	435
7.3.7. Modello I/CV 112.....	437
7.3.8. Modello I/CV 113.....	439
7.3.9. Modello I/CV 114.....	441
7.3.10. Modello I/CV 121.....	443

7.3.11. Modello I/CV 123.....	446
<b>7.4. Formulari per la Repubblica di Croazia.....</b>	<b>448</b>
7.4.1. Modello I/HR 001.....	448
7.4.2. Modello I/HR 106.....	452
7.4.3. Modello I/HR 107.....	454
7.4.4. Modello I/HR 108.....	457
7.4.5. Modello I/HR 109.....	459
7.4.6. Modello I/HR 111.....	462
7.4.7. Modello I/HR 111 Ossigenoterapia o emodialisi.....	464
7.4.8. Modello I/HR 112.....	466
7.4.9. Modello I/HR 113.....	468
7.4.10. Modello I/HR 114.....	470
7.4.11. Modello I/HR 121.....	472
7.4.12. Modello I/HR 123.....	475
7.4.13. Modello I/HR 126.....	477
<b>7.5. Formulari per la ex Repubblica Federale di Jugoslavia .....</b>	<b>479</b>
7.5.1. Modello 5.....	479
7.5.2. Modello 6.....	481
7.5.3. Modello 7.....	482
7.5.4. Modello 8.....	484
7.5.5. Modello 9.....	486
7.5.6. Modello 10.....	487
7.5.7. Modello 12.....	488
<b>7.6. Formulari per il Principato di Monaco .....</b>	<b>491</b>
7.6.1. Modello IMC4 .....	491
7.6.2. Modello IMC5 .....	495
7.6.3. Modello IMC6 .....	498
7.6.4. Modello IMC7 .....	501
7.6.5. Modello IMC8 .....	504
7.6.6. Modello IMC9 .....	506
7.6.7. Modello IMC10 .....	508
7.6.8. Modello IMC10bis.....	510
7.6.9. Modello IMC13 .....	512
7.6.10. Modello IMC14 .....	514
<b>7.7. Formulari per la Repubblica di San Marino .....</b>	<b>516</b>
7.7.1. Modello I/SMAR 001.....	516
7.7.2. Modello I/SMAR 5.....	520
7.7.3. Modello I/SMAR 6.....	522
7.7.4. Modello I/SMAR 7.....	525
7.7.5. Modello I/SMAR 8.....	527
7.7.6. Modello I/SMAR 8 bis .....	529
7.7.7. Modello I/SMAR 9.....	531
7.7.8. Modello I/SMAR 11.....	533
7.7.9. Modello I/SMAR 13.....	536
<b>7.8. Formulari per la Città del Vaticano .....</b>	<b>538</b>
7.8.1. Modello I/VA 001.....	538
7.8.2. Modello I/VA 107.....	542
7.8.3. Modello I/VA 114.....	547
7.8.4. Modello I/VA 123.....	549
<b>7.9. Formulari - Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Tunisina in materia di sicurezza sociale.....</b>	<b>551</b>
7.9.1. Modello I/TN 8.....	551
7.9.2. Modello I/TN 9.....	555
7.9.3. Modello I/TN 10.....	559
7.9.4. Modello I/TN 11.....	563
7.9.5. Modello I/TN 12.....	566
7.9.6. Modello I/TN 13.....	569
7.9.7. Modello I/TN 14.....	572



# Avvertenze preliminari degli autori

L'obiettivo di questa GUIDA è di fornire agli operatori interessati un ausilio di orientamento immediato per accertare il diritto alla fruizione e per definire le conseguenti procedure di erogazione delle prestazioni sanitarie in favore delle persone assicurate dal SSN che soggiornano o risiedono a vario titolo all'estero e che si presentano a tal fine agli Uffici o Presidi delle Aziende ULSS od Ospedaliere.

Ogni cura è stata posta nella raccolta, interpretazione, redazione e verifica della complessa, articolata e mutevole normativa vigente sugli argomenti trattati, normativa che è stata puntualmente citata e che rimane ovviamente **l'unica valida regolamentazione legislativa di riferimento**.

I lettori sono invitati a segnalare ([paola.cancellier@regione.veneto.it](mailto:paola.cancellier@regione.veneto.it)) eventuali lacune nella trattazione e/o difformi interpretazioni della normativa vigente o anche difficoltà di ogni genere che dovessero riscontrare nell'utilizzo della GUIDA, ciò al fine di poter approfondire l'argomento e valutare l'opportunità di effettuare le necessarie modifiche.

Dopo un periodo "di rodaggio" sufficientemente prolungato la GUIDA, in versione validata, verrà posta in INTERNET su un sito della Regione e continuamente aggiornata.

La **Parte Prima - PROCEDURE** della GUIDA è stata suddivisa in cinque capitoli:

- 1. INTRODUZIONE;**
- 2. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI COMUNITARI;**
- 3. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI CONVENZIONATI;**
- 4. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI EXTRA UNIONE EUROPEA;**
- 5. TRASFERIMENTO PER CURE ALL'ESTERO PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE.**

Seguendo uno schema pressoché costante sono stati riportati per ogni possibile caso:

- i riferimenti normativi,
- le persone che hanno diritto ad essere tutelate all'estero,
- le modalità di notifica di tale diritto all'interessato,
- le modalità di notifica all'Istituzione sanitaria dello Stato di destinazione,
- la iscrivibilità o non iscrivibilità alla suddetta Istituzione,
- i conseguenti adempimenti amministrativi,
- le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato di destinazione,
- la precisazione sugli oneri per le prestazioni fruite.

La **Parte Seconda - FORMULARI** riporta gli esemplari in versione italiana (o bilingue se previsto) dei modelli più utilizzati in materia sanitaria, sia in ambito comunitario che nell'applicazione degli Accordi bilaterali di sicurezza sociale che l'Italia intrattiene con vari Paesi.

Sono stati tralasciati i formulari con meno diretta implicazione sanitaria, che pertanto non verranno mai presentati dagli interessati agli Uffici o Presidi delle Aziende ULSS od Ospedaliere, ivi compresi i formulari per la fatturazione al costo effettivo o forfetario (Modello 125, Modello 127 ed equivalenti) riguardanti i Paesi "convenzionati", stante la revisione attualmente in corso delle modalità informatizzate predisposte per tali fatturazioni, modalità oggetto di specifico aggiornamento da parte della Regione nei confronti del personale aziendale addetto.

Relativamente al Capitolo 4° della GUIDA concernente l'assistenza sanitaria all'estero in applicazione del DPR 618/1980 ed al Capitolo 5° concernente il trasferimento per cure di elezione presso Centri di altissima specializzazione all'estero sono stati allegati, alla fine delle rispettive trattazioni ed a titolo puramente indicativo, i fac-simile della modulistica più in uso.





# **Parte Prima**

## **PROCEDURE**



# 1. INTRODUZIONE

## 1.1. Corretta consultazione del manuale

Come è noto tutti i cittadini italiani residenti in Italia sono obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed hanno pertanto diritto a fruire della generalità delle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza indipendentemente da altre condizioni soggettive (per esempio stato di occupato o disoccupato, pensionato, familiare, produttore o meno di reddito da lavoro dipendente o autonomo, ecc.).

Questa GUIDA si prefigge lo scopo di definire le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria all'estero per le persone assicurate dal SSN.

Giova precisare che in alcuni casi può trattarsi di cittadini non italiani (inclusi i profughi e gli apolidi) a condizione che siano residenti in Italia ed iscritti a pieno titolo al SSN, oppure anche residenti all'estero ma con diritto all'assistenza sanitaria con oneri da porre a carico del SSN (ad esempio: familiari residenti all'estero di lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia, pensionati e/o loro familiari residenti all'estero ma titolari di pensione o rendita solo italiana).

Si rende necessario adottare, per comodità di trattazione, la seguente distinzione fra le diverse possibili tipologie di Stati esteri in cui le suddette persone possono essere a vario titolo presenti ed aver bisogno di assistenza sanitaria:

- **“Stati comunitari”**: Stati appartenenti all'Unione Europea (UE) oppure allo Spazio Economico Europeo (SEE). Tra questi Stati definiti “comunitari” è compresa la Confederazione Svizzera in base ad uno specifico Accordo stipulato tra la Comunità Europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall'altra, sul coordinamento dei reciproci sistemi di sicurezza sociale nell'ambito della libera circolazione delle persone.
- **“Stati convenzionati”**: Stati con i quali l'Italia intrattiene Accordi bilaterali di reciprocità assistenziale.
- **“Stati extra Unione Europea”**: Stati non appartenenti alle prime due categorie.

L'assistenza sanitaria viene erogata nelle diverse tipologie di Stati esteri nei confronti delle suddette categorie di cittadini con l'osservanza della seguente normativa fondamentale di riferimento.

- Negli **“Stati comunitari”** applicando, a seconda del caso, la “Direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri” e la conseguente normativa di attuazione adottata dai singoli Stati membri oppure i “Regolamenti comunitari di sicurezza sociale”.

Al riguardo giova fin d'ora precisare che i nuovi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883/2004 e n. 987/2009 sono in vigore dal 1° maggio 2010, sia pur con la previsione di un periodo di transizione di quattro anni.

Per quanto riguarda la Confederazione Svizzera i nuovi Regolamenti trovano applicazione a far data dal 1° aprile 2012.

Per gli Stati appartenenti allo Spazio Economico Europeo (SEE) i nuovi Regolamenti si applicano a far data dal 1° giugno 2012.

- Negli **“Stati convenzionati”** applicando gli Accordi bilaterali di reciprocità assistenziale stipulati e intrattenuti dall'Italia con alcuni Paesi: tali Accordi ricalcano, in linea di massima, la normativa comunitaria.

- Negli **“Stati extra Unione Europea”** applicando, limitatamente ad alcune categorie di cittadini che si recano all'estero per motivi di lavoro, il DPR 618/1980 (“Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero”) e per tutte le persone iscritte al SSN il DM Sanità 3 novembre 1989 (“Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero”), nei termini esplicitati rispettivamente nel Capitolo 4° e nel Capitolo 5° della presente Guida. Nei casi in cui la citata normativa non sia applicabile l'assistenza sanitaria potrà essere fruita negli “Stati extra Unione Europea” solo tramite polizza assicurativa privata o pubblica con oneri a carico dell'interessato.

## 1.2. Cittadini extracomunitari iscritti al SSN

Per effetto del Regolamento (CEE) n. 859/2003 ai **cittadini extracomunitari** regolarmente soggiornanti in Italia ed iscritti a pieno titolo al SSN sono stati applicati, a far data dal 1° giugno 2003 e fino al 31 dicembre 2010 i vecchi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale nel caso avessero inteso recarsi in altro Stato membro dell'Unione Europea, **con esclusione dei Paesi dello Spazio Economico Europeo, della Confederazione Svizzera e della Danimarca (unico Stato membro dell'Unione Europea che non aveva aderito al citato Regolamento).**

Il **Regolamento (UE) n. 1231/2010 del 24 novembre 2010 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea L 344/1 del 29 dicembre 2010** ha confermato, con decorrenza 1° gennaio 2011, l'efficacia dei nuovi Regolamenti nei confronti dei cittadini dei Paesi terzi (“Stati extra Unione Europea”) che risiedano legalmente nel territorio di uno Stato membro, risultando abrogato il citato Regolamento (CEE) n. 859/2003.

Si precisa tuttavia che gli Stati membri del Regno Unito e della Danimarca non hanno partecipato all'adozione di tale ultimo Regolamento e non sono pertanto vincolati ed assoggettati all'applicazione dello stesso.

Pertanto i cittadini extracomunitari legalmente residenti in Italia ed iscritti al SSN usufruiscono di parità di trattamento con i cittadini italiani nel caso intendessero recarsi in altro Stato membro dell'Unione Europea, con esclusione del Regno Unito e della Danimarca oltre che nei Paesi dello Spazio Economico Europeo (SEE) e nella Confederazione Svizzera.

Tale parità di trattamento riguarda anche il trasferimento per cure all'estero disciplinato dal DM Sanità 3 novembre 1989 concernente i “Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero” e dalla conseguente regolamentazione statale e regionale.

Nei confronti di tali cittadini extracomunitari **non possono invece, in generale, essere applicati gli Accordi bilaterali di sicurezza sociale che l'Italia intrattiene con vari Paesi extra Unione Europea (“Convenzioni”),** riservati, per definizione, ai soli **cittadini italiani (e dell'altro Stato contraente)** oltre che ai profughi ed agli apolidi residenti in Italia, nonché ai loro familiari e superstiti a prescindere dalla cittadinanza.

A tale regola generale ci sono però diverse eccezioni: ad esempio San Marino, Argentina e Santa Sede, come meglio specificato nel Capitolo 3°.

Pertanto a tali cittadini extracomunitari (e loro familiari) lavoratori dipendenti da una impresa con sede in Italia o lavoratori autonomi, **“distaccati”** all'estero per motivi di lavoro nel Regno Unito, in Danimarca, nella Confederazione Svizzera, nei Paesi dello Spazio Economico Europeo, nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene Accordi bilaterali di sicurezza sociale e negli altri Paesi extra UE, viene rilasciato l'attestato di cui all'articolo 15 del D.P.R. n. 618/1980 per poter beneficiare, in caso di necessità, di prestazioni sanitarie (v. Capitolo 4°).

### 1.3. Cittadini comunitari iscritti al SSN

Nei confronti dei cittadini comunitari, regolarmente residenti in Italia in virtù dell'applicazione del D.L.vo n. 30 del 6 febbraio 2007 ed iscritti a pieno titolo al SSN, **non possono, come regola generale, essere applicati gli Accordi bilaterali di sicurezza sociale che l'Italia intrattiene con vari Paesi ("Convenzioni")**, riservati, per definizione, ai soli **cittadini italiani (e dell'altro Stato contraente)** oltre che ai profughi ed agli apolidi residenti in Italia (o nell'altro Stato contraente), nonché ai loro familiari e superstiti a prescindere dalla cittadinanza.

Giova ripetere che a tale regola generale ci sono diverse eccezioni (ad esempio "Convenzioni" con San Marino, Argentina e Santa Sede) come meglio precisato al Capitolo 3°.

Pertanto a tali cittadini comunitari (e loro familiari) lavoratori dipendenti da una impresa con sede in Italia o lavoratori autonomi, "**distaccati**" all'estero per motivi di lavoro in un qualsiasi Paese extra Unione Europea viene rilasciato l'attestato di cui all'articolo 15 del D.P.R. n. 618/1980 per poter beneficiare, in caso di necessità, di prestazioni sanitarie (v. Capitolo 4°).

Per quanto riguarda il trasferimento per cure all'estero disciplinato dal DM Sanità 3 novembre 1989 concernente i "Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero" i cittadini comunitari di cui trattasi godono di parità di trattamento con i cittadini italiani (v. Capitolo 5°).

### 1.4. Elenco Stati appartenenti all'Unione Europea (UE) ed allo Spazio Economico Europeo (SEE)

Vengono di seguito elencati gli Stati che attualmente appartengono alla UE ed allo SEE con il rispettivo codice ISO di identificazione:

- AT AUSTRIA Unione Europea
- BE BELGIO Unione Europea
- BU BULGARIA Unione Europea
- CY CIPRO Unione Europea
- DK DANIMARCA Unione Europea
- EE ESTONIA Unione Europea
- FI FINLANDIA Unione Europea
- FR FRANCIA\* Unione Europea
- DE GERMANIA Unione Europea
- EL GRECIA Unione Europea
- IE IRLANDA Unione Europea

- IS ISLANDA Spazio Economico Europeo
- IT ITALIA Unione Europea
- LV LETTONIA Unione Europea
- LI LIECHTENSTEIN Spazio Economico Europeo
- LT LITUANIA Unione Europea
- LU LUSSEMBURGO Unione Europea
- MT MALTA Unione Europea
- NO NORVEGIA Spazio Economico Europeo
- NL PAESI BASSI (OLANDA) Unione Europea
- PL POLONIA Unione Europea
- PT PORTOGALLO Unione Europea
- UK REGNO UNITO Unione Europea
- CZ REPUBBLICA CECA Unione Europea
- SK REPUBBLICA SLOVACCA Unione Europea
- RO ROMANIA Unione Europea
- SI SLOVENIA Unione Europea
- ES SPAGNA Unione Europea
- SE SVEZIA Unione Europea
- HU UNGHERIA Unione Europea

#### **Avvertenza**

**La normativa comunitaria si applica anche nei confronti dei cittadini che si recano nei seguenti dipartimenti francesi d’oltremare: GUYANA FRANCESE, MARTINICA (Antille), REUNION, GUADALUPE, mentre non si applica nei confronti dei cittadini che si recano nei seguenti territori francesi d’oltremare: NUOVA CALEDONIA, POLINESIA FRANCESE, MAYOTTE, WALLIS ET FUTUNA, SAINT PIERRE ET MIQUELON, i quali pertanto, ai fini assistenziali, vengono considerati “Stati extra Unione Europea”.**

## **1.5. Accordo tra la Comunità Europea e la Confederazione Svizzera sul coordinamento dei reciproci sistemi di sicurezza sociale nell'ambito della libera circolazione delle persone**

### **Avvertenza importante**

I nuovi Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 trovano applicazione per la Confederazione Svizzera a far data dal 1° aprile 2012.

Fino al 31 marzo 2012 sono stati applicati per la Confederazione Svizzera i vecchi Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972 e successive modificazioni ed integrazioni.

### **1.5.1. Riferimenti normativi**

- Accordo fatto a Lussemburgo il 21 giugno 1999.
- Legge 15 novembre 2000, n. 364 “Ratifica ed esecuzione dell’Accordo tra la Comunità Europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione Svizzera, dall’altra, sulla libera circolazione delle persone, con allegati, atto finale e dichiarazioni, fatto a Lussemburgo il 21 giugno 1999”.
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0007257-P-19/03/2012/I.3.b/1: “Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: applicazione alla Svizzera”.

### **1.5.2. Data di entrata in vigore**

**1 giugno 2002.**

Le disposizioni della Convenzione si applicano esclusivamente alle prestazioni richieste alle Istituzioni competenti e fruiti presso le Strutture sanitarie dopo il 1° giugno 2002 anche se si possono riferire ad un evento assicurato (malattia, maternità, infortunio sul lavoro, malattia professionale) verificatosi prima della entrata in vigore.

### **1.5.3. Campo di applicazione in materia sanitaria**

- Assicurazione malattia e maternità.
- Assicurazione infortuni sul lavoro o malattie professionali dei lavoratori.

In virtù della entrata in vigore della Convenzione le norme dei Regolamenti (CEE) di sicurezza sociale n. 1408/1971 e n. 574/1972 e successive modificazioni ed integrazioni sono state applicate integralmente anche nei rapporti di reciprocità assistenziale tra l’Italia e la Confederazione Svizzera. Di conseguenza da tale data è stata utilizzata reciprocamente anche la modulistica (ancora della serie Exxx prevista dai vecchi Regolamenti) con le relative procedure.

A far data dal 1° aprile 2012 i nuovi Regolamenti (CE) trovano applicazione anche per la Confederazione Svizzera.

Per le modalità di erogazione della assistenza sanitaria alle persone assicurate dal SSN che soggiornano o risiedono in Svizzera si rinvia pertanto al capitolo dedicato alla assistenza sanitaria nei Paesi comunitari. In particolare si segnala la possibilità di erogazione dell'assistenza sanitaria, durante un temporaneo soggiorno, in forma indiretta ("a rimborso"), con tariffazione delle prestazioni secondo le modalità in uso per gli Stati comunitari.

## 1.6. Elenco Stati "convenzionati" per la sicurezza sociale

Vengono di seguito elencati i Paesi con i quali l'Italia intrattiene specifici **Accordi bilaterali di reciprocità assistenziale in materia di sicurezza sociale** con il rispettivo codice ISO di identificazione:

- AR ARGENTINA
- AU AUSTRALIA
- BR BRASILE
- CV CAPOVERDE (in carenza di ratifica la Convenzione è tuttora sospesa)
- HR CROAZIA
- CS SERBIA-MONTENEGRO: subentrata alla Convenzione con la ex-Jugoslavia
- MK MACEDONIA: subentrata alla Convenzione con la ex-Jugoslavia
- BA BOSNIA ERZEGOVINA: subentrata alla Convenzione con la ex-Jugoslavia
- MC PRINCIPATO DI MONACO
- SM REPUBBLICA DI SAN MARINO
- VA SANTA SEDE
- TN TUNISIA

Tali Accordi ("Convenzioni"), pur ricalcando in linea di massima la normativa comunitaria, prevedono modalità e livelli assistenziali differenziati e spesso più restrittivi che saranno illustrati nelle rispettive trattazioni.

### Avvertenza

**L'Italia aveva stipulato un Accordo in materia di assicurazioni sociali, in vigore dal 1° gennaio 1961, con la allora Repubblica Popolare Federale di Jugoslavia che dopo i noti eventi bellici si è suddivisa nelle seguenti realtà geopolitiche (v. punto 3.10.):**

- **la Repubblica Federale di Serbia e Montenegro con la Provincia di Voivodina;**
- **la Repubblica di Macedonia;**
- **la Repubblica di Bosnia Erzegovina;**
- **la Repubblica di Croazia, con la quale è in vigore uno specifico Accordo dal 1° novembre 2003;**
- **la Repubblica di Slovenia, entrata nell'Unione Europea il 1° maggio 2004;**
- **La Repubblica del Kosovo.**



## 1.7. Viaggi e Salute

Secondo le statistiche dell'Organizzazione Mondiale del Turismo gli arrivi internazionali nel 2009 a livello mondiale per turismo, affari ed altri scopi sono ammontati a 880 milioni<sup>1</sup>.

Anno dopo anno, infatti, sono sempre di più le persone che intraprendono viaggi internazionali, anche in Paesi in via di sviluppo.

Il viaggio internazionale pone vari rischi alla salute a seconda delle necessità sanitarie dei viaggiatori e del tipo di viaggio intrapreso. I viaggiatori possono andare incontro ad improvvisi e significativi cambiamenti in altitudine, umidità, temperatura e ad esposizione ad una varietà di infezioni che possono sfociare in malattia. Inoltre, seri rischi per la salute possono presentarsi in aree dove l'alloggio è di scarsa qualità, le condizioni igienico-sanitarie sono inadeguate, i servizi medici non sono ben sviluppati e dove non è disponibile acqua pulita. Gli incidenti continuano ad essere la causa più frequente di morbilità e mortalità nei viaggiatori ma è anche importante proteggere i viaggiatori contro le malattie infettive<sup>1</sup>.

Ogni viaggiatore dovrebbe essere consapevole del fatto che proteggere la propria salute significa proteggere anche quella degli altri e che per farlo occorre anche rispettare la cultura e l'ambiente della destinazione di viaggio.

Troppo spesso un viaggio è affrontato senza la necessaria preparazione, senza conoscere i rischi legati a soggiorni, anche brevi, in Paesi con condizioni igienico-sanitarie e di vita profondamente diverse dalle nostre. Tra i viaggiatori sono comuni problemi di salute, fortunatamente per lo più banali, ma che possono, comunque, rovinare il piacere di un viaggio<sup>2</sup>. L'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che ben 1 viaggiatore su 2 ha problemi di salute legati a viaggi in Paesi in via di sviluppo.

Il disturbo più frequente è la diarrea del viaggiatore che arriva a colpire tra il 30 e il 50% delle persone, seguito dall'Epatite A che colpisce 1 su 300 dei non vaccinati.

Il viaggiatore è inoltre soggetto a patologie oramai rare o scomparse in Italia, ma molto diffuse in molti Paesi quali la malaria, la rabbia, la febbre tifoidea, la febbre gialla.

Si calcola che il 10% dei viaggiatori abbia dovuto consultare un medico durante o dopo il viaggio, eppure contro molte di queste malattie esistono vaccini estremamente efficaci e ben tollerati nonché una efficace prevenzione basata su comportamenti corretti individuali<sup>3</sup>.

### 1.7.1. Prima di mettersi in viaggio<sup>1, 2, 4</sup>

Per ridurre il rischio di ammalarsi o di avere incidenti mentre ci si trova all'estero, l'ideale è consultare un Ambulatorio per Viaggiatori Internazionali, presente presso la propria ASL, almeno 4-6 settimane prima di partire.

---

<sup>1</sup> Viaggi internazionali e salute. 2011. WHO 2011, versione italiana a cura della SIMT.

<sup>2</sup> Viaggiare in Salute. Informazioni e consigli per i viaggiatori internazionali. Regione del Veneto - Direzione Prevenzione. 8.a ristampa, aprile 2011.

<sup>3</sup> Come viaggiare per il mondo evitando rischi per la salute. Documento redatto per ASNAS da S. Di Belli e P. Mori Ubaldini.

<sup>4</sup> Come affrontare un viaggio. Documento pubblicato on line sul sito della Regione Veneto <http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/BF6D9816-89FD-4515-9A08-F800EAC3A17C/0/InfoCittadino0904.PDF>

Verranno così affrontati, con personale sanitario competente, i fattori chiave nel determinare i rischi infettivi e non infettivi ai quali i viaggiatori sono esposti e verranno indicate le più opportune misure di prevenzione (precauzioni comportamentali, vaccinazioni, chemioprolifassi, ecc.):

- le modalità di trasporto;
- la destinazione;
- la durata del soggiorno e la stagione dell'anno in cui il viaggio viene effettuato;
- lo scopo della visita;
- gli standard igienici dell'alloggio e la sicurezza degli alimenti;
- il comportamento del viaggiatore;
- lo stato di salute del viaggiatore alla partenza<sup>5</sup>.

Per quel che riguarda la propria salute, è opportuno verificarne lo stato prima della partenza. È consigliato, se non lo si è fatto di recente, effettuare un controllo dentistico prima di recarsi in Paesi in via di sviluppo o di viaggi prolungati in aree remote, per evitare di dover ricorrere a cure odontoiatriche in zone con scarse condizioni igienicosanitarie<sup>6</sup>.

Alcune categorie di persone particolarmente vulnerabili richiedono un'attenzione maggiore durante la visita: bambini, anziani, donne in gravidanza e individui immunocompromessi, ma anche persone che si apprestano a fare un viaggio "avventuroso".

All'estero può essere difficile trovare gli stessi farmaci che abitualmente prendiamo nel nostro Paese e per tale motivo è prudente portare con sé, oltre al necessario per fronteggiare i comuni disturbi, eventuali farmaci che si assumono abitualmente: la scorta deve essere sufficiente a coprire un periodo più lungo di quello del viaggio. È consigliabile riporre i farmaci nel bagaglio a mano e una scorta aggiuntiva in un altro bagaglio per evitare il rischio di smarrimento durante il viaggio<sup>6</sup>.

Certe categorie di farmaci o specifica strumentazione medica devono essere portate insieme ad un certificato firmato dal medico che attesti che il viaggiatore ha bisogno di quel farmaco o di quella strumentazione medica per uso personale. Alcuni Paesi richiedono che non sia solo il medico, ma anche una Struttura sanitaria pubblica a firmare quel certificato. Anche gli articoli sanitari devono essere portati in quantità sufficiente per l'intera visita, a meno che non sia certa la loro disponibilità una volta giunti a destinazione. Questi articoli comprendono gli strumenti per l'igiene dentaria, la cura dell'occhio e la cura della pelle e l'igiene personale<sup>5</sup>.

Per affrontare eventuali emergenze durante il viaggio è buona regola, prima di partire, aver stipulato un'assicurazione sanitaria ed essere in possesso dei numeri e recapiti dell'Ambasciata del Paese che si intende visitare e possibilmente di un Centro sanitario affidabile. Altrettanto importante è la raccolta di informazioni soprattutto sulla situazione politica del Paese che si vuole visitare.

Qualora si decidesse di visitare zone a rischio, è bene informare preventivamente il Ministero degli Esteri, indicando l'itinerario di viaggio scelto (maggiori informazioni sono reperibili sul sito [www.dovesiamonelmondo.it](http://www.dovesiamonelmondo.it)).

---

<sup>5</sup> Viaggi internazionali e salute. 2011. WHO 2011, versione italiana a cura della SIMT.

<sup>6</sup> Come affrontare un viaggio. Documento pubblicato on line sul sito della Regione Veneto <http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/BF6D9816-89FD-4515-9A08-F800EAC3A17C/0/InfoCittadino0904.PDF>

## 1.7.2. Vaccinazioni ed altre precauzioni<sup>7</sup>

Le vaccinazioni rappresentano un efficace metodo preventivo di molte delle malattie che si possono contrarre durante i viaggi. Quando si è in procinto di partire, è bene controllare innanzitutto di essere in regola con le vaccinazioni previste dal programma nazionale, in particolare vaccinazioni contro **difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, *Haemophilus influenzae* tipo B, pneumococco, meningococco, morbillo, parotite, rosolia, varicella, influenza**. A seconda poi della meta del viaggio, saranno consigliati dei vaccini o delle profilassi specifici contro determinate malattie (**colera, epatite A, febbre tifoide, rabbia, encefalite da zecche, encefalite giapponese, febbre gialla, meningite meningococcica**). Oggi i soli certificati che vengono richiesti nei viaggi internazionali, limitatamente ad alcune mete, sono quelli contro la febbre gialla, la meningite e la poliomielite. Per quanto riguarda la malaria, per ogni Paese situato in zone endemiche, è raccomandata una chemioprolassi specifica, in base alle specie e al livello di farmaco-resistenza dei parassiti presenti.

Malgrado la loro efficacia preventiva, i vaccini raramente conferiscono una protezione del 100%. Il viaggiatore vaccinato non deve ritenere che sia azzerato il rischio di contrarre la malattia contro la quale viene vaccinato. Devono pertanto essere seguite scrupolosamente tutte le misure preventive addizionali contro le infezioni indipendentemente dal fatto che siano stati somministrati vaccini o altri farmaci<sup>8</sup>.

Informazioni dettagliate sulle vaccinazioni obbligatorie o consigliate per visitare le diverse zone del mondo e sulle più opportune misure di prevenzione vengono fornite dagli Ambulatori per Viaggiatori Internazionali e si possono trovare su numerosi siti istituzionali, tra cui quello del Ministero della Salute, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, della Regione Veneto. Di seguito alcuni cenni sulle principali malattie prevenibili con vaccinazione e che possono interessare il viaggiatore<sup>9</sup>.

### 1.7.2.1. Difterite-Tetano

Costituiscono ancora oggi un importante problema sanitario in molte zone del mondo.

La difterite è una malattia batterica acuta, che si trasmette attraverso la via aerea, per contatto con un ammalato o un portatore sano del batterio; è molto grave e può portare anche a morte.

Il tetano è una malattia acuta, dovuta ad una tossina prodotta dal bacillo del tetano, che si sviluppa a livello di ferite o escoriazioni, anche lievi, contaminate. È caratterizzato da dolorosi spasmi muscolari.

Indipendentemente dalla destinazione e dal periodo di permanenza, i viaggiatori devono essere adeguatamente protetti nei confronti di queste malattie (ciclo base ed eventuali richiami).

### 1.7.2.2. Poliomielite

È un'infezione virale acuta che interessa il tratto gastrointestinale ed occasionalmente il sistema nervoso centrale; si contrae tramite l'ingestione di acqua o cibi contaminati.

La vaccinazione è consigliata ai viaggiatori che si recano in Paesi endemici o nei quali sono in corso focolai di malattia.

---

<sup>7</sup> Viaggiare in Salute. Informazioni e consigli per i viaggiatori internazionali. Regione del Veneto - Direzione Prevenzione. 8.a ristampa, aprile 2011.

<sup>8</sup> Viaggi internazionali e salute. 2011. WHO 2011, versione italiana a cura della SIMT.

<sup>9</sup> Viaggiare in Salute. Informazioni e consigli per i viaggiatori internazionali. Regione del Veneto - Direzione Prevenzione. 8.a ristampa, aprile 2011.

Ai viaggiatori non vaccinati nell'infanzia, vaccinati in modo incompleto o di cui si ignora lo stato vaccinale, sarà somministrato un ciclo completo; a coloro che hanno già eseguito un ciclo primario, sarà somministrata una dose di richiamo.

### **1.7.2.3. Febbre gialla**

La febbre gialla è una malattia molto grave, spesso mortale, causata da un virus trasmesso tramite una zanzara che punge generalmente durante le ore diurne.

La malattia è presente in tutta l'Africa equatoriale e nell'America del Sud, dove la trasmissione può avvenire fino a 2.500 metri di altitudine.

Può manifestarsi con forme lievi simil-influenzali, fino a quadri gravi di epatite e febbre emorragica. Non esiste una terapia specifica. Il vaccino è molto efficace.

La vaccinazione è obbligatoria in alcuni Paesi, il cui elenco è aggiornato periodicamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). È, tuttavia, raccomandata ai viaggiatori che si recano in Paesi dove la malattia è presente. Va eseguita almeno 10 giorni prima della partenza e conferisce un'immunità di lunga durata (oltre 10 anni). Il vaccino contro la febbre gialla è somministrato esclusivamente presso i Centri autorizzati dal Ministero della Salute.

### **1.7.2.4. Febbre tifoide**

È una grave infezione, causata dal batterio *Salmonella typhi*, che si manifesta con febbre elevata, cefalea, malessere generale, rallentamento delle pulsazioni, tosse secca e disturbi generali (costipazione o più raramente diarrea).

Si contrae principalmente mediante ingestione di acque o cibi contaminati, ma è possibile anche la trasmissione da persona a persona in ambito familiare.

È presente nelle zone tropicali con scarsa igiene alimentare ed idrica. Si previene innanzitutto attuando scrupolosamente le norme di igiene alimentare e personali.

La vaccinazione è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree in cui la febbre tifoide è endemica.

### **1.7.2.5. Epatite A**

Si tratta della più comune forma di epatite, trasmessa da un virus attraverso l'ingestione di acque o cibi contaminati o per contatto diretto da persona a persona, come si verifica tra i familiari di soggetti ammalati o partner sessuali.

È particolarmente diffusa in Africa, Asia, Paesi del Bacino del Mediterraneo, Medio Oriente, Centro e Sud America. È caratterizzata da febbre, malessere, nausea e, dopo pochi giorni, ittero (colorazione gialla della cute).

La malattia può avere una durata di 1-2 settimane o presentare un decorso clinico più severo, con forme recidivanti per alcuni mesi. La gravità del quadro clinico aumenta con l'età del paziente.

Per coloro che si recano in zone a rischio, oltre alle scrupolose norme igieniche e personali, è raccomandata quindi la vaccinazione.

### **1.7.2.6. Epatite B**

L'epatite B è una malattia virale, ad esordio in genere insidioso caratterizzato da mancanza d'appetito, nausea e vomito, vaghi disturbi addominali.

Successivamente compare, nella maggior parte dei casi, ittero (colorazione gialla della cute). Si contrae principalmente tramite rapporti sessuali con persone infette, contatto con sangue e liquidi corporei infetti o strumenti contaminati (trasfusioni, aghi, siringhe, tatuaggi, ecc.).

La vaccinazione è raccomandata per quei viaggiatori che sono a stretto contatto con la popolazione locale o che si recano per periodi medio-lunghi in aree geografiche ad elevata endemia. La vaccinazione è inoltre consigliata ai viaggiatori che si recano all'estero per motivi di lavoro o che prevedono di avere rapporti sessuali occasionali.

Bisogna sottolineare che la vaccinazione protegge solo dall'epatite B, mentre l'uso del preservativo protegge (anche se non con efficacia assoluta) dalla trasmissione dell'AIDS, della sifilide, della gonorrea e di altre infezioni a trasmissione sessuale.

### **1.7.2.7. Meningite meningococcica**

È una malattia batterica acuta, il cui esordio improvviso è caratterizzato da febbre, intensa cefalea, nausea (spesso accompagnata da vomito), rigidità nucale. Il batterio è presente nel naso-faringe di soggetti ammalati o portatori ed è trasmesso da persona a persona per contatto diretto tramite le goccioline di saliva.

La vaccinazione è indicata per i viaggiatori che si recano in Paesi dove sono segnalate epidemie o per chi, in Paesi dove la malattia è endemica, vive a stretto contatto con la popolazione locale (ad es. il personale sanitario, i missionari, ecc.).

Un certificato di eseguita vaccinazione è richiesto dall'Arabia Saudita ai pellegrini che si recano alla Mecca. Sono attualmente disponibili in Italia un vaccino singolo contro il meningococco C ed un vaccino quadrivalente contro i meningococchi sierogruppi A,C,W,Y.

### **1.7.2.8. Morbillo-Parotite-Rosolia**

Sono malattie virali acute, che si trasmettono per via aerea tramite le goccioline di saliva o per contatto diretto con le secrezioni nasali o faringee di persone infette.

La vaccinazione è particolarmente raccomandata nei bambini non ancora vaccinati e nei giovani-adulti suscettibili che si recano all'estero. È disponibile il vaccino combinato morbillo-rosolia-parotite che può essere effettuato anche nei soggetti che abbiano già avuto una o più malattie naturali o che siano già stati vaccinati verso una di queste malattie.

### **1.7.2.9. Rabbia**

È una malattia virale acuta febbrile, con manifestazioni a carico del sistema nervoso centrale con esito fatale. È trasmessa da animali infetti tramite morsi, graffi o leccature (saliva) ed è particolarmente diffusa in tutti i Paesi della fascia tropicale e subtropicale.

La vaccinazione deve essere sempre eseguita il più presto possibile in caso di morso di animale sospetto.

È indicata preventivamente per:

- coloro che effettuano soggiorni di lunga durata in zone in cui il vaccino non è immediatamente disponibile in caso di morso di animale sospetto;
- coloro che lavorano (anche per breve tempo) in Paesi dove la rabbia è diffusa e possono essere esposti al rischio per la loro attività;
- chi si reca in Paesi, dove la rabbia è endemica, in condizioni particolari che possono favorire il contatto con animali infetti (trekking, gite a piedi, esplorazione di grotte, ecc.).

Il vaccino antirabbico prevede la somministrazione di più dosi, per cui è opportuno iniziare la vaccinazione almeno un mese prima della partenza.

In caso di morsicatura bisogna comunque rivolgersi nel più breve tempo possibile ad una Struttura sanitaria: la vaccinazione preventiva non dispensa dalla necessità di seguire un trattamento post esposizione, ma riduce il numero di iniezioni necessarie ed evita la somministrazione di immunoglobuline.

#### **1.7.2.10. Colera**

Il colera è una malattia batterica acuta, caratterizzata da diarrea profusa, che si trasmette attraverso l'ingestione di cibo o acqua contaminata. Il rischio di infezione è basso per i turisti, mentre può essere elevato per gli operatori di gruppi umanitari operanti in aree colpite da disastri e in campi profughi. È attualmente disponibile un vaccino orale.

#### **1.7.2.11. Encefalite giapponese**

È una malattia virale, presente in vaste aree geografiche (India, Cina, Giappone e in tutto il sud-est asiatico), trasmessa con la puntura di zanzare infette. Queste specie pungono nelle ore serali, durante la notte, fino all'alba. La maggior parte dei casi avviene da maggio a settembre. Il rischio è generalmente basso per i viaggiatori, se il soggiorno è breve e si svolge in centri urbani. È più elevato, invece, per coloro che si recano per lunghi periodi in aree rurali e agricole in Paesi endemici (specie durante la stagione dei monsoni) e per coloro che si recano anche per soggiorni brevi, in aree rurali, rimanendo all'aperto nelle ore serali e notturne, senza adeguata protezione.

Per la prevenzione della malattia è molto importante attuare le misure di protezione contro le punture di zanzare.

#### **1.7.2.12. Encefalite da zecche (TBE)**

È una malattia virale, trasmessa dal morso di zecche infette, che colpisce il sistema nervoso centrale. È presente in gran parte dell'Europa Centrale, specie in Austria, negli Stati Baltici (Lettonia, Estonia e Lituania), nella Repubblica Ceca, in Ungheria e nella Federazione Russa. Sono stati registrati diversi casi anche in Italia, soprattutto nella parte nord-orientale (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto-Adige).

La prevenzione della malattia si attua principalmente attraverso le misure comportamentali atte ad evitare le punture di zecca e ai soggetti esposti al rischio di morso di zecche in aree endemiche per TBE, è consigliata la vaccinazione.

### **1.7.3. Indicazioni comportamentali**

#### **1.7.3.1. Per la prevenzione di malattie veicolate da insetti**

Di seguito sono elencate una serie di misure di prevenzione personale dagli insetti formulate dal Ministero della Salute.

Evitare di soggiornare all'esterno nelle ore serali o notturne.

Indossare abiti di colore chiaro (i colori scuri e quelli accesi attirano gli insetti), con maniche lunghe e pantaloni lunghi, che coprano la maggior parte del corpo.

Evitare l'uso di profumi (potrebbero attirare gli insetti).

Applicare lozioni repellenti sulle parti del corpo scoperte per tenere lontano i vettori. I repellenti per gli insetti ed insetticidi a base di piretroidi possono essere spruzzati anche direttamente sugli abiti.

Alloggiare preferibilmente in stanze dotate di aria condizionata o in mancanza di questa di zanzariere alle finestre, curando che queste siano tenute in ordine e ben chiuse.

Usare zanzariere sopra il letto, rimboccando i margini sotto il materasso, verificando che nessuna zanzara sia rimasta all'interno. È molto utile impregnare le zanzariere con insetticidi a base di permetrina.

Spruzzare insetticidi a base di piretro e di permetrina nelle stanze di soggiorno e nelle stanze da letto, oppure usare diffusori di insetticida (operanti a corrente elettrica o a batterie), che contengano tavolette impregnate con piretroidi o le serpentine antizanzare al piretro.

Naturalmente utilizzare con attenzione i prodotti insetticidi, facendo attenzione per esempio a non applicarli sulla cute irritata o escoriata, o facendo attenzione ai bambini o agli ambienti chiusi, ecc.

#### **1.7.3.2. Per la prevenzione di malattie trasmesse da alimenti**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato in 10 punti la base della prevenzione delle malattie trasmesse dagli alimenti.

1. scegliere i prodotti che abbiano subito trattamenti idonei ad assicurarne l'innocuità (ad esempio il latte pastorizzato o trattato ad alte temperature);
2. cuocere bene i cibi in modo che tutte le parti, anche le più interne, raggiungano una temperatura di almeno 70°C;
3. consumare gli alimenti immediatamente dopo la cottura;
4. gli alimenti cotti, se non vengono consumati subito, vanno immediatamente conservati in frigorifero; la permanenza nel frigorifero deve essere limitata: se il cibo deve essere conservato per lungo tempo è preferibile surgelarlo;
5. i cibi precedentemente cotti vanno riscaldati rapidamente e ad alta temperatura prima del consumo;
6. evitare ogni contatto fra cibi crudi e cotti;
7. curare particolarmente l'igiene delle mani per la manipolazione degli alimenti;
8. fare in modo che tutte le superfici della cucina, gli utensili ed i contenitori siano accuratamente puliti;
9. proteggere gli alimenti dagli insetti, dai roditori e dagli altri animali;
10. utilizzare solo acqua potabile.

#### **1.7.4. Al rientro da un viaggio internazionale**

Si raccomanda di consultare sempre un medico, se al ritorno da un viaggio in un Paese tropicale insorge, in particolare, uno dei seguenti sintomi:

- febbre, anche modesta;
- diarrea;
- dolori addominali;
- eruzioni cutanee;
- tosse persistente.

Va, inoltre, ricordato che molte malattie delle zone tropicali hanno un lungo periodo di incubazione<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Viaggiare in Salute. Informazioni e consigli per i viaggiatori internazionali. Regione del Veneto - Direzione Prevenzione. 8.a ristampa, aprile 2011.



## 2. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI COMUNITARI

### 2.1. La Direttiva 2004/38/CE del 29 aprile 2004

La **Direttiva 2004/38/CE** del Parlamento Europeo e del Consiglio, emanata il 29 aprile 2004, relativa al diritto dei cittadini dell'Unione Europea e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, determina:

- le modalità d'esercizio del diritto di libera circolazione e di soggiorno non permanente nel territorio degli Stati membri dell'UE da parte dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari;
- le condizioni per esercitare il diritto di soggiorno permanente nel territorio degli Stati membri da parte dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari;
- le limitazioni dei suddetti diritti per motivi di ordine pubblico, di pubblica sicurezza o di sanità pubblica.

#### 2.1.1. Definizioni (valide ai fini dell'applicazione della Direttiva)

**“Cittadino dell'Unione”:**

- qualsiasi persona avente la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea.

**“Familiare” (anche non cittadino dell'Unione Europea):**

- il coniuge;
- il partner che abbia contratto con il cittadino comunitario un'unione registrata sulla base della legislazione di uno Stato membro, a condizione che la legislazione dello Stato membro ospitante equipari l'unione registrata al matrimonio;
- i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni, oppure di età superiore ma a carico, e quelli del coniuge o del partner di cui ai punti precedenti;
- gli ascendenti diretti a carico e quelli a carico del coniuge o del partner di cui ai punti precedenti.

**“Stato membro ospitante”:**

- lo Stato membro nel quale il cittadino dell'Unione si reca al fine di esercitare il diritto di libera circolazione e di soggiorno.

#### 2.1.2. Campo di applicazione riguardo alle persone

La Direttiva si applica a qualsiasi cittadino dell'Unione che si rechi o soggiorni in uno Stato membro diverso da quello di cui ha la cittadinanza, nonché ai suoi familiari, come sopra definiti, che accompagnino o raggiungano il cittadino medesimo.

Inoltre lo Stato membro ospitante, conformemente alla sua legislazione nazionale, è tenuto ad agevolare l'ingresso ed il soggiorno delle seguenti persone:

- ogni altro familiare, non incluso nella definizione anzidetta, se è a carico od è convivente, nel Paese di provenienza, del cittadino dell'Unione titolare del diritto di soggiorno oppure se gravi motivi di salute impongono che il cittadino dell'Unione lo assista personalmente;
- il partner con cui il cittadino dell'Unione abbia una relazione stabile debitamente attestata.

In questi casi lo Stato membro ospitante effettua un esame approfondito della situazione personale e giustifica l'eventuale rifiuto al loro ingresso o soggiorno.

### **2.1.3. Diritto di uscita**

Ogni cittadino dell'Unione munito di carta di identità valida per l'espatrio o di un passaporto in corso di validità ed i suoi familiari anche se non cittadini dell'Unione muniti di passaporto in corso di validità hanno il diritto di lasciare il territorio di uno Stato membro per recarsi in un altro Stato membro.

### **2.1.4. Diritto di ingresso**

Gli Stati membri ammettono nel loro territorio ogni cittadino dell'Unione munito di carta di identità valida per l'espatrio (secondo la legislazione dello Stato di cittadinanza) o di passaporto in corso di validità, nonché i suoi familiari anche se non cittadini dell'Unione muniti di passaporto valido.

Nessun visto di ingresso né alcuna formalità equivalente possono essere prescritti al cittadino dell'Unione.

I familiari non cittadini dell'Unione sono assoggettati all'obbligo del visto di ingresso, se necessario, a meno che non siano in possesso della Carta di soggiorno.

Gli Stati membri concedono a detti familiari ogni agevolazione affinché ottengano i visti necessari con una procedura accelerata ed in modo gratuito.

Lo Stato membro ospitante può prescrivere agli interessati di dichiarare la propria presenza nel territorio entro un termine ragionevole e non discriminatorio.

### **2.1.5. Diritto di soggiorno sino a tre mesi**

Ogni cittadino dell'Unione ha il diritto di soggiornare nel territorio di un altro Stato membro per un periodo non superiore a tre mesi senza alcuna condizione o formalità, salvo il possesso di una carta di identità valida per l'espatrio o di un passaporto in corso di validità.

Tale disposizione si applica anche ai suoi familiari non cittadini dell'Unione in possesso di passaporto in corso di validità.

Per soggiorni sino a tre mesi il diritto all'assistenza sanitaria per le "prestazioni necessarie" viene esercitato mediante presentazione della TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) al prestatore di cure (v. punto 2.3.) o di una polizza assicurativa privata.

#### **Avvertenza**

#### **Utilizzo della TEAM per soggiorni superiori a tre mesi**

**La Commissione Europea con la comunicazione n. 313 del 2 luglio 2009 ha inteso fornire delle linee guida relative ad un migliore recepimento e ad una migliore applicazione della Direttiva 2004/38/CE.**

**In merito all'assistenza sanitaria ha chiarito che gli assicurati comunitari che esibiscono la TEAM, rilasciata dal loro Stato membro, per ricevere prestazioni in natura in altro Stato membro, esercitano contemporaneamente due diritti disciplinati dal diritto comunitario: il diritto alla libera circolazione e soggiorno in altro Stato membro ed il diritto alla salute.**

**Quanto al diritto di libera circolazione e soggiorno l'art. 7 della Direttiva 2004/38/CE richiede per periodi di soggiorno superiori a tre mesi il possesso di due requisiti fondamentali: la disponibilità di risorse economiche sufficienti e, per quanto riguarda il settore salute, la *copertura di una assicurazione malattia completa*.**

In relazione al settore salute la citata comunicazione del 2 luglio 2009 ha precisato, sulla base del vigente art. 19 del Regolamento CE n. 883/2004 e della decisione S 1 della Commissione europea del 12 giugno 2009, che il titolare della TEAM in corso di validità ha diritto di ricevere le prestazioni medicalmente necessarie anche quando il cittadino comunitario non sposta la residenza nello Stato membro ospitante, mantenendo il centro dei propri interessi nel Paese di origine, ma vi soggiorna per più di tre mesi avendo intenzione di ritornare nello Stato membro di provenienza.

È stato evidenziato dalla Commissione Europea di porre particolare attenzione nei casi di lavoratori distaccati in altro Stato membro o di studenti che frequentano corsi di studi in altro Stato membro pur mantenendo la residenza anagrafica nel Paese di origine, in quanto la copertura sanitaria garantita dalla TEAM è da considerarsi completa e ad essi vanno riconosciute come medicalmente necessarie, anche per periodi superiori ai tre mesi. Tutte le prestazioni in natura erogate saranno addebitate alla Istituzione che ha emesso la TEAM.

Le linee guida citano come esempio i lavoratori distaccati e gli studenti ma in realtà si riferiscono a tutti i titolari della TEAM.

### **2.1.6. Diritto di soggiorno per un periodo superiore e tre mesi**

Ogni cittadino dell'Unione ha il diritto di soggiornare per un periodo superiore a tre mesi nel territorio di un altro Stato membro solo se rientra in uno dei seguenti casi.

#### **2.1.6.1. È lavoratore subordinato o autonomo nello Stato membro ospitante:**

- l'assistenza sanitaria viene erogata nello Stato membro ospitante mediante iscrizione alla locale Istituzione sanitaria con oneri a carico della stessa, nel caso di lavoratore subordinato od autonomo che versa i contributi nel Paese membro ospitante;

oppure

- mediante iscrizione alla locale Istituzione sanitaria con oneri a carico della Istituzione competente del Paese membro di provenienza, ove continua a versare i contributi, nel caso di lavoratore subordinato o autonomo "distaccato" nel Paese membro ospitante e pertanto munito di apposito attestato rilasciato dall'Istituzione competente (vecchio Modello E106 o nuovo Documento S1).

#### **2.1.6.2. Dispone per sé stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato membro ospitante durante il periodo di soggiorno e di una assicurazione malattia che copra tutti i rischi sanitari nello Stato membro ospitante:**

- l'assistenza sanitaria viene erogata nello Stato membro ospitante mediante polizza assicurativa privata o iscrizione volontaria alla locale Istituzione sanitaria (se concesso dalla legislazione locale) con oneri a carico dell'interessato;

*oppure*

- con oneri a carico della Istituzione competente dello Stato membro di provenienza se questa ha rilasciato un apposito attestato, ovverosia:
  - vecchio Modello E109 o nuovo Documento S1, se il cittadino è un familiare di lavoratore occupato nello Stato membro di provenienza;
  - vecchio Modello E121 o nuovo Documento S1 se il cittadino è un pensionato con pensione corrisposta esclusivamente dallo Stato membro di provenienza;
  - vecchio Modello E120 o nuovo Documento S1 se il cittadino è un richiedente la pensione che verrà corrisposta esclusivamente dallo Stato membro di provenienza;
  - TEAM rilasciata dallo Stato competente.

**2.1.6.3. È iscritto presso un Istituto pubblico o privato, riconosciuto o finanziato dallo Stato membro ospitante in base alla sua legislazione o prassi amministrativa, per seguirvi a titolo principale un corso di studi o di formazione professionale e dispone, come sopra, di risorse economiche sufficienti e della assicurazione malattia:**

- l'assistenza sanitaria viene erogata nello Stato membro ospitante mediante polizza assicurativa privata o iscrizione volontaria alla locale Istituzione sanitaria (se concesso dalla legislazione locale) con oneri a carico dell'interessato;

*oppure*

- con oneri a carico della Istituzione competente dello Stato membro di provenienza mediante esibizione della TEAM rilasciata dallo Stato membro di provenienza oppure mediante iscrizione all'Istituzione sanitaria di destinazione se l'Istituzione sanitaria di provenienza ha rilasciato un apposito attestato (vecchio Modello E106, E109 o nuovo Documento S1).

**2.1.6.4. È familiare, anche non cittadino dell'Unione, che accompagna o raggiunge nello Stato membro ospitante il capofamiglia che ha diritto di soggiornare per più di tre mesi ai sensi di uno dei punti precedenti:**

- l'assistenza sanitaria viene erogata nello Stato membro ospitante con le modalità ed alle condizioni previste per il capofamiglia.

**2.1.6.5. Il cittadino dell'Unione che sia stato lavoratore subordinato o autonomo nello Stato membro ospitante conserva il diritto di soggiorno per più di tre mesi nei seguenti casi:**

- è temporaneamente inabile al lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio;
- è in stato di disoccupazione involontaria, debitamente comprovata, dopo aver esercitato una attività lavorativa nello Stato membro ospitante per oltre un anno ed è iscritto presso il competente "Ufficio di collocamento" al fine di trovare un lavoro;
- è in stato di disoccupazione involontaria, debitamente comprovata, al termine di un contratto di lavoro di durata determinata inferiore ad un anno (ovvero si è trovato in tale stato durante i primi dodici mesi di soggiorno sul territorio dello Stato membro ospitante) ed è iscritto pres-

so il competente “Ufficio di collocamento” al fine di trovare un lavoro: in tal caso conserva il diritto di soggiorno per un periodo che non può essere inferiore a sei mesi;

- segue un corso di formazione professionale (salvo il caso di disoccupazione involontaria, la conservazione della qualità di lavoratore subordinato presuppone che esista un collegamento tra l'attività professionale precedentemente svolta ed il corso di formazione seguito).

#### **Avvertenza**

**Le procedure, modalità e condizioni di erogazione dell'assistenza sanitaria mediante la TEAM e gli altri ATTESTATI COMUNITARI vengono dettagliatamente descritti in seguito (v. punti 2.3. e 2.4. in particolare).**

### **2.1.7. Formalità amministrative per i cittadini dell'Unione e per i familiari non cittadini dell'Unione per soggiorni superiori a tre mesi.**

Per soggiorni di durata superiore a tre mesi lo Stato membro ospitante può richiedere ai cittadini dell'Unione l'iscrizione presso le Autorità competenti mediante presentazione di idonea documentazione. Un attestato di iscrizione è rilasciato immediatamente: esso contiene l'indicazione precisa del nome e del domicilio della persona iscritta e la data dell'avvenuta iscrizione.

Ai fini dell'iscrizione gli Stati membri rilasciano ai familiari del cittadino dell'Unione non aventi la cittadinanza di uno Stato membro una “Carta di soggiorno di familiare di un cittadino dell'Unione”, la quale comprova il loro diritto al soggiorno per più di tre mesi. Il rilascio della Carta di soggiorno deve avvenire non oltre sei mesi dalla presentazione della domanda, della quale viene rilasciata immediatamente una ricevuta.

La Carta di soggiorno ha una validità di cinque anni dalla data del rilascio oppure è valida per il periodo di soggiorno previsto per il cittadino dell'Unione se tale periodo è inferiore a cinque anni.

### **2.1.8. Ulteriori norme previste dalla Direttiva 2004/38/CE**

La Direttiva 2004/38/CE detta infine norme:

- sulle modalità di ricorso avverso il mancato riconoscimento del diritto di soggiorno;
- sulla conservazione del diritto di soggiorno dei familiari in caso di decesso o partenza del cittadino dell'Unione;
- sul mantenimento del diritto di soggiorno dei familiari in caso di divorzio, di annullamento del matrimonio o di scioglimento dell'unione registrata;
- sul diritto di soggiorno permanente per il cittadino dell'Unione che ha soggiornato legalmente ed in via “continuativa” per cinque anni nel territorio di un altro Stato membro e relative deroghe;
- sulla Carta di soggiorno permanente per i familiari del cittadino dell'Unione non aventi la cittadinanza di uno Stato membro;
- sulle limitazioni al diritto di ingresso e di soggiorno per motivi di ordine pubblico, di pubblica sicurezza, di sanità pubblica;
- sull'allontanamento per cessazione delle condizioni che determinano il diritto di soggiorno e possibilità di ricorso.

## **2.1.9. Recepimento della Direttiva 2004/38/CE del 29 aprile 2004 nei vari Stati membri.**

I vari Stati membri hanno recepito la Direttiva 2004/38/CE del 29 aprile 2004 “adattando” i criteri e principi ivi contenuti al quadro generale della propria legislazione nazionale, per quanto lasciato alla discrezionalità dei singoli Stati.

La normativa di recepimento dei vari Stati vale quindi come unico riferimento applicativo della Direttiva nei singoli Stati membri anche per le modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria.

## **2.2. I Regolamenti dell’Unione Europea per la Sicurezza Sociale**

### **2.2.1. Entrata in vigore**

#### **2.2.1.1.**

Dal 1° maggio 2010 sono entrati in vigore i nuovi Regolamenti (CE) di sicurezza sociale n. 883 del 29 aprile 2004 (Regolamento di base), così come modificato ed integrato dal Regolamento (CE) n. 988 del 16 settembre 2009, e n. 987 del 16 settembre 2009 (Regolamento di attuazione), in sostituzione dei precedenti Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972, ripetutamente modificati ed integrati nel lungo periodo di tempo in cui sono stati applicati.

Per quanto riguarda la Confederazione Svizzera i nuovi Regolamenti si applicano a far data dal 1° aprile 2012.

Per gli Stati appartenenti allo Spazio Economico Europeo (SEE) si applicano a far data dal 1° giugno 2012.

In tutti i casi è previsto un “periodo transitorio”, finora fissato con scadenza al 30 aprile 2014, durante il quale, di fatto, possono coesistere modalità e procedure applicative, concernenti il rilascio di attestati, sulla base sia dei nuovi che dei vecchi Regolamenti.

#### **2.2.1.2.**

Sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea n. L 344/1 del 29 dicembre 2010 è stato pubblicato il Regolamento (UE) n. 1231/2010 del 24 dicembre 2010 che estende con decorrenza 1° gennaio 2011 l’efficacia dei nuovi Regolamenti nei confronti dei cittadini dei Paesi terzi che risiedono legalmente nel territorio di uno Stato membro, risultando abrogato il corrispondente Regolamento (CEE) n. 859/2003.

Si precisa tuttavia che non sono soggetti all’applicazione di detto Regolamento (UE) n. 1231/2010 i seguenti Stati:

- gli Stati membri del Regno Unito e della Danimarca i quali non hanno partecipato all’adozione del Regolamento di cui trattasi e non sono pertanto vincolati all’applicazione dello stesso;
- gli stati appartenenti allo SEE (Norvegia, Islanda, Lichtenstein);
- la Confederazione Svizzera.

### 2.2.1.3.

Per comodità di consultazione, stante la previsione del lungo periodo transitorio, si ritiene opportuno riportare l'elenco di maggior interesse sanitario della modulistica comunitaria della serie Exxx con alcune annotazioni esplicative sull'utilizzo.

- E001 Domanda di informazioni, comunicazione di informazioni, richiesta di moduli, solleciti vari, concernenti un avente diritto all'assistenza sanitaria.
- E101 Certificato riguardante la legislazione applicabile.
- E103 Esercizio del diritto di opzione.
- E104 Attestato riguardante l'aggregazione (totalizzazione) dei periodi di assicurazione, occupazione o residenza.
- E106 Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paesi membri diversi da quello competente.
- E107 Richiesta di un attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura.
- E108 Notifica della sospensione o della soppressione del diritto alle prestazioni in natura di assicurazione malattia e maternità.
- E109 (o E37) Certificato per l'iscrizione dei familiari di una persona assicurata e per l'aggiornamento degli elenchi.
- E112 Certificato riguardante il mantenimento del diritto alle prestazioni malattia-maternità nel caso di trasferimento per cure in uno Stato membro diverso da quello competente.
- E115 Domanda di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro da trasmettere all'INPS.
- E116 Rapporto medico in caso di inabilità al lavoro (malattia, maternità, infortunio sul lavoro, malattia professionale).
- E118 Notifica di non riconoscimento o di cessazione dell'inabilità al lavoro.
- E120 Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per i richiedenti la pensione e per i loro familiari.
- E121 (o E33) Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione e dei loro familiari e per la tenuta degli inventari.
- E123 Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura nel quadro della assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
- E125 Conto individuale delle spese effettive.
- E126 Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura.
- E127 Distinta individuale dei pagamenti forfetari mensili.

### 2.2.2. Riferimenti normativi

- Regolamento (CEE) n. 1408/1971 e successive modificazioni e integrazioni;
- Regolamento (CEE) n. 574/1972 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Regolamento (CE) n. 883/2004 (nuovo Regolamento di base);
- Regolamento (CE) n. 987/2009 (nuovo Regolamento di attuazione);
- Regolamento (CE) n. 988/2009: modifica ed integra il nuovo Regolamento di base;

- Regolamento (CE) n. 1231/2010: estende l'efficacia dei nuovi Regolamenti ai cittadini dei Paesi terzi;
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/24893-P/I.3.b/1 del 18 novembre 2009: "Pubblicazione del Regolamento (CE) n. 987/09 di attuazione del Regolamento (CE) n. 883/04 e del Regolamento (CE) n. 988(CE) di modifica del Regolamento (CE) n. 883/04";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/5846-P/I.3.b./1 del 30 marzo 2010: "Emissione TEAM per pensionati (e loro familiari) e familiari di lavoratori";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/7656-P/I.3.b/1 del 28 aprile 2010 "Nota informativa sui nuovi formulari e sulla decorrenza del loro utilizzo";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/7672-P/I.3.b/1 del 29 aprile 2010: "Nuovi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale. Regolamento (CE) n. 883/04 (Regolamento di base). Regolamento (CE) n. 987/09 (Regolamento di attuazione). Principi generali e principali innovazioni";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/8827-P/I.3.b/1 del 14 maggio 2010: "Attivazione nuovo portale europeo Master Directory Services";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/9004-P/I.3.b/1 del 18 maggio 2010: "Compilazione Certificato sostitutivo provvisorio per pensionati (e loro familiari) e familiari di lavoratori che risiedono in un Paese diverso da quello del capofamiglia";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DG RUERI/II/10437-P/I.3.b/1 del 11 giugno 2010: "Nuove decisioni e raccomandazioni della Commissione Amministrativa da applicare dal 1° maggio 2010";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/12647-P/I.3.b/1 del 20 luglio 2010: "Documenti portabili e SEDs";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/VI/I.b.b/12881 del 22 luglio 2010: "Assistenza sanitaria ai pensionati titolari di due o più pensioni residenti in un altro Stato membro";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/13254/I.3.b/1 del 28 luglio 2010; "Assistenza indiretta. Tariffazione: novità introdotte dall'art. 25 lett. B) del Regolamento (CE) n. 987/09 (ex art. 34 del Regolamento (CEE) n. 574/72)";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/18839/I.3.b/1 del 12 ottobre 2010: "Nuova procedura per l'emissione del Modello E106 (S 1) per lavoratori";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/20010/I.3.b.b/1 del 27 ottobre 2010: "Informazioni utili che i pazienti possono richiedere alla struttura sanitaria estera prima di ottenere cure programmate relative ad eventuali costi a loro carico";
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/VI/1192/I3ba del 13 gennaio 2011: "Regolamento (UE) n. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 novembre 2010 che estende il Regolamento (CE) n. 883/2004 ed il Regolamento (CE) n. 987/2009 ai cittadini di Paesi terzi cui tali Regolamenti non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità";
- Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 marzo 2011: "Assistenza sanitaria transfrontaliera" (non ancora recepita dall'Italia).
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0003020-P-07/02/2012/I.3.b/1: "Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009 : documenti portabili e SEDs".
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0007257-P-19/03/2012/I.3.b/1: "Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: applicazione alla Svizzera".



- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0007366-P-20/03/2012/I.3.b/1: “Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: passaggio dell’Italia dal doppio regime contabile a quello unico al costo” a far data dal 1° gennaio 2013.
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0008525-P-30/03/2012/I.3.b/1: “Emissione documento portabile S1 (o E106) per i lavoratori pubblici”.
- Circolare Ministero Salute prot. n. DGPROGS/0011841-P-10/05/2012/I.3.b/1: “Applicazione dei nuovi Regolamenti (CE) agli Stati appartenenti allo Spazio Economico Europeo (SEE) dal 1° giugno 2012”.

### 2.2.3. Principi generali, oneri per le prestazioni

Il Regolamento (CE) n. 883/2004 ribadisce, tra l’altro, il diritto di un cittadino assicurato in uno Stato membro della UE (**Stato competente**) a fruire delle prestazioni in natura per malattia, maternità, infortunio sul lavoro e malattia professionale quando dimori o risieda a vario titolo in uno Stato membro diverso (**Stato di dimora o di residenza**) ove vengono erogate le prestazioni oppure vi sia autorizzato al trasferimento per ottenere cure tempestive ed adeguate.

Il Regolamento (CE) di applicazione n. 987/2009 definisce i limiti e le modalità per l’esercizio di tale diritto.

Gli oneri per le prestazioni erogate nello Stato membro di dimora o di residenza in favore di un assicurato di uno Stato membro diverso sono posti comunque a carico dell’Ente assicuratore dello Stato membro di provenienza (**Istituzione competente**) a cura dell’Ente che ha erogato le prestazioni (**Istituzione del luogo di dimora o di residenza**).

Una novità introdotta dai nuovi Regolamenti (CE) è quella di prevedere il rimborso fra Istituzioni sulla base del **costo effettivamente sostenuto** per erogare le prestazioni in tutte le situazioni protette e non più sulla base di un forfait per alcune situazioni protette.

Per alcuni Stati (Irlanda, Spagna, **Italia**, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Finlandia, Svezia, Regno Unito e Confederazione Svizzera) l’importo dei costi di cui sono creditori per le prestazioni in natura erogate in favore:

- dei familiari che non risiedono nello stesso Stato membro della persona assicurata,
- dei pensionati e loro familiari che risiedono in Stato membro diverso da quello competente,

continua ad essere rimborsato, dalle Istituzioni competenti alle Istituzioni sanitarie che hanno erogato le prestazioni nei suddetti Stati, sulla base di un importo forfetario stabilito per ogni anno civile in modo da essere il più vicino possibile alle spese effettivamente sostenute.

Per l’Italia tale doppio regime contabile ha termine al 31 dicembre 2012.

#### Avvertenza

**Per abbreviare le procedure, velocizzare i rimborsi e definire le contestazioni i nuovi Regolamenti (CE) hanno fissato dei termini più brevi.**

**I crediti al costo devono essere presentati all’Organismo di collegamento dello Stato debitore (in Italia: Ministero della Salute) entro 12 mesi seguenti la fine del semestre civile durante il quale sono maturati e sono stati iscritti nella contabilità dell’Istituzione creditrice.**

**I crediti a forfait relativi ad un anno civile devono essere presentati all’Organismo di collegamento dello Stato debitore (in Italia: Ministero della Salute) entro i 12 mesi seguenti il mese durante il quale i costi medi per l’anno di interesse sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea.**

I crediti presentati oltre i suddetti termini non vengono presi in considerazione dallo Stato debitore.

Le contestazioni devono essere definite entro i 36 mesi seguenti il mese durante il quale è stato introdotto il credito.

#### **2.2.4. Definizioni essenziali tratte dall'articolo 1 del Regolamento (CE) n. 883 / 2004 applicabili, in linea di massima, anche agli Accordi bilaterali di reciprocità assistenziale intrattenuti dall'Italia con vari Stati extra Unione Europea**

##### **“Attività subordinata”**

Qualsiasi attività considerata tale ai fini dell'applicazione della legislazione di sicurezza sociale dello Stato membro in cui è esercitata.

##### **“Attività autonoma”**

Qualsiasi attività considerata tale ai fini dell'applicazione della legislazione di sicurezza sociale dello Stato membro in cui è esercitata.

##### **“Persona assicurata”**

Qualsiasi persona che soddisfi i requisiti previsti dalla legislazione dello Stato membro competente per aver diritto alle prestazioni in natura.

##### **“Pubblico dipendente”**

Qualsiasi persona considerata tale o ad essa assimilata dallo Stato membro al quale appartiene l'amministrazione da cui la persona dipende.

##### **“Lavoratore frontaliero”**

Qualsiasi persona che esercita una attività subordinata o autonoma in uno Stato membro e che risiede in un altro Stato membro, nel quale ritorna in linea di massima ogni giorno o almeno una volta alla settimana.

##### **“Rifugiato”**

Ogni persona che, temendo a buona ragione di essere perseguitato a causa della propria razza, della propria religione, della propria nazionalità, della propria appartenenza ad un certo gruppo sociale oppure a causa delle proprie opinioni, si trova fuori dallo Stato di cui è cittadino e che non può o, a causa di quanto teme, non vuole richiedere la protezione di quello Stato; oppure ogni persona che, pur non essendone cittadino, si trova fuori dallo Stato in cui vive abitualmente e non può o non vuole rientrarvi a causa di quanto teme.

##### **“Apolide”**

Ogni persona nei confronti della quale nessuno Stato riconosce applicabile la propria legislazione.

### **“Familiare”**

Qualsiasi persona definita o riconosciuta come familiare o designata come componente il nucleo familiare dalla legislazione dello Stato membro in cui essa risiede; in ogni caso almeno il coniuge, i figli minori ed i figli maggiorenni a carico, a prescindere dal requisito della convivenza.

*Si ricorda che ai fini dell'applicazione della Direttiva 2004/38/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, emanata il 29 aprile 2004, relativa al diritto dei cittadini dell'Unione Europea e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, e del conseguente provvedimento italiano di recepimento, ovverosia del Decreto legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007, sono considerati familiari il coniuge non legalmente separato (con esclusione quindi del partner convivente anche se legato da “Patti” riconosciuti all'estero ma non in Italia), i discendenti diretti propri o del coniuge (di età inferiore a 21 anni o a carico) e gli ascendenti diretti, a carico, propri o del coniuge.*

### **“Residenza”**

Il luogo in cui una persona risiede abitualmente.

### **“Dimora”**

La residenza temporanea.

### **“Legislazione”**

Le leggi, i regolamenti, le altre disposizioni legali e ogni altra misura di attuazione riguardanti i settori di sicurezza sociale cui si applicano i Regolamenti (CE) e specificati all'articolo 3, paragrafo 1, del Regolamento (CE) n. 883/2004.

### **“Autorità competente” in materia sanitaria**

Il Ministro o un'altra autorità corrispondente nella cui competenza rientra, per tutto il territorio dello Stato membro o per una parte qualunque di esso, il regime di erogazione dell'assistenza sanitaria (in Italia: Ministro della Salute, alla cui competenza sono riservati i rapporti internazionali in materia sanitaria, e INAIL per l'assistenza sanitaria per infortuni sul lavoro o malattie professionali).

### **“Organismi di collegamento”**

Organismi designati dalle Autorità competenti di ciascun Stato membro per comunicare tra loro oppure con le Istituzioni competenti oppure con i singoli cittadini per l'applicazione dei Regolamenti (v. al punto 2.2.10. l'elenco completo degli Organismi di collegamento dei Paesi dell'UE, dello SEE e della Confederazione Svizzera).

### **“Commissione Amministrativa”**

Organismo dell'UE incaricato dalla Commissione Europea di trattare ogni questione amministrativa o di interpretazione dei Regolamenti comunitari di sicurezza sociale.

### **“Istituzione” sanitaria**

Organismo o autorità incaricati di applicare, in tutto o in parte, in ciascuno Stato membro la legislazione sanitaria (in Italia: Ministero della Salute, Regioni, Province autonome, Aziende sanitarie).

### **“Istituzione competente” in materia sanitaria**

Istituzione alla quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni in natura e nei cui confronti ha diritto a prestazioni in natura o ne avrebbe diritto se risiedesse nello Stato membro in cui si trova tale Istituzione: in Italia Azienda Unità Sanitaria Locale (ASL: denominazione ufficiale a valenza nazionale ed internazionale).

### **“Istituzione del luogo di residenza”**

Istituzione abilitata ad erogare le prestazioni (sanitarie) nel luogo in cui l'interessato risiede (dimora abitualmente oppure risiede anagraficamente): in Italia Azienda Unità Sanitaria Locale (ASL: denominazione ufficiale a valenza nazionale ed internazionale).

### **“Istituzione del luogo di dimora”**

Istituzione abilitata ad erogare le prestazioni (sanitarie) nel luogo in cui l'interessato dimora (soggiorna temporaneamente): in Italia Azienda Unità Sanitaria Locale (ASL: denominazione ufficiale a valenza nazionale ed internazionale).

### **“Stato membro competente”**

Stato membro dell'UE (*o dello SEE o della Confederazione Svizzera*) nel cui territorio si trova l'Istituzione competente.

### **“Prestazioni in natura”**

Prestazioni previste dalla legislazione di ciascun Stato membro destinate a fornire, mettere a disposizione, pagare direttamente o rimborsare i costi delle cure mediche e dei prodotti e dei servizi connessi con tali cure, comprese le prestazioni per cure di lunga durata e per infortuni sul lavoro o malattie professionali.

**Tale concetto non si esaurisce nell'ambito della “assicurazione sanitaria” ma investe la “assistenza socio-sanitaria” nel suo complesso.**

**Con riguardo alle prestazioni sicuramente “sanitarie” sono definite “prestazioni in natura” dell'assicurazione malattia e maternità quelle ritenute tali dalla legislazione nazionale applicata dall'Istituzione erogatrice (in Italia tutte le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza garantite a tutti i cittadini iscritti al SSN).**

**Con riguardo alle prestazioni “socio-sanitarie” rientrano nel concetto di “prestazioni in natura” (e quindi oggetto di rimborso fra Istituzioni) tutte le prestazioni connesse con lo stato di malattia, come ad esempio le cure infermieristiche o di aiuto domestico prestate a domicilio o in Centri specializzati, l'acquisto di attrezzature terapeutiche o la realizzazione di migliorie nell'ambiente domestico oppure altre prestazioni concettualmente simili che uno Stato membro eroga normalmente ai propri assicurati.**

**Tali prestazioni “socio-sanitarie”, qualora previste dalla legislazione nazionale per i propri assistiti, debbono essere erogate anche agli assistiti di altri Paesi membri, in virtù del principio della parità di trattamento dei cittadini comunitari, cui si ispirano i Regolamenti (CE) di sicurezza sociale.**

**Gli assistiti di altri Paesi membri debbono quindi poter beneficiare di quei complementi di cure, eventualmente previsti dalla normativa nazionale, capaci di migliorare lo stato di salute e le condizioni di vita delle persone che necessitano di cure sanitarie.**

**Non rientrano invece nel concetto di “prestazioni in natura” e quindi non sono oggetto di rimborso fra Istituzioni, le spese amministrative, gli onorari dei medici per il rilascio di certificati, le sovvenzioni, le compartecipazioni alle spese a carico dei singoli (ticket).**

### **“Pensione”**

Non solo le pensioni ma anche le rendite per infortuni sul lavoro o malattie professionali.

### **“Prestazioni in denaro”**

Indennità (di disoccupazione, di malattia, ecc.) o rimborso concesso all'interessato.

## 2.2.5. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) riguardo alle persone

I nuovi Regolamenti (CE) si applicano ai cittadini di uno Stato membro, agli apolidi ed ai rifugiati regolarmente residenti in uno Stato membro, che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti a prescindere dalla cittadinanza.

Si applicano inoltre, come precisato al precedente punto 2.2.1.2., ai cittadini dei Paesi terzi legalmente residenti in uno Stato membro con l'eccezione del Regno Unito e della Danimarca.

Nei confronti dei cittadini della Confederazione Svizzera i nuovi Regolamenti (CE) trovano applicazione a far data dal 1° aprile 2012 e nei confronti dei Paesi SEE a far data dal 1° giugno 2012.

## 2.2.6. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) riguardo alla materia

I Regolamenti (CE), **nel loro complesso**, si applicano a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti:

- le prestazioni di malattia;
- le prestazioni di maternità e di paternità assimilate;
- le prestazioni di invalidità;
- le prestazioni di vecchiaia;
- le prestazioni per i superstiti;
- le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali;
- gli assegni in caso di morte;
- le prestazioni di disoccupazione;
- le prestazioni di pensionamento anticipato;
- le prestazioni familiari.

## 2.2.7. Determinazione della legislazione applicabile

### Avvertenza

Per maggiori dettagli, precisazioni e procedure applicative concernenti il presente argomento si rinvia al Titolo II del Regolamento (CE) n. 987/2009.

### 2.2.7.1. Norme generali

Le persone alle quali si applicano i nuovi Regolamenti (CE) sono soggette alla legislazione di un singolo Stato membro.

La legislazione applicabile viene così determinata:

- una persona che esercita una attività lavorativa subordinata od autonoma in uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato membro;
- un pubblico dipendente è soggetto alla legislazione dello Stato membro al quale appartiene l'amministrazione da cui egli dipende;

- una persona che riceva una indennità di disoccupazione in base alla legislazione dello Stato membro di residenza è soggetta alla legislazione di detto Stato membro;
- una persona chiamata o richiamata alle armi o al servizio civile in uno Stato membro è soggetta alla legislazione di detto Stato membro;
- qualsiasi altra persona che non rientri nelle categorie di cui ai punti precedenti è soggetta alla legislazione dello Stato membro di residenza;
- una persona che svolga normalmente un'attività subordinata o autonoma a bordo di una nave che batte bandiera di uno Stato membro è soggetta alla legislazione di tale Stato membro (per l'Italia le prestazioni in natura sono erogate dal SASN – Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti);
- tuttavia una persona che esercita una attività subordinata a bordo di una nave battente bandiera di uno Stato membro e dipende per tale attività da un datore di lavoro con sede in altro Stato membro è soggetta alla legislazione di quest'ultimo Stato membro.

### **2.2.7.2. Norme particolari per lavoratori in “distacco”**

La persona che esercita una attività subordinata in uno Stato membro per conto di un datore di lavoro che ivi esercita abitualmente le sue attività ed è da questo “distaccata”, per svolgervi un lavoro per suo conto, in un altro Stato membro, rimane soggetta alla legislazione del primo Stato membro a condizione che la durata prevedibile di tale lavoro non superi 24 mesi e che essa non sia inviata in sostituzione di un'altra persona.

La persona che esercita abitualmente un'attività lavorativa autonoma in uno Stato membro e che si reca a svolgere una attività affine in un altro Stato membro rimane soggetta alla legislazione del primo Stato membro, a condizione che la durata prevedibile di tale attività non superi 24 mesi.

### **2.2.7.3. Esercizio di attività in due o più Stati membri**

A. La persona che esercita abitualmente un'attività subordinata in due o più Stati membri è soggetta:

- alla legislazione dello Stato membro di residenza, se esercita una parte sostanziale della sua attività in tale Stato membro o se dipende da più datori di lavoro aventi la propria sede in diversi Stati membri;

*oppure:*

- alla legislazione dello Stato membro in cui il datore di lavoro ha la sua sede se la persona non esercita una parte sostanziale delle sue attività nello Stato membro di residenza.

B. La persona che esercita abitualmente una attività lavorativa autonoma in due o più Stati membri è soggetta:

- alla legislazione dello Stato membro di residenza se esercita una parte sostanziale della sua attività in tale Stato membro;

*oppure:*

- alla legislazione dello Stato membro in cui si trova il centro di interesse delle sue attività, se non risiede in uno degli Stati membri nel quale esercita una parte sostanziale delle sue attività.

- C. La persona che esercita abitualmente un'attività subordinata e un'attività lavorativa autonoma in vari Stati membri è soggetta alla legislazione dello Stato membro in cui esercita un'attività subordinata oppure, qualora eserciti tale attività subordinata in due o più Stati membri, è soggetta alla legislazione determinata a norma della lettera A).
- D. La persona occupata in qualità di pubblico dipendente di uno Stato membro e che svolge un'attività subordinata e/o autonoma in uno o più altri Stati membri rimane soggetta alla legislazione dello Stato membro al quale appartiene l'amministrazione da cui la persona dipende.

Le persone di cui alle lettere da A) a D) sono trattate, ai fini dell'applicazione del sistema comunitario di sicurezza sociale, come se esercitassero l'insieme delle loro attività subordinate e/o autonome e riscuotessero l'insieme delle loro retribuzioni nello Stato membro la cui legislazione risulta per loro applicabile in base alle suddette disposizioni.

**Lo Stato membro la cui legislazione risulta applicabile è definito come unico "Stato competente" oltre che per le prestazioni previdenziali anche per l'assistenza sanitaria e per la erogazione delle relative prestazioni.**

#### **2.2.7.4. Agenti ausiliari delle Comunità europee**

Gli agenti ausiliari delle Comunità europee possono optare fra l'applicazione della legislazione dello Stato membro in cui sono occupati e la legislazione dello Stato membro alla quale sono stati soggetti da ultimo, oppure della legislazione dello Stato membro di cui sono cittadini. Questo diritto di opzione può essere esercitato una sola volta ed ha effetto dalla data di entrata in servizio.

#### **2.2.7.5. Eccezioni alle regole generali**

Due o più Stati membri, le Autorità competenti di detti Stati membri o gli Organismi di collegamento designati da tali Autorità, possono prevedere di comune accordo, nell'interesse di talune persone o categorie di persone, eccezioni alle norme generali innanzi enunciate (per esempio in caso di "distacco" di un lavoratore per un periodo superiore a 24 mesi).

### **2.2.8. Campo di applicazione dei Regolamenti (CE) in materia sanitaria**

- Assicurazione malattia e maternità;
- Assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **2.2.9. Situazioni protette in ambito UE per l'assistenza sanitaria**

#### **2.2.9.1. Dimora (residenza temporanea) in altro Stato membro**

La persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora.

Tali prestazioni sono erogate, per conto dell'Istituzione competente, dall'Istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione.

### 2.2.9.2. **Residenza (dimora abituale) in altro Stato membro**

La persona assicurata e i suoi familiari che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano nello Stato membro di residenza delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione competente, dall'Istituzione del luogo di residenza ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se fossero assicurati in virtù di tale legislazione.

### 2.2.9.3. **Dimora nello Stato membro competente qualora il luogo di residenza sia in un altro Stato membro**

La persona assicurata e i suoi familiari che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano parimenti delle prestazioni in natura mentre dimorano nello Stato membro competente.

Le prestazioni in natura sono erogate dall'Istituzione competente secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati risiedessero in tale Stato membro competente.

### 2.2.9.4. **Dimora dei familiari del lavoratore frontaliero nello Stato membro competente**

I familiari di lavoratori frontalieri hanno diritto alla **totalità** delle prestazioni in natura durante la dimora nello Stato membro competente, come se fossero residenti in tale Stato.

Tuttavia quando lo Stato membro competente è uno dei seguenti Stati:

*Danimarca, Estonia, Irlanda, Spagna, Italia, Lituania, Ungheria, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia e Regno Unito,*

i familiari di lavoratori frontalieri che risiedono nello stesso Stato membro del lavoratore hanno diritto alle prestazioni in natura durante la dimora nello Stato membro competente esclusivamente alle condizioni di cui al punto 2.2.9.1. (**solo prestazioni necessarie** sotto il profilo medico nel corso della dimora nello Stato membro competente).

Limitatamente a Estonia, Spagna, **Italia**, Lituania, Ungheria e Paesi Bassi tale restrizione del diritto dei familiari di lavoratori frontalieri cessa di avere effetto il **1° maggio 2014**.

### 2.2.9.5. **Trasferimento per cure in altro Stato membro**

La persona assicurata e i suoi familiari che siano autorizzati dall'Istituzione competente a recarsi in un altro Stato membro al fine di ricevere cure adeguate al suo stato di salute, beneficiano delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione competente, dall'Istituzione del luogo di dimora, secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se fossero assicurati in virtù di tale legislazione.

L'autorizzazione è concessa qualora le cure di cui trattasi figurano tra le prestazioni previste dalla legislazione dello Stato membro competente e se le cure in questione non possono essergli praticate nello Stato membro competente entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dell'interessato e della probabile evoluzione della sua malattia.

Se la persona assicurata e/o i suoi familiari risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente e tale Stato membro di residenza ha optato per il rimborso su **base forfetaria** delle prestazioni erogate in loro favore per conto dell'Istituzione competente, il costo delle prestazioni in



natura come sopra autorizzate è sostenuto dall'Istituzione del luogo di residenza dell'assicurato e/o dei suoi familiari, la quale, a tale fine, **è considerata l'Istituzione competente**.

I seguenti Stati membri hanno optato per il rimborso (di cui sono creditori) su base forfetaria delle prestazioni in natura erogate in favore dei familiari di assicurati e dei pensionati e/o loro familiari che risiedono in uno Stato membro diverso da quello competente:

Irlanda, Spagna, **Italia (fino al 31 dicembre 2012)**, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Finlandia, Svezia, Regno Unito.

#### **Avvertenza**

**Per quanto riguarda l'Italia i principi, i criteri, le modalità e le procedure per concedere l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero (non solo in ambito comunitario) sono ampiamente trattati nel Capitolo 5° della presente GUIDA.**

#### **2.2.9.6. Copertura sanitaria per cure mediche di un ex lavoratore frontaliero ora pensionato nel Paese dove ha lavorato in precedenza**

Il lavoratore frontaliero dopo il pensionamento per invalidità o vecchiaia ha diritto, in caso di malattia, di continuare a beneficiare di prestazioni in natura nell'ultimo Stato membro in cui ha esercitato un'attività subordinata o autonoma, nella misura in cui si tratti della prosecuzione di cure iniziate in detto Stato membro, intendendosi per "prosecuzione di cure" il completamento degli accertamenti, della diagnosi e del trattamento di una malattia per l'intera durata.

Il precedente comma si applica anche ai familiari dell'ex lavoratore frontaliero a meno che lo Stato membro in cui il lavoratore frontaliero ha esercitato da ultimo la sua attività sia ricompreso fra gli Stati elencati sub 2.2.9.4., tra cui figura l'Italia.

#### **2.2.9.7. Copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**

Una persona che risiede o dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente e ha subito un infortunio sul lavoro o ha contratto una malattia professionale, ha diritto alle prestazioni in natura ordinarie e speciali, secondo il regime degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, erogate per conto dell'Istituzione competente dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora ai sensi della legislazione che essa applica, come se l'interessato fosse assicurato in virtù di detta legislazione.

## 2.2.10. Organismi di collegamento UE, SEE e Confederazione Svizzera

Sono gli Organismi designati dalle Autorità competenti di ciascun Stato membro per comunicare tra loro oppure con le Istituzioni competenti oppure con i singoli cittadini per l'applicazione dei Regolamenti. Svolgono quindi funzioni di raccordo fra gli Stati membri e all'interno del proprio Stato fra tutte le Istituzioni competenti in materia di sicurezza sociale.

Viene di seguito riportato l'elenco completo degli Organismi di collegamento UE, SEE e Confederazione Svizzera, rinviando per eventuali aggiornamenti al sito:

**[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langl=it](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langl=it)  
> Ricerca avanzata.**

---

### AUSTRIA

Malattia, Maternità e Infortuni

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOCIALVERSICHERUNGSTRÄGER  
Kundmanngasse 21 A - 1031 VIENNA  
Tel. 00437113223779 - Fax 0043711323779

---

### BELGIO

Malattia, Maternità e Infortuni

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ (I.N.A.M.I.)  
211, Avenue de Tervuren B- 1150 BRUXELLES  
Tel. 003227397111 - Fax 003227397291 - E-Mail: [bib@inami.be](mailto:bib@inami.be)

---

### BULGARIA

NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND  
1, Krichim Str.-BG-1407 Sofia  
Tel. 0035929659203 - Fax 0035929659152 - E-Mail: [jvatkova@nhif.bg](mailto:jvatkova@nhif.bg)

---

### CIPRO

THE MINISTRY OF HEALTH  
10, Marcou Drakou CY - Pallouriotissa, 1448 NICOSIA  
Tel. 0035722400115 - Fax 0035722305871

---

### DANIMARCA

Malattia e Maternità

SUNDHEDSMINISTERIET Head of Section  
11, Herluf Trolles Gade D.K. 1052 COPENAGHEN  
Tel. 004533923360 - Fax 004533924888

---

### ESTONIA

ESTONIAN HEALTH INSURANCE FUND (Eesti Haigekassa)  
Lembitu Street, 10 EE-10114 TALLINN  
Tel. 003726208430 - Fax 003726208430 - E-Mail: [info@haigekassa.ee](mailto:info@haigekassa.ee)

---

## **FINLANDIA**

Malattia e Maternità

KANSANELAKELAITOS Office for International Affairs  
P.O.Box 82 FIN - 00601 HELSINKI  
Tel. 00358204353443 - Fax 00358204353444  
E-Mail: *inter.helsinki@kela.memonet.fi*

Per i modelli E126

KANSANELAKELAITOS  
Kouvoian Tomisto Valtakatu 19 FL - 45100 KOUVOLA

Infortuni

TAPATURMAVAKUUTUSLAITOSTEN LIITTO OLYCKSFALLSFORSÄKRINGSANSTALTERNAS  
FÖRBUND Bulevardi 28 FIN - 00120 HELSINKI  
Tel. 003580680401 - Fax 00358068040389

---

## **FRANCIA**

Malattia, Maternità e Infortuni

CENTRE DES LIAISONS EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE (CLEISS)  
11, Rue de la Tour des Dames 75436 PARIS CEDEX 09  
Tel. 0033145263341 - Fax 0033149950650

---

## **GERMANIA**

Malattia e Maternità

DEUTSCHE VERBINDUNGSSTELLE KRANKENVERSICHERUNG -(DVKA)  
Postfach 2004 64 D - 53134 BONN  
Tel. 004922895300 - Fax 00492289530600 - E-Mail: *DVKA@bv.aok.de*

Solo infortuni

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DUGV)  
Alte Heerstr. 111 D 53757 Sankt Augustin  
Tel. 0049224123101 - Fax 004922412311333

---

## **GRAN BRETAGNA**

Malattia, Maternità e Infortuni

DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY  
Medical Benefits Room TC001 Tyneview Park NEWCASTLE upon Tyne -ENGLAND NE98 IBA  
Tel. 00441912187351 - Fax 00441912187376

---

## **GRECIA**

Malattia e Maternità

I.K.A. ISTITUTO DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI  
Direzione Relazioni Internazionali Divisione Contabilità Aghiu Costantiou, 8 T.K. 102.41 ATENE  
Tel. 00302106471140 - Fax 00302106471377

Naviganti

OIKOS NAFTOU (Cassa dei Marittimi) Palaiologou, 15 GR 185 35 PIRAEUS

---

## IRLANDA

DEPARTMENT OF HEALTH  
Haukins House DUBLIN 2  
Tel. 0035316714711 - Fax 0035316711053

---

## ISLANDA

TRYGGINGASTOFNUN RIKISINS  
Laugavergur, 114 I - 150 REYKJAVIK  
Tel. 003541604400 - Fax 003541624535

---

## ITALIA

Malattia, Maternità e infortuni

MINISTERO DELLA SALUTE  
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e i rapporti internazionali (DGRUERI)  
Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 ROMA RM  
Tel. 065994 2464/2324 (Uff. II) - E-Mail: *f.basile@sanita.it*  
Tel. 0636918983 - Fax: 0636918849 (Uff. VI) - E-Mail: *stefania.ricci@esteri.it*

---

## LETTONIA

VOAVA HEALTH COMPULSORY INSURANCE STATE AGENCY  
Cēsu iela, 31 LV - 1012 RIGA  
Tel. 003717043700 - Fax 003717043701 - E-Mail: *voava@voava.gov.lv*

---

## LIECHTENSTEIN

AMT FÜR VOLKSWIRTSCHAFT  
Gerberweg 2 FL 9040 VADUZ  
Tel. 0041752366871 - Fax 0041752366889

---

## LITUANIA

STATE PATIENT FUND UNDER MINISTRY OF HEALTH  
Gerosios Vilties str. 1A LT - 2009 VILNIUS  
Tel. 0037052139727 - Fax 0037052139730 - E-Mail: *vlk@vlk.lt*

---

## LUSSEMBURGO

Malattia e Maternità

UNION DES CAISSES DE MALADIE CONVENTIONS INTERNATIONALES  
B.P. 1023 L - 1010 LUXEMBOURG  
Tel. 003524983311 - Fax 003524786389

---

## MALTA

MINISTRY OF HEALTH  
15 Palazzo Castellania MT - VALLETTA CMR02  
Tel. 0035621224071 - Fax 0035621246168 - E-Mail: *joseph.church@gov.mt*

---

## NORVEGIA

RIKSTRYGDEVERKET Head of Division  
Drammensvejen 60 N - 0241 OSLO 2  
Tel. 004722927000 - Fax 004722927219

---

---

## **OLANDA**

Malattia, Maternità e Infortuni

COLLEGE VOR ZORGVERZEKERINGEN (CVZ)  
Eekholt, 4 Postbus 320 1112 XM DIEMEN 1110 AH DIEMEN  
Tel. 0031207978555 - Fax 0031207978500

---

## **POLONIA**

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (National Health Fund)  
ul. Grojecka 186 PL - 02-390 WARSZAWA  
Tel. 0048225726035/36 - Fax 0048225726308 - E-Mail: *k.kaminska@nfz.gov.pl*

---

## **PORTOGALLO**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS E CONVENÇÕES DE SEGURANCA SOCIAL  
Rua da Junqueira, 112 Apartado 3072 P 1300-344 LISBOA  
Tel. 00351213652300 - Fax 00351213652498 - E-Mail: *driss@seg-social.pt*

---

## **REPUBBLICA CECA**

CENTRE FOR INTERNATIONAL REIMBURSEMENT (Centrum mezistatnich uhrad)  
Nam.W.Churchilla 2 CZ - 113 59 PRAGUE 3  
Tel. 0042234462041/042/053 - Fax 0042222734951 - E-Mail: *info@cmu.cz*

---

## **REPUBBLICA SLOVACCA**

VŠZP (General Health Insurance Company)  
Mamateyova 17, P.O. BOX 41 SK - 850 05 BRATISLAVA  
Tel. 00421267277129 - Fax 00421267277202 - E-Mail: *olejnikova@vszp.sk*

---

## **ROMANIA**

NATIONAL HEALTH INSURANCE HOUSE  
Calea Calarasilor, 248 B.L. S19, Sector 3 RO - Bucarest  
Tel. 0040213026247 - Fax 0040213026224 - E-Mail: *relint@casan.ro*

---

## **SLOVENIA**

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE  
Miklošičeva, 24 SI - 1000 LJUBLJANA  
Tel. 0038613077 311 - Fax 0038614313245 - E-Mail: *Eva.Godina-Jalen@zzzs.si*

---

## **SPAGNA**

Malattia, Maternità e Infortuni

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (I.N.S.S.)  
Padre Damian 4 28036 MADRID  
Tel. 0034915688300 - Fax 0034915688015  
[www.seg-social.es](http://www.seg-social.es)

Naviganti

INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA  
Via Genova, 24 28024 MADRID

---

---

## SVEZIA

Malattia, Maternità e Infortuni

FÖRSÄKRINGSKASSAN INTERNATIONAL SECRETARIAT  
SE 103 51 STOCKOLM  
Tel. 004687869107 - Fax 004687869076

---

## SVIZZERA

Malattia

LAMal  
Gibelinstrasse, 25 Postfach CH-4503 Solothurn  
Tel. 0041(0)326254820 - Fax 0041(0)326254829 - E-Mail: *info@kvg.org*

Solo Infortuni

INSAI  
ISTITUTO NAZIONALE SVIZZERO DI ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI  
SERVIZIO ESTERO  
Postfach 4358CH - 6002 LUCERNA  
Tel. 00414195111 - Fax 00414195828

---

## UNGHERIA

MINISTRY OF HEALTH, SOCIAL, AND FAMILY AFFAIRS  
(Egészségügy, Szocialis és Csaladügyi Minisztérium  
Aranj J. u. 6-8 H - 1051 BUDAPEST  
Tel. 003613017869 - Fax 003613118054  
E-Mail: *lukacs.eva@eszcsm.hu*

---

### 2.2.11. Istituzioni competenti in ambito UE, SEE e Confederazione Svizzera

Tutte le Istituzioni competenti europee sono censite sul nuovo database MASTER DIRECTORY SERVICES del portale europeo "EESSI":

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=it)

> *Ricerca avanzata*

### 2.2.12. Modulistica

Una delle principali innovazioni introdotte dai nuovi Regolamenti (CE) sancisce l'obbligo per gli Stati membri di scambiare tra loro informazioni di sicurezza sociale esclusivamente per via elettronica. A tal fine è stato istituito un sistema integrato denominato "EESSI" (Electronic Exchange of Social Security Information) volto a facilitare la cooperazione tra le Istituzioni ed a far acquisire i diritti ai cittadini in maniera più rapida:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=868&langId=it>

> *Documenti ufficiali* > *Documenti elettronici strutturati*

> *l'assistenza sanitaria (serie S)* > *Italiano*

Lo scambio dei dati fra Istituzioni dovrà avvenire per mezzo dei “**SEDs**” (**Structured Electronic Documents**) progettati per essere utilizzati nel sistema “EESSI” mentre per il rilascio diretto ai cittadini sono previsti alcuni formulari cartacei denominati “**PD**” (**Portable Documents**) in sostituzione dei vecchi formulari E101, E102, E 106, E 109, E112, E120, E121, E123, oltre alla TEAM od al suo Certificato sostitutivo provvisorio che possono pure essere considerati documenti portabili.

Inizialmente è prevista l’emissione dei SEDs anche in formato cartaceo (c.d. “paper SEDs”) da scambiarsi fra le Istituzioni con le modalità già in uso per i formulari della serie Exxx, a cui seguirà, al termine di un periodo transitorio recentemente prorogato al 30 aprile 2014, il loro utilizzo solo in formato elettronico.

Per quanto riguarda l’Italia il Ministero della Salute ha imposto l’emissione in formato elettronico del Documento portabile S1 (ex E106, E109, E120, E121) e del Documento portabile S2 (ex E112) a far data dal 1° marzo 2012 (v. oltre punto 2.10.1.).

### **Avvertenza**

**I riferimenti normativi rispetto ai Regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009 sono ben evidenziati nei Documenti portabili riprodotti nella Parte Seconda della Guida.**

#### **2.2.12.1. Documenti Portabili (Portable Documents)**

I Documenti Portabili (PD) sono attestati di diritto alle prestazioni in natura che vengono rilasciati, dalle Istituzioni competenti, direttamente agli assistiti e che devono essere da questi presentati ad una Istituzione di assistenza sanitaria nello Stato membro di destinazione. Tali documenti si distinguono dai SEDs che invece vengono scambiati esclusivamente fra Istituzioni.

Ogni Documento viene rilasciato ad una singola persona (compresi i familiari che hanno un loro Documento individuale) e contiene i dati identificativi della persona ed i dati identificativi dell’Istituzione che lo rilascia con apposizione del timbro dell’ufficio e della firma del funzionario addetto al rilascio.

Il Documento Portabile non certifica l’identità del titolare che deve essere comprovata dalla esibizione di un valido documento di identità.

Non è contemplata alcuna indicazione dell’Istituzione destinataria nè la possibilità di notifica all’Istituzione competente nei casi previsti utilizzando lo stesso modello (a tal fine vengono utilizzati i SEDs).

Per quanto concerne l’assistenza sanitaria sono stati predisposti i seguenti Documenti Portabili:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Documento S1</b> | <b>Iscrizione per la copertura sanitaria.</b><br>Sostituisce gli attestati di diritto E106, E109, E120, E121.  |
| <b>Documento S2</b> | <b>Diritto alle cure programmate.</b><br>Sostituisce il Modello E112.  |
| <b>Documento S3</b> | <b>Cure mediche di un ex lavoratore frontaliero nel Paese dove ha lavorato in precedenza.</b><br>Fattispecie non prevista dai vecchi Regolamenti (CEE) e la cui procedura deve essere ancora ben definita, riferentesi alle prestazioni sanitarie da erogare (solo continuazione di cure) ai pensionati ex lavoratori frontalieri nel loro ultimo Paese di lavoro. |

**Documento DA1**      **Diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.**

Sostituisce il Modello E123 per le prestazioni sanitarie a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale; può essere utilizzato anche dall'INAIL per i casi di competenza (per esempio per l'erogazione di protesi).

**Documento A1**      **Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile.**

Sostituisce il Modello E101 rilasciato dall'Istituto previdenziale di affiliazione ma necessario alle Aziende ULSS per il rilascio del Documento S1 per lavoratori in "distacco", compresi i dipendenti pubblici, che continuano ad essere soggetti alla legislazione dello Stato di provenienza anche durante il lavoro all'estero.

## **2.2.12.2. SEDs (Structured Electronic Documents)**

Vengono scambiati direttamente fra Istituzione in formato cartaceo nel periodo transitorio recentemente prorogato fino al 30 aprile 2014 e successivamente solo in formato elettronico tramite il sistema informatico "EESSI".

I SEDs sostituiscono di fatto i formulari della serie Exxx per quanto riguarda lo scambio di informazioni tra Istituzioni fatte salve alcune importanti distinzioni.

La caratteristica di un SED è quella di essere composto da un SED di domanda (ad esempio richiesta di un attestato) e da un SED di relativa risposta, su due documenti distinti.

Inoltre se, ad esempio, con il Modello E107 si richiedeva un qualsiasi attestato di diritto ora sono previsti SEDs diversi a seconda del tipo di attestato richiesto (ad esempio: SED S071 per richiesta del Documento S1; SED S044 per la richiesta di TEAM o Certificato sostitutivo provvisorio; ecc.).

Infine, sempre in via di semplificazione, in sostituzione del vecchio Modello E108 sono previsti ben 4 SEDs.

La struttura, in linea di massima, è la stessa per tutti i SEDs con i quadri relativi all'Istituzione mittente, all'Istituzione destinataria, all'interessato (il titolare del diritto), al suo status ed eventualmente ai familiari.

Naturalmente sono predisposti i quadri caratteristici di ciascun SED a seconda della sua funzione.

Alcuni SEDs sono di competenza esclusiva delle Aziende ULSS mentre altri possono essere utilizzati anche da Istituzioni previdenziali.

Sono stati previsti ma, allo stato attuale non ancora ben definiti, dei SEDs c.d. "orizzontali" (serie "H") che possono essere utilizzati per vari scopi (sia per l'assistenza sanitaria che per finalità previdenziali) come ad esempio richieste di informazioni generiche e relative risposte (SED H001 e H002) o più dettagliate (individuazione residenza, notizie sul codice identificativo personale, ecc.).

Vengono di seguito elencati e titolati i SEDs di maggior rilevanza sanitaria con le indicazioni sintetiche della corrispondenza con i modelli della serie Exxx che sostituiscono. Si ricorda che tutti i SEDs sono disponibili sul portale di EESSI: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=868&langId=it>

**S009**      **Richiesta di documento attestante il diritto – trattamento programmato all'estero al di fuori dello Stato membro di residenza.**

Sostituisce la parte A di E107 per la richiesta di E112 (ora Documento S2).



- S010 Risposta alla richiesta di documento attestante il diritto – cura programmata al di fuori dello Stato membro di residenza.**  
Sostituisce la parte B di E107 con invio di E112 (ora Documento S2) in caso di risposta favorevole oppure per informazione che non c'è diritto.
- S016 Modifica o annullamento del documento attestante il diritto alla prestazione.**  
Sostituisce la parte A di E108 o di E001 per la notifica di modifica o annullamento di E106, E109, E120, E121 (ora Documento S1) da parte dell'Istituzione **competente**.
- S017 Risposta relativa alla modifica o annullamento del documento attestante il diritto alla prestazione.**  
Sostituisce la parte B di E108 o di E001 per la risposta alla notifica di modifica o annullamento di E106, E109, E120, E121 (ora Documento S1) da parte dell'Istituzione di **residenza**.
- S018 Modifica o cancellazione di iscrizione.**  
Sostituisce la parte A di E108 o di E001 per la notifica di modifica o cancellazione dell'iscrizione di E106, E109, E120, E121 (ora Documento S1) da parte dell'Istituzione di **residenza**.
- S019 Risposta a richiesta di informazioni su modifica o cancellazione di iscrizione.**  
Sostituisce la parte B di E108 o di E001 per la risposta alla notifica di cancellazione o modifica dell'iscrizione di E106, E109, E120, E121 (ora Documento S1) da parte dell'Istituzione **competente**.
- S040 Richiesta periodi – Tipo di rischio assicurato: malattia e maternità.**  
Sostituisce la parte A di E104, di E107, di E001 per la richiesta di totalizzazione di periodi di occupazione, assicurativi, di iscrizione al SSN, ecc.
- S041 Risposta a richiesta periodi – Tipo di rischio assicurato: malattia e maternità.**  
Sostituisce parte B di E104, di E107, di E001 per la risposta alla richiesta di totalizzazione di periodi di occupazione, assicurativi, di iscrizione al SSN, ecc. oppure risposta negativa.
- S044 Richiesta documento attestante il diritto alla prestazione – residenza temporanea.**  
Sostituisce la parte A di E107 per la richiesta di emissione della TEAM o del Certificato sostitutivo provvisorio della TEAM.
- S045 Documento attestante il diritto alla prestazione – residenza temporanea.**  
Sostituisce la parte B di E107 con invio della TEAM o del Certificato sostitutivo provvisorio della TEAM in caso di risposta favorevole oppure per informazione che non c'è diritto.
- S067 Richiesta quote rimborso - dimora.**  
Sostituisce la parte A di E126 o di E001.
- S068 Risposta a richiesta informazioni su quote rimborso - dimora.**  
Sostituisce la parte B di E126 o di E001 con tariffazione.
- S071 Richiesta documento attestante il diritto alla prestazione - residenza.**  
Sostituisce la parte A di E107 per la richiesta di E106, E,109, E120, E121 (ora S1).
- S072 Documento attestante il diritto alla prestazione - residenza.**  
Sostituisce la parte A di E106, E109, E120, E121 (ora S1) oppure la parte B di E107 se non c'è diritto.
- S073 Informazioni su iscrizione/residenza .**  
Sostituisce la parte B di E106, E109, E120, E121 (ora S1) o la parte B di E107 se non c'è diritto.
- S050 Contestazione sulla data di iscrizione.**  
Non ha un equivalente modello della serie Exxx.

## 2.3. Dimora in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente - TEAM

*“La persona assicurata e i suoi familiari che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico nel corso della dimora, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora”.*

*“Tali prestazioni sono erogate, per conto dell’Istituzione competente, dall’Istituzione del luogo di dimora, ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati fossero assicurati in virtù di tale legislazione”.*

### 2.3.1. Riferimenti normativi

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articolo 19.
- Regolamento (CE) n. 987/2009: articolo 25.

### 2.3.2. Persone tutelate

Tutte le persone che soddisfano i requisiti previsti dalla legislazione italiana per aver diritto alle prestazioni in natura con oneri a carico del SSN.

In altri termini tutte le persone, a prescindere dalla cittadinanza e dallo Stato membro di residenza, per le quali l’Italia è lo Stato competente, ovvero sia:

- tutte le persone residenti in Italia ed iscritte a pieno titolo al SSN con oneri a carico dello stesso;
- titolari di pensione solo italiana e loro familiari residenti in altro Stato membro e titolari del vecchio Modello E121 o del nuovo Documento S1 rilasciati da una Azienda ULSS;
- richiedenti la pensione solo italiana e loro familiari residenti in altro Stato membro e titolari del vecchio Modello E120 o del nuovo Documento S1 rilasciati da una Azienda ULSS;
- lavoratori subordinati od autonomi e loro familiari residenti per “distacco” in altro Stato membro e titolari del vecchio Modello E106 o del nuovo Documento S1 rilasciati da una Azienda ULSS;
- familiari di lavoratori occupati ed assicurati in Italia che siano residenti in altro Stato membro ed in quanto tali titolari del vecchio Modello E109 o del nuovo Documento S1 rilasciati da una Azienda ULSS.

### 2.3.3. Notifica del diritto

Al fine di esercitare il diritto a fruire delle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico durante la dimora in altro Stato membro la persona assicurata presenta direttamente al prestatore di cure mediche un documento rilasciato dalla propria Istituzione competente.

**Tale documento è la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), nella denominazione internazionale European Health Insurance Card (EHIC).**

A partire dal 1° gennaio 2005, dopo un periodo transitorio, la TEAM è stata formalmente adottata da tutti gli allora 25 Stati membri dell'UE, dai tre Stati dello SEE e dalla Confederazione Svizzera ed a partire dal 1° gennaio 2008 anche dagli Stati membri neo-comunitari Bulgaria e Romania.

Le rispettive Istituzioni competenti rilasciano ai propri assicurati la TEAM quale documento personale e individuale, a sè stante oppure riprodotto sul retro della tessera di assistenza sanitaria in uso locale.

Con il rilascio della TEAM le suddette Istituzioni competenti notificano ai propri assicurati il diritto a fruire di prestazioni in natura medicalmente necessarie in caso di dimora in altro Stato membro dell'UE o SEE e nella Confederazione Svizzera, a prescindere dal motivo del soggiorno temporaneo.

In Italia la TEAM viene rilasciata dall'Agenzia delle Entrate del Ministero dell'Economia e Finanze, a tutti i cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari, iscritti a pieno titolo al SSN con oneri a carico dello stesso e pertanto in possesso di numero di codice fiscale.

Per i cittadini italiani è rilasciata per un periodo di validità di 6 anni, mentre per i cittadini comunitari ed extracomunitari la validità può variare in relazione al diritto temporale del soggiorno che coincide con la durata dell'iscrizione al SSN.

In caso di smarrimento, furto, perdita accidentale o partenza in tempi troppo brevi per poter ottenere la TEAM le Istituzioni competenti possono rilasciare, su richiesta dell'interessato o della Istituzione del luogo di dimora, a chi ne è privo solo per uno dei suddetti motivi ed intende soggiornare temporaneamente in altro Stato membro diverso da quello di residenza un **"Certificato sostitutivo provvisorio"** (v. punto 2.3.11.) che contiene gli stessi dati della TEAM con l'indicazione aggiuntiva del periodo di validità e della data del rilascio.

L'Azienda ULSS competente può utilizzare il portale dell'Agenzia delle Entrate (applicativo della SOGEI) per stampare il Certificato sostitutivo provvisorio o, in alternativa, può utilizzare il modulo cartaceo appositamente predisposto in formato unico per tutti gli Stati membri dell'UE (v. punto 2.3.11.).

L'Azienda ULSS può emettere il Certificato sostitutivo provvisorio, nei casi previsti, per una durata massima di 30 giorni di validità.

Il sistema SOGEI prevede come periodo di validità del Certificato sostitutivo provvisorio un periodo massimo di un mese. Ne consegue che, in via eccezionale, qualora l'assistito che richiede il Certificato sostitutivo provvisorio debba recarsi in un altro Stato membro per un periodo più lungo non può essere utilizzato il portale dell'Agenzia delle Entrate per la stampa del Certificato ma va utilizzato il suo formato cartaceo.

Il Certificato, per il periodo di validità, sostituisce ad ogni effetto la TEAM.

I nuovi Regolamenti hanno confermato la validità e le caratteristiche della TEAM rilasciata in virtù della precedente normativa (Regolamenti CEE n. 859/2003 e n. 631/2004) e del Certificato sostitutivo provvisorio **con l'importante precisazione che l'emissione deve sempre avvenire a cura della Istituzione competente ed in nessun caso a cura della Istituzione del luogo di residenza come poteva talora avvenire in precedenza.**

**La TEAM deve essere sempre emessa dall'Istituzione competente quale Istituzione di affiliazione, prescindendo dal fatto che lo Stato membro creditore abbia scelto il rimborso delle prestazioni al costo oppure a forfait, e dà diritto a ricevere le prestazioni medicalmente necessarie durante la dimora in uno Stato membro dell'UE diverso da quello di residenza.**

## Avvertenza

Tale importante modifica normativa ha comportato le seguenti conseguenze giuridiche e procedurali a far data dal 1° maggio 2010:

1. L'obbligo delle Istituzioni competenti italiane di emettere la TEAM in favore delle seguenti persone:
  - titolari di pensione solo italiana (e richiedenti la pensione) e loro familiari, residenti in un altro Stato membro e pertanto titolari del vecchio Modello E121 (o E 120) o del nuovo Documento S1;
  - familiari di lavoratori occupati ed assicurati in Italia, residenti in altro Stato membro e pertanto titolari del vecchio Modello E109 o del nuovo Documento S1.

Fino a che non saranno ben definite le modalità di invio all'estero della TEAM e nelle more della definizione di tali procedure il Ministero della Salute ha raccomandato di emettere, su richiesta dell'interessato, un Certificato sostitutivo provvisorio della TEAM (v. punto 2.3.11.) valido per sei mesi rinnovabili.

La richiesta dell'interessato può avvenire sia per posta ordinaria che a mezzo telefax od e-mail e va evasa immediatamente.

La emissione del Certificato sostitutivo è di competenza dell'Azienda ULSS che ha rilasciato i suddetti formulari.

Il Certificato sostitutivo provvisorio dà diritto alle persone di cui trattasi di ricevere le prestazioni medicalmente necessarie durante la dimora in uno Stato membro diverso da quello di residenza, compresa l'Italia.

Il Ministero della Salute ha impartito precise istruzioni per la compilazione del Certificato sostitutivo provvisorio da rilasciare, su richiesta, in favore delle suddette categorie di persone.

Tali istruzioni evidenziano alcune differenze rispetto alla procedura normale di rilascio del Certificato sostitutivo provvisorio in favore di possessori della TEAM, nei casi previsti (furto, smarrimento, improvvisa partenza, ecc.).

Non deve essere utilizzato il portale dell'Agenzia delle Entrate (applicativo della SOGEI) per stampare il Certificato sostitutivo provvisorio che invece va compilato dall'Azienda ULSS competente utilizzando il formato cartaceo.

Come numero (o codice) di identificazione personale (punto 6 del Modello) non può essere utilizzato il codice fiscale, nella considerazione che molti degli assistiti interessati, non avendo mai risieduto in Italia, non hanno diritto all'attribuzione del codice fiscale.

Va invece utilizzato un codice di identificazione personale appositamente predisposto per tali categorie di persone e che verrà successivamente utilizzato dall'Agenzia delle Entrate anche per il rilascio della TEAM.

Tra l'altro, in caso di temporaneo soggiorno in Italia, tale codice "ad hoc" consente di identificare immediatamente la persona come un soggetto non iscritto al SSN, ancorchè in possesso di un Certificato sostitutivo provvisorio (ed in seguito di una TEAM) rilasciato da una Istituzione competente italiana.

Sempre nel caso di temporaneo soggiorno in Italia degli assistiti sopra citati, il prestatore di cure compila la ricetta sul retro come se fosse in presenza di un assicurato proveniente da un altro Stato membro, ma delle relative spese sanitarie non potrà essere richiesto il rimborso, rimanendo nell'ambito nazionale.

**Il codice deve essere progressivo ed univoco nell'ambito di ciascuna Azienda ULSS, che mantiene, a livello centrale e non distrettuale, un REGISTRO nel quale vengono rubricati progressivamente tutti i Certificati emessi contenendo almeno i seguenti dati:**

- **cognome, nome e data di nascita dell'assicurato,**
- **numero (o codice) di identificazione personale,**
- **codice fiscale se attribuito,**
- **indirizzo completo dell'assicurato nello Stato membro di residenza,**
- **recapiti telefonici/telefax/e-mail, se disponibili,**
- **codice a 6 cifre dell'Azienda ULSS che ha emesso i vecchi formulari comunitari (E121 o E109) od il nuovo Documento S1,**
- **periodo di validità (inizio e fine) del Certificato,**
- **data emissione del Certificato.**

**Il numero (o codice) di identificazione personale, complessivamente di 16 caratteri, è così strutturato:**

**caratteri da 1 a 3: HIC**

**caratteri da 4 a 6: codice della Regione**

**caratteri da 7 a 9: codice della Azienda ULSS**

**caratteri da 10 a 11: le seguenti sigle:**

**PT (pensionato titolare)**

**PF (pensionato familiare)**

**FL (familiare di lavoratore titolare di E109 o S1)**

**FD (familiare di lavoratore titolare di E106 o S1)**

**caratteri da 12 a 16: numerazione progressiva utilizzata da ciascuna Azienda ULSS a partire dal numero 10001.**

**Nessun altro codice, ad esempio relativo al Distretto sanitario, va inserito nel numeratore progressivo.**

**Nel caso di Aziende ULSS che nel tempo abbiano cambiato codice viene utilizzato il codice della Azienda ULSS attuale.**

**Il Ministero della Salute non ha ancora previsto specifiche sigle per i richiedenti la pensione, titolari di E120 o S1, e familiari. Nelle more si consiglia di utilizzare le stesse sigle dei titolari di pensione e familiari.**

**Tutti i Certificati devono quindi essere associati alle Aziende ULSS che hanno emesso i rispettivi formulari comunitari.**

- 2. L'obbligo delle Istituzioni competenti degli altri Stati membri di rilasciare la TEAM a favore dei propri assicurati titolari di Modelli E109, E120, E121 o del Documento S1 emessi da loro Istituzioni, residenti nei vari Stati membri, compresa l'Italia.**

**A tal proposito i cittadini comunitari residenti in Italia e titolari dei citati modelli rilasciati da Istituzioni estere vanno informati che sul territorio nazionale possono continuare ad utilizzare una Tes-**

sera Sanitaria senza valenza TEAM, mentre in caso di soggiorno in altro Stato membro dal 1° maggio 2010 devono utilizzare la TEAM che viene loro rilasciata dallo Stato membro competente.

Per le nuove iscrizioni al SSN, al momento della presentazione dell'attestato di diritto, la Azienda ULSS richiede, sul portale dell'Agenzia delle Entrate, l'emissione della TS (Tessera Sanitaria) senza valenza TEAM.

Per le persone già iscritte le Aziende ULSS sono tenute verificare se hanno ricevuto la TS senza valenza TEAM ed in caso contrario richiedere all'assistito la riconsegna della TS/TEAM per la restituzione all'Agenzia delle Entrate e contestualmente richiedere una TS senza valenza TEAM.

Va inoltre sottolineato che l'utilizzo improprio della TEAM italiana in loro possesso in caso di dimora in altro Stato membro comporterà l'addebito diretto delle spese per le prestazioni in natura eventualmente fruite all'estero.

### 2.3.4. Caratteristiche della TEAM

La TEAM riporta i seguenti dati, trascritti in 9 campi le cui intestazioni sono evidenziate nella lingua ufficiale dello Stato membro che la emette:

- Campo 1: Fino a 40 caratteri indicanti la **denominazione della tessera** nella lingua ufficiale dello Stato membro che la emette; in Italia: "Tessera Europea di Assicurazione Malattia", nei Paesi di lingua inglese: "European Health Insurance Card", ecc.
- Campo 2: Sempre 2 caratteri che indicano il **codice ISO** dello Stato membro che emette la tessera; per Italia: IT.
- Campo 3: Fino a 40 caratteri indicanti il **cognome** del titolare della tessera secondo l'uso dello Stato membro di emissione; può contenere titoli, prefissi o suffissi senza "punto" di abbreviazione.
- Campo 4: Fino a 35 caratteri indicanti il **nome** di battesimo con eventuale secondo nome (anche più di uno) del titolare della tessera secondo l'uso dello Stato membro di emissione (può comprendere anche iniziali senza "punto" di abbreviazione).
- Campo 5: Sempre 10 caratteri, comprese le barre, per l'indicazione della **data di nascita** del titolare della tessera nel formato GG/MM/AAAA.
- Campo 6: Fino a 20 caratteri per indicare il **numero di identificazione personale** del titolare della tessera utilizzato nello Stato membro di emissione; se tale numero non esiste (Stati membri in cui viene attribuito solo al capofamiglia) va posto il numero di identificazione personale dell'assicurato da cui derivano i diritti al titolare della tessera; in Italia: numero di codice fiscale e "*probabilmente*" numero di codice ad hoc di cui all'Avvertenza sub 2.3.3. La tessera non contiene un campo per le caratteristiche personali dell'assicurato (sesso, titolare del diritto, familiare del titolare del diritto, pensionato, ecc.) che però possono essere contenute, codificate, all'interno del numero di identificazione personale.
- Campo 7: Comprende fino a 15 caratteri per indicare la **denominazione dell'Istituzione competente**, ovvero sia dell'Ente assicuratore, che rilascia la tessera (spesso sono utilizzati acronimi senza "punti" di abbreviazione) e da 4 a 10 caratteri per indicare, separato da "spazio, trattino, spazio" il **codice di identificazione** assegnato a livello nazionale all'Istituzione; in Italia: SSN-MIN SALUTE – 500001. Complessivamente il campo contiene 28 caratteri e le due parti che costituiscono il campo possono compensarsi, a condizione che non superino in totale 28 caratteri.

Campo 8: Sempre 20 caratteri per indicare il **numero di identificazione** assegnato ad ogni tessera: i primi 10 caratteri identificano l'Istituzione di emissione, gli ultimi 10 caratteri costituiscono il numero di serie unico.

Campo 9: Sempre 10 caratteri per indicare la **data di scadenza**, ovvero la data in cui decade il diritto di ricevere cure necessarie durante la dimora in altro Stato membro, nel formato GG/MM/AAAA.

**La TEAM può contenere un microprocessore o una banda magnetica per la lettura automatica dei dati ma deve necessariamente contenere i suddetti dati in modo leggibile anche senza strumenti.**

### **2.3.5. Accesso diretto ai prestatori di cure**

La subentrata normativa comunitaria istitutiva della TEAM ha introdotto, già dal 2005, il principio dell'accesso diretto ai prestatori di cure eliminando così l'obbligo, previsto in diversi Stati membri, di presentare preventivamente l'attestato di diritto (vecchi formulari E110, E111 ed E128) alla Istituzione sanitaria del luogo di dimora per ricevere in cambio un altro documento indispensabile per accedere ai prestatori di cure.

Tutti gli Stati membri si sono impegnati a garantire tale principio.

Pertanto le persone titolari della TEAM, rilasciata dall'Italia, i quali dimorino in uno Stato membro diverso da quello di residenza per qualsiasi motivo (con la sola eccezione del trasferimento in altro Stato membro per cure programmate per usufruire delle quale rimane valida la presentazione del Documento S2), possono rivolgersi direttamente al prestatore di cure pubblico o privato convenzionato (Ospedale, Pronto soccorso, Medico di medicina generale, ecc.) ed esibire la TEAM (o il Certificato sostitutivo provvisorio) in corso di validità ed un documento di riconoscimento valido, come unica condizione per aprire loro il diritto ad ottenere le cure necessarie sotto il profilo medico secondo le stesse regole vigenti per gli assicurati dello Stato membro di dimora.

Se l'interessato non è in grado per qualsiasi motivo di esibire direttamente al prestatore di cure uno dei suddetti documenti (TEAM o Certificato sostitutivo provvisorio), pur avendone diritto al possesso, l'Istituzione del luogo di dimora, su richiesta o se altrimenti necessario, si rivolge all'Istituzione competente per ottenerli utilizzando il vecchio Modello E107 o il SED 044.

In alternativa può essere richiesto il pagamento delle prestazioni erogate e successivamente il cittadino, al rientro in patria, ne potrà chiedere il rimborso alla propria Istituzione come meglio specificato in seguito.

### **2.3.6. Iscrizione / non iscrizione alla Istituzione sanitaria del luogo di dimora**

Trattandosi di persone dimoranti (temporaneamente soggiornanti) e non residenti in un altro Stato membro essi non vengono iscritte alla Istituzione sanitaria del luogo di dimora pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni in natura necessarie sotto il profilo medico secondo le stesse modalità applicabili alle persone assicurate in forza della legislazione dello Stato membro di dimora.

Tale diritto potrà essere prorogato, alla scadenza della TEAM o del Certificato sostitutivo provvisorio, su presentazione di un ulteriore documento rilasciato dalla Istituzione competente.

### 2.3.7. Ulteriori adempimenti amministrativi

Prima dell'introduzione della TEAM, in sostituzione dei vecchi Modelli E110, E111 ed E128, l'Azienda ULSS competente era tenuta a costituire, al momento del rilascio dei suddetti documenti, un fascicolo "lavoratori migranti" in cui custodire tutta la documentazione cartacea relativa all'interessato e ad eventuali familiari al seguito.

Inoltre, in caso di permanenza in altro Stato membro per un periodo superiore a 30 giorni, era tenuta a sospendere la scelta del medico fino al rientro in patria dell'interessato.

Con l'introduzione della TEAM tali adempimenti non sono più possibili.

Ovviamente riveste particolare importanza la questione relativa alla sospensione della scelta del medico nei casi previsti per l'immediato pregiudizio economico derivante all'Azienda ULSS competente.

La questione appare al momento non risolvibile se non con spontanea dichiarazione dell'interessato, ancorché non prevista dalla legislazione italiana, oppure qualora venga richiesto dall'Istituzione estera il rilascio di un Certificato sostitutivo provvisorio per un periodo di validità superiore a 30 giorni.

Gli adempimenti amministrativi dell'Azienda ULSS competente si limitano quindi a tener nota dei Certificati sostituiti provvisori rilasciati e ad archiviare gli eventuali scambi di informazione intercorsi con l'Istituzione sanitaria del luogo di dimora, tramite i vecchi Modelli E001, E107 o con i nuovi SEDs cartacei (nel periodo transitorio) od in formato elettronico (a regime), ed i provvedimenti conseguentemente intrapresi.

### 2.3.8. Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora

La subentrata normativa comunitaria ha introdotto il principio dell'**allineamento dei diritti** per cui tutte le persone assicurate, in caso di temporaneo soggiorno in un altro Stato membro e quindi in possesso della TEAM (o del Certificato sostitutivo provvisorio), hanno diritto a fruire di tutte le prestazioni in natura che si rendono necessarie, sotto il profilo medico, erogate dalla Istituzione sanitaria del luogo di dimora per conto dell'Istituzione competente, **a parità di condizioni con i propri assicurati**, come se gli interessati fossero assicurati in virtù della legislazione dello Stato membro di dimora, tenendo conto tuttavia della natura delle prestazioni e della durata prevista del soggiorno.

Per il concetto di "prestazioni in natura" si rinvia al precedente punto 2.2.4. Definizioni – Prestazioni in natura.

La Commissione Amministrativa dell'UE ha precisato che per "**prestazioni necessarie sotto il profilo medico**" si intendono non solo le prestazioni connesse a patologie sopravvenute durante il soggiorno temporaneo, ma anche quelle connesse a patologie croniche o preesistenti, nonché quelle connesse alla gravidanza ed al parto.

Se però l'obiettivo del soggiorno in altro Stato membro è quello di beneficiare di prestazioni in natura, comprese quelle connesse a malattie croniche o preesistenti od al parto (c.d. "cure programmate mascherate") la TEAM non può essere utilizzata.

La norma nel suo complesso esclude quindi dalla erogabilità tutte le prestazioni in natura sia pur necessarie ma che **costituiscono lo scopo stesso del viaggio in altro Stato membro**.

Per fruire di tali ultime prestazioni permane la esigenza di preventiva autorizzazione da parte dell'Istituzione competente notificata all'Istituzione del luogo di dimora prescelto per le cure mediante presentazione del nuovo Documento S2 in sostituzione del vecchio Modello E112.



La valutazione sulla necessità delle prestazioni “sotto il profilo medico tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata del soggiorno” è demandata in scienza e coscienza al prestatore di cure.

**Un principio guida potrebbe essere quello di considerare non necessarie sotto il profilo medico e quindi non fruibili con la TEAM tutte le prestazioni in natura normalmente rinviabili senza il minimo rischio per l'assicurato fino al rientro in patria per motivi non sanitari dal soggiorno temporaneo programmato in altro Stato membro.**

**In altri termini motivazioni di ordine sanitario non dovrebbero mai costringere la persona assicurata ad anticipare il rientro in patria.**

Per quanto riguarda il **parto** deve intendersi che rientrano tra le prestazioni erogabili le prestazioni sanitarie relative al parto prematuro e pertanto imprevisto, mentre per il parto programmato è da richiedere il rilascio dell'apposito formulario “per trasferimento per cure” (v. Capitolo 5°) che può essere concesso, senza il parere del Centro Regionale di Riferimento, solo in limitati casi (donne che desiderano partorire in un determinato Stato membro, per esempio dove risiede il marito, donne coniugate o nubili che desiderano partorire nel loro Stato di origine per avere l'aiuto delle proprie famiglie d'origine, donne titolari di borse di studio che prevedano il parto nell'arco di tempo in cui sono all'estero).

Invece per quanto concerne **l'interruzione volontaria della gravidanza**, non essendo questa prevista nell'ambito della normativa comunitaria, la prestazione deve essere posta a totale carico dell'assistita, a meno che l'interruzione della gravidanza non sia ritenuta necessaria per motivazioni esclusivamente sanitarie (“medicalmente necessaria”).

La Commissione Amministrativa dell'UE ha elaborato un elenco non esaustivo delle “**cure sanitarie vitali**” che per essere corrisposte nel corso della dimora in altro Stato membro necessitano, per motivi pratici, dell'accordo preventivo tra la persona interessata e l'Istituzione sanitaria che presta le cure.

Tale elenco non esaustivo comprende:

- la dialisi renale,
- l'ossigenoterapia,
- il trattamento speciale dell'asma,
- l'ecocardiografia in caso di malattie croniche autoimmuni,
- la chemioterapia.

Per le **cure termali** è sempre prevista la preventiva autorizzazione ed il rilascio (poco probabile) dell'apposito formulario (Documento S2).

A titolo provvisorio (in attesa del rilascio dell'apposito Modello) sono erogabili anche le prestazioni in natura che risultano necessarie, sotto il profilo medico, in caso di **infortunio sul lavoro o del riscontro di malattia professionale**.

### **2.3.9. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di dimora con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana di residenza dell'assistito o che comunque ha emesso la TEAM (o il Certificato sostitutivo provvisorio).

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo le tariffe che la legislazione sanitaria dello Stato membro di dimora applica ai propri assistiti.

### **2.3.10. Possibilità di ricorso all'assistenza in forma indiretta ("a rimborso")**

Se la persona assicurata ha effettivamente sostenuto totalmente o in parte le spese per le prestazioni in natura, necessarie sotto il profilo medico, fruite nello Stato membro di temporaneo soggiorno, può essere richiesto il rimborso delle spese sostenute con le modalità di seguito specificate.

#### **2.3.10.1.**

Se la legislazione applicata dall'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno prevede l'assistenza sanitaria in forma indiretta (a rimborso), come ad esempio la Francia, e quindi consente il rimborso di tali spese alla persona assicurata, quest'ultima può inoltrare direttamente domanda di rimborso all'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorno. In tal caso questa rimborsa direttamente l'importo delle spese che corrispondono alle prestazioni in natura fruite, nei limiti e alle condizioni tariffarie di rimborso previste dalla propria legislazione sanitaria. **Resta comunque ferma la facoltà dell'assistito, qualora per qualsiasi motivo non richieda il rimborso direttamente all'Istituzione estera, di richiedere il rimborso alla propria Azienda ULSS.**

#### **2.3.10.2.**

**Qualora il rimborso di tali spese venga richiesto direttamente alla propria Azienda ULSS, le spese sostenute sono rimborsate alla persona interessata dalla propria Azienda ULSS, secondo le tariffe di rimborso applicate dall'Istituzione del luogo di dimora, oppure secondo gli importi che sarebbero stati oggetto di rimborso al costo effettivo fra Istituzioni. In tali casi l'Istituzione del luogo di dimora fornisce all'Istituzione competente che ne fa richiesta le informazioni necessarie su dette tariffe o importi, utilizzando il SED S067 (richiesta di tariffazione). La risposta con l'indicazione delle spese rimborsabili avverrà tramite il SED S068 o con la parte B del Modello E126.**

#### **2.3.10.3.**

In deroga a quanto previsto al punto precedente l'Istituzione competente può procedere al rimborso delle spese sostenute nei limiti ed alle condizioni tariffarie previste dalla propria legislazione sanitaria, a condizione che la persona assicurata acconsenta all'applicazione di questa disposizione.

#### **2.3.10.4.**

Se la legislazione sanitaria dello Stato membro di dimora non prevede il rimborso in quanto non dispone di un tariffario nazionale (ad esempio la Spagna) l'Istituzione competente deve rimborsare i costi in questione nei limiti ed alle condizioni tariffarie previste dalla propria legislazione anche senza il consenso della persona assicurata. Nell'utilizzare le tariffe nazionali, con i nuovi Regolamenti, è venuto meno il limite di Euro 1.000,00 (mille//00) di rimborso a suo tempo fissato dalla Commissione Amministrativa.

#### **Avvertenze**

**In ogni caso il rimborso alla persona assicurata non può superare l'importo delle spese effettivamente sostenute in assistenza in forma indiretta.**

**Poiché a far data dal 1° maggio 2010 le Tessere Europee per i pensionati e per i familiari di lavoratori residenti in altro Stato membro vengono emesse dallo Stato competente (di affiliazione) e non dallo Stato di residenza, i rimborsi di cui sopra dovranno essere effettuati anche nei confronti delle suddette categorie di assistiti da parte della Azienda ULSS che ha rilasciato i relativi attestati di diritto (v. Avvertenza sub 2.3.3.).**

## 2.3.11. Certificato sostitutivo provvisorio con le istruzioni per la compilazione

### CERTIFICATO SOSTITUTIVO PROVVISORIO DELLA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

*Definito nell'allegato II della decisione S2  
riguardante le caratteristiche tecniche della tessera europea di assicurazione malattia*

*Stato membro di emissione*

1. ....

2. | \_ | \_ |

*Informazioni relative al titolare della tessera*

3. Cognome: .....

4. Nome: .....

5. Data di nascita: ..... / ..... / .....

6. Numero di identificazione personale: .....

*Informazioni relative all'istituzione competente*

7. Numero di identificazione dell'istituzione:  
.....

*Informazione relativa alla tessera*

8. Numero di identificazione della tessera: .....

9. Data di scadenza: ..... / ..... / .....

*Periodo di validità del certificato*

a) Da: ..... / ..... / .....

b) A: ..... / ..... / .....

*Data di rilascio del certificato*

c) ..... / ..... / .....

*Firma e timbro dell'istituzione*

d)

*Note e informazioni*

*Tutte le norme applicate ai dati visibili compresi nella tessera europea e riguardanti la descrizione, i valori, la lunghezza e le note relative ai dati, si applicano al certificato.*

*continua sulla pagina seguente*

### **Istruzioni per la compilazione**

**Al punto 1 non deve essere indicato nulla.**

**Al punto 2 va indicato il codice ISO (due caratteri) dello Stato membro che lo emette (IT per l'Italia).**

**Al punto 3 va indicato il cognome della persona assicurata (massimo 40 caratteri).**

**Al punto 4 va indicato il nome della persona assicurata (massimo 35 caratteri).**

**Al punto 5 va indicata la data di nascita della persona assicurata nel formato GG/MM/AAAA.**

**Al punto 6 come numero di identificazione personale va indicato obbligatoriamente il numero di codice fiscale (salvo i casi di indicazione di un codice ad hoc di cui alla Avvertenza sub 2.3.3).**

**Al punto 7 ai fini dell'identificazione dell'Istituzione competente in Italia va indicato il codice del Ministero della Salute (500001 SSN-MINSALUTE).**

**Al punto 8 va indicato (dato non obbligatorio) il numero di identificazione della TEAM provvisoriamente sostituita dal Certificato (massimo 20 caratteri).**

**Al punto 9 (dato non obbligatorio) va indicata la data di scadenza della TEAM nel formato GG/MM/AAAA.**

**Alla lettera a) va indicata la decorrenza del periodo di validità del Certificato nel formato GG/MM/AAAA.**

**Alla lettera b) va indicata la fine del periodo di validità del Certificato nel formato GG/MM/AAAA.**

**Alla lettera c) va indicata la data del rilascio del Certificato nel formato GG/MM/AAAA..**

**Alla lettera d) vanno apposti il timbro dell'Azienda ULSS in modo chiaramente leggibile e la firma leggibile dell'addetto al rilascio.**

### **Avvertenza**

**Le Aziende ULSS possono utilizzare il modulo cartaceo oppure possono utilizzare per la stampa del Certificato sostitutivo provvisorio il portale della Agenzia delle Entrate utilizzando l'applicativo della SOGEI.**

**Il sistema SOGEI prevede come periodo di validità del Certificato sostitutivo provvisorio un periodo massimo di un mese. Ne consegue che qualora l'assistito che richiama il Certificato sostitutivo provvisorio debba recarsi in un altro Stato membro per un periodo più lungo non può essere utilizzato il portale dell'Agenzia delle Entrate per la stampa del Certificato ma deve essere utilizzato il suo formato cartaceo.**

**Si rimarca che qualora venga richiesta dalla Istituzione estera l'attestazione del diritto per la persona assicurata che ha ottenuto prestazioni in uno stato membro, l'invio della riproduzione cartacea fronte/retro della Tessera Sanitaria generata dal sistema SOGEI non ha alcuna validità. In tal caso va inviato il Certificato sostitutivo provvisorio.**

## 2.4. Residenza in uno Stato membro diverso da quello competente - Documento S1 e A1

*“La persona assicurata, o i suoi familiari, che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano nello Stato membro di residenza di prestazioni in natura erogate, per conto dell’Istituzione competente, dall’Istituzione del luogo di residenza ai sensi delle disposizioni della legislazione che essa applica, come se fossero assicurati in virtù di tale legislazione”.*

### 2.4.1. Riferimenti normativi

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articoli 17,22, 24, 25, 26.
- Regolamento (CE) n. 987/2010: articolo 24.

### 2.4.2. Persone tutelate durante la residenza in altro Stato membro

**Tutte le persone per le quali l’Italia “è oppure è stata determinata essere” (v. punto 2.2.7.) lo “Stato competente”, ovvero sia tutte le persone che sono o comunque risultano essere state soggette alla legislazione italiana per aver diritto alle prestazioni previdenziali e sanitarie anche quando risiedano legalmente in altro Stato membro.**

A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano le seguenti tipologie di assistiti aventi titolo:

- lavoratore subordinato normalmente occupato in Italia ma “distaccato” in altro Stato membro per un periodo non superiore a 24 mesi (salvo deroga ex articolo 16 del Regolamento n. 883/2004) previo rilascio del Documento A1 (v. successivo punto 2.4.3.) da parte dell’Ente previdenziale italiano competente, e suoi familiari che accompagnano o raggiungono il lavoratore;
- lavoratore autonomo normalmente occupato in Italia ma “distaccato” in altro Stato membro per un periodo non superiore a 24 mesi (salvo deroga ex articolo 16 del Regolamento n. 883/2004) previo rilascio del Documento A1 da parte dell’Ente previdenziale italiano competente, e suoi familiari che accompagnano o raggiungono il lavoratore;
- dipendente pubblico inviato per servizio in altro Stato membro, previo rilascio del Documento A1 da parte dell’Ente previdenziale italiano competente, per il periodo di servizio nell’altro Stato membro, e suoi familiari che accompagnano o raggiungono il pubblico dipendente;
- agente ausiliario delle Comunità Europee che ha optato per la legislazione previdenziale italiana per la durata del contratto di lavoro in altro Stato membro, previo rilascio del Documento A1 da parte dell’Ente previdenziale italiano competente, e i suoi familiari che lo accompagnano o raggiungono;
- lavoratore subordinato o lavoratore autonomo che lavora in due o più Stati membri diversi, per il quale l’Italia è stata determinata essere lo “Stato competente”, previo rilascio del Documento A1 da parte dell’Ente previdenziale italiano competente, per il periodo di lavoro in altro Stato membro, e suoi familiari che accompagnano o raggiungano il lavoratore;
- persone che trasferiscono la residenza in altro Stato membro per frequentare un corso ufficiale di studi o di aggiornamento professionale, per la durata del corso, e loro familiari che accompagnano o raggiungono il capofamiglia;

- lavoratore frontaliero, con attività lavorativa in Italia e residenza in altro Stato membro, e suoi familiari che risiedono in altro Stato membro;
- personale di servizio delle missioni diplomatiche e degli uffici consolari italiani in altro Stato membro, per la durata del servizio, e familiari che accompagnano o raggiungono il capofamiglia;
- personale civile e militare in servizio presso la NATO od altri Organismi sovranazionali con sedi ubicate in altro Stato membro, per la durata del servizio, e familiari che accompagnano o raggiungono il capofamiglia;
- titolare di pensione solo italiana che trasferisce la residenza in altro Stato membro, a condizione che in tale Stato membro non sia produttore di reddito da lavoro subordinato od autonomo, fino ad annullamento del diritto, e suoi familiari che accompagnano o raggiungono il capofamiglia;
- persone richiedenti la pensione dovuta in virtù della sola legislazione previdenziale italiana che trasferiscono la residenza in altro Stato membro, per il periodo di istruttoria della pratica, fino ad un anno rinnovabile a richiesta, e loro familiari che accompagnano o raggiungono il capofamiglia;
- familiare di titolare di pensione solo italiana che trasferisce, indipendentemente dal capofamiglia, la residenza in altro Stato membro, per la durata di un anno rinnovabile a richiesta, a condizione che in tale Stato membro non sia produttore di reddito da lavoro subordinato o autonomo o da pensione;
- familiare di persona assicurata che risiede in uno Stato membro diverso da quello in cui è assicurato il capofamiglia (ad esempio familiare di lavoratore, di disoccupato o di studente), per la durata di un anno rinnovabile a richiesta.
- lavoratori che risiedono all'estero ma che svolgono attività lavorativa in Italia (in base ad un contratto di diritto italiano) e loro familiari (in particolare autotrasportatori alle dipendenze di ditte italiane che risiedono in altro Stato membro).

#### **Avvertenza**

**Ai lavoratori distaccati è consentito il rilascio del Documento S1 anche se non trasferiscono la residenza. Tale deroga non è estesa ai familiari che eventualmente lo accompagnano, per i quali è possibile ottenere le prestazioni necessarie mediante esibizione della TEAM.**

### **2.4.3. Documento A1 (sostituisce il Modello E101) Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato**

È un documento di competenza degli Enti previdenziali (in genere INPS) ma è necessario alle Aziende ULSS per l'emissione del Documento S1 per i lavoratori in "distacco".

#### **2.4.3.1. Riferimenti normativi**

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articoli da 11 a 16;
- Regolamento (CE) n 987/2009: articolo 19.

### **2.4.3.2. Lavoratori a cui viene rilasciato**

Su richiesta della persona interessata o del datore di lavoro, l'Istituzione previdenziale italiana (in genere l'INPS) rilascia il Documento A1 ad un lavoratore in "distacco" per lavoro subordinato o autonomo in un altro Stato membro. Tale documento è diretto ad attestare che il lavoratore rimane assoggettato alla legislazione dello Stato di invio (Italia) anche durante la permanenza della persona nell'altro Stato membro.

Si riportano sintetiche indicazioni relative al Documento A1:

- nel quadro 1 sono riportati i dati personali del lavoratore con gli indirizzi nello Stato membro di residenza (punto 1.8) e di soggiorno (punto 1.9);
- nel quadro 2 viene indicato lo Stato membro di cui si applica la legislazione ed il periodo di validità dell'attestato;
- nel quadro 3 sono indicate le categorie di lavoratori che hanno diritto a mantenere la legislazione previdenziale italiana pure in caso di trasferimento della residenza nello Stato membro in cui espletano l'attività lavorativa;
- nel quadro 4 sono riportate informazioni sul datore di lavoro o sul lavoratore autonomo in Italia (Stato membro di cui si applica la legislazione);
- nel quadro 5 sono riportate informazioni sul datore di lavoro o sul lavoratore autonomo nello Stato membro di occupazione;
- nel quadro 6 è indicata l'Istituzione previdenziale italiana competente che compila il formulario.

Il Documento A1 può essere rilasciato al lavoratore anche in caso di dimora (soggiorno temporaneo) in altro Stato membro per brevi periodi di "distacco" oppure per brevi "trasferte" indicativamente di durata inferiore a 3 mesi. In tal caso, al bisogno, il lavoratore utilizzerà la TEAM. Con la TEAM ed il Documento A1 il lavoratore in temporaneo soggiorno in altro Stato membro per motivi di lavoro potrà anche ottenere, a titolo provvisorio, le prestazioni in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

### **2.4.4. Documento S1 (sostituisce E 106, E 109, E 120, E 121) Iscrizioni per la copertura sanitaria**

Le persone titolari di questo Documento che trasferiscono la residenza in un altro Stato membro hanno diritto di iscriversi presso l'Istituzione sanitaria del nuovo Paese di residenza.

#### **2.4.4.1. Riferimenti normativi**

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articoli 17, 22, 24, 26;
- Regolamento (CE) n. 987/2009: articolo 24.

#### **2.4.4.2. Persone aventi diritto al rilascio dell'attestato da parte dell'Azienda ULSS competente**

Tutti i lavoratori distaccati, frontalieri, studenti, pensionati e loro familiari, come meglio specificato al precedente punto 2.4.2., che trasferiscono la residenza in altro Stato membro.

Si ricorda che lo status di familiare viene valutato dall'Istituzione del luogo di nuova residenza conformemente alla legislazione che essa applica.

Con nota prot. n. DGRUERI/8888/P/I.3.b.b.3 del 8 novembre 2004 il Ministero della Salute ha precisato che anche in mancanza di trasferimento di residenza anagrafica all'estero ai soli lavoratori distaccati deve essere rilasciato il Modello E106 (ora Documento S1) in modo da assicurare agli stessi la copertura sanitaria nello Stato membro di occupazione.

Con recente nota prot. n. DGPROGS/0008525-P-30/03/2012/I.3.b/1: "Emissione documento portabile S1 (o E106) per i lavoratori pubblici", il Ministero della Salute ha comunicato che dal 1° marzo 2012 non avrebbe più emesso i formulari per l'assistenza sanitaria per i dipendenti pubblici in servizio negli Stati dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, negli "Stati Convenzionati" e nella Confederazione Svizzera.

In conseguenza per quanto riguarda il Documento S1 (o similari per gli Stati convenzionati) a far data dal 1° marzo 2012, viene richiesto all'Azienda ULSS di residenza previa necessaria presentazione del provvedimento di incarico o di documentazione equipollente da parte dell'interessato, unitamente al Documento A1 (o similari) rilasciato dalla Sede ex INPDAP territorialmente competente e valevole per l'intera durata del "distacco".

I suddetti attestati vengono rilasciati sempre con validità annuale, rinnovabili a richiesta previa verifica dei presupposti.

Nel caso dei lavoratori pubblici non è richiesta la deroga ex articolo 16 del nuovo Regolamento n. 883/2004 (o ex articolo 17 del vecchio Regolamento n. 1471/1971 nelle fattispecie ancora previste) dopo i primi due anni di "distacco", in quanto i lavoratori pubblici sono sempre assoggettati alla legislazione dello Stato cui appartiene l'Amministrazione da cui dipendono.

#### **2.4.4.3. Modalità di compilazione del Documento S1**

Il Ministero della Salute con nota prot. n. 3020 del 7 febbraio 2012 ha comunicato che dal 1° marzo 2012 le Aziende ULSS non possono più rilasciare i vecchi formulari E106, E109, E120, E121, ma sono tenute ad emettere unicamente il Documento S1 originato in via informatica mediante l'applicativo TECAS/NSMI.

Il Documento S1 è **individuale**, ovvero sia va rilasciato un esemplare all'interessato ed un esemplare ad ogni familiare dell'interessato.

È costituito da 5 quadri che vanno compilati dall'Istituzione competente (Istituzione presso cui è assicurato il soggetto).

Per quanto riguarda l'Italia le Aziende ULSS devono compilare i **quadri 1, 3, 4 e 5**. Il **quadro 2** non va compilato in quanto riguarda prestazioni in denaro per cure di lungo termine e non di competenza delle Istituzioni sanitarie.



Il **quadro 1** contiene i dati personali dell'interessato; in particolare si evidenzia quanto segue.

- I campi dal punto 1.1 al punto 1.6.4 vanno compilati con i dati della persona che ha richiesto l'attestato del diritto.
- Particolare attenzione va posta al punto 1.1 dove va indicato il codice fiscale dell'assistito quale numero di identificazione personale.
- Esclusivamente nel caso in cui l'interessato non abbia il codice fiscale può essere utilizzato il codice HIC come rappresentato nella Circolare Ministero Salute prot. n. DGRUERI/II/9004-P/I.3.b/1 del 18 maggio 2010 (V. avvertenza sub punto 2.3.3.): in tutti gli altri casi è obbligatorio l'inserimento del codice fiscale italiano.
- Va fatta attenzione all'indirizzo da indicare al punto 1.6 che deve essere quello del Paese dove l'interessato ha trasferito (o ha intenzione di trasferire) la residenza.
- Se il Documento S1 viene emesso per una persona che mantiene la residenza anagrafica in Italia, l'indirizzo da indicare è quello italiano.
- Nel campo 1.7 (Status) va barrata la casella relativa alla categoria dell'assistito per il quale il documento viene emesso:

<b>Categoria dell'assistito</b>	<b>Status da indicare</b>
Lavoratore dipendente o autonomo	Assicurato
Studente	Assicurato
Familiare di lavoratore dipendente o autonomo	Familiare dell'assicurato
Familiare di studente, familiare di disoccupato	Assicurato
Familiare di lavoratore che risiede in altro Stato	Familiare dell'assicurato
Richiedente la pensione	Richiedente la pensione o rendita
Familiare del richiedente la pensione	Richiedente la pensione o rendita
Pensionato	Pensionato
Familiare del pensionato	Familiare del pensionato

Il **quadro 3** va compilato esclusivamente se l'interessato deriva il suo diritto da una persona assicurata: in tal caso vengono indicati i dati personali di quest'ultima.

Ad esempio se la persona assistita indicata al quadro 1 è il familiare di un pensionato, al quadro 3 vanno indicati i dati personali relativi al pensionato. Naturalmente il titolare di pensione può avere il proprio documento S1 compilato nel quadro 1 e non nel quadro 3.

Purtuttavia, per motivi informatici, il **familiare di disoccupato** ed il **familiare di studente** devono essere considerati titolari di un diritto autonomo ("assicurati") da indicare solo al quadro 1.

Per quanto riguarda l'indirizzo questo può essere un indirizzo in Italia oppure all'estero (ad esempio il capofamiglia che risiede in Italia o in un altro Stato membro ed il suo familiare che risiede in uno Stato membro diverso ed utilizza quindi il documento S1 come se fosse il vecchio Modello E109).

Il **quadro 4** comprende la data d'inizio e di scadenza della copertura assicurativa.

In particolare se il documento S1 viene emesso nei casi già previsti per il rilascio dei vecchi Modelli E106, E109 ed E120 la validità sarà al massimo annuale e rinnovabile a richiesta.

Se il documento viene invece emesso per un pensionato (e suo familiare convivente) la validità sarà “aperta”, senza scadenza.

Se il documento viene emesso per un familiare di pensionato che risiede in uno Stato membro diverso da quello del titolare di pensione la validità sarà al massimo annuale e rinnovabile a richiesta.

Il **quadro 5** comprende **tutti** i dati relativi all’ Istituzione competente che rilascia il Documento S1; vanno compilati tutti i campi, anche numeri di telefono, telefax ed e-mail:

- si sottolinea l’importanza di non utilizzare mai e-mail private ma soltanto quelle fornite dalla propria Azienda;
- è possibile raddoppiare esclusivamente i dati relativi a telefono, telefax ed e-mail della Struttura che ha emesso il documento; nell’utilizzo dell’applicativo informatico per la emissione del Documento S1 è prevista la possibilità di campi aggiuntivi appunto per raddoppiare le suddette informazioni sul documento stampato dal sistema (v. punto 2.10. “Periodo transitorio”);
- al punto 5.1 va indicata la denominazione ufficiale dell’Azienda ULSS competente utilizzando l’acronimo **ASL (Azienda Sanitaria Locale)** valido a livello internazionale (ad esempio: ASL MONSELICE);
- al punto 5.6 l’Azienda ULSS deve utilizzare come numero di identificazione l’indicazione prevista dalla Master Directory di EESSI, anteponendo quindi al normale numero di codice italiano (ad esempio: 050 117 per la Azienda ULSS di Monselice) il numero 80 (per la Azienda ULSS di Monselice il numero di identificazione diventa quindi: 80 050 117); tale codice ad 8 cifre deve essere utilizzato esclusivamente nella compilazione dei formulari comunitari mentre in ambito nazionale la Azienda ULSS continua ad essere identificata nella consueta modalità con codice a 6 cifre (le prime 3 per indicare la Regione e le ultime 3 per indicare la Azienda ULSS);
- va indicato esclusivamente il codice e la denominazione dell’Azienda ULSS **senza alcun riferimento al codice o alla denominazione del Distretto** che all’estero non risulta censito; in caso di irregolarità l’attestato potrebbe non essere accettato dalla Istituzione estera;
- si anticipa che nell’utilizzo dell’applicativo GESTIONE ATTESTATI (v. oltre punto 2.10 “periodo transitorio”) tutti i dati identificativi della Azienda ULSS vengono automaticamente generati partendo dai dati presenti nella Master Directory di EESSI.
- al punto 5.11 va apposta la firma leggibile del funzionario addetto al rilascio del Documento;
- il quadro 5 va infine completato apponendo nell’apposito spazio, in modo chiaro e leggibile, il timbro dell’Istituzione competente.

#### **2.4.4.4. Notifica all’Istituzione competente**

Il Documento S1, come già detto, sostituisce i vecchi Modelli E106, E109, E120 ed E121 e prevede l’iscrizione dell’assistito presso l’Istituzione estera e la notifica dell’iscrizione o della non iscrizione alla Istituzione competente, in precedenza effettuata utilizzando la parte B dei vecchi attestati della serie Exxx.

Il Documento S1 non prevede la possibilità di tale notifica. Allo scopo è stato predisposto un SED specifico (S073) da trasmettere dalla Istituzione estera alla Istituzione competente (v. oltre punto 2.10 “periodo transitorio”).

Va sottolineato che durante tutto il periodo transitorio possono essere accettati tutti i tipi di modelli sia della serie Exxx che della serie S; pertanto è possibile accettare come notifica di un Documento S1 anche la parte B dei Modelli E106, E109, E120, E121.

#### **2.4.4.5. Documentazione da presentare all’Azienda ULSS competente per il rilascio del Documento S1**

Per ogni soggetto avente diritto va compilato un singolo Documento S1.

##### **A. Lavoratori distaccati**

Si ricorda che l’articolo 12 del nuovo Regolamento (CE) n. 883/2004 stabilisce che il lavoratore in “distacco” in un altro Stato membro rimanga soggetto alla legislazione dello Stato membro di invio a condizione che la durata del contratto non superi i 24 mesi, di fronte ai 12 mesi previsti dal vecchio Regolamento (CEE) n. 1408/71, fatte salve le eccezioni di cui al successivo articolo 16.

Per ottenere il rilascio del Documento S1 è necessario presentare all’Azienda ULSS competente la documentazione di seguito indicata.

- Domanda di rilascio del Documento S1.
- “Autocertificazione” come da fac-simile allegato alla nota regionale prot. n. 735571 del 22 dicembre 2006.
- Documento A1 rilasciato preventivamente dall’Istituzione previdenziale italiana competente (in genere INPS), con validità massima di due anni.
- Autorizzazione del Paese estero (dal terzo anno in poi del “distacco”) alla prosecuzione del regime di sicurezza sociale italiano, solo per i lavoratori del settore privato ed autonomi, notificata per il tramite delle sedi INPS competenti, come da allegato alla nota regionale prot. n. 735571 del 22 dicembre 2006, e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (deroga ai sensi dell’articolo 16 del Regolamento (CE) n. 883/2004).
- I lavoratori pubblici sono tenuti a presentare il Documento A1 rilasciato dall’Istituzione previdenziale italiana competente (in genere ex INPDAP ora gestita dall’INPS) unitamente al provvedimento di incarico di servizio all’estero o documentazione equipollente. Non è richiesta la autorizzazione del Paese estero (dal terzo anno in poi) poiché i lavoratori pubblici rimangono sempre assoggettati alla legislazione dello Stato cui appartiene l’Amministrazione da cui dipendono.

In caso di eventuali familiari che accompagnano o raggiungono il lavoratore nello Stato membro di “distacco” ed ivi stabiliscono la residenza:

- “autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Si ricorda che lo status di familiare viene valutato dall’Istituzione del luogo di nuova residenza conformemente alla legislazione da essa applicata.

In ogni caso il Documento S1 ha la validità massima di un anno anche se il Documento A1 riporta una validità superiore; potrà essere prorogato a richiesta al massimo per un altro anno e dal terzo anno in poi previa autorizzazione del Paese estero.

Si ricorda che i nuovi Regolamenti si applicano a far data dal 1° giugno 2012 anche nei confronti degli Stati SEE (Islanda, Liechtenstein e Norvegia). Fino a tale data, nei rapporti con tali Stati hanno trovato applicazione le disposizioni contenute nei vecchi Regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72, utilizzando la “vecchia” procedura.

Per quanto concerne la Confederazione Svizzera i nuovi Regolamento si applicano a far data dal 1° aprile 2012.

#### **B. Persone che trasferiscono la residenza in altro Stato membro per frequentare un corso ufficiale di studi o di aggiornamento professionale**

- Domanda di rilascio del Documento S1.
- “Autocertificazione” sul trasferimento della residenza.
- Documentazione probatoria dell’avvenuta iscrizione al corso ed altre informazioni al riguardo (domanda di iscrizione, lettera di accettazione dell’iscrizione, durata del corso, ricevute di pagamenti effettuati per frequentare il corso, eventuali borse di studio).

In caso di eventuali familiari che accompagnano o raggiungono il frequentatore del corso nello Stato membro di destinazione ed ivi stabiliscono la residenza:

- “autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Si ricorda che lo status di familiare viene valutato dall’Istituzione del luogo di nuova residenza conformemente alla legislazione da essa applicata.

Il Documento S1 viene rilasciato per una durata massima di un anno, rinnovabile a richiesta previa verifica dei presupposti.

#### **C. Lavoratori frontalieri, con attività lavorativa subordinata o autonoma in Italia e residenza in altro Stato membro**

- Domanda di rilascio del Documento S1.
- “Autocertificazione” sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 relativa alla dimostrazione dell’attività lavorativa subordinata o autonoma in Italia (può riguardare il contratto di lavoro e l’ultima busta paga per lavoratori subordinati; l’iscrizione alla Camera di commercio, la Partita IVA, l’ultima dichiarazione dei redditi, per lavoratori autonomi).
- “Autocertificazione” di residenza nell’altro Stato membro sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

In caso di eventuali familiari che risiedono nello Stato membro di residenza del lavoratore frontaliere o in altro Stato membro:

- “autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Si ricorda che lo status di familiare viene valutato dall’Istituzione del luogo di residenza conformemente alla legislazione da essa applicata.

Il Documento S1 viene rilasciato per la durata massima di un anno, rinnovabile a richiesta previa verifica dei presupposti.

#### **D. Titolari di pensione solo italiana residenti in altro Stato membro**

- Documentazione probatoria di titolarità di pensione solo italiana.
- Domanda di rilascio del Documento S1 come da fac-simile allegato alla nota regionale prot. n. 464069 del 21 agosto 2009 che ha valore di “autocertificazione”.

In caso di eventuali familiari che risiedono nello stesso Stato membro di residenza del titolare di pensione:

- “autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Il Documento S1 viene rilasciato “aperto”, ovvero senza scadenza, con obbligo di verifica annuale di persistenza dei requisiti.

**E. Persone richiedenti la pensione dovuta in virtù della sola legislazione previdenziale italiana, residenti in altro Stato membro nel periodo di istruttoria della pratica**

- Documentazione probatoria di aver richiesto la pensione solo italiana.
- Domanda di rilascio del Documento S1 come da fac-simile allegato alla nota regionale prot. n. 464069 del 21 agosto 2009 che ha valore di “autocertificazione”.

In caso di eventuali familiari che risiedono nello stesso Stato membro di residenza del richiedente la pensione:

- “autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Il Documento S1 viene rilasciato per la durata massima di un anno, rinnovabile a richiesta previa verifica dei presupposti.

**F. Familiari di persone assicurate che risiedono in uno Stato membro diverso da quello in cui è occupato ed assicurato il capofamiglia, soggetto alla legislazione italiana**

- Domanda di rilascio del Documento S1.
- “Autocertificazione” dello stato di famiglia sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.
- “Autocertificazione” rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:
  - l’intendimento dell’interessato a trasferire la residenza in altro Stato membro e la data del previsto trasferimento, oppure, se già colà residente, attestante la residenza nell’altro Stato membro;
  - l’assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell’assistenza sanitaria nell’altro Stato membro perché pensionato o comunque produttore di reddito da lavoro anche in altro Stato membro;

Si ricorda che lo status di familiare viene valutato dall’Istituzione del luogo di residenza conformemente alla legislazione da essa applicata.

Il Documento S1 viene rilasciato per la durata massima di un anno, rinnovabile a richiesta previa verifica dei presupposti.

**G. Familiari di titolari di pensione solo italiana, che trasferiscono, indipendentemente dal capo famiglia, la residenza in altro Stato membro**

- Domanda di rilascio del Documento S1 come da fac simile allegato alla nota regionale prot. n. 464069 del 21 agosto 2009 che ha valore di “autocertificazione”;

La validità dell’attestato rilasciato al familiare che risiede in uno Stato membro diverso da quello del titolare ha la validità di un anno, rinnovabile a richiesta previa verifica dei presupposti.

**Avvertenza**

**In tutti i casi dovrà essere sottoscritto dall’interessato l’impegno a comunicare sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza nell’altro Stato membro ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: inizio attività lavorativa nello Stato membro di residenza, concessione di pensione nello Stato membro di residenza, variazione del nucleo dei familiari residenti nell’altro Stato membro, qualsiasi trasferimento di residenza, ecc.) per i provvedimenti conseguenti.**

#### **2.4.4.6. Notifica all'Istituzione sanitaria dello Stato membro di nuova residenza**

Il Documento S1 deve essere presentato dalla persona interessata all'Istituzione di assicurazione malattia del luogo di nuova residenza, unitamente ad un documento valido di identità personale e ad eventuale altra documentazione richiesta da quella Istituzione all'atto dell'iscrizione per la concessione delle prestazioni in natura.

Ai titolari del Documento A1 potrebbe essere richiesto di presentare anche tale Modello.

Nel caso che l'interessato, già residente all'estero, sia sprovvisto del Documento S1, pur dichiarando di averne diritto, l'Istituzione del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente tramite il SED S071 (o Modello E107 nel periodo transitorio).

L'Istituzione competente risponde, in caso favorevole, all'Istituzione del luogo di residenza trasmettendo il Documento S1 oppure adducendo il motivo del parere negativo.

#### **Avvertenza**

**Come è noto la Direttiva 2004/38/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 aprile 2004 relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli altri Stati membri, è stata recepita con provvedimenti nazionali dai vari Stati membri (ad esempio in Italia dal Decreto legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007).**

**I diversi provvedimenti nazionali, pur rispettando i principi ed i criteri generali della citata direttiva, hanno definito procedure differenziate e più consone al loro ordinamento amministrativo interno, per sancire i diritti del cittadino dell'Unione che intenda soggiornare nel rispettivo territorio nazionale per un periodo superiore a 3 mesi. Per tale motivo la documentazione aggiuntiva che potrebbe essere richiesta dalle Istituzioni competenti del luogo di nuova residenza nei diversi Stati membri per beneficiare delle prestazioni in natura in favore dei titolari dei citati Modelli potrebbe essere diversificata nei vari Stati membri.**

#### **2.4.4.7. Iscrizione/non iscrizione alla Istituzione dello Stato membro di nuova residenza**

La persona assicurata e/o i suoi familiari in possesso di Documento S1 sono tenuti ad iscriversi presso l'Istituzione del luogo di nuova residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione locale.

I familiari vengono iscritti solo se soddisfano la legislazione locale per essere ritenuti tali.

L'Istituzione del luogo di residenza dà notifica all'Istituzione competente delle iscrizioni a cui ha proceduto trasmettendo il SED S073 (o la parte B dei Modelli E106, E109, E120, E121, nel periodo transitorio).

Allo stesso modo l'Istituzione del luogo di residenza informa l'Istituzione competente delle iscrizioni a cui non ha potuto procedere indicando il motivo della mancata iscrizione.

Il Documento S1 rimane valido per il periodo indicato nel formulario, oppure fino a quando l'Istituzione competente non informa l'Istituzione del luogo di residenza della sua modifica o annullamento trasmettendo il SED S016 (o la parte A del Modello E108, nel periodo transitorio).

Anche l'Istituzione del luogo di residenza può comunicare all'Istituzione competente (Azienda ULSS) l'annullamento o la modifica del diritto, se ne viene a conoscenza, mediante il SED 018 (o la parte A del Modello E108, nel periodo transitorio).

L'Istituzione di residenza e l'Istituzione competente possono confermare o contestare la suddetta notifica di modifica o di annullamento trasmettendo, in risposta, rispettivamente il SED S017 od il SED S019 (o la parte B del Modello E108, nel periodo transitorio).

La data di iscrizione presso l'Istituzione del luogo di residenza, a partire dalla quale il costo delle prestazioni è rimborsabile dall'Istituzione competente, viene determinata come segue:

- la data di apertura del diritto alle prestazioni indicata al quadro 4 del Documento S1;
- la data di trasferimento di residenza se successiva alla data di cui al punto precedente;
- dal giorno successivo alla data di cessazione del diritto precedentemente acquisito per l'espletamento di una attività lavorativa nello Stato membro di residenza.

La data, a partire dalla quale il costo delle prestazioni in natura cessa di essere rimborsato dall'Istituzione competente all'Istituzione del luogo di residenza, coincide con la data di cancellazione dell'iscrizione comunicata dall'Istituzione del luogo di residenza all'Istituzione competente o viceversa.

Tale data, che deve figurare nel documento di cancellazione, è la data a partire dalla quale il documento attestante il diritto alle prestazioni in natura non è più utilizzabile, in particolare può coincidere con:

- la data del decesso;
- la data in cui l'interessato va a risiedere in altro Stato membro;
- la data di apertura del diritto alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza in caso di inizio di una attività lavorativa o di attribuzione di una pensione nello Stato membro di residenza;
- la data in cui alcuni o tutti i membri della famiglia non soddisfano più alle condizioni per aver diritto alle prestazioni in natura in qualità di familiari applicando la legislazione dello Stato membro di residenza.

**Tutte le Istituzioni nazionali devono impegnarsi per ridurre al minimo i tempi amministrativi necessari sia per le iscrizioni che per le cancellazioni.**

#### **2.4.4.8. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate che, a regime, assumeranno rilevanza preminente, viene ancora costituito ed archiviato un fascicolo "persone migranti in ambito comunitario" intestato al titolare del Documento S1 che è individuale, in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica, rilevante soprattutto nel periodo transitorio.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio dell'attestato;
- copia del Documento A1, presentato dal lavoratore nei casi previsti, mentre l'originale viene riconsegnato all'interessato;
- copia del Documento S1 consegnato all'interessato o trasmesso, su richiesta, all'Istituzione del luogo di destinazione (nuova residenza);
- copia del SED S073 (parte B di notifica ex Modelli E106, E109, E120, E121);
- copia di eventuali vecchi Modelli E106, E109, E120, E121 compilati nella Parte A e consegnati in due copie all'interessato (nel periodo transitorio);

- originali dei suddetti vecchi Modelli compilati nella Parte B dall'Istituzione del luogo di nuova residenza e restituiti da detta Istituzione per conferma o meno dell'iscrizione;
- "autocertificazioni" sottoscritte dagli interessati nei casi previsti;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare del Documento S1, trasmesse alla Istituzione del luogo di residenza o da questa pervenute, ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti, compresa la notifica della variazione all'Istituzione del luogo di residenza, trasmesse su cartaceo nel periodo transitorio;
- eventuali comunicazioni di cessazione del diritto prima della scadenza, trasmesse alla Istituzione del luogo di residenza o da questa pervenute, su cartaceo nel periodo transitorio;
- copia di eventuali richieste del Documento S1, pervenute dalla Istituzione competente del luogo di residenza, su cartaceo nel periodo transitorio;
- **documentazione relativa alla revoca o sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- copia della comunicazione all'assistito della cessazione del diritto;
- ogni altra documentazione cartacea relativa alla pratica.

#### 2.4.4.9. Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di residenza

La persona assicurata e/o i suoi familiari, iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza, beneficiano delle prestazioni in natura, erogate per conto dell'Istituzione competente, alle stesse condizioni (tipologia di prestazioni, procedure e tariffe) applicate dalla legislazione sanitaria del luogo di residenza ai propri assicurati, come se il titolare del Documento S1 fosse assicurato in virtù di tale legislazione.

#### 2.4.4.10. Oneri per le prestazioni erogate

Le prestazioni in natura erogate dall'Istituzione sanitaria di uno Stato membro per conto dell'Istituzione sanitaria di un altro Stato membro danno luogo a rimborso.

Come già ricordato sub punto 2.2.3. una novità introdotta dai nuovi Regolamenti (CE) è quella di prevedere il rimborso fra Istituzioni sulla base del costo effettivamente sostenuto per erogare le prestazioni in tutte le situazioni protette e non più sulla base di un forfait in determinate situazioni.

Per alcuni Stati membri (Irlanda, Spagna, **Italia**, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Finlandia, Svezia e Regno Unito) l'importo dei costi di cui sono creditori per le prestazioni in natura erogate in favore di titolari di pensione e loro familiari e di familiari di lavoratori residenti in un altro Stato membro, viene fatturato *a forfait*.

Di conseguenza:

- se l'Istituzione del luogo di residenza dell'assistito (ad esempio la Spagna), che eroga le prestazioni ed è pertanto creditrice dei rimborsi nei confronti dell'Istituzione competente italiana, è ubicata in uno dei citati Stati membri, la fatturazione per il rimborso avverrà **a forfait** per le suddette categorie di persone titolari del Documento S1 (o equivalenti vecchi Modelli E109 ed E121) ed **al costo effettivo** per le altre categorie di persone titolari del Documento S1 (o equivalente vecchi Modelli E106 o E120);
- se l'Istituzione del luogo di residenza dell'assistito, che eroga le prestazioni ed è pertanto creditrice dei rimborsi nei confronti dell'Istituzione competente italiana, **non** è ubicata in uno dei citati Stati membri, la fatturazione per il rimborso avverrà **sempre al costo effettivo**.



## 2.5. Documento S2 (sostituisce E112) - Attestato di diritto alle cure programmate in altro Stato membro

### 2.5.1. Riferimenti normativi

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articolo 20, articolo 27, articolo 36;
- Regolamento (CE) n. 987/2009: articolo 26, articolo 33.

### 2.5.2. Persone tutelate

- Cittadini italiani, comunitari o extracomunitari iscritti al SSN con oneri a carico dello stesso e per i quali l'Italia **“è o è stata determinata essere”** (v. punto 2.2.7.) lo Stato competente.
- Pensionati o loro familiari, residenti in Italia ed iscritti al SSN con Documento S1 (o vecchio Modello E121) con oneri a carico di Istituzioni competenti di altri Stati membri che corrispondono la pensione, e per i quali l'Italia, Paese creditore, richiede per le prestazioni erogate il **rimborso a forfait** allo Stato membro competente solo fino al 31 dicembre 2012.
- Familiari di lavoratori, residenti in Italia ed iscritti al SSN con Documento S1 (o vecchio Modello E109) con oneri a carico di Istituzioni competenti di altri Stati membri ove è assicurato il capofamiglia, e per i quali l'Italia, Paese creditore, richiede per le prestazioni erogate il **rimborso a forfait** allo Stato membro competente solo fino al 31 dicembre 2012.
- Lavoratori distaccati titolari di Documento S1 (o E106) rilasciato da una Istituzione italiana e residenti in un altro Stato membro.
- Pensionati e loro familiari titolari di Documento S1 (o E121) rilasciato da Istituzioni italiane, residenti in un altro Stato membro, per i quali l'Istituzione estera richiede il rimborso al costo.
- Richiedenti la pensione e loro familiari titolari di Documento S1 (o E120) rilasciato da Istituzioni italiane, residenti in un altro Stato membro, per i quali l'Istituzione estera richiede il rimborso al costo.

#### Avvertenza

Si precisa che relativamente agli Stati SEE (Islanda, Norvegia e Lichtenstein) i nuovi Regolamenti trovano applicazione a far data dal 1° giugno 2012. Vengono però esclusi i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia ed iscritti al SSN. Infatti agli Stati SEE non è applicabile il Regolamento (UE) n. 1231/2010 del 24 novembre 2010 che ha esteso l'efficacia dei nuovi Regolamenti (CE) ai cittadini dei Paesi terzi regolarmente soggiornanti in uno Stato membro (come non era applicabile il precedente Regolamento n. 859/2003 ora abrogato).

Tale Regolamento non è applicabile, per lo stesso motivo, alla Confederazione Svizzera e neppure al Regno Unito ed alla Danimarca, in quanto unici Stati membri che non lo hanno recepito.

Pertanto in caso di trasferimento all'estero in uno dei suddetti Stati per ricevere cure di alta specializzazione i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia ed iscritti al SSN possono solo fruire dell'assistenza in forma indiretta di cui al DM Sanità 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°).

### 2.5.3. Notifica del diritto all'interessato

Il Documento S2 è individuale e pertanto valido solo per il titolare. Va rilasciato a ciascun assistito a prescindere dal fatto che sia a carico o meno di un'altra persona (ad esempio un bambino a carico del genitore avrà un Documento S2 a lui intestato).

L'Azienda ULSS competente, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletato le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989 e dalla Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 ed ampiamente descritti nel Capitolo 5° della presente GUIDA**, compila e consegna il Documento S2 all'interessato prima della partenza per ricevere cure mediche di elezione nello Stato membro e nella Struttura per cui è stato autorizzato.

Il Documento S2 deve essere emesso tramite il sistema informatico TECAS/NSMI.

Il **quadro 1** del Documento S2 comprende i dati personali dell'interessato: pertanto i campi da 1.1 a 1.6.4 vengono compilati con i dati della persona che ha richiesto l'attestato di diritto.

Nel **quadro 2** sono descritti sinteticamente il tipo di cure ed il luogo di fruizione, con l'indicazione dello Stato membro e della Struttura sanitaria per cui è valida l'autorizzazione rilasciata, il periodo previsto delle cure con data di inizio e di termine.

Al campo 2.1 viene indicato, a seconda del tipo di cure, una delle seguenti espressioni: **“inizio cure”**, **“proseguimento cure”**, **“invio campioni biologici”** oppure, quando richiesto e se ci sono i presupposti, **“parto”**.

Al campo 2.2 viene indicata la località estera presso cui viene erogata la prestazione.

Al campo 2.3 viene indicata la copertura dell'attestato: data inizio decorrenza (campo 2.3.1) e data prevista di fine decorrenza (campo 2.3.2).

Il **quadro 3** comprende **tutti** i dati identificativi dell'Istituzione competente che rilascia il Documento: valgono le stesse indicazioni fornite per la compilazione del quadro 5 del Documento S1.

#### Avvertenza

**Se una persona assicurata risiede legalmente in uno Stato membro diverso da quello competente (per esempio: lavoratori “distaccati”, partecipanti a corsi ufficialmente riconosciuti, pensionati in attesa di pensione, ecc.), essa richiede l'autorizzazione all'Istituzione del luogo di residenza, la quale la inoltra all'Istituzione competente (Azienda ULSS) senza indugio, utilizzando il SED S009.**

**In tal caso l'Istituzione del luogo di residenza certifica, in alternativa:**

- **che le cure richieste non sono previste dalla legislazione sanitaria dello Stato membro di residenza dell'interessato;**
- **che le cure in questione non possono essergli praticate entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dell'attuale stato di salute dello stesso e della probabile evoluzione della malattia.**

**L'Azienda ULSS, sentito il Centro Regionale di Riferimento, può concedere o non concedere l'autorizzazione, utilizzando il SED S010.**

**Il diniego deve essere adeguatamente motivato.**

**Qualora si tratti di “cure urgenti e vitali” l'autorizzazione è concessa dall'Istituzione del luogo di residenza per conto dell'Istituzione competente (Azienda ULSS), che deve essere immediatamente informata del fatto. In tal caso l'Istituzione competente (Azienda ULSS) accetta gli accertamenti e**

le opzioni terapeutiche dei medici concernenti la necessità di “cure urgenti e vitali” approvati dall’Istituzione del luogo di residenza che ha rilasciato l’autorizzazione, fatta salva la facoltà di fare controllare la persona assicurata da un proprio medico di fiducia, nel corso della procedura di concessione dell’autorizzazione, sia nello Stato membro di residenza, sia nello Stato membro nel quale è stato inviata per ricevere le cure.

#### **2.5.4. Notifica all’Istituzione sanitaria del luogo di dimora in altro Stato membro per ricevere cure di elezione autorizzate**

Al suo arrivo nello Stato membro di dimora per ricevere cure programmate autorizzate con Documento S2 l’interessato, o un suo familiare se l’interessato è minore, è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura sanitaria del luogo di dimora l’attestato di cui è in possesso, unitamente ad un documento di identità in corso di validità ed a tutta la documentazione clinica ritenuta utile.

L’Istituzione del luogo di dimora, fatta salva ogni decisione relativa all’autorizzazione, informa l’Istituzione competente se è medicalmente necessario integrare la cura coperta dalla autorizzazione già rilasciata, comprese eventuali proroghe rispetto alla validità del formulario originario.

#### **2.5.5. Iscrizione / non iscrizione all’Istituzione sanitaria del luogo di dimora**

Trattandosi di persona in temporanea dimora in uno Stato membro diverso da quello competente per ricevere cure di elezione programmate e regolarmente autorizzate, essa non viene iscritta all’Istituzione sanitaria del luogo di temporanea dimora, pur acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura autorizzate, che saranno erogate secondo le disposizioni (modalità, procedure e tariffe) della legislazione sanitaria applicata nello Stato membro di dimora, come se la persona fosse assicurata in virtù di tale legislazione.

#### **2.5.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell’Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate che, a regime, assumeranno rilevanza preminente, viene ancora costituito ed archiviato un fascicolo “persone migranti in ambito comunitario” intestato al titolare del Documento S2 che è individuale, in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989 e dalla Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989;
- copia del Documento S2 rilasciato all’interessato;
- copia di eventuali attestati di proroga del diritto oltre il termine originariamente concesso;
- eventuale documentazione comprovante la sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;
- ogni altra documentazione cartacea relativa alla pratica.

## **2.5.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora**

In linea di principio generale sono erogabili nello Stato membro di dimora tutte le prestazioni in natura che risultano essere necessarie, appropriate ed efficaci per il trattamento della patologia da cui è affetto l'assistito e che ha dato origine al rilascio del Documento S2.

Le prestazioni vengono erogate, come già evidenziato, alle stesse condizioni (modalità, procedure e tariffe) previste dalla legislazione sanitaria applicata nello Stato membro di dimora, come se la persona assistita fosse assicurata in virtù di tale legislazione.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria dello Stato membro di dimora, deputata ad erogare le prestazioni, anche sulla base della documentazione sanitaria esibita dall'assistito.

Eventuali accompagnatori debbono essere muniti della TEAM.

Anche l'interessato deve essere munito della TEAM per poter eventualmente fruire di prestazioni non inerenti la patologia per la quale è stato autorizzato il trasferimento.

## **2.5.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di dimora con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Documento S2.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate calcolato secondo la legislazione sanitaria dello Stato membro di dimora.

## **2.5.9. Possibilità di “rimborsi” per spese particolarmente onerose rimaste a carico dell'assistito**

Per la possibilità di “rimborsi” per spese particolarmente onerose rimaste a carico dell'assistito o per la concessione di anticipi, si rinvia al Capitolo 5°, punto 5.6.8.4., della presente Guida.

## 2.6. Documento DA1 (sostituisce E123) - Diritto alla copertura sanitaria a titolo della assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

### 2.6.1. Riferimenti normativi

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articolo 36;
- Regolamento (CE) n. 987/2009: articolo 33.

### 2.6.2. Persone tutelate

Lavoratori subordinati o autonomi, assicurati INAIL, che durante la dimora o la residenza in un altro Stato membro per motivi di lavoro hanno subito un infortunio sul lavoro o contratto una malattia professionale o che comunque necessitano di prestazioni in natura a causa di una malattia professionale contratta in precedenza e tutelata dall'INAIL.

Tali lavoratori che dimorano o risiedono in altro Stato membro **per motivi di lavoro rimanendo soggetti alla legislazione italiana** sono già in possesso della TEAM, in caso di brevi soggiorni o trasferte per motivi di lavoro, oppure del Documento S1 in caso di residenza o di soggiorni più lunghi.

I suddetti documenti portabili danno diritto al lavoratore di ricevere, in via provvisoria, anche le prestazioni per infortunio sul lavoro o per malattia professionale.

### 2.6.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS, competente anche per la erogazione delle prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, compila il Documento DA1 e lo consegna al lavoratore prima della partenza per un altro Stato membro nel caso di malattia professionale preesistente, oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora o di residenza dell'interessato nell'altro Stato membro, qualora questa abbia richiesto il Documento DA1 a seguito del verificarsi di un infortunio sul lavoro o del riscontro di una malattia professionale.

Il **quadro 1** riporta i dati personali, la qualifica e lo status dell'interessato, l'indirizzo nello Stato membro in cui dimora o risiede.

Il **quadro 2** attesta che l'interessato può ricevere le prestazioni in natura relative all'infortunio sul lavoro od alla malattia professionale, specificando il periodo previsto del trattamento.

Il **quadro 3** ne specifica il motivo: al riguardo si ricorda (punto 3.3.2 del quadro 3) che il trasferimento per cure programmate in altro Stato membro può essere concesso, osservate le usuali procedure, anche per patologie connesse ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale.

Il **quadro 4** riporta notizie su una eventuale relazione del medico d'ufficio dell'Istituzione competente.

Il **quadro 5** riporta i dati sulla Istituzione competente, con l'avvertenza di anteporre il prefisso 80 al numero di identificazione dell'Istituzione utilizzato a livello nazionale (ad esempio: 80 050117 per l'Azienda ULSS di Monselice), lo spazio per la firma leggibile del funzionario addetto al rilascio del Modello e lo spazio per l'apposizione in modo chiaro e leggibile del timbro dell'Istituzione competente.

## **2.6.4. Notifica all'Istituzione del luogo di dimora o residenza**

L'Istituzione del luogo di dimora o di residenza dell'interessato, ricevuto il Documento DA1 prende atto che l'Istituzione competente italiana ha autorizzato le prestazioni in natura connesse con l'infortunio sul lavoro o con la malattia professionale.

## **2.6.5. Erogazione dell'assistenza sanitaria nello Stato membro di dimora o di residenza**

In caso del verificarsi di un infortunio sul lavoro o del riscontro (o comunque in presenza) di una malattia professionale la persona assicurata ha diritto alle prestazioni in natura speciali, secondo il regime degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, erogate, per conto dell'Istituzione competente, dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora ai sensi della legislazione che essa applica, come se la persona fosse assicurata in virtù di detta legislazione (parità di tipologia di prestazioni, procedure e tariffe).

Se nello Stato membro di dimora o di residenza non esiste alcuna assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, oppure se un'assicurazione esiste, ma non prevede una Istituzione responsabile della erogazione delle prestazioni in natura, tali prestazioni sono erogate dall'Istituzione del luogo di residenza o di dimora responsabile delle prestazioni in natura in caso di malattia.

### **Avvertenza**

**Si ricorda che a livello comunitario esiste ancora una notevole disomogeneità normativa sulle competenze in materia di infortuni sul lavoro o malattie professionali.**

**Anche in Italia, sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN, le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro od a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.**

**Spettano all'Azienda ULSS territorialmente competente:**

- il rilascio dell'attestato di diritto alle prestazioni in natura (Documento DA1);
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera nello Stato membro.

**Spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:**

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- la fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;
- le forme di assistenza e di servizio sociale;
- gli accertamenti medico-legali finalizzati alla verifica del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità;
- la contabilità per le suddette prestazioni con la Istituzione competente di un altro Stato membro.

## **2.6.6. Oneri per le prestazione erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di dimora o di residenza con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Documento DA1.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate calcolato secondo la legislazione sanitaria dello Stato membro di dimora o di residenza.

Le prestazioni protesiche e gli accertamenti medico-legali sono a carico dell'INAIL.

## 2.7. Documento S3 (fattispecie non prevista in precedenza) - Cure mediche di un ex lavoratore frontaliero nel Paese dove ha lavorato in precedenza

### 2.7.1. Riferimenti normativi

- Regolamento (CE) n. 883/2004: articolo 28;
- Regolamento (CE) n. 987/2009: articolo 29.

### 2.7.2. Persone tutelate

- Ex lavoratori frontalieri, dopo il pensionamento per invalidità o vecchiaia, che si recano nell'ultimo Stato membro dove hanno esercitato un'attività subordinata o autonoma **che però non sia più lo Stato membro competente**, al fine di proseguire cure già iniziate in detto Stato membro.
- Per quanto riguarda l'Italia i familiari dell'ex lavoratore frontaliero non rientrano fra le persone tutelate.

### 2.7.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente compila il documento e lo consegna all'interessato.

Il **quadro 1** contiene i dati personali dell'interessato: al punto 1.7 va indicato, come riferito dall'interessato, il numero di identificazione personale nello Stato membro in cui l'ex lavoratore frontaliero ha da ultimo lavorato.

Il **quadro 2** riporta notizie riferite dall'interessato sulla natura della malattia e della cura iniziata nel Paese ove ha da ultimo lavorato.

Il **quadro 3** riporta i dati sulla Istituzione competente, con l'avvertenza di anteporre il prefisso 80 al numero di identificazione dell'Istituzione utilizzato a livello nazionale (ad esempio: 80 050117 per l'Azienda ULSS di Monselice), lo spazio per la firma leggibile del funzionario addetto al rilascio del Documento e lo spazio per l'apposizione in modo chiaro e leggibile del timbro dell'Istituzione competente.

Siccome il formulario viene compilato dall'Azienda ULSS competente in gran parte sulla base di informazioni riferite dall'assistito appare opportuno che venga acquisita **"autocertificazione"** di quanto dichiarato.

Appare inoltre necessario acquisire documentazione sanitaria probatoria del fatto che si tratti effettivamente di proseguimento di cure già iniziate nello Stato membro dove l'assistito ha da ultimo lavorato come frontaliero.

L'Azienda ULSS deve pertanto appurare che l'assistito intenda realmente completare l'iter degli accertamenti, della diagnosi e del trattamento di una malattia insorta e già indagata nell'altro Stato membro, per la durata della malattia.

#### **2.7.4. Notifica all'Istituzione sanitaria dello Stato membro indicato dall'interessato**

L'assistito presenta il Documento S3 all'Istituzione sanitaria dello Stato membro in cui ha da ultimo lavorato come frontaliero.

#### **2.7.5. Erogazione delle prestazioni sanitarie nello Stato membro di destinazione**

Vengono erogate solo le prestazioni in natura necessarie a completare l'iter diagnostico e terapeutico di una malattia e limitatamente alla sua durata, iter che doveva ineludibilmente essere già iniziato in precedenza quando l'interessato prestava attività lavorativa nello Stato membro in qualità di frontaliero.

#### **2.7.6. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di destinazione con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Documento S3.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate calcolato secondo la legislazione sanitaria dello Stato membro di dimora.

### **2.8. Dimora nello Stato membro competente qualora il luogo di residenza sia in un altro Stato membro**

La persona assicurata e i suoi familiari che risiedono in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, beneficiano parimenti delle prestazioni in natura mentre dimorano nello Stato membro competente.

Le prestazioni in natura sono erogate dall'Istituzione competente secondo le disposizioni della legislazione che essa applica, come se gli interessati risiedessero in tale Stato membro competente.

Il Ministero della Salute non ha ancora definito le modalità di invio della TEAM ai titolari di Modello E109 ed E121 residenti in un altro Stato membro. Pertanto, allo stato attuale, va rilasciato il Certificato sostitutivo provvisorio con codice *ad hoc* come specificato nelle Avvertenze sub punto 2.3.3., il quale andrà utilizzato anche nel territorio dello Stato competente, ovverosia, in questo contesto, in Italia.

Sulle modalità operative relative all'erogazione delle prestazioni, in attesa di disposizioni ministeriali, vanno al momento applicate le istruzioni contenute nella nota regionale prot. n. 451618 del 24 agosto 2010.

Se si tratta di cittadini AIRE che hanno avuto l'ultima residenza nel Veneto, questi vanno iscritti al SSN per un periodo non superiore a 3 mesi nell'arco dell'anno, a parità di condizioni con il cittadino italiano residente. Per ulteriori periodi potrà beneficiare di prestazioni sanitarie necessarie con modalità da definirsi nei singoli casi.

Se si tratta di cittadini AIRE che non hanno avuto l'ultima residenza nel Veneto, titolari di Certificato sostitutivo provvisorio con codice *ad hoc* rilasciato da altra Azienda ULSS appartenente ad altra Regione o Provincia autonoma, le prestazioni saranno erogate con oneri da fatturare direttamente alle Aziende che hanno rilasciato il suddetto Certificato.



## 2.9. Compilazione dei SEDs

Si ricorda che i SEDs sono disponibili sul portale EESSI:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=868&langId=it>

> *Documenti ufficiali* > *Documenti elettronici strutturati*

> *l'assistenza sanitaria (serie S)* > *Italiano*

Ad ogni buon conto, per comodità di consultazione, i SEDs di maggiore rilevanza sanitaria sono riportati nella **Parte Seconda FORMULARI** della presente Guida.

Per le modalità di compilazione, in fase di prima applicazione, si rinvia all'informativa del Ministero della Salute prot. n. DGPROGS/ 0003020-P-07/02/2012, consultabile alla pagina web:

[http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/41615\\_1.pdf](http://www.normativasanitaria.it/normsan-pdf/0000/41615_1.pdf)

## 2.10. Periodo transitorio (fino al 30 aprile 2014) nell'applicazione dei nuovi Regolamenti (CE)

La tempistica originariamente prevista dalla Commissione Amministrativa per la introduzione della modulistica prevista dai nuovi Regolamenti era la seguente:

- dal 1° maggio 2010 utilizzo dei nuovi “Documenti Portabili” (Portable Documents);
- fino al 30 aprile 2012 (**periodo transitorio**) utilizzo dei “SEDs” in formato cartaceo;
- dal 1° maggio 2012 (**fine del periodo transitorio**) utilizzo della loro versione elettronica tramite il sistema informatico “EESSI”.

Recentemente il periodo transitorio è stato prorogato dalla Commissione Amministrativa fino al 30 aprile 2014, con possibilità di ulteriori proroghe, per permettere a tutti gli Stati membri di prepararsi allo scambio elettronico dei SEDs.

La Commissione Amministrativa è deputata a sviluppare l'infrastruttura informatica comune dell'Unione Europea mentre i singoli Stati membri sono tenuti ad adottare le misure necessarie per essere collegati a tutto il sistema.

Tuttavia è stato anche previsto dalla Commissione Amministrativa che le Istituzioni competenti possano continuare ad utilizzare i vecchi formulari della serie Exxx nel periodo transitorio, overosia non oltre il 30 aprile 2014 (salvo ulteriori proroghe), data a partire dalla quale si dovrà passare all'utilizzo esclusivo dei nuovi Documenti Portabili ed allo scambio dei SEDs esclusivamente tramite il sistema “EESSI”.

Nel periodo transitorio possono quindi essere gestiti dalle Istituzioni competenti dell'UE, dello SEE e della Confederazione Svizzera, diversi formati di documenti, overosia Documenti portabili, SEDs cartacei o in formato elettronico e formulari della serie Exxx cartacei o informatici generati autonomamente da banche dati nazionali.

Tale sovrapposizione di documentazione e di procedure non deve causare una perdita di diritti dei cittadini che devono continuare ad essere tutelati grazie ad una cooperazione efficace fra le Istituzioni, le quali devono essere guidate, più che mai durante il periodo transitorio, dai principi di buona collaborazione e flessibilità, **accettando qualsiasi documento basato anche su un formato obsoleto, purchè validamente emesso.**

Eventuali dubbi sui diritti di un assistito devono essere risolti mediante l'utilizzo di qualsiasi mezzo tramite la collaborazione con l'altro Stato (Decisione E1 della Commissione Amministrativa del 12 giugno 2009).

### **2.10.1. Comportamento delle Aziende ULSS, durante il periodo transitorio, nella fase di emissione degli attestati di diritto e di notifica alle Istituzioni estere.**

A far data dal 1° marzo 2012 vengono utilizzati in via esclusiva i documenti portabili S1 ed S2 sostituendo definitivamente i corrispondenti formulari della serie Exxx. A tal fine viene utilizzato l'apposito programma disponibile sull'applicativo NSMI (ex TECAS) che dai database dei SEDs S072 e S010 genera rispettivamente il Documento portabile S1 ed S2 (v. punto successivo).

Solo in casi eccezionali, come ad esempio il malfunzionamento della rete e conseguente impossibilità di accedere all'applicativo, i suddetti documenti portabili potranno essere compilati manualmente (utilizzando i modelli cartacei), salvo poi inserire nell'applicativo appena possibile i documenti emessi manualmente.

Il Documento portabile S1 prevede l'iscrizione dell'assistito presso l'Istituzione del Paese membro di destinazione e la conseguente notifica dell'iscrizione (o della mancata iscrizione) da parte dell'Istituzione di destinazione all'Istituzione competente.

Il Documento S1 non prevede la possibilità di tale notifica in quanto a tale scopo è stato previsto il SED S073.

Allo stato attuale il Ministero della Salute ha indicato di utilizzare il SED cartaceo S073 per la notifica di S1 presentato da assistiti esteri.

Nella compilazione manuale del SED S073 la Azienda ULSS deve attenersi alle seguenti indicazioni.

- Indicare i propri dati identificativi nei campi relativi all'Istituzione mittente con le modalità già definite in precedenza per la compilazione dei documenti portabili, in particolare del documento S1 descritto sub punto 2.4.4.3. della GUIDA.
- Indicare i dati dell'Istituzione destinataria evidenziati nel quadro 5 del Documento S1 recepito.
- Compilare il quadro 1 relativo al numero della pratica della Azienda ULSS quale Istituzione mittente.
- Compilare il quadro 2 relativo all'interessato che deve essere sempre la persona che ha un diritto autonomo all'emissione del Documento S1 recepito (dati ricavabili dal quadro 1 di S1 o dal quadro 3 nel caso S1 sia stato emesso per un familiare).
- Compilare il quadro 3 relativo all'indirizzo della persona che presenta il Documento S1 (dati ricavabili dal quadro 1 di S1).
- Compilare il quadro 4 relativo alla situazione familiare (corrisponde al campo 1.7 del quadro 1 del Documento S1 recepito). Se dall'esame del Documento S1 non si riesce a ben definire la situazione familiare è necessario contattare immediatamente l'Istituzione estera.
- Compilare il quadro 5 esclusivamente quando si tratta di un familiare che deriva il suo diritto dal capofamiglia, indicando i dati del familiare.
- Compilare il quadro 6 relativo alla decorrenza/termine dell'iscrizione indicando la decorrenza e l'eventuale termine dell'iscrizione.
- Compilare, se del caso, il quadro 7 indicando il motivo della mancata iscrizione.
- Completare il SED con data e firma leggibile dell'incaricato compilatore e con il timbro chiaro dell'Istituzione mittente.

Il Documento S3 concernente le cure mediche di un ex lavoratore frontaliero nel Paese dove ha lavorato in precedenza va compilato manualmente (la fattispecie non è allo stato attuale ben definita).

Anche il Documento DA1 concernente il diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali va, al momento, compilato manualmente.

Per quanto riguarda gli altri formulari che provengono dall'estero nel periodo transitorio l'indicazione del Ministero della Salute è di rispondere con il corrispondente modello.

Nel caso, ad esempio, di acquisizione del SED cartaceo S044 per la richiesta di TEAM o di Certificato sostitutivo provvisorio bisognerà rispondere con il SED cartaceo S045. Se dovesse pervenire un formulario della serie Exxx di cui bisogna compilare la parte B (ad esempio E106, E121, E126, ecc.) la risposta nel periodo transitorio verrà effettuata compilando la parte B del modello pervenuto, anche al fine di evitare una commistione di documenti di tipo diverso.

Particolare attenzione va posta nel caso di acquisizione di un Modello E107 di richiesta di uno dei seguenti attestati: E106, E109, E120, E121 ed E112: l'attestato da emettere sarà, a seconda dei casi, o il Documento S1 oppure il Documento S2.

Ancora maggiore attenzione va posta nel caso di richiesta di un Documento S1 pervenuta con Modello E107. Infatti, poiché il Documento S1 ha sostituito vari attestati, dal Modello E107 di richiesta dovrà risultare chiaramente il motivo per il quale è richiesto il Documento S1: infatti a seconda del motivo del rilascio potrebbero insorgere, fino al 31 dicembre 2012, diversità di fatturazione (ad esempio fatturazione al costo in caso di rilascio di S1 come ex E106 o E120 od a forfait per il rilascio di S1 come ex E121 o E109).

Per quanto riguarda la richiesta di informazioni non essendo ancora definiti tutti i SEDs della serie "H" l'indicazione del Ministero è di continuare ad utilizzare, al momento, ancora il Modello E001.

Per quanto riguarda gli altri SEDs l'indicazione del Ministero alle Aziende ULSS è di utilizzarli il più possibile nei rapporti con le Istituzioni estere, anche se la loro compilazione manuale su cartaceo appare più complessa rispetto a quella dei modelli della serie Exxx essendo stati elaborati per lo scambio elettronico.

## **2.10.2. Utilizzo di NSMI per la compilazione di S1 e S2**

L'applicativo informatico messo a disposizione delle Aziende ULSS non prevede la compilazione diretta di un Documento S1 o S2, ma la compilazione di quadri che corrispondono, in linea di massima, rispettivamente ad un SED S072 o ad un SED S010 (più esattamente il SED S010 viene alimentato dai dati del relativo TRS) e che prevedono più informazioni rispetto a quelle che verranno poi riportate sui documenti portabili.

Non sempre l'Azienda ULSS ha tutte le informazioni da riportare sul SED S072 (ad esempio non sempre si conosce l'Istituzione del Paese estero, a meno che non si abbia ricevuto un SED S071 o un Modello E107 o un Modello E001) e pertanto potrebbe risultare che i quadri non vengano compilati in tutte le loro parti: l'essenziale è che si conoscano quei dati da riportare sui campi **obbligatori** dei documenti portabili (ad esempio imprescindibile è la conoscenza del codice fiscale come numero di identificazione personale dell'assistito).

In ogni caso più informazioni vengono immesse nel sistema più facilmente potrà essere individuata l'Istituzione estera e più effettivo sarà l'esercizio del diritto da parte dell'assistito.

Sarà quindi cura dell'Azienda ULSS che ha inserito dati parziali richiamare successivamente l'attestato sull'applicativo di gestione e di integrare i dati mancanti laddove questi possano essere ri-

cavabile ad esempio dal recepimento di un SED S073 o dalla parte B del modello equivalente della serie Exxx.

Quanto sopra riguarda anche la completezza dei dati inseriti nel SED S010 per l'emissione del Documento S2. Se manca la conoscenza dell'Istituzione destinataria sarà la Azienda ULSS a doverla richiedere alla Struttura sanitaria estera coinvolta (ad esempio ospedale, clinica).

### **2.10.3. Validità dei documenti rilasciati prima dell'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti (CE), ovverosia fino al 30 aprile 2010.**

I documenti utilizzati per l'applicazione dei vecchi Regolamenti n. 1408/71 e n. 574/72 (ovverosia i formulari della serie Exxx, la TEAM ed il Certificato sostitutivo provvisorio) emessi dalle competenti Istituzioni prima dell'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti n. 883/2004 e n. 987/2009 (ovverosia fino al 30 aprile 2010 per i Paesi UE, fino al 31 marzo 2012 per la Confederazione Svizzera e fino al 31 maggio 2012 per gli Stati SEE) continuano ad essere validi anche se i riferimenti normativi riguardano i vecchi Regolamenti.

Le Istituzioni interessate dovranno tenerne conto ad ogni effetto, anche dopo tale data, fino alla scadenza naturale della loro validità o al loro ritiro e sostituzione con i corrispondenti documenti emessi o comunicati ai sensi dei nuovi Regolamenti.

## 3. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI CONVENZIONATI

### 3.1. Principi e criteri di applicabilità

Gli Accordi bilaterali di sicurezza sociale intrattenuti dall'Italia con vari Paesi ("Convenzioni") si richiamano, con differenziazioni più o meno marcate, ai Regolamenti (CEE) n. 1408/71 e n. 574/72 in vigore al momento della stipula delle varie "Convenzioni".

In linea di principio generale tali "Convenzioni" si applicano ai cittadini italiani (o dell'altro Stato contraente) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alle legislazioni di sicurezza sociale concernenti, in Italia:

- a. l'assicurazione generale obbligatoria (AGO) per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti (IVS) dei lavoratori dipendenti e le gestioni speciali per i lavoratori autonomi (gestite in Italia dall'INPS);
- b. l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (gestita in Italia dall'INAIL);
- c. l'assicurazione per malattia, inclusa la tubercolosi, e maternità (gestita in Italia dal Ministero della Salute e dalle Regioni tramite le Aziende sanitarie locali ed Ospedaliere);
- d. i regimi speciali di assicurazione sostitutivi dell'AGO stabiliti per determinate categorie di lavoratori, in quanto si riferiscono a prestazioni o rischi coperti dalle legislazioni indicate ai punti precedenti (gestiti in Italia dall'INPS o da altri Enti previdenziali).

#### 3.1.1. Definizioni fondamentali

Il termine "**legislazione**" designa le leggi e tutte le altre disposizioni esistenti o future di ciascuno Stato contraente che concernono i regimi di sicurezza sociale innanzi indicati.

Il termine "**Autorità competente**" indica, per ciascuno degli Stati contraenti, l'Autorità nella cui competenza rientra l'applicazione delle legislazioni di sicurezza sociale appena indicate.

Il termine "**Istituzione competente**" indica l'Istituzione al quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni di sicurezza sociale oppure l'Istituzione nei cui confronti l'interessato ha diritto a prestazioni o avrebbe diritto se egli o i suoi familiari risiedessero nel territorio dello Stato nel quale tale Istituzione si trova.

Il termine "**Stato competente**" indica lo Stato in cui si trova l'Istituzione competente.

Il termine "**Organismo di collegamento**" indica gli uffici designati dalle Autorità competenti dei due Stati contraenti, i quali sono abilitati a comunicare direttamente tra loro ed a far da tramite con le Istituzioni competenti per la trattazione delle pratiche relative alle richieste di prestazioni.

Il termine "**lavoratori**" designa i cittadini di uno dei due Stati contraenti assoggettati alle legislazioni innanzi specificate.

Il termine "**familiari**" designa le persone definite o riconosciute come tali dalla legislazione applicabile nello Stato di residenza.

**Si ricorda che in Italia, a partire dal 1° luglio 1982, per la determinazione dei familiari a carico ai fini della assistenza sanitaria si applicano le disposizioni di cui al Testo unico delle norme concernenti gli assegni familiari approvato con DPR 30 maggio 1955 n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni.**

**Conseguentemente il nucleo familiare, valido per la determinazione dei familiari a carico ai fini dell'assistenza sanitaria, è costituito esclusivamente dai soggetti appresso indicati anche se non conviventi anagraficamente (articolo 2, comma 6, L. n. 153/1988):**

- i coniugi, con esclusione del coniuge legalmente ed effettivamente separato o che abbia abbandonato la famiglia;

- i figli legittimi o legittimati e quelli a loro equiparati (adottivi, affiliati, naturali, legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, affidati a norma di legge) aventi un'età inferiore al compimento di 18 anni ovvero senza limite di età qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro;
- i fratelli, le sorelle ed i nipoti di uno dei coniugi aventi un'età inferiore al compimento di 18 anni ovvero senza limite di età qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ed inoltre a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti.

Il termine “**superstiti**” designa le persone definite o riconosciute come tali dalla legislazione applicabile.

Il termine “**temporaneo soggiorno**” o “**dimora temporanea**” designa una permanenza di breve durata (di norma non superiore a mesi tre) sul territorio di uno Stato contraente di cittadini di uno dei due Stati contraenti che hanno la residenza nel territorio dell'altro Stato contraente.

Il termine “**residenza**” designa la dimora abituale.

Il termine “**prestazioni in natura**” indica ogni prestazione di sicurezza sociale consistente nell'erogazione di beni o servizi suscettibili di valutazione in denaro (ad esempio le prestazioni sanitarie).

Il termine “**prestazioni familiari**” designa le prestazioni in natura o in denaro destinate a compensare i carichi di famiglia.

### 3.1.2. Campo di applicazione

Le Convenzioni, nel loro complesso, recano disposizioni:

- sulla legislazione di sicurezza sociale applicabile ai cittadini di uno Stato contraente che risiedono o soggiornano per motivi diversi nell'altro Stato contraente;
- sulla possibilità di “totalizzazione” dei periodi di assicurazione per attività lavorativa prestata nei due Stati contraenti, sempre che non siano sovrapposti;
- sulla erogazione dell'assistenza sanitaria in favore dei cittadini di uno Stato contraente che risiedono o soggiornano per motivi diversi nell'altro Stato contraente;
- sul trattamento per infortuni sul lavoro o per malattie professionali occorsi o riscontrati a lavoratori di uno Stato contraente durante la permanenza per motivi di lavoro nell'altro Stato contraente;
- sulle prestazioni di disoccupazione e relative ai carichi familiari.

### 3.1.3. Accordo Amministrativo

Le Autorità competenti dei due Stati contraenti concordano la normativa di attuazione delle Convenzioni in un apposito Accordo Amministrativo che entra in vigore contemporaneamente alle Convenzioni stesse.

Nell'Accordo Amministrativo sono, tra l'altro, definiti i Moduli o Formolari da utilizzare per l'applicazione delle Convenzioni e le modalità di compensazione economica fra i due Stati contraenti per prestazioni erogate da uno Stato contraente in favore di cittadini dell'altro Stato contraente, qualora quest'ultimo sia lo Stato competente.

## 3.2. L'Ordinamento previdenziale italiano

L'Ordinamento previdenziale italiano<sup>11</sup> prevede che tutti i lavoratori dipendenti - sia "privati" che "pubblici"- e quasi tutti i lavoratori autonomi siano iscritti obbligatoriamente ad una delle seguenti quattro forme assicurative previdenziali:

- A. Assicurazione generale obbligatoria (AGO) gestita dall'INPS.
- B. Forme sostitutive dell'AGO gestite da "Fondi" o "Casse" dell'INPS o di altri Enti previdenziali.
- C. Forme esclusive dell'AGO gestite dall'ex INPDAP ora dall'INPS.
- D. Previdenza per i liberi professionisti gestita da "Fondi" o "Casse pensioni" istituite nell'ambito di ciascuna professione o per professioni similari.

### 3.2.1. Assicurazione generale obbligatoria (AGO)

L'Assicurazione generale obbligatoria (AGO) è esercitata dall'INPS attraverso le seguenti gestioni.

#### 3.2.1.1. Gestione del Fondo pensioni lavoratori dipendenti (FPLD)

Al fine dell'applicazione delle "Convenzioni" tutti gli iscritti al FPLD appartengono alla categoria dei "lavoratori subordinati del settore privato".

Vi sono iscritti obbligatoriamente:

- La quasi generalità dei lavoratori dipendenti del settore privato con la esclusione di quei lavoratori dipendenti iscritti obbligatoriamente a forme sostitutive o esclusive dell'AGO;
- i soci di società e di enti cooperativi di produzione e lavoro;
- le persone dedite alla piccola pesca marittima e delle acque interne;
- i lavoratori a domicilio;
- i naviganti marittimi;
- i lavoratori dipendenti da aziende agricole;
- i lavoratori domestici;
- gli apprendisti.

#### 3.2.1.2. Gestione speciale per i dipendenti degli Enti creditizi

Al fine dell'applicazione delle "Convenzioni" tutti gli iscritti alla "Gestione speciale per i dipendenti degli Enti creditizi" appartengono alla categoria dei "lavoratori assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato".

Si tratta degli ex fondi c.d. "esonerativi" dell'AGO così denominati in quanto era espressamente previsto dalla legge che i loro iscritti fossero *esonerati* dall'obbligo di iscrizione all'AGO. Riguardano i seguenti Istituti:

- Istituto Bancario San Paolo di Torino,
- Monte dei Paschi di Siena,
- Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo,

---

<sup>11</sup> Compendio di Diritto della Previdenza Sociale - Edizione 2010 - Gruppo Editoriale Esselibri - Simone

- Cassa di Risparmio di Torino,
- Cassa di Risparmio “V. Emanuele” di Palermo,
- Cassa di Risparmio delle Province Lombarde,
- Cassa di Risparmio di Asti,
- Cassa di Risparmio di Firenze,
- Istituto Nazionale delle Assicurazioni.

### 3.2.1.3. Gestioni speciali per i lavoratori autonomi

Al fine dell’applicazione delle “Convenzioni” tutti gli iscritti alla Gestione speciale per i lavoratori autonomi appartengono alla categoria dei **“lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato”**.

Comprendono le seguenti gestioni:

- gestione speciale per i coltivatori diretti, mezzadri, coloni, imprenditori agricoli professionali e loro familiari che nell’impresa agricola prestano la loro attività in modo *abituale e prevalente*;
- gestione speciale per gli artigiani e familiari coadiuvanti;
- gestione speciale per i commercianti e familiari coadiutori;
- gestione separata per i lavoratori “indipendenti e parasubordinati”: estende l’AGO ad una serie di lavoratori autonomi che non svolgono nessuna delle attività rientranti nelle gestioni speciali INPS né una libera professione per la quale debbano essere assicurati ad una specifica Cassa previdenziale di categoria, riguardando in particolare: *a) titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, b) lavoratori a progetto, c) lavoratori occasionali, d) associati in partecipazione che apportano lavoro, e) medici con contratto di formazione specialistica, f) beneficiari di borse di studio per dottorato di ricerca, g) liberi professionisti privi di Cassa previdenziale, h) incaricati della vendita a domicilio, i) altre categorie minori.*

### 3.2.2. Forme sostitutive dell’AGO gestite da “Fondi” o “Casse” dell’INPS o di altri Enti previdenziali.

Al fine dell’applicazione delle “Convenzioni” tutti gli iscritti a tali forme sostitutive dell’AGO appartengono alla categoria dei **“lavoratori assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato”**.

Tali regimi speciali di assicurazione, sostitutivi dell’assicurazione generale obbligatoria, gestiti in Italia dall’INPS e da altri Enti previdenziali, sono i seguenti:

- Fondo di previdenza per gli addetti ai pubblici servizi di trasporto, gestito dall’INPS fino al 31/12/1995, poi soppresso con contemporaneo passaggio degli iscritti e dei nuovi assunti all’AGO.
- Fondo di previdenza per il personale addetto ai pubblici servizi di telefonia, gestito dall’INPS, soppresso dal 1/1/2000, in vita solo per la erogazione delle prestazioni pensionistiche maturate al 31/12/1999; i nuovi assunti dal 1/1/2000 vengono iscritti direttamente all’AGO.
- Fondo di previdenza per il personale dipendente dall’ENEL e dalle aziende elettriche private, gestito dall’INPS, soppresso dal 1/1/2000, con passaggio degli iscritti e dei pensionati all’AGO, con evidenza contabile separata; i nuovi assunti dal 1/1/2000 vengono iscritti direttamente all’AGO.
- Fondo di previdenza per il personale di volo dipendente da imprese di navigazione aerea, gestito dall’INPS.



- Fondo di previdenza per il personale addetto alla gestione delle imposte di consumo (“dazi-ri”) gestito dall’INPS ed in vita (a seguito della abolizione delle imposte di consumo) solo per l’erogazione dei trattamenti pensionistici.
- Fondo di previdenza per i dipendenti delle Ferrovie dello Stato S.p.A., gestito dall’INPS, soppresso dal 1/4/2000, ora fondo speciale pensioni del personale delle Ferrovie dello Stato S.p.A., sempre gestito dall’INPS.
- Fondo pensioni per i lavoratori dello spettacolo e per gli sportivi professionisti, gestito dall’ENPALS.
- Ex Istituto di previdenza per i dirigenti di aziende industriali, già gestito dall’INPDAL, soppresso dal 1/1/2003, con passaggio degli iscritti e dei pensionati all’AGO, con separata evidenza contabile.
- Istituto nazionale di previdenza dei giornalisti italiani, gestito dall’INPGI, con una gestione “ordinaria” per i giornalisti professionisti (regolarmente iscritti all’albo professionale e praticanti), ed una gestione “separata” per giornalisti che svolgono attività di collaborazione coordinata e continuativa o autonoma occasionale.
- Fondo di previdenza del clero secolare e dei ministri del culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica (gestito dall’INPS).
- Fondo per i dipendenti delle Poste Italiane S.p.A. (gestito dall’IPOST – Istituto Postelegrafonici).

### 3.2.3. Forme esclusive dell’AGO ex INPDAP ora gestite dall’INPS

Le **gestioni esclusive dell’AGO** sono riferite essenzialmente al trattamento di quiescenza dei pubblici dipendenti.

In precedenza gestite direttamente dal Ministero del Tesoro poi dall’INPDAP (Istituto nazionale di previdenza per i dipendenti dell’amministrazione pubblica) sono ora gestite dall’INPS suddivise in vari Fondi o Casse per le varie categorie di dipendenti pubblici:

- ex Cassa Pensioni Dipendenti Enti Locali;
- ex Cassa Pensioni Sanitari;
- ex Cassa Pensioni Insegnanti di asilo e scuole parificate;
- ex Cassa Pensioni Ufficiali Giudiziari;
- ex Cassa Trattamenti Pensionistici per i Dipendenti dello Stato.

**Tutti gli iscritti alle Forme esclusive dell’AGO appartengono alla categoria dei “pubblici dipendenti”.**

### 3.2.4. Previdenza per i liberi professionisti

La **Previdenza per i liberi professionisti** è gestita da “Fondi” o “Casse pensioni” istituiti ed organizzati con ampia autonomia e propria personalità giuridica nell’ambito di ciascuna professione o per professioni similari.

Allo stato attuale riguardano le seguenti categorie di professionisti:

*avvocati e procuratori, biologi (ENPAB), consulenti del lavoro (ENPAKL), dottori commercialisti (CNPADC), farmacisti (ENPAF), geometri, ingegneri ed architetti, medici ed odontoiatri (ENPAM), notai, psicologi, ragionieri e periti commerciali (CNPR), veterinari.*

**Tutti gli iscritti alla Previdenza per i liberi professionisti appartengono alla categoria dei “liberi professionisti”.**

Dal 1996 la tutela previdenziale è stata resa obbligatoria anche per i liberi professionisti sprovvisti di “Cassa” propria (Gestione separata INPS o “Cassa” pluricategoriale).

### 3.3. Profughi ed apolidi

Le “Convenzioni” inoltre si applicano:

- ai **profughi** (riconosciuti tali ai sensi della Convenzione del 28 luglio 1951 relativa allo status dei profughi e conseguente Protocollo del 31 gennaio 1967),
- agli **apolidi** (riconosciuti tali ai sensi della Convenzione del 28 settembre 1954 relativa allo status degli apolidi),

a condizione che siano regolarmente residenti in Italia e che siano o siano stati assoggettati alle suddette legislazioni di sicurezza sociale.

**I profughi e gli apolidi residenti in Italia sono equiparati ai cittadini italiani.**

### 3.4. Familiari e superstiti

Le “Convenzioni” si applicano infine ai **familiari ed ai superstiti** dei soggetti assicurati, definiti o riconosciuti come tali ai fini dell’assistenza sanitaria dalla legislazione applicata nello Stato contraente in cui risiedono e secondo la quale vengono erogate le prestazioni.

Si prescinde dalla loro cittadinanza.

## **3.5. Convenzione sulla sicurezza sociale tra il Governo della Repubblica Italiana ed il Governo della Repubblica Argentina**

### **3.5.1. Riferimenti normativi**

- Legge 18 gennaio 1983, n. 3 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione sulla sicurezza sociale tra il Governo della Repubblica Italiana ed il Governo della Repubblica Argentina, con protocollo aggiuntivo, firmata a Buenos Aires il 3 novembre 1981”, pubblicata sul S.O. alla G.U. n. 44 del 15 febbraio 1983.
- Accordo Amministrativo per l’applicazione della Convenzione fatto a Buenos Aires il 15 dicembre 1983.

### **3.5.2. Data di entrata in vigore**

**1° gennaio 1984** (da tale data è cessata l’efficacia della “Convenzione sulle assicurazioni sociali” tra la Repubblica italiana e la Repubblica argentina del 12.04.1961).

### **3.5.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

**La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai lavoratori, indipendentemente dalla loro cittadinanza, che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:**

- l’assicurazione per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti per i lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori autonomi;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- l’assicurazione contro le malattie, inclusa la tubercolosi, e per la maternità;
- i regimi speciali di assicurazione per determinate categorie di lavoratori in quanto concernono i rischi e le prestazioni coperti dalle legislazioni indicate ai punti precedenti.

### **3.5.4. Persone sanitarimente protette in Argentina**

- Titolari di pensione contributiva o rendita INAIL dovuta in virtù della sola legislazione italiana, per i quali l’Italia è lo Stato competente, appartenenti a tutte le categorie di pensionati, indipendentemente dalla loro cittadinanza.
- Familiari a carico delle persone protette, a prescindere dalla loro cittadinanza, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza.

I titolari di pensione o rendita dovute in virtù della legislazione di entrambi gli Stati contraenti, nonché i loro familiari, hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell’Istituzione dello Stato in cui soggiornano o risiedono ed a carico di questa.

## Avvertenza

I lavoratori in attività che risiedono o soggiornano in Argentina per motivo del loro lavoro non rientrano attualmente nel campo di applicazione della Convenzione in materia sanitaria. A tali lavoratori l'assistenza sanitaria può essere assicurata, con le procedure e nei casi previsti, sulla base della applicazione del DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

L'articolo 12 della Convenzione prevede che le Autorità competenti dei due Paesi possano regolare, mediante Accordi amministrativi, l'erogazione delle prestazioni di malattia e maternità anche ai lavoratori e loro familiari che trasferiscono la residenza o soggiornano nel territorio dello Stato contraente diverso da quello competente e che soddisfano le condizioni richieste dalla legislazione di quest'ultimo Stato.

Malgrado le trattative da lungo tempo in corso non risulta che alcun Accordo in tal senso sia stato perfezionato.

### 3.5.5. Rischi sanitari protetti in Argentina

- Malattia (inclusa la tubercolosi) e maternità.

### 3.5.6. Situazioni sanitariamente protette in Argentina

- Temporaneo soggiorno in Argentina delle persone tutelate.
- Residenza in Argentina delle persone tutelate.

### 3.5.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per l'Argentina: Ministro de Acciòn Social.

### 3.5.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per l'Argentina: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados Chacabuco 271 – Piso 34 - 5460 Buenos Aires.

### 3.5.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria

- Per l'Italia: l'Azienda ULSS competente per territorio.
- Per l'Argentina: l'Instituto Nacional de Obras Sociales e le singole Obras Sociales.

### 3.5.10. Rimborsi

Non è prevista l'assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento in Argentina fatta eccezione per i lavoratori ivi "distaccati" per motivi di lavoro, con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

### 3.5.11. Formulari

I per Italia / RA per Argentina

- Modello I/RA 1: assistenza sanitaria per soggiorno temporaneo in Argentina;
- Modello I/RA 2: assistenza sanitaria in caso di soggiorno permanente in Argentina.

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione italiana dei suddetti modelli.

### 3.5.12. Modello I/RA 1 - Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro Stato contraente

#### Avvertenza

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari, hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione del Paese in cui soggiornano ed a carico di questa.**

#### 3.5.12.1. Riferimenti normativi

- Convenzione: articolo 11, comma 2 (soggiorno);
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

#### 3.5.12.2. Persone tutelate in Argentina

- **titolari di pensione contributiva o rendita INAIL di tutte le categorie di lavoratori**, dovute in virtù della sola legislazione italiana, indipendentemente dalla loro cittadinanza ma iscritti a pieno titolo al SSN e per i quali l'Italia è lo Stato competente, che **soggiornano temporaneamente** in Argentina;
- **loro familiari a carico**, definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla loro cittadinanza ma iscritti a pieno titolo al SSN, che **soggiornano temporaneamente** in Argentina anche in assenza del capofamiglia.

#### 3.5.12.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Istituzione italiana competente (Azienda ULSS di iscrizione dell'assistito) acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" sottoscritta dal richiedente il Modello I/RA 1, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, attestante:

- l'appartenenza ad una delle categorie di titolari di pensione contributiva o rendita INAIL dovuta in virtù della **sola** legislazione italiana con l'indicazione degli elementi identificativi della pensione o rendita desumibili dal "libretto di pensione" in possesso dell'interessato;
- lo status di familiare secondo la legislazione italiana per eventuali familiari interessati;
- il periodo previsto di dimora temporanea in Argentina del titolare di pensione e/o dei familiari.

L'Azienda ULSS, verificata l'iscrizione a pieno titolo al SSN, compila e consegna il formulario all'interessato prima della partenza dello stesso per l'Argentina.

Il formulario può anche essere trasmesso direttamente all'Istituzione sanitaria argentina del luogo di soggiorno nel caso debba essere emesso su richiesta di quest'ultima essendo l'interessato pervenuto in Argentina sprovvisto dell'attestato e necessitando di cure mediche, oppure in casi di richiesta motivata di rinnovo.

In ogni caso dovrà essere prioritariamente esperita d'ufficio la verifica del diritto.

Al punto 3 vengono elencati i familiari, definiti tali dalla legislazione italiana, che accompagnano in Argentina il titolare oppure che vi si recano senza il titolare.

Al punto 4.1 viene notificato il diritto alle prestazioni in natura in caso di malattia e maternità.

Al punto 4.2 viene indicata la durata del diritto che non può essere superiore a mesi tre ma che può essere rinnovata, una sola volta, a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno in Argentina e previa verifica dei requisiti.

Va tenuto conto, se trattasi di cittadino non italiano, della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **Avvertenza**

**L'iter di richiesta e acquisizione del formulario attestante il diritto alle prestazioni sanitarie in caso di soggiorno in Argentina richiede anche tempi piuttosto lunghi. È di tutta evidenza che qualora la permanenza in Argentina sia di breve durata e l'interessato sia privo del formulario l'erogazione delle prestazioni in natura dovrà, con ogni probabilità, essere effettuata con spese a carico dell'assistito senza possibilità di richiedere alcun rimborso al rientro in Italia.**

#### **3.5.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

L'interessato **non appena giunto in Argentina** presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/RA 1 in corso di validità unitamente ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione argentina.

#### **3.5.12.5. Iscrizione / non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

Il titolare del Modello I/RA 1 e/o i suoi familiari elencati al punto 3 vengono "iscritti" come "temporaneamente dimoranti" all'Istituzione sanitaria argentina del luogo di soggiorno acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni in natura secondo la legislazione applicata in Argentina per tutta la durata di validità del Modello.

#### **3.5.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/RA 1 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e/o ad eventuali familiari che si recano temporaneamente in Argentina.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/RA1;
- "autocertificazione" rilasciata dall'assistito e/o altra documentazione probatoria del diritto a fruire del Modello I/RA 1;
- fotocopia del Modello I/RA 1 consegnato all'interessato;

- fotocopia del documento di soggiorno se trattasi di cittadino non italiano;
- eventuale comunicazione con cui viene richiesto il Modello I/RA 1 dalla Istituzione sanitaria argentina del luogo di soggiorno, nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto o in caso di richiesta di rinnovo, e documentazione relativa ai conseguenti provvedimenti;
- documentazione relativa ad eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria argentina e provvedimenti conseguenti;
- eventuali notifiche di ricovero ospedaliero;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa al caso.

### 3.5.12.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Argentina

Sono erogabili tutte le prestazioni in natura previste dalla legislazione argentina.

Sono esclusi i trattamenti di elezione (programmabili con largo anticipo) per i quali la Convenzione non prevede alcuna tutela specifica. Ai fini del trasferimento per cure in Argentina si applica pertanto la normativa generale sui trasferimenti per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (v. Capitolo 5°) in assistenza in forma indiretta.

Giova rimarcare quanto appresso:

- in caso di **ricovero ospedaliero** con degenza superiore a 15 giorni l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno è tenuta a notificare il fatto "senza indugi" all'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, precisando la data del ricovero e la probabile durata della degenza nonché, successivamente, la data di dimissione;
- l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno è tenuta ad avvertire preliminarmente, con formale comunicazione, l'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito della concessione di **protesi, di grandi apparecchi e di altre prestazioni in natura considerate di grande importanza**; l'Azienda ULSS può notificare, entro 40 giorni, la propria motivata opposizione; in caso di silenzio il presidio può venire concesso o la prestazione di notevole importanza erogata;
- qualora le prestazioni di cui al punto precedente debbano essere fornite con carattere di urgenza l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno vi provvede immediatamente informando del fatto l'Azienda ULSS competente.

### 3.5.12.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione del luogo di soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che si è assunta tali oneri emettendo il Modello I/RA 1.

La fatturazione avviene al costo effettivo nei limiti delle tariffe praticate, secondo la propria legislazione, dalla Istituzione del luogo di soggiorno che ha erogato le prestazioni.

Le Autorità competenti possono concordare altre modalità di rimborso tramite i rispettivi Organismi di collegamento.

### **3.5.13. Modello I/RA 2 - Attestazione del diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno permanente nell'altro Stato contraente**

#### **3.5.13.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 11, comma 2 (residenza).
- Accordo Amministrativo: articolo 9.

#### **3.5.13.2. Persone tutelate in Argentina**

- **titolari di pensione contributiva o rendita INAIL di tutte le categorie di lavoratori**, dovute in virtù della sola legislazione italiana, indipendentemente dalla loro cittadinanza, per i quali l'Italia è lo Stato competente, che **risiedono** in Argentina;
- **loro familiari**, definiti tali dalla legislazione argentina, che **risiedono** in Argentina;

a condizione che tali categorie di persone non abbiano altro titolo a fruire dell'assistenza sanitaria in Argentina (per esempio perché godono anche di una pensione argentina o perché produttori di reddito in Argentina).

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione del Paese in cui risiedono ed a carico di questa.**

#### **3.5.13.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Ente previdenziale italiano competente per la liquidazione della pensione o rendita compila in due copie la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita.

L'Azienda ULSS competente per iscrizione al SSN dell'assistito in Italia acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" sottoscritta dal richiedente il Modello I/RA 2, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, attestante:

- la non sussistenza del diritto di fruire ad altro titolo dell'assistenza sanitaria in Argentina e l'impegno a comunicare tempestivamente, sia all'Azienda ULSS competente che all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Argentina, ogni variazione al riguardo a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie;
- lo status di familiare secondo la legislazione italiana per eventuali familiari interessati;
- la data di partenza dall'Italia ed il periodo presunto di residenza in Argentina del titolare di pensione e/o dei familiari.

L'Azienda ULSS competente compila quindi la parte B del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per l'Argentina.

Il formulario può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria di residenza dell'interessato in Argentina qualora questa abbia richiesto il Modello I/RA 2 essendone l'interessato sprovvisto al suo arrivo in Argentina ed intendendo iscriversi alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza, oppure perché già soggiornante in Argentina con Modello I/RA 1.

In tal caso dovrà essere prioritariamente esperita d'ufficio la verifica del diritto.

Al punto 5 del formulario viene attestato il diritto alle prestazioni in natura del titolare e/o dei familiari che trasferiscono la residenza in Argentina e la durata del diritto.



Il formulario non può essere rilasciato per una durata di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite la Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Argentina e previa verifica dei requisiti.

Al punto 6 sono indicati i familiari, secondo la legislazione italiana, che intendano trasferire la residenza in Argentina anche senza la presenza del capofamiglia.

#### **3.5.13.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza**

L'interessato presenta, ai fini dell'iscrizione, all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza le due copie del Modello I/RA 2 unitamente ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione argentina. Si ricorda che il formulario può anche essere richiesto direttamente dalla Istituzione argentina alla Istituzione competente italiana.

L'Istituzione sanitaria argentina compila la parte C delle due copie del Modello I/RA 2 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Al punto 9 viene annotato l'esito favorevole della iscrizione.

Al punto 10 viene indicato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione.

I familiari iscritti sono quelli definiti tali dalla legislazione applicabile in Argentina.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/RA 2, compilato anche nella parte C, alla Azienda ULSS che ha compilato il punto 7 della parte B.

Alla stessa Azienda ULSS vanno notificate dalla Istituzione sanitaria del luogo di residenza tutte le variazioni eventualmente intervenute sullo status dell'interessato e/o dei familiari con particolare riferimento alle variazioni che comportano il venir meno del diritto all'assistenza sanitaria a carico del SSN (ad esempio: acquisizione di pensione anche argentina o produzione di reddito da lavoro dipendente o autonomo in Argentina).

#### **3.5.13.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza**

Le persone di cui al punto 9 della parte C vengono iscritte alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza che terrà comunque conto, se cittadini non argentini, della durata del titolo di soggiorno in Argentina.

La decorrenza dell'iscrizione avviene dalla data indicata al punto 5 del formulario oppure dalla data del trasferimento della residenza in Argentina, se posteriore, oppure dalla data di cessazione del diritto eventualmente acquisito in precedenza con Modello I/RA 1.

L'iscrizione avviene a parità di condizioni con i cittadini argentini.

In ogni caso l'iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione italiana competente.

#### **3.5.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/RA 2 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/RA2;
- "autocertificazione" rilasciata dall'interessato al momento della richiesta del Modello I/RA 2 e delle eventuali verifiche annuali;

- fotocopia del Modello I/RA 2 consegnato all'interessato;
- eventuale documentazione probatoria sullo stato di famiglia;
- copia della eventuale comunicazione con cui viene richiesto il Modello I/RA 2 dalla Istituzione argentina del luogo di residenza nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto e dei conseguenti provvedimenti;
- documentazione relativa ad eventuale corrispondenza intercorsa con la Istituzione argentina del luogo di residenza ed atti conseguenti;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status degli interessati ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza ed atti conseguenti;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di libera scelta per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa al caso.

### **3.5.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Argentina.**

Sono erogabili tutte le prestazioni in natura previste dalla legislazione argentina a parità di condizioni con i titolari di pensione o rendita argentina residenti in Argentina.

### **3.5.13.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione italiana competente che si è assunta tali oneri compilando la parte B del Modello I/RA 2. Attualmente la fatturazione avviene **a forfait sulla base del costo medio procapite** concordato fra le Autorità competenti dei due Paesi.

## **3.6. Accordo di reciprocità tra Italia e Australia in materia di assistenza sanitaria**

### **3.6.1. Riferimenti normativi**

- Legge 7 giugno 1988, n. 226 “Ratifica ed esecuzione dell’Accordo di reciprocità tra l’Italia e l’Australia in materia di assistenza sanitaria, firmato a Roma il 9 gennaio 1986”, pubblicata sul S.O. n. 57 alla G.U. n. 147 del 24 giugno 1988.
- Intesa Amministrativa per l’applicazione dell’Accordo, firmata a Camberra il 18 luglio 1988, pubblicata sulla G.U. n. 221 del 20 settembre 1988.
- Circolare del Ministero della Sanità n. 1000/IA/5107 del 19 ottobre 1988 su norme e procedure per la applicazione dell’Accordo.

### **3.6.2. Data di entrata in vigore**

**1° settembre 1988.**

### **3.6.3. Campo di applicazione dell’Accordo**

L’Accordo si applica a tutti i cittadini dei due Paesi (per l’Australia anche ai cittadini non australiani con permesso di soggiorno in Australia a tempo indeterminato) che hanno diritto all’assistenza sanitaria in base alle rispettive legislazioni sanitarie e che entrano nel territorio dell’altro Paese contraente.

### **3.6.4. Persone tutelate in Australia**

**Tutti i cittadini italiani (o australiani) iscritti a pieno titolo al SSN, indipendentemente dal loro status di lavoratori, pensionati od altro.**

### **3.6.5. Situazioni protette in Australia**

- **Temporaneo soggiorno** in Australia, per una durata non superiore a sei mesi, qualunque sia il motivo del soggiorno (visita, turismo, studio, lavoro, ecc.).
- **Dimora** in Australia a tempo indeterminato quale capo o membro del personale di una rappresentanza diplomatica o consolare italiana in Australia o familiare convivente.

L’Accordo non si applica se l’ingresso di un cittadino italiano in Australia è determinato dallo scopo specifico di richiedere assistenza sanitaria in quel Paese, a meno che tale cittadino sia membro dell’equipaggio o passeggero di qualsivoglia nave, battello o aeromobile diretto in Australia oppure in partenza dall’Australia oppure dirottato verso l’Australia e la necessità di cure urgenti sia sorta nel corso del viaggio o del volo.

#### **Avvertenza**

**Per Australia si intende il territorio dell’Australia con esclusione di tutti i territori esterni ad eccezione delle Isole Cocos (Feeling) e Christmas.**

### 3.6.6. Autorità competenti per la legislazione sanitaria

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per l'Australia: Segretario del Dipartimento della Sanità oppure un Rappresentante autorizzato di detto Segretario.

### 3.6.7. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per l'Australia: Dipartimento dei Servizi Sociali e della Sanità a Camberra; (Department of Health and Ageing Medicare Eligibility GBO Box 9848 2601 Camberra Act).

### 3.6.8. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio;
- Per l'Australia: Uffici periferici della Health Insurance Commission.

### 3.6.9. Notifica del diritto - Formulari

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito rilascia all'interessato, di norma prima della partenza per l'Australia, una **dichiarazione** attestante che la persona ed eventuali familiari hanno diritto a ricevere prestazioni mediche ed ospedaliere ai sensi della legislazione sanitaria italiana essendo regolarmente iscritti al SSN.

Appare opportuno che venga rilasciata una singola dichiarazione per ogni componente del nucleo familiare, indicando nel caso di minori il nominativo del capofamiglia.

Non risulta esistere alcun formulario ufficialmente predisposto dagli Organismi di collegamento ai fini dell'applicazione dell'Accordo, come sarebbe previsto dall'articolo 5 dell'Intesa Amministrativa.

La **dichiarazione** viene emessa in via informatica attraverso la nuova anagrafe sanitaria regionale.

### 3.6.10. Notifica all'Istituzione australiana del luogo di soggiorno

Il cittadino italiano per poter fruire delle cure urgenti e/o clinicamente necessarie durante il soggiorno in Australia è tenuto ad esibire ad un ufficio periferico dell'Istituzione australiana deputata all'erogazione delle prestazioni in natura (uffici della Health Insurance Commission) la seguente documentazione:

- un passaporto valido dal quale risulti che la persona è cittadino italiano con visto di ingresso in Australia per un periodo non superiore a sei mesi;  
*ovvero, in alternativa, per personale "diplomatico" o "consolare":*
- un passaporto valido dal quale risulti che la persona è cittadino italiano unitamente ad un documento di identità rilasciato dal Ministero degli Affari Esteri di Australia che attesti che tale persona è il capo o un membro del personale di una Missione diplomatica o di un Ufficio consolare istituiti in Australia dall'Italia oppure un membro convivente della sua famiglia;
- in ogni caso la **dichiarazione** come innanzi descritta;
- la tessera sanitaria italiana (consigliata).

Le cure mediche alle quali una persona ha diritto ai sensi dell'Accordo possono essere prestate, in caso di urgenza assoluta, anche prima che i suddetti documenti vengano presentati all'Istituzione del luogo di soggiorno.

### 3.6.11. Iscrizione / non iscrizione all'Istituzione del luogo di soggiorno

Su presentazione della suddetta documentazione l'Istituzione australiana del luogo di soggiorno (Uffici della Health Insurance Commission) rilascia ai cittadini italiani aventi diritto alle cure urgenti una "Medicare Card" valida per il periodo della permanenza autorizzata degli interessati in Australia.

La "Medicare Card" è personale ed emessa per ogni singolo componente della famiglia del richiedente.

La validità della "Medicare Card" potrà essere prorogata **solo** se l'evento malattia, insorto entro sei mesi dall'ingresso in Australia, dovesse protrarsi oltre tale termine (ossia oltre l'autorizzazione di soggiorno) e fino a che l'assistenza sanitaria risulti necessaria e sia consentito il rientro in patria.

#### Avvertenza

**Fatto salvo il caso appena esposto la validità della "Medicare Card" non può essere prorogata, con oneri a carico del SSN, oltre il termine di scadenza di sei mesi. In caso di soggiorno in Australia per un periodo di tempo superiore ai sei mesi l'interessato deve munirsi di una assicurazione privata oppure, a certe condizioni, iscriversi all'Istituzione sanitaria australiana a proprie spese, senza possibilità di alcun rimborso al rientro in patria.**

**Chi si reca in Australia per motivi di lavoro può ottenere, nei casi previsti, l'attestato di cui all'art. 15 del DPR n.618/1980 con diritto all'assistenza in forma indiretta (v. Capitolo 4°).**

Il personale diplomatico o consolare e familiari conviventi fruiscono invece dell'assistenza sanitaria fino a che dura la loro permanenza in Australia ("Medicare Card" valida a tempo indeterminato). Per tali soggetti, prima della entrata in vigore dell'Accordo, la legislazione sanitaria australiana vietava espressamente ogni copertura assistenziale pubblica.

### 3.6.12. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato all'assistito, anche per conto di eventuali familiari, in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa ai soggetti interessati

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio della dichiarazione del diritto;
- copia della dichiarazione di iscrizione al SSN rilasciata all'interessato e ad eventuali familiari;
- tutta la documentazione relativa ad eventuali comunicazioni con l'Istituzione australiana del luogo di soggiorno;
- **atti concernenti la sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.6.13. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Australia

L'assistenza sanitaria viene erogata in Australia in via diretta oppure a rimborso, a parità di condizioni con i cittadini australiani.

- Un cittadino italiano in possesso dei requisiti previsti dall'Accordo che soggiorni in Australia per un periodo non superiore a sei mesi e che necessiti di assistenza sanitaria per malattie insorte durante il periodo autorizzato di soggiorno riceve le prestazioni **cl clinicamente necessa-**

**rie, che siano anche ritenute urgenti**, per la diagnosi, il trattamento o la cura delle sue condizioni secondo la legislazione sanitaria australiana. Ne consegue che le cure pur clinicamente necessarie ma **non ritenute urgenti** vengono erogate con oneri a totale carico dell'assistito.

- Al personale italiano appartenente al corpo diplomatico o consolare in Australia possono essere erogate **tutte le prestazioni clinicamente necessarie e non solo quelle urgenti**. Tale diversità di trattamento trova giustificazione nella più lunga permanenza in Australia di tale personale.

Sulla **“necessità”** e sulla **“urgenza”** decide l'Istituzione del luogo di soggiorno ai sensi delle proprie leggi sanitarie.

Sono quindi esclusi tutti i trattamenti differibili ed i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo.

Le prestazioni possono comprendere la fornitura di protesi ed apparecchi nella misura in cui essi vengono forniti nel quadro della legislazione sanitaria australiana.

L'Istituzione australiana del luogo di soggiorno è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, direttamente o tramite l'Organismo di collegamento, i periodi di **ricovero ospedaliero**.

L'Accordo non contempla l'istituto del trasferimento per cure in Australia ragion per cui, a tal fine, dovrà essere applicato, nei casi e con le procedure previsti, il DM Sanità 3 novembre 1989 sui **“Criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero”** (v. Capitolo 5°).

#### **Avvertenza**

**Poiché ai fini assistenziali sono ininfluenti le ragioni del soggiorno in territorio australiano esse possono coincidere con ragioni di lavoro. L'Accordo si applica quindi anche in caso di “distacco” di lavoratore italiano in Australia per un periodo inferiore a sei mesi.**

**L'Accordo sostituisce quindi il D.P.R 618/80 rimanendo quest'ultimo però valido come integrazione del testo convenzionale (per es. prestazioni clinicamente necessarie ma non ritenute urgenti) o nelle ipotesi di inapplicabilità (per es. lavoratori non cittadini italiani ma regolarmente soggiornanti in Italia ed iscritti al SSN dipendenti da Impresa italiana e “distaccati” in Australia).**

### **3.6.14. Rimborsi**

L'assistenza sanitaria in Australia può avvenire in forma diretta o indiretta (**“a rimborso”** da parte della stessa Istituzione sanitaria australiana).

Non è invece previsto alcun rimborso al rientro in Italia dell'assistito per prestazioni fruitive in Australia in assistenza indiretta (a pagamento), fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro in applicazione del DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

### **3.6.15. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate in Australia dall'Istituzione del luogo di soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito al SSN.

La fatturazione avviene al costo effettivo calcolato secondo la legislazione sanitaria australiana.

## 3.7. Protocollo in materia di sicurezza sociale aggiuntivo all'accordo di emigrazione tra l'Italia ed il Brasile

### 3.7.1. Riferimenti normativi

- Legge 2 marzo 1963, n. 509 "Ratifica ed esecuzione dell'Accordo di emigrazione tra l'Italia e gli Stati Uniti del Brasile, concluso in Roma il 9 dicembre 1960", pubblicata sulla G.U. n. 109 del 23 aprile 1963.
- Accordo Amministrativo per l'applicazione degli articoli da 37 a 43 dell'Accordo di emigrazione tra la Repubblica italiana e la Repubblica Federativa del Brasile del 9 dicembre 1960, firmato a Brasilia il 19 marzo 1973.
- Legge 6 aprile 1977, n. 236 di ratifica del Protocollo fra l'Italia ed il Brasile firmato a Brasilia il 30 gennaio 1974, aggiuntivo all'Accordo di emigrazione del 9 dicembre 1960.
- Norme di applicazione del Protocollo aggiuntivo pure sottoscritte il 30 gennaio 1974.

### 3.7.2. Data di entrata in vigore

5 agosto 1977, data di entrata in vigore del Protocollo aggiuntivo.

### 3.7.3. Campo di applicazione del Protocollo aggiuntivo

**Il Protocollo aggiuntivo, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (o brasiliani) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:**

- l'assicurazione generale per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti;
- l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- l'assicurazione contro le malattie (inclusa la tubercolosi) e per la maternità;
- i regimi speciali di assicurazione stabiliti per determinate categorie di lavoratori in quanto concernono i rischi protetti e le prestazioni previste dalle legislazioni indicate ai punti precedenti.

### 3.7.4. Persone sanitarimente protette in Brasile

- lavoratori subordinati, italiani o brasiliani, del settore privato;
- lavoratori subordinati, italiani o brasiliani, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- lavoratori autonomi, italiani o brasiliani, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- pensionati delle predette categorie di lavoratori;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla loro cittadinanza.

**Salvo il caso di "distacco" del lavoratore sono esclusi i dipendenti pubblici. Sono altresì esclusi i disoccupati.**

### **3.7.5. Rischi sanitari protetti in Brasile**

- malattia e maternità;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.7.6. Situazioni sanitariamente protette in Brasile**

Il Protocollo aggiuntivo si rifà, con qualche limitazione e differenziazione, alla normativa contemplata dai Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972 in vigore al momento della stipula.

Sono tutelate le seguenti situazioni:

- “distacco” dei lavoratori;
- temporaneo soggiorno;
- residenza di titolari di pensione o rendita solo italiana e/o di loro familiari;
- residenza di familiari di lavoratori occupati ed assicurati in Italia.

L’Accordo aggiuntivo non prevede l’istituto del trasferimento per cure in Brasile: a tal fine sarà pertanto applicato, nei casi e con le procedure previsti, il DM Sanità 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°).

### **3.7.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l’Italia:                   Ministro della Salute.
- Per il Brasile:               Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale.

### **3.7.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l’Italia:                   Ministero della Salute;
- Per il Brasile:               Istituto Nacional de Assistencia Medica da Previdencia Social  
Rio de Janeiro.

### **3.7.9. Istituzioni competenti per l’assistenza sanitaria**

- Per l’Italia:                   Azienda ULSS competente per territorio;  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per il Brasile:               Organi locali dell’Istituto Nacional de Assistencia Medica  
da Previdencia Social.

### **3.7.10. Rimborsi**

Non è prevista l’assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento in Brasile fatta eccezione per i lavoratori, non rientranti nell’ambito di applicazione della Convenzione, “distaccati” in Brasile per motivi di lavoro, con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).



### 3.7.11. Formulari

#### I per Italia / B per Brasile

- I/B 1: *Certificato di “distacco”*;
- I/B 2: Certificato di diritto all’assistenza medica;
- I/B 3: Certificato di diritto all’assistenza medica per i familiari che rimangono nel Paese di origine;
- I/B 6: Autorizzazione per la fornitura di protesi.

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione italiana o bilingue dei suddetti modelli, con esclusione di quello evidenziato in corsivo di competenza delle Istituzioni previdenziali.

Ulteriore modulistica che si rendesse necessaria nelle comunicazioni fra Istituzioni competenti dovrà essere sostituita da notifiche con normale lettera.

### 3.7.12. Modello I/B 2 per “distacco” - Certificato di diritto all’assistenza medica in favore di lavoratori “distaccati” temporaneamente in Brasile

Il “distacco” temporaneo di un lavoratore in Brasile, con il mantenimento a proprio favore della legislazione previdenziale italiana, rappresenta una deroga alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione previdenziale dello Stato in cui svolgono l’attività.

*Eccezioni alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:*

- il personale di volo della compagnia di navigazione aerea resta soggetto esclusivamente alla legislazione vigente nello Stato nel cui territorio ha sede l’impresa (competenza SASN);
- i membri dell’equipaggio di navi battenti bandiera di uno dei due Stati contraenti sono soggetti alla legislazione dello Stato cui appartiene la nave (competenza SASN).

Le Autorità competenti degli Stati contraenti possono, di comune accordo, ampliare, eliminare o modificare in casi particolari o per determinate categorie di lavoratori, le eccezioni di cui sopra.

#### 3.7.12.1. Riferimenti normativi

- Protocollo aggiuntivo: articolo 4, comma 1, lett. a) e articolo 6, comma 1;
- Norme di applicazione: articolo 19.

#### 3.7.12.2. Persone tutelate in Brasile

- Lavoratori, italiani o brasiliani, dipendenti da una impresa pubblica o privata con sede in Italia che siano inviati in Brasile per svolgere la loro attività per conto del datore di lavoro per un periodo massimo di 12 mesi, prorogabili previo consenso della competente Autorità previdenziale brasiliana notificata per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Familiari, definiti tali dalla normativa italiana, a prescindere dalla cittadinanza, che accompagnano i lavoratori “distaccati” in Brasile.

### **3.7.12.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS di iscrizione dell'assistito, acquisito il Modello I/B 1 "Certificato di "distacco"" rilasciato dalla competente Istituzione previdenziale italiana su richiesta del datore di lavoro o del lavoratore, compila il formulario I/B 2 e lo consegna all'interessato prima della partenza per il Brasile.

In via cautelativa si consiglia che il lavoratore porti con sé anche il Modello I/B 1.

Il Modello I/B 2 viene rilasciato per la durata autorizzata di "distacco" nel Modello I/B 1, massimo 12 mesi.

Se trattasi di lavoratore di cittadinanza brasiliana va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

Nei suddetti formulari sono indicati i familiari dell'assistito, definiti tali dalla normativa italiana, che accompagnano il titolare in Brasile.

Se il periodo di "distacco" viene prorogato oltre i 12 mesi inizialmente previsti l'impresa richiede alla competente Istituzione previdenziale italiana l'autorizzazione a mantenere il regime previdenziale italiano per un ulteriore periodo (di durata non specificata nella normativa: si ritiene per un altro anno). Detta Istituzione trasmette senza indugio la richiesta alla competente Autorità previdenziale brasiliana al fine di ottenere il necessario consenso.

In caso di esito favorevole viene rilasciato un ulteriore Modello I/B 2 con la nuova scadenza autorizzata per il "distacco".

### **3.7.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza in Brasile il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il Modello I/B 2 unitamente, come si consiglia, al Modello I/B 1 rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria brasiliana.

### **3.7.12.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora**

Trattandosi di cittadini italiani distaccati temporaneamente e non residenti in Brasile essi non vengono iscritti all'Istituzione brasiliana del luogo di dimora pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni in natura erogate secondo la legislazione brasiliana.

### **3.7.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/B 2 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/B 2;
- copia del Modello I/B 1 di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I/B 2;
- copia del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini non italiani;
- eventuale "autocertificazione" dello stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione competente brasiliana;

- copia dell'eventuale Modello I/B 2 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione brasiliana ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste o inviate dalla Istituzione brasiliana;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di libera scelta per la durata del “distacco” nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.7.12.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Brasile

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini brasiliani l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione brasiliana del luogo di dimora sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le “malattie” (malattia, maternità, infortuni sul lavoro o malattie professionali) insorte durante il periodo di “distacco” e croniche preesistenti, a parità di condizioni con i cittadini brasiliani. Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali il Protocollo aggiuntivo non prevede alcuna tutela non essendo previsto l'istituto del trasferimento per cure. In tali casi potrà essere applicato, nei casi e con le modalità previsti, il DM Sanità 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°) in forma indiretta.

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

- In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile (anche se non espressamente previsto) che l'Istituzione del luogo di dimora notifichi all'Istituzione competente italiana la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza nonché la data di dimissione (con l'indicazione di eventuali responsabilità di terzi, ove note, per l'esercizio del diritto di rivalsa).
- Per la concessione di **protesi** l'Istituzione del luogo di dimora, verificato il diritto alla fornitura secondo la normativa brasiliana, chiede preventivamente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6, salvo i casi di urgenza assoluta. La richiesta deve contenere i motivi che giustificano la concessione nonché la spesa presumibile. Le prestazioni sono comunque concesse se entro un termine ragionevole (manca un termine preciso nelle “Norme di applicazione”) dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla seconda parte del Modello I/B 6 di richiesta di autorizzazione. Debbono intendersi casi di **urgenza assoluta**, per i quali non è richiesta una autorizzazione preventiva, quelli in cui l'erogazione delle prestazioni non può essere ritardata senza compromettere gravemente la salute dell'interessato. Qualora le prestazioni protesiche siano erogate per motivi di urgenza assoluta l'Istituzione del luogo di dimora ne dà immediata notifica all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6 completato con l'indicazione motivata dell'avvenuta concessione della protesi.

### 3.7.12.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione del luogo di dimora con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello I/B 2 .

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione brasiliana.

### **3.7.13. Modello I/B 2 per temporaneo soggiorno - Certificato di diritto all'assistenza medica durante il soggiorno temporaneo in Brasile**

#### **3.7.13.1. Riferimenti normativi**

- Protocollo aggiuntivo: articolo 6, comma 1.
- Norme di applicazione: articolo 20.

#### **3.7.13.2. Persone tutelate in Brasile**

- lavoratori subordinati, italiani o brasiliani, del settore privato
- lavoratori subordinati, italiani o brasiliani, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- lavoratori autonomi, italiani o brasiliani, assimilati ai lavoratori subordinati;
- titolari di pensione contributiva o rendita INAIL delle predette categorie di persone;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza.

Il formulario può essere rilasciato per visite e per turismo in Brasile.

**Sono esclusi i pubblici dipendenti in attività o pensionati ed i loro familiari.**

#### **3.7.13.3. Notifica del diritto**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, verificata la sussistenza del diritto, compila e consegna il Modello all'interessato di norma prima della partenza dello stesso per il Brasile oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria brasiliana del luogo di soggiorno ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima, essendo il cittadino giunto in Brasile sprovvisto dell'attestato e necessitando di cure mediche. Nelle more vengono comunque erogate le prestazioni in caso di urgenza assoluta.

Nel formulario sono indicati i familiari, definiti tali dalla normativa italiana, che accompagnano in Brasile il titolare oppure che vi si recano autonomamente e la durata del diritto alle prestazioni, coincidente con la durata prevista del soggiorno temporaneo in Brasile (massimo mesi tre, rinnovabile a richiesta una sola volta).

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **Avvertenza**

**L'iter di richiesta e acquisizione del formulario attestante il diritto alle prestazioni in natura del cittadino pervenuto privo dello stesso in Brasile per un soggiorno temporaneo richiede anche tempi piuttosto lunghi con scarsa probabilità di successo. È di tutta evidenza che qualora la permanenza del cittadino in Brasile sia di breve durata, l'erogazione delle prestazioni in natura potrà essere richiesta con spese a carico dell'assistito senza alcuna possibilità di rimborso al rientro in Italia.**

#### **3.7.13.4. Notifica all'Istituzione del luogo di soggiorno temporaneo**

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno in Brasile ritenga di dover fruire, per sè o per un familiare iscritto nel formulario, di assistenza medica per "malattie" insorte nel periodo di validità del Modello I/B 2, presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/B 2 in corso di validità unitamente ad un documento di identità valido.

Si consiglia di presentare l'attestato all'Istituzione del luogo di soggiorno appena possibile dopo l'arrivo in Brasile anche in carenza di necessità immediata di assistenza medica.

#### **3.7.13.5. Iscrizione/ non iscrizione all'Istituzione del luogo di soggiorno**

Trattandosi di cittadini in temporaneo soggiorno e non residenti in Brasile essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno pur acquisendo il diritto a fruire dell'assistenza medica erogata secondo la legislazione brasiliana.

Tale diritto potrà essere prorogato alla scadenza su presentazione di un ulteriore Modello I/B 2 rilasciato su richiesta della Istituzione brasiliana (per esempio in caso di mancata stabilizzazione delle condizioni di salute entro la scadenza del formulario). Il diritto potrà invece essere cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione italiana competente.

#### **3.7.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/B 2 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari che l'accompagnano.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/B 2;
- fotocopia del Modello I/B 2 consegnato all'interessato;
- eventuale documentazione probatoria sullo stato di famiglia;
- copia del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini non italiani;
- copia di richiesta del Modello I/B 2 da parte della Istituzione brasiliana del luogo di soggiorno nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione brasiliana del luogo di soggiorno;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

#### **3.7.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Brasile**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini brasiliani l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria brasiliana del luogo di soggiorno sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute urgenti a parità di condizioni con i cittadini brasiliani. Sull'urgenza decide il prestatore di cure.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali il Protocollo Aggiuntivo non prevede alcuna tutela non essendo previsto l'istituto del trasferimento per cure. In tali casi dovrà essere applicato, con le modalità e procedure previste, il DM Sanità del 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°).

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

- In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile (anche se non espressamente previsto) che l'Istituzione del luogo di soggiorno notifichi all'Istituzione competente italiana la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza nonché la data di dimissione (con l'indicazione di eventuali responsabilità di terzi, ove note, per l'esercizio del diritto di rivalsa).
- Per la concessione di **protesi** l'Istituzione del luogo di soggiorno, verificato il diritto alla fornitura secondo la normativa brasiliana, chiede preventivamente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6, salvo i casi di urgenza assoluta. La richiesta deve contenere i motivi che giustificano la concessione nonché la spesa presumibile. Le prestazioni sono comunque concesse se entro un termine ragionevole (manca un termine preciso nelle "Norme di applicazione") dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla seconda parte del Modello I/B 6 di richiesta di autorizzazione. Debbono intendersi casi di **urgenza assoluta**, per i quali non è richiesta una autorizzazione preventiva, quelli in cui l'erogazione delle prestazioni non può essere ritardata senza compromettere gravemente la salute dell'interessato. Qualora le prestazioni protesiche siano erogate per motivi di urgenza assoluta l'Istituzione del luogo di dimora dà immediata notifica all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6 completato con l'indicazione motivata dell'avvenuta concessione della protesi.

### **3.7.13.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello I/B 2 .

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa brasiliana.

### **3.7.14. Modello I/B 2 per pensionati residenti in Brasile - Certificato di diritto all'assistenza medica per titolari di pensione o rendita solo italiana che trasferiscono la residenza in Brasile e/o loro familiari pure residenti in Brasile**

#### **3.7.14.1. Riferimenti normativi**

- Protocollo aggiuntivo: articolo 6, comma 1.
- Norme di applicazione: articolo 22.

### **3.7.14.2. Persone tutelate in Brasile**

- titolari di pensione contributiva o rendita INAIL, dovuta in virtù della sola legislazione italiana, già lavoratori subordinati del settore privato o assimilati oppure già lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati, per i quali l'Italia è lo Stato competente, che trasferiscono la residenza in Brasile;
- loro familiari, definiti tali dalla legislazione brasiliana, a prescindere dalla cittadinanza;

a condizione che tali categorie di persone non abbiano altro titolo a fruire dell'assistenza sanitaria in Brasile (per esempio perché titolari di pensione anche brasiliana o essi stessi produttori di reddito da lavoro dipendente od autonomo in Brasile).

**Sono esclusi i pubblici dipendenti pensionati ed i loro familiari.**

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari, hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione in cui risiedono ed a carico di questa.**

### **3.7.14.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente, verificata la sussistenza del diritto, compila il formulario **in due copie originali** e le consegna all'interessato prima della partenza per il Brasile oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Brasile qualora questa abbia richiesto il Modello I/B 2 (essendone l'interessato sprovvisto ed intendendo iscriversi all'Istituzione brasiliana del luogo di residenza in Brasile).

Nelle more vengono garantite solo le prestazioni in caso di urgenza assoluta.

I familiari iscritti nel Modello sono quelli definiti tali dalla legislazione italiana.

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito in Italia acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" sottoscritta dal richiedente il Modello I/B 2, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, attestante:

- la titolarità e tipologia della pensione o rendita con indicazione dell'Ente previdenziale erogatore (dati desumibili dal libretto di pensione);
- la non sussistenza del diritto di fruire ad altro titolo dell'assistenza sanitaria in Brasile e l'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione al riguardo a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie;
- lo status di familiare secondo la legislazione italiana per eventuali familiari interessati;
- la data del trasferimento di residenza in Brasile del titolare di pensione e/o dei familiari.

L'Azienda ULSS competente rilascia il formulario per un periodo determinato (massimo un anno), rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Brasile e previa verifica dei requisiti.

### **3.7.14.4. Notifica all'Istituzione del luogo di residenza in Brasile**

Non appena giunto in Brasile l'interessato è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza, ai fini dell'iscrizione, le due copie del Modello I/B 2 unitamente ad un documento di identità valido e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione brasiliana.

### 3.7.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione del luogo di residenza

Trattandosi di persone che hanno trasferito la residenza in Brasile i cittadini interessati vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza, sulla base della legislazione sanitaria brasiliana a parità di condizioni con i cittadini brasiliani.

Se cittadini non brasiliani sarà tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Brasile.

La stessa Istituzione restituisce una copia del Modello I/B 2 all'Istituzione italiana competente per conferma dell'iscrizione per il titolare e/o per i familiari definiti tali dalla legislazione brasiliana.

### 3.7.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare della pensione in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/B 2;
- copia del Modello I/B 2 consegnato all'interessato;
- "autocertificazione" rilasciata dall'interessato;
- eventuale documentazione probatoria sullo stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status degli interessati ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione competente brasiliana;
- copia di eventuale Modello I/B 2 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- copia di eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste od inviate dalla Istituzione sanitaria brasiliana ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione brasiliana;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.7.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Brasile

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini brasiliani l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Brasile sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura normalmente erogate dall'Istituzione competente brasiliana ai propri iscritti, a parità di condizioni con i pensionati brasiliani.

Al riguardo però giova rimarcare quanto appresso.

- In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile (anche se non espressamente previsto) che l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza notifichi all'Istituzione competente italiana la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza nonché la data di dimissione (con l'indicazione di eventuali responsabilità di terzi, ove note, per l'esercizio del diritto di rivalsa).



- Per la concessione di **protesi** l'Istituzione del luogo di residenza, verificato il diritto alla fornitura secondo la normativa brasiliana, chiede preventivamente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6, salvo i casi di urgenza assoluta. La richiesta deve contenere i motivi che giustificano la concessione nonché la spesa presumibile. Le prestazioni sono comunque concesse se entro un termine ragionevole (manca un termine preciso nelle "Norme di applicazione") dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla seconda parte del Modello I/B 6 di richiesta di autorizzazione. Debbono intendersi casi di **urgenza assoluta**, per i quali non è richiesta una autorizzazione preventiva, quelli in cui l'erogazione delle prestazioni non può essere ritardata senza compromettere gravemente la salute dell'interessato. Qualora le prestazioni protesiche siano erogate per motivi di urgenza assoluta l'Istituzione del luogo di dimora dà immediata notifica all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6 completo con l'indicazione motivata dell'avvenuta concessione della protesi.

### **3.7.14.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione del luogo di residenza con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello I/B 2 .

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa brasiliana.

## **3.7.15. Modello I/B 3 - Certificato di diritto all'assistenza medica per i familiari che rimangono nel Paese di origine**

### **3.7.15.1. Riferimenti normativi**

- Protocollo aggiuntivo: articolo 6, comma 2.
- Norme di applicazione: articolo 21.

### **3.7.15.2. Persone tutelate in Brasile**

Familiari di qualsiasi nazionalità, a carico di un lavoratore brasiliano immigrato in Italia, che rimangono in Brasile. Sono considerati familiari del lavoratore coloro che in base alla legislazione italiana (Paese di accoglimento del lavoratore) hanno diritto all'assistenza sanitaria e che pertanto sono elencati nel formulario.

### **3.7.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Istituzione italiana competente per l'assistenza sanitaria, essendo il lavoratore occupato in Italia, compila il formulario e consegna **due copie originali** al lavoratore per il successivo inoltro ai familiari in Brasile oppure le trasmette all'Istituzione del luogo di residenza dei familiari in Brasile qualora questa abbia richiesto il formulario.

È necessario acquisire preliminarmente un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari rimasti in Brasile (tradotto legalmente in italiano) unitamente ad una dichiarazione rilasciata dal lavoratore brasiliano immigrato in Italia, attestante:

- l'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria brasiliana competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse sopravvenire nello status del lavoratore in Italia o dei familiari in Brasile a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

Nel formulario è indicata la data di decorrenza del diritto e la durata di validità che non può essere superiore a 12 mesi, non prorogabili.

Nella compilazione del Modello va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore brasiliano immigrato.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.7.15.4. Notifica all'Istituzione del luogo di residenza dei familiari in Brasile**

L'Istituzione brasiliana del luogo di residenza dei familiari, recepite le due copie del Modello I/B 3 ed ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione brasiliana, prende atto della possibilità di iscrizione degli interessati e restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/B 3 alla Istituzione competente italiana che lo ha compilato, a comprova dell'iscrizione.

#### **3.7.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria brasiliana**

I cittadini interessati vengono iscritti a tempo determinato all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Brasile con decorrenza dalla data di affiliazione del lavoratore brasiliano immigrato alla previdenza sociale italiana e per la durata di 12 mesi non prorogabili.

L'iscrizione a tempo determinato potrà essere cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana.

#### **3.7.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al lavoratore brasiliano immigrato titolare del Modello I/B 3 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/B 3;
- copia del Modello I/B 3 consegnato in due originali all'interessato oppure trasmesso alla Istituzione sanitaria brasiliana che lo ha richiesto;
- certificato di residenza dei familiari rimasti in Brasile e documentazione probatoria dello stato di famiglia, legalmente tradotti in italiano;

- fotocopia del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore brasiliano immigrato;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status dell' interessato ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione competente brasiliana;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste od inviate dalla Istituzione brasiliana;
- ogni altra documentazione riguardante la pratica.

### 3.7.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Brasile

L'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione del luogo di residenza in Brasile ai familiari del lavoratore immigrato in Italia sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura normalmente erogate dall'Istituzione competente brasiliana ai propri iscritti.

Al riguardo però giova rimarcare quanto appresso.

- In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile (anche se non espressamente previsto) che l'Istituzione brasiliana del luogo di residenza dei familiari notifichi all'Istituzione competente italiana la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza nonché la data di dimissione (con l'indicazione di eventuali responsabilità di terzi, ove note, per l'esercizio del diritto di rivalsa).
- Per la concessione di **protesi** l'Istituzione del luogo di residenza dei familiari, verificato il diritto alla fornitura secondo la normativa brasiliana, chiede preventivamente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6, salvo i casi di urgenza assoluta. La richiesta deve contenere i motivi che giustificano la concessione nonché la spesa presumibile. Le prestazioni sono comunque concesse se entro un termine ragionevole (manca un termine preciso nelle "Norme di applicazione") dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla seconda parte del Modello I/B 6 di richiesta di autorizzazione. Debbono intendersi casi di **urgenza assoluta**, per i quali non è richiesta una autorizzazione preventiva, quelli in cui l'erogazione delle prestazioni non può essere ritardata senza compromettere gravemente la salute dell'interessato. Qualora le prestazioni protesiche siano erogate per motivi di urgenza assoluta l'Istituzione del luogo di dimora ne dà immediata notifica all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/B 6 completato con l'indicazione motivata dell'avvenuta concessione della protesi.

### 3.7.15.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria brasiliana del luogo di residenza dei familiari con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello I/B 3.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa brasiliana.

## 3.8. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Capoverde in materia di sicurezza sociale

### Avvertenza importante

La Convenzione viene di seguito descritta come se fosse pienamente operante. Recentemente però il Ministero della Salute ha ritenuto di considerare **SOSPESA** ad ogni effetto la Convenzione di cui trattasi in attesa del perfezionamento degli atti ufficiali di ratifica.

La Convenzione pertanto non è allo stato attuale operante ed i Modelli riprodotti nella Parte Seconda **FORMULARI** di questo manuale devono essere considerati **PROVVISORI**.

### 3.8.1. Riferimenti normativi

- Legge 25 gennaio 1983, n. 34 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra il Governo Italiano e la Repubblica di Capoverde in materia di sicurezza sociale, firmata a Praja il 18 dicembre 1980”, pubblicata sul S.O. alla G.U. n. 44 del 15 febbraio 1983.
- Accordo Amministrativo fatto a Praja il 7 maggio 1987, pubblicato sul S.O. alla G.U. n. 163 del 15 luglio 1987.

### 3.8.2. Data di entrata in vigore

1° agosto 1987.

Il Ministero della Salute non ha emanato una specifica direttiva applicativa in quanto le Autorità competenti della Repubblica di Capoverde non hanno ancora comunicato il loro assenso formale all’adozione della modulistica proposta dalla Autorità italiana in forma analoga a quella già in uso nella Unione Europea.

### 3.8.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso

La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (o capoverdini) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:

- l’assicurazione obbligatoria per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti per i lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori autonomi;
- l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- l’assicurazione malattia (inclusa la tubercolosi) e maternità;
- i regimi speciali di assicurazione per determinate categorie di lavoratori in quanto concernono i rischi e le prestazioni coperti dalle legislazioni indicate ai punti precedenti.

I profughi e gli apolidi residenti nei due Stati sono equiparati ai cittadini dei due Stati.

### **3.8.4. Persone protette a Capoverde**

- lavoratori subordinati pubblici e privati;
- lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati;
- titolari di pensione o rendita delle suddette categorie di persone;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla loro cittadinanza.

### **3.8.5. Rischi sanitari protetti a Capoverde**

- malattia e maternità;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.8.6. Situazioni sanitariamente protette a Capoverde**

La Convenzione si rifà, con poche differenziazioni, alla normativa contemplata dai Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972, in vigore al momento della stipula della Convenzione.

Sono tutelate le seguenti situazioni:

- “distacco” dei lavoratori;
- temporaneo soggiorno;
- trasferimento per cure;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- residenza a Capoverde di familiari di lavoratori occupati ed assicurati in Italia;
- residenza a Capoverde di titolari di pensione o rendita solo italiana e/o dei loro familiari.

### **3.8.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per Capoverde: Ministro della Sanità, del Lavoro e degli Affari Sociali.

### **3.8.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura**

- Per l'Italia: Ministero della Salute  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali);
- Per Capoverde: Ministério da Saúde, Emprego e Solidariedade  
Palacio do Governo - Praja.

### **3.8.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio;  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per Capoverde: Servizi di Sanità;  
(anche Istituto di Assicurazione e di Previdenza Sociale per infortuni sul lavoro e malattie professionali).

### 3.8.10. Rimborsi

Non è prevista l'assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento a Capoverde fatta eccezione per i lavoratori, non rientranti nell'ambito di applicazione della Convenzione, "distaccati" per motivi di lavoro con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

### 3.8.11. Formulari

#### I per Italia / CV per Capoverde

- I/CV 001: Domanda di informazioni e di formulari, comunicazioni, solleciti;
- I/CV 106: "Distacco" del lavoratore;
- I/CV 107: Domanda di attestato di diritto a prestazioni in natura;
- I/CV 108: Notifica della sospensione o cessazione del diritto alle prestazioni in natura;
- I/CV 109: Iscrizione dei familiari e tenuta degli inventari;
- I/CV 111: Temporaneo soggiorno;
- I/CV 112: Trasferimento per cure;
- I/CV 113: Notifica di entrata e uscita per ricovero ospedaliero;
- I/CV 114: Concessione di protesi, di grandi apparecchi, ecc.;
- I/CV 121: Iscrizione dei titolari di pensione e/o dei familiari;
- I/CV 123: Infortuni sul lavoro e malattie professionali (solo per lavoratori "distaccati");
- I/CV 125: *Conto individuale delle spese effettive;*
- I/CV 127: *Segnalazione dei forfait mensili.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione italiana dei suddetti modelli con esclusione di quelli evidenziati in corsivo.

### 3.8.12. Modello I/CV 106 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un Paese diverso da quello competente - Lavoratori e familiari con loro residenti

Attesta il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori occupati ed assicurati in Italia ma "distaccati" e residenti a Capoverde e che nel periodo di "distacco" continuano ad essere sottoposti alla legislazione previdenziale italiana, oltre che dei familiari con loro residenti a Capoverde.

*Il "distacco" temporaneo di un lavoratore nell'altro Stato contraente per motivi di lavoro, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione dello Stato in cui svolgono l'attività.*

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- il personale di volo della compagnia di navigazione aerea resta soggetto esclusivamente alla legislazione vigente nello Stato nel cui territorio ha sede l'impresa (competenza SASN);
- i membri dell'equipaggio di navi battenti bandiera di uno dei due Stati contraenti sono soggetti alla legislazione dello Stato cui appartiene la nave (competenza SASN);
- i funzionari pubblici o equiparati di uno dei due Stati contraenti inviati nel territorio dell'altro Stato rimangono soggetti alla legislazione dello Stato di appartenenza;
- agli agenti diplomatici ed ai consoli di carriera nonché agli altri membri delle rappresentanze diplomatiche e consolari ed al personale al loro servizio privato si applicano le disposizioni in materia di sicurezza sociale previste dalle Convenzioni di Vienna del 18 aprile 1961 e del 24 aprile 1963.

### **3.8.12.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 5 e articolo 8.
- Accordo Amministrativo: articolo 6 e articolo 7.

### **3.8.12.2. Persone tutelate a Capoverde**

- Lavoratori, italiani o capoverdini, dipendenti da una impresa con sede in Italia che sono inviati ("distaccati") a Capoverde dall'impresa da cui dipendono per espletarvi la loro attività per conto di detta impresa per un periodo di tempo non superiore a 24 mesi, prorogabili fino ad un massimo di ulteriori 24 mesi previo consenso della Autorità previdenziale competente di Capoverde notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori, italiani o capoverdini, autonomi assimilati ai lavoratori dipendenti che esercitano la loro attività abitualmente in Italia e che si trasferiscono a Capoverde per esercitare tale attività per un periodo di tempo non superiore a 24 mesi, prorogabili di ulteriori 24 mesi previo consenso della Autorità previdenziale competente di Capoverde notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori, italiani o capoverdini, appartenenti alle categorie destinatarie delle suddette **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari dei suddetti lavoratori, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla cittadinanza, che li accompagnano a Capoverde, per lo stesso periodo del lavoratore.

### **3.8.12.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato (oppure, per i marittimi e per il personale navigante dell'aviazione civile, direttamente il competente Ufficio territoriale di Sanità marittima o aerea del Ministero della Salute), acquisito il Modello 101, o il Modello 102 in caso di proroga del "distacco", rilasciato al lavoratore dall'Istituzione previdenziale italiana presso cui è assicurato, da cui risulta sino a quale data egli rimane soggetto alla legislazione italiana, compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per Capoverde.

Il Modello I/CV 106 può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" dell'interessato a Capoverde qualora questa lo abbia richiesto tramite il Modello I/CV 107, essendo-

ne l'interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere comunque acquisito il Modello 101 o il Modello 102.

L'originale del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga del "distacco", rimane in possesso del lavoratore mentre l'Azienda ULSS trattiene fotocopia.

I familiari che accompagnano il lavoratore nel luogo di "distacco" vengono indicati al quadro 10 del Modello dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" del lavoratore, secondo la legislazione che essa applica per il riconoscimento dello status di familiare.

Il Modello I/CV 106 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga; tuttavia qualora tali formulari abbiano una validità superiore ai 12 mesi, l'Azienda ULSS rilascia il Modello I/CV 106 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile a richiesta alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti. Comunque il Modello 101, o il Modello 102 in caso di proroga, vanno richiesti all'Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

In ogni caso, per il periodo di "distacco", va sospesa la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l'accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I/CV 106 è buona regola che l'interessato sottoscriva, in conformità a quanto espressamente previsto alla lett. e) delle "Avvertenze per il lavoratore assicurato" riportate in calce al Modello, l'impegno ad informare sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" a Capoverde di qualsiasi cambiamento eventualmente sopravvenuto nella situazione propria e/o dei familiari che possa modificare il diritto ad usufruire delle prestazioni in natura, in particolare l'abbandono, il mutamento, l'inizio o la ripresa dell'occupazione, il cambio di residenza o di dimora, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

#### **3.8.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza a Capoverde il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il **Modello I/CV 106 unitamente al Modello 101, o Modello 102 in caso di proroga del "distacco"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di Capoverde.

#### **3.8.12.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Trattandosi di cittadini residenti (dimoranti abitualmente) a Capoverde essi vengono iscritti all'Istituzione del luogo di "distacco" ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" secondo la legislazione che quest'ultima applica.

Quest'ultima Istituzione compila la **parte B** del Modello e restituisce una copia all'Istituzione competente per la conferma o meno dell'iscrizione.

Si ribadisce che i familiari "iscritti" che accompagnano il lavoratore nel luogo di "distacco" vengono indicati al quadro 10 del Modello dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" del lavoratore, secondo la legislazione che essa applica per il riconoscimento dello status di familiare.

Il lavoratore è tenuto ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione della situazione propria o dei propri familiari che l'accompagnano che abbia riflessi sul diritto alle prestazioni.

L'Istituzione del luogo di residenza informa la Istituzione competente delle variazioni sopra citate e ne attende le conseguenti determinazioni.



### 3.8.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell’Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo “lavoratori migranti” intestato al titolare del Modello I/CV 106 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/CV 106;
- copia del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga del “distacco”, di cui l’interessato trattiene l’originale;
- copia del Modello I/CV 106 rilasciato all’interessato;
- fotocopia del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini non italiani;
- Modello I/CV 106 compilato nella parte B trasmesso dall’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco”;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Capoverde;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa con Modello I/CV 108 alla Istituzione sanitaria del luogo di “distacco”;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di “distacco”;
- l’impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall’interessato al momento del rilascio del Modello;
- **documentazione comprovante la sospensione, per il periodo di “distacco”, della scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.8.12.7. Erogazione dell’assistenza sanitaria a Capoverde

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di Capoverde l’estensione e le modalità dell’assistenza medica erogata dall’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le “malattie” insorte durante il periodo di “distacco” e croniche preesistenti a parità di condizioni con i cittadini di Capoverde.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali occorre presentare il Modello I/CV 112.

Per la concessione delle **protesi**, dei grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza l’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco”, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione di Capoverde, chiede preliminarmente l’autorizzazione all’Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 114 indicando, tra l’altro, il costo probabile o effettivo della prestazione.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/CV 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate d'urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" vi provvede senza indugio e ne informa tempestivamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/CV 114 punto 7.1.

### **3.8.12.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/CV 106.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Capoverde.

## **3.8.13. Modello I/CV 111 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante il soggiorno temporaneo nell'altro Stato contraente**

### **3.8.13.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 8, comma 1 secondo alinea e comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

### **3.8.13.2. Persone tutelate a Capoverde**

- Lavoratori subordinati, italiani o capoverdini, pubblici o privati, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Lavoratori autonomi, italiani o capoverdini, assimilati ai lavoratori subordinati, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Titolari di pensione o rendita delle predette categorie di persone, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Familiari delle suddette categorie di persone definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

Può essere rilasciato per visite a Capoverde, per turismo, per soggiorno temporaneo a Capoverde per motivi di lavoro (brevi periodi di trasferta a Capoverde per motivi di lavoro con contestuale possesso del Modello 101). In questo ultimo caso il Modello I/CV 111 consente di ottenere a Capoverde, a titolo provvisorio, le prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale in attesa del perfezionamento della pratica con Modello I/CV 123.

### 3.8.13.3. Notifica del diritto

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito compila e consegna il formulario all'interessato di norma prima della partenza dello stesso per Capoverde oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima tramite Modello I/CV 107 essendo il cittadino pervenuto a Capoverde sprovvisto del modulo e necessitando di cure immediate.

Al punto 2 vengono elencati soltanto i familiari, definiti tali dalla legislazione italiana, che si recano temporaneamente a Capoverde.

Al punto 3 viene indicato il periodo di validità del modulo che non può essere superiore a mesi tre ma può essere, a richiesta, rinnovato una sola volta previa verifica dei requisiti.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### Avvertenza

**La risposta ad una eventuale richiesta d'ufficio del Modello I/CV 111 da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno dell'assistito a Capoverde dovrà essere evasa con estrema sollecitudine, anticipandola via telefax o e-mail; in caso contrario le prestazioni "immediate" già erogate saranno addebitate direttamente all'assistito che non potrà richiedere alcun rimborso all'Azienda ULSS al suo rientro in Italia.**

### 3.8.13.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno a Capoverde ritenga di dover fruire, per sè o per un familiare iscritto nel modulo, di prestazioni in natura aventi carattere di *necessità, imprevedibilità ed urgenza* (prestazioni "immediate") presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/CV 111 in corso di validità unitamente ad un documento di identità valido.

### 3.8.13.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Capoverde

Trattandosi di persone in temporaneo soggiorno e non residenti a Capoverde essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni di **necessità immediata** per tutta la durata di validità del Modello, con le modalità previste dalla legislazione sanitaria di Capoverde.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/CV 111 rilasciato dalla Istituzione italiana competente a richiesta dell'interessato o della Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno.

Il diritto potrà invece essere cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione italiana competente tramite Modello I/CV 108.

### 3.8.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/CV 111 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari che l'accompagnano.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/CV 111;
- fotocopia del Modello I/CV 111 di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I/CV 107 con cui viene richiesto il Modello I/CV 111 dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia.
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno tramite Modello I/CV 001;
- eventuali comunicazioni di ricovero in ospedale;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.8.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Capoverde

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata a Capoverde, tutte le prestazioni in natura che risultano essere di **necessità immediata** (comprese quelle riferibili a malattie croniche preesistenti) durante il temporaneo soggiorno a Capoverde in quanto ritenute non differibili fino al rientro programmato in patria senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona.

La **necessità immediata** delle prestazioni viene valutata da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno e non può essere sindacata da parte dell'Istituzione di provenienza dell'assistito che pur si assume l'onere delle prestazioni erogate.

Sono esclusi tutti i trattamenti differibili fino al rientro prestabilito in Italia ed i trattamenti di elezione (programmabili con largo anticipo) per i quali si rende necessario acquisire il Modello I/CV 112 (v. Capitolo 5°).

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno è tenuta a notificare all'Istituzione competente italiana, "tempestivamente" (manca un termine preciso) la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/CV 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/CV 113 (può essere indicato, ove noto, se il ricovero è dovuto ad infortunio oppure a responsabilità di terzi per eventuali azioni di rivalsa); copia delle notifiche vanno trattenute agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Per la concessione delle **protesi**, dei grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione di Capoverde, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 114 indicando, tra l'altro, il costo probabile o effettivo della prestazione.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/CV 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate d'urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno vi provvede senza indugio e ne informa tempestivamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/CV 114, punto 7.1.

### 3.8.13.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorno a Capoverde con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Modello I/CV 111.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Capoverde.

### 3.8.14. Modello I/CV 112 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato contraente

#### 3.8.14.1. Riferimenti normativi

- Convenzione: articolo 8, comma 1 terzo alinea e comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 9.

#### 3.8.14.2. Persone tutelate a Capoverde

- Lavoratori, italiani o capoverdini, subordinati pubblici o privati, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Lavoratori, italiani o capoverdini, autonomi assimilati ai lavoratori subordinati, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Titolari di pensione o rendita delle predette categorie di persone, iscritti a pieno titolo al SSN.
- Familiari delle suddette categorie di persone definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

#### 3.8.14.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989** (v. Capitolo 5°), compila e consegna il modulo all'interessato prima della sua partenza per ricevere cure mediche di elezione a Capoverde.

Il modulo è **individuale** ed ha valenza esclusivamente per la singola persona indicata al quadro 1 oppure al quadro 2.

Al punto 3.2 va precisata, se del caso, la Struttura di Capoverde presso la quale la persona è stata autorizzata a rivolgersi per iniziare o continuare le cure mediche *non necessariamente solo ospedaliere*.

Al punto 4 è indicata la durata massima di validità del modulo.

Al quadro 5 vengono fornite notizie sull'eventuale rapporto medico concernente le condizioni di salute dell'interessato.

Se trattasi di cittadino non italiano va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **3.8.14.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Capoverde**

Al suo arrivo a Capoverde l'interessato è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura deputata a fornire le cure e/o all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/CV 112 in corso di validità unitamente ad un documento di identità valido e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione di Capoverde.

#### **3.8.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Capoverde.**

Trattandosi di persone temporaneamente soggiornanti a Capoverde per ricevere cure di elezione autorizzate dall'Istituzione competente italiana essi non vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno.

Purtuttavia acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura appropriate ed efficaci (in regime sia di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, prima del ricovero e dopo la dimissione) per la patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/CV 112 e per la durata di validità del Modello.

Le prestazioni vengono erogate secondo la legislazione sanitaria applicata a Capoverde.

Il diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/CV 112 eventualmente rilasciato dalla Azienda ULSS competente su richiesta dell'interessato oppure su richiesta motivata dell'Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 107. Anche in caso di proroga vanno rispettate **le procedure previste dal DM Sanità 3 novembre 1989.**

Il diritto potrà invece essere cancellato prima della scadenza su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 108.

#### **3.8.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/CV 112 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/CV 112;
- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure di cui al DM Sanità 3 novembre 1989;
- copia del Modello I/CV 112 rilasciato all'interessato al quale viene consegnato l'originale;
- se trattasi di cittadino non italiano copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 001 ed atti relativi;
- eventuale Modello I/CV 108 di notifica di cessazione del diritto prima della scadenza;
- eventuali notifiche di ricoveri ospedalieri (Modello I/CV 113) o di concessione di protesi (Modello I/CV 114);
- **documentazione comprovante la sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.8.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Capoverde

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata a Capoverde, tutte le prestazioni in natura che risultano essere necessarie, appropriate ed efficaci per il trattamento della patologia da cui è affetto l'assistito e che ha dato origine al rilascio del Modello I/CV 112.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria di Capoverde deputata ad erogare le prestazioni anche sulla base della documentazione sanitaria disponibile, ivi inclusa quella di cui al punto 5 del Modello I/CV 112 e di altra documentazione sanitaria esibita dall'assistito.

Eventuali accompagnatori devono essere muniti di Modello I/CV 111.

È consigliabile che l'interessato sia munito anche di Modello I/CV 111 per poter eventualmente fruire di altre prestazioni non attinenti alla patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/CV 112.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno è tenuta a notificare all'Istituzione competente italiana, "tempestivamente" (manca un termine preciso) la data di entrata in Ospedale e la probabile durata della degenza con invio del Modello I/CV 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/CV 113; copia delle notifiche vanno trattenute agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Per la concessione delle **protesi**, dei grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza (non autorizzate in precedenza) l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione di Capoverde, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 114 indicando, tra l'altro, il costo probabile o effettivo della prestazione.

Le suddette prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/CV 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le suddette prestazioni debbano essere erogate d'urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno vi provvede senza indugio e ne informa tempestivamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/CV 114, punto 7.1.

### 3.8.14.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno a Capoverde con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Modello I/CV 112.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Capoverde.

### **3.8.15. Modello I/CV 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti da infortuni sul lavoro e malattie professionali**

#### **3.8.15.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 14, comma 1 e 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 20, comma 1 e 2.

#### **3.8.15.2. Persone tutelate a Capoverde**

- Lavoratori subordinati o autonomi, italiani o capoverdini, assicurati INAIL, soggiornanti o residenti a Capoverde per motivi di lavoro e pertanto in possesso di Modello I/CV 106 o di Modello I/CV 111 unitamente al Modello 101.

#### **3.8.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS, competente anche per la erogazione delle prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, compila il formulario e lo consegna al lavoratore prima della partenza per Capoverde nel caso di malattia professionale preesistente oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora dell'interessato a Capoverde qualora questa abbia richiesto il Modello I/CV 123 tramite il Modello I/CV 107 a seguito del verificarsi di un infortunio sul lavoro o del riscontro di una malattia professionale.

Va preliminarmente verificata l'iscrizione dell'interessato all'INAIL.

Di norma la durata di validità del Modello I/CV 123 coincide con la durata dell'infortunio e non può essere superiore alla validità del Modello I/CV 106 o Modello I/CV 111 già in possesso dell'interessato.

#### **3.8.15.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Capoverde**

L'Istituzione sanitaria di Capoverde, recepito il Modello I/CV 123, prende atto che l'Istituzione competente italiana ha autorizzato le prestazioni in natura connesse con l'infortunio sul lavoro o con la malattia professionale (quadro 4 del formulario).

#### **3.8.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Capoverde**

Il titolare del Modello I/CV 123 ha già acquisito il diritto a fruire a Capoverde delle prestazioni in natura per malattia e maternità in quanto in possesso del Modello I/CV 106 o I/CV 111 unitamente al Modello 101.

#### **3.8.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Nel fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/CV 106 o I/CV 111 custodito presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, viene archiviato anche il Modello I/CV 123 intestato allo stesso lavoratore assieme a tutta la documentazione sanitaria concernente l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale.



### **3.8.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Capoverde**

In caso di verificarsi di infortunio sul lavoro o del riscontro (o comunque in presenza) di una malattia professionale l'Istituzione sanitaria di Capoverde eroga le prestazioni secondo la legislazione da essa applicata a parità di condizioni con i lavoratori di Capoverde.

Si ricorda che la legislazione di Capoverde prevede che le competenze in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali siano ripartite fra l'Istituto di Assicurazione e di Previdenza Sociale ed i Servizi di Sanità.

Parimenti in Italia, sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN, le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro od a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.

Spettano all'Azienda ULSS territorialmente competente:

- il rilascio dell'attestato di diritto alle prestazioni in natura (Modello I/CV 123);
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera a Capoverde.

Spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- la fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;
- le forme di assistenza e di servizio sociale;
- gli accertamenti medico-legali finalizzati alla verifica del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità;
- l'emissione o la ricezione del formulario I/CV 114 per prestazioni di notevole importanza;
- la contabilità per le suddette prestazioni con la Istituzione competente di Capoverde.

### **3.8.15.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di Capoverde con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso il Modello I/CV 123.

Le prestazioni protesiche e gli accertamenti medico-legali sono a carico dell'INAIL.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Capoverde.

## **3.8.16. Modello I/CV 109 - Attestato per l'iscrizione dei familiari di lavoratori subordinati o autonomi**

### **3.8.16.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 8, comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 10.

### **3.8.16.2. Persone tutelate a Capoverde**

Persone di qualsiasi nazionalità, residenti a Capoverde, con status di familiari, secondo la legislazione di Capoverde, di lavoratori subordinati o autonomi, italiani o capoverdini, che siano residenti, occupati ed assicurati in Italia, a meno che tali familiari non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di Capoverde (per esempio perché essi stessi produttori di reddito a Capoverde o titolari di pensione dovuta in base alla sola legislazione di Capoverde).

### **3.8.16.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore in Italia compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato per il successivo inoltrare ai suoi familiari residenti a Capoverde oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Capoverde qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il formulario, tramite Modello I/CV 107, al fine di poter iscrivere i familiari.

È necessario acquisire preliminarmente un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari a Capoverde (tradotto legalmente in italiano) unitamente ad una dichiarazione rilasciata dal lavoratore attestante:

- l'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria capoverdina competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS e all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Capoverde qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa del titolare, inizio attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento di residenza) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze" in calce al modulo, lett. d).

Nella compilazione del Modello va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore se cittadino capoverdino.

Al quadro 3 del formulario viene indicato un solo familiare, di norma il coniuge od il figlio maggiore, nel mentre eventuali ulteriori familiari vengono aggiunti dall'Istituzione sanitaria di Capoverde al momento della compilazione della parte B del modulo (vedi oltre).

Al punto 5 viene indicata la decorrenza del diritto.

Al quadro 6 viene indicata la durata del diritto: l'Azienda ULSS competente non può rilasciare il formulario con validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Capoverde, previa verifica dei presupposti compresa la verifica della scadenza del titolo di soggiorno del lavoratore in Italia, se capoverdino.

Resta ferma la possibilità di comunicare la sospensione o soppressione del diritto prima del termine tramite Modello I/CV 108.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.8.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari**

Per beneficiare delle prestazioni in natura i familiari interessati sono tenuti a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde il Modello I/CV 109 e ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di Capoverde.

Come già detto, se gli interessati non dispongono del Modello Istituzione sanitaria del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 107.

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari, acquisita tutta la documentazione necessaria secondo la legislazione di Capoverde, compila la parte B delle due copie del Modello I/CV 109 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

In particolare al quadro 9 vengono indicati i familiari aventi titolo secondo la legislazione di Capoverde.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/CV 109 alla Azienda ULSS competente che ha compilato la parte A, per conferma o meno dell'iscrizione.

#### **3.8.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Capoverde**

Trattandosi di cittadini, di qualsiasi nazionalità, residenti a Capoverde essi vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza secondo le disposizioni della legislazione sanitaria di Capoverde: acquisiscono così il diritto a fruire delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione competente italiana, dall'Istituzione del luogo di residenza secondo la legislazione che quest'ultima applica, a parità di condizioni con i familiari di lavoratori di Capoverde occupati a Capoverde.

Tale diritto potrà essere prorogato alla scadenza su presentazione di un nuovo Modello I/CV 109 oppure cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 108.

L'interessato è tenuto ad informare l'Istituzione del luogo di residenza in Italia di qualsiasi variazione della situazione propria o dei propri familiari che abbia riflessi sul diritto alle prestazioni.

L'Istituzione del luogo di residenza dei familiari a Capoverde informa l'Istituzione competente delle variazioni relative ai familiari residenti a Capoverde che possano avere riflessi sul diritto alle prestazioni e ne attende le conseguenti determinazioni.

#### **3.8.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/CV 109 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/CV 109;
- copia del Modello I/CV 109 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria di Capoverde, se da questa richiesto;
- documentazione probatoria sullo stato di famiglia e sulla residenza a Capoverde dei familiari;
- copia del permesso di soggiorno del titolare del diritto se cittadino capoverdino;

- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- il Modello I/CV 109 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria di Capoverde e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Capoverde;
- copia dell'eventuale Modello I/CV 109 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/CV 108;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 001 ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 107;
- **eventuale documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia se già iscritto al SSN;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.8.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Capoverde

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di Capoverde l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari del lavoratore sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Per la concessione delle **protesi**, dei grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Capoverde, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione di Capoverde, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 114 indicando, tra l'altro, il costo probabile o effettivo della prestazione.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/CV 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate d'urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari vi provvede senza indugio e ne informa tempestivamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/CV 114, punto 7.1.

### 3.8.16.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria di Capoverde con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/CV 109.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite.

### **3.8.17. Modello I/CV 121 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari**

#### **3.8.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 9, comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 11.

#### **3.8.17.2. Persone tutelate a Capoverde**

- titolari di pensione contributiva o rendita INAIL, italiani o capoverdini, liquidata esclusivamente da una Istituzione italiana che risiedono a Capoverde, a meno che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di Capoverde (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione di Capoverde);
- familiari di qualsiasi nazionalità, definiti a loro carico dalla legislazione di Capoverde, che siano residenti a Capoverde e che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di Capoverde.

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari, hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione del Paese in cui risiedono ed a carico di questa.**

#### **3.8.17.3. Notifica del diritto all'interessato**

La Istituzione italiana competente compila la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita e per ogni familiare (il formulario è individuale, ovvero si va compilato un esemplare per il titolare del diritto ed uno per ogni familiare) e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per Capoverde oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde qualora questa abbia richiesto il Modello I/CV 121 tramite il Modello I/CV 107 essendone gli interessati sprovvisti ed intendendo iscriversi all'Istituzione sanitaria di Capoverde.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza a Capoverde e la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell'assistenza sanitaria a Capoverde;
- l'impegno a comunicare sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche di Capoverde, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa, variazione del nucleo dei familiari residenti a Capoverde, ecc.), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze" in calce al modulo, lett. b).

Il quadro 3 del formulario viene compilato dalla Istituzione italiana debitrice della pensione o rendita.

La Azienda ULSS competente per iscrizione degli interessati in Italia compila i quadri 5,6 e 7 del formulario in cui, tra l'altro, sono indicate la decorrenza e la scadenza del diritto.

Se rilasciato dall'Italia la durata massima di validità del formulario è di un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde e previa verifica dei presupposti.

#### **3.8.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Capoverde**

Non appena possibile l'interessato presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde le due copie del Modello I/CV 121 ed ogni altra documentazione prevista dalla legislazione sanitaria di Capoverde.

L'accertamento del carico familiare è demandato alla Istituzione sanitaria di Capoverde secondo la legislazione che essa applica.

Sulla base della documentazione presentata l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Capoverde compila la parte B delle due copie del Modello I/CV 121 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Nel quadro 8 della parte B viene indicato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione.

Nel quadro 9 viene annotato l'esito favorevole della richiesta di iscrizione.

Per conferma o meno dell'iscrizione la stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/CV 121, compilato anche nella parte B, alla Istituzione competente italiana che ha compilato il quadro 7 della parte A.

#### **3.8.17.5. Iscrizione/non iscrizione alla Istituzione sanitaria di Capoverde**

Il titolare del Modello I/CV 121 e/o gli eventuali familiari aventi titolo vengono iscritti, a tempo determinato per la durata massima di un anno, alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria di Capoverde.

L'iscrizione potrà essere prorogata di anno in anno su presentazione alla Istituzione sanitaria di Capoverde di un nuovo Modello I/CV 121 oppure cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 108.

L'interessato è tenuto ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione della situazione propria o dei propri familiari che abbia riflessi sul diritto alle prestazioni.

L'Istituzione del luogo di residenza informa l'Istituzione competente delle variazioni segnalate e ne attende le conseguenti determinazioni.

#### **3.8.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/CV 121 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/CV 121;
- copia del Modello I/CV 121 consegnato all'interessato;

- il Modello I/CV 121 compilato nella parte B e restituito dalla Istituzione sanitaria di Capoverde per coferma dell'iscrizione;
- la "autocertificazione" acquisita in fase di rilascio del Modello I/CV 121;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Capoverde;
- eventuale Modello I/CV 121 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/CV 108;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 001;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di Capoverde tramite Modello I/CV 107;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.8.17.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Capoverde**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di Capoverde l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita italiana e/o dei propri familiari sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Per la concessione delle **protesi**, dei grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione di Capoverde, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/CV 114 indicando, tra l'altro, il costo probabile o effettivo della prestazione.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/CV 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate d'urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza vi provvede senza indugio e ne informa tempestivamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/CV 114, punto 7.1.

### **3.8.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria di Capoverde con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/CV 121.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite.

## **3.9. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Croazia in materia di sicurezza sociale**

### **3.9.1. Riferimenti normativi**

- Legge 27 maggio 1999, n. 167 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di Croazia in materia di sicurezza sociale, fatta a Roma il 27 giugno 1997”, pubblicata sul S.O. n. 114/L alla G.U. n. 138 del 15 giugno 1999.
- Accordo Amministrativo sulla attuazione della Convenzione sottoscritto a New York il 12 settembre 2002.
- Comunicazione del Ministero della Salute Prot. PSML/III/1683 del 28 ottobre 2003.
- Comunicazione del Ministero della Salute Prot. DG RUERI/3676/I.3.b.b.1 del 7 maggio 2004.
- Comunicazione del Ministero della Salute Prot. DG RUERI/VII/5025/I.3.b.b.1 del 3 giugno 2004.

### **3.9.2. Data di entrata in vigore**

**1° novembre 2003.** Da tale data è cessata l’efficacia per la Croazia della Convenzione italo-jugoslava, fatte salve le situazioni pendenti.

Le disposizioni della Convenzione e dell’Accordo Amministrativo si applicano in via esclusiva alle **prestazioni (sanitarie) richieste ed erogate dopo il 1° novembre 2003.**

### **3.9.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

**La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (o croati) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:**

- l’assicurazione generale obbligatoria per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti e le gestioni speciali dei lavoratori autonomi;
- l’assicurazione per malattia, ivi compresa la tubercolosi, e maternità;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- i regimi speciali di assicurazione sostitutivi stabiliti per determinate categorie di lavoratori in quanto si riferiscono a prestazioni o rischi coperti dalle legislazioni indicate ai punti precedenti.

I profughi e gli apolidi residenti nei due Stati sono equiparati ai cittadini dei due Stati.

### **3.9.4. Persone protette in Croazia**

- lavoratori subordinati, italiani o croati, pubblici o privati;
- lavoratori autonomi, italiani o croati, assimilati ai lavoratori subordinati;
- titolari di pensione o rendita delle suddette categorie di persone;
- familiari e superstiti dei soggetti assicurati, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla loro cittadinanza.

**Relativamente al “temporaneo soggiorno” ed al “trasferimento per cure d’elezione” la Convenzione si applica a tutti i cittadini italiani o croati iscritti a pieno titolo al SSN.**



### **3.9.5. Rischi sanitari protetti in Croazia**

- malattia e maternità;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.9.6. Situazioni sanitariamente protette in Croazia**

La Convenzione si rifà, con qualche limitazione e differenziazione, alla normativa contemplata dai Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972, in vigore al momento della stipula.

Sono tutelate le seguenti situazioni:

- “distacco” del lavoratore;
- temporaneo soggiorno;
- trasferimento per cure d’elezione;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- residenza in Croazia dei familiari di lavoratori occupati ed assicurati in Italia;
- residenza in Croazia dei titolari di pensione o rendita dovuta in virtù della sola legislazione italiana e/o dei loro familiari.

### **3.9.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l’Italia: Ministro della Salute.
- Per la Croazia: Ministro della Sanità.

### **3.9.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l’Italia: Ministero della Salute.
- Per la Croazia: Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje  
Margaretska 3 P.P. 157 10002 Zagabria  
(Istituto Croato per l’Assicurazione Sanitaria).

### **3.9.9. Istituzioni competenti per l’assistenza sanitaria**

- Per l’Italia: Azienda ULSS competente per territorio  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per la Croazia: Ufficio regionale competente per territorio  
dell’Istituto Croato per l’Assicurazione Sanitaria.

### **3.9.10. Rimborsi**

Nel caso di temporaneo soggiorno in Croazia è prevista la possibilità del rimborso, al rientro in Italia, delle spese sostenute direttamente dall’interessato per prestazioni urgenti fruite a pagamento (assistenza indiretta) nel caso non sia stato possibile espletare le normali procedure per l’assistenza in forma diretta.

### 3.9.11. Formulari

#### I per Italia / HR per Croazia

I/HR 001: Domanda e comunicazione informazioni, solleciti, richieste di attestati;

I/HR 106: “Distacco” di lavoratori subordinati o autonomi;

I/HR 107: Richiesta di attestato del diritto a prestazioni in natura;

I/HR 108: Notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni in natura;

I/HR 109: Attestato per l’iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi;

I/HR 111: Attestato del diritto alle prestazioni in natura durante un temporaneo soggiorno;

I/HR 111: Ossigenoterapia e dialisi (solo per italiani che si recano in Croazia)

I/HR 112: Attestato riguardante l’autorizzazione al trasferimento per cure d’elezione;

I/HR 113: Notifica di ricovero e di dimissione ospedaliera;

I/HR 114: Concessione di protesi, apparecchi, prestazioni in natura di grande importanza;

I/HR 121: Attestato per l’iscrizione dei titolari di pensione o rendita e dei loro familiari;

I/HR 123: Attestato di diritto a prestazioni in natura per infortuni sul lavoro o malattie professionali;

*I/HR 125: Conto individuale delle spese effettive;*

I/HR 126: Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura.

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione italiana dei suddetti modelli con esclusione di quello evidenziato in corsivo.

### 3.9.12. Modello I/HR 106 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in un Paese diverso da quello competente - Lavoratori e familiari con loro residenti

Attesta il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori, italiani o croati, occupati ed assicurati in Italia ma “distaccati” in Croazia e che nel periodo di “distacco” continuano ad essere sottoposti alla legislazione previdenziale italiana, nonché dei loro familiari che li accompagnano.

*Il “distacco temporaneo” di un lavoratore in Croazia, con il mantenimento a proprio favore della legislazione italiana, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione dello Stato in cui svolgono l’attività.*

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- il personale viaggiante delle imprese di trasporto aereo (competenza SASN), su strada e per ferrovia, rimane soggetto esclusivamente alla legislazione dello Stato sul cui territorio ha sede l’impresa;
- i lavoratori dipendenti da imprese di interesse nazionale esercenti servizi di telecomunicazioni, trasporto di passeggeri o di merci per ferrovia, su strada, per via aerea o marittima, che abbiano la loro sede principale nel territorio di uno degli Stati contraenti e siano inviati nel

territorio dell'altro Stato contraente presso una succursale o una rappresentanza permanente, rimangono soggetti alla legislazione dello Stato in cui si trova la sede principale;

- i membri dell'equipaggio di una nave battente bandiera di uno degli Stati contraenti sono soggetti alla legislazione dello Stato di bandiera (competenza SASN);
- gli agenti diplomatici e i consoli di carriera nonché il personale amministrativo e tecnico delle Rappresentanze diplomatiche e degli Uffici consolari che nell'esercizio delle loro funzioni vengano inviati nel territorio dell'altro Stato contraente, rimangono assoggettati alla legislazione dello Stato contraente al quale appartiene l'amministrazione da cui dipendono;
- i funzionari, i rappresentanti ufficiali ed il personale equiparato di uno degli Stati contraenti che nell'esercizio delle loro funzioni vengano inviati nel territorio dell'altro Stato contraente, rimangono assoggettati alla legislazione dello Stato contraente al quale appartiene l'amministrazione da cui dipendono;
- il rimanente personale delle Rappresentanze diplomatiche e degli Uffici consolari nonché il personale domestico al servizio privato di Agenti diplomatici o consolari o di altri membri delle missioni diplomatiche o degli uffici consolari, possono optare per il mantenimento della legislazione dello Stato di invio, a condizione che siano cittadini di tale Stato.

Inoltre le Autorità competenti dei due Stati contraenti possono prevedere, di comune accordo, che resti applicabile la legislazione dello Stato di appartenenza del lavoratore ogni qualvolta, a causa della frequenza dei trasferimenti del lavoratore, o del loro carattere eccezionale, o dell'età del lavoratore, sarebbe meno favorevole per il lavoratore stesso l'applicazione della legislazione dello Stato sul cui territorio viene esercitata l'attività.

### **3.9.12.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 6, articolo 7, articolo 12.
- Accordo Amministrativo: articolo 4, articolo 5, articolo 7.

### **3.9.12.2. Persone tutelate in Croazia**

- Lavoratori subordinati, italiani o croati, dipendenti da una impresa con sede in Italia, inviati ("distaccati") dalla propria impresa in Croazia per motivi di lavoro per un periodo massimo di 48 mesi, eccezionalmente prorogabili per altri 48 mesi previo consenso della Autorità previdenziale competente croata notificato per il tramite dell Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori autonomi, italiani o croati, che esercitano la propria attività abitualmente in Italia e che si recano ad esercitare tale attività in Croazia per un periodo massimo di 12 mesi, eccezionalmente prorogabili per altri 12 mesi previo consenso della Autorità previdenziale competente croata notificato per il tramite dell Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori, italiani o croati, appartenenti alle categorie destinatarie delle suddette **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari dei suddetti lavoratori (definiti tali dalla legislazione applicabile nello Stato di residenza), a prescindere dalla cittadinanza, che li accompagnano in Croazia, per lo stesso periodo del lavoratore.

### **3.9.12.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato (oppure, per i marittimi e per il personale navigante dell'aviazione civile, direttamente il competente Ufficio territoriale di sanità marittima o aerea del Ministero della Salute) acquisito il Modello 101, o il Modello 102 in caso di proroga del "di-

stacco”, rilasciato al lavoratore dall’Istituzione previdenziale italiana presso cui è assicurato, da cui risulta sino a quale data egli rimane soggetto alla legislazione italiana, compila la **parte A** del modulo e ne consegna due copie all’interessato prima della partenza per la Croazia.

Il Modello I/HR 106 può anche essere trasmesso all’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” dell’interessato in Croazia qualora questa lo abbia richiesto tramite il Modello I/HR 107, essendone l’interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere comunque acquisito il Modello 101 o il Modello 102.

L’originale del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga del “distacco”, rimane in possesso del lavoratore mentre l’Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Giova ricordare che è sempre previsto il rilascio del Modello I/HR 106 indipendentemente dal fatto che il lavoratore trasferisca o meno la residenza in Croazia.

I familiari che accompagnano il lavoratore nel luogo di “distacco” e che intendono ivi trasferire la residenza unitamente al capofamiglia vengono indicati al quadro 10 del Modello dall’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” del lavoratore secondo la legislazione che essa applica per il riconoscimento dello status di familiare.

Al contrario se i familiari intendono mantenere la residenza in Italia ed intendono solo soggiornare in Croazia l’Azienda ULSS compila il quadro 10 del formulario indicando i familiari secondo la legislazione italiana. Pertanto in questo caso l’Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno dei familiari riceverà le due copie del formulario già compilate al quadro 10.

Il Modello I/HR 106 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga; tuttavia qualora tali formulari abbiano una validità superiore ai 12 mesi, l’Azienda ULSS rilascia il Modello I/HR 106 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti. Comunque il Modello 101, o il Modello 102 in caso di proroga, vanno richiesti all’Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

Se trattasi di cittadini croati va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

In ogni caso, per il periodo di “distacco”, va sospesa la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l’accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I/HR 106 è buona regola che l’interessato sottoscriva, in conformità a quanto espressamente previsto alla lett. e) delle “Avvertenze per la persona assicurata” riportate in calce al Modello, l’impegno ad informare sia l’Azienda ULSS sia l’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” in Croazia di qualsiasi cambiamento eventualmente sopravvenuto nella situazione propria e/o dei familiari che possa modificare il diritto ad usufruire delle prestazioni in natura, in particolare l’abbandono, il mutamento, l’inizio o la ripresa dell’occupazione, il cambio di residenza o di dimora, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

#### **Avvertenza importante**

**Ai lavoratori croati residenti a Buje in Croazia ed occupati in Italia la Convenzione con la ex-Jugoslavia riconosceva lo status di lavoratori “frontalieri”. La Convenzione con la Croazia non prevede al riguardo una specifica disciplina.**

**Il Ministero della Salute (prot. DG RUERI/3676/I.3.b.b.1 del 7 maggio 2004) ha precisato che tali lavoratori sono tutelati in Italia (Stato di occupazione) mediante iscrizione al SSN senza la scelta del medico di fiducia ed in Croazia (Stato di residenza) con il Modello I/HR 106 rilasciato dalla Azienda ULSS territorialmente competente per il luogo di occupazione del lavoratore croato, emesso senza il previsto rilascio del formulario 101 o 102 da parte dell’Istituto previdenziale italiano.**

I familiari, a prescindere dalla cittadinanza, residenti in Croazia di tali lavoratori vengono indicati al **quadro 10** del formulario dalla Istituzione sanitaria del luogo della loro residenza secondo la legislazione che essa applica.

#### **3.9.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza in Croazia il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il **Modello I/HR 106 unitamente al Modello 101, o Modello 102 in caso di proroga del "distacco"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria croata.

#### **3.9.12.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Trattandosi di cittadini italiani o croati residenti oppure soggiornanti in Croazia essi possono essere iscritti o non iscritti all'Istituzione del luogo di "distacco" a seconda delle disposizioni della legislazione croata: in ogni caso acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" secondo la legislazione che quest'ultima applica.

Quest'ultima Istituzione compila la **parte B** del Modello e restituisce una copia all'Istituzione competente per la conferma o meno dell'iscrizione.

Il lavoratore è tenuto ad informare l'Istituzione del luogo di residenza o di soggiorno di qualsiasi variazione, attinente al suo lavoro o alla sua situazione familiare, che possa modificare il diritto alle prestazioni.

#### **3.9.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 106 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari. Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/HR 106;
- copia del Modello 101, o del Modello 102 in caso di proroga del "distacco", di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I/HR 106;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria croata;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con Modello I/HR 108 ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con Modello I/HR 001;
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute;

- **documentazione comprovante la sospensione, per il periodo di “distacco”, del medico di libera scelta per il lavoratore e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.9.12.7. Erogazione dell’assistenza sanitaria in Croazia

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini croati l’estensione e le modalità dell’assistenza medica erogata dall’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le “malattie” insorte durante il periodo di “distacco” e croniche preesistenti a parità di condizioni con i cittadini croati.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali occorre presentare il Modello I/HR 112.

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile, anche se non espressamente previsto dalla Convenzione in caso di “distacco”, che l’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” notifichi all’Istituzione competente italiana, entro tre (ora cinque) giorni dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/HR 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/HR 113 (deve essere indicato, ove noto, se il ricovero è dovuto ad infortunio oppure a responsabilità di terzi per eventuali azioni di rivalsa); copia delle notifiche vanno trattenute agli atti nel fascicolo personale “lavoratori migranti” intestato al titolare.

Per la fornitura o riparazione o rinnovo di **protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, endoprotesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, relativi elementi integrativi, accessori ed attrezzi, comprese le impronte (riproduzioni delle varie parti del corpo) che vengono utilizzate per adattare in modo esatto i predetti oggetti;
- scarpe ortopediche su misura, eventualmente con rispettiva scarpa normale (non ortopedica);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista, da ingrandimento, occhiali a cannocchiale e lenti intraoculari;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettronici, elettroacustici, elettrofonetici, compresi i presidi per laringectomizzati;
- protesi dentarie (fisse o mobili), protesi di chiusura della cavità orale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore, poltrone a ruote ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi sopra elencate;
- soggiorno e cure mediche in centri di convalescenza, idrofangoterma, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione sanitaria e professionale;

l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco", verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la propria legislazione, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 114 indicando, tra l'altro, il costo presunto o effettivo della prestazione.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro sessanta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/HR 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza ("prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona") l'Istituzione croata vi provvede senza indugio e ne informa immediatamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/HR 114.

### **3.9.12.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione del luogo di "distacco" con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/HR 106.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa croata.

## **3.9.13. Modello I/HR 109 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi**

### **3.9.13.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 15.
- Accordo Amministrativo: articolo 11.

### **3.9.13.2. Persone tutelate in Croazia**

- Familiari di qualsiasi nazionalità residenti in Croazia che risultano a carico, secondo la legislazione croata, di lavoratori subordinati o autonomi italiani o croati residenti, occupati ed assicurati in Italia, a condizione che non abbiano già diritto a fruire dell'assistenza sanitaria in Croazia ad altro titolo (per esempio perché essi stessi produttori in Croazia di reddito da lavoro subordinato o autonomo o perché titolari di pensione croata).

### **3.9.13.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore in Italia compila la parte A del modulo e ne consegna due copie al lavoratore interessato affinché questi le faccia pervenire direttamente ai familiari residenti in Croazia oppure le trasmette all'Istituzione croata del luogo di residenza dei familiari qualora questa abbia richiesto il Modello I/HR 109 tramite il Modello I/HR 107, essendone gli interessati sprovvisti ed intendendo beneficiare di prestazioni in natura in Croazia.

È necessario acquisire preliminarmente:

- un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari in Croazia (tradotto legalmente in italiano);
- dichiarazione sull'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria croata competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS e all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Croazia qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa del titolare, inizio attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento di residenza) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze" in calce al modulo, lett. d).

Nella compilazione del Modello va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore se cittadino croato.

Al quadro 3 viene indicato un solo familiare, di norma il coniuge o il figlio maggiore, in quanto i familiari aventi titolo vengono elencati al quadro 9 dalla Istituzione del luogo di residenza dei familiari in Croazia secondo la legislazione che essa applica.

Al punto 5 viene indicata la decorrenza del diritto.

Al punto 6 viene indicata la durata del diritto: l'Azienda ULSS competente non può rilasciare il formulario con validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Croazia e previa verifica dei presupposti.

Resta ferma la possibilità di comunicare la sospensione o soppressione del diritto prima del termine di scadenza tramite Modello I/HR 108, tenuto conto della scadenza del permesso di soggiorno in Italia del titolare del diritto se cittadino croato.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.9.13.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari**

Per beneficiare delle prestazioni in natura i familiari interessati sono tenuti a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Croazia il Modello I/HR 109 e ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria croata.

Come già detto, se gli interessati non dispongono del Modello l'Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 107.

L'Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza dei familiari, acquisita tutta la documentazione necessaria secondo la legislazione croata, compila la parte B delle due copie del Modello I/HR 109 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

In particolare al quadro 9 vengono indicati i familiari aventi titolo secondo la legislazione della Croazia.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/HR 109 alla Azienda ULSS competente che ha compilato la parte A, per conferma o meno dell'iscrizione.



### 3.9.13.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria croata

Trattandosi di cittadini, di qualsiasi nazionalità, residenti in Croazia essi vengono iscritti all'Istituzione del luogo di residenza conformemente alle disposizioni della legislazione croata: in ogni caso acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione competente, dall'Istituzione del luogo di residenza secondo la legislazione che quest'ultima applica, a parità di condizioni con i familiari di lavoratori croati occupati in Croazia.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un nuovo Modello I/HR 109 oppure cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente tramite Modello I/HR 108.

Le Istituzioni dei due Stati contraenti sono tenute a comunicarsi qualsiasi cambiamento da cui derivi la variazione del diritto alle prestazioni.

### 3.9.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 109 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/HR 109;
- certificazione, tradotta legalmente in italiano, sullo stato di famiglia e sulla residenza dei familiari in Croazia;
- copia del permesso di soggiorno del titolare del diritto se cittadino croato;
- copia del Modello I/HR 109 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria croata, se da questa richiesto;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- il Modello I/HR 109 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria croata e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione competente croata;
- copia dell'eventuale Modello I/HR 109 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/HR 108;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione croata tramite Modello I/HR 001 ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria croata tramite Modello I/HR 107;
- **documentazione relativa ad eventuali provvedimenti di sospensione o cancellazione dagli elenchi degli assistiti in Italia;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.9.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Croazia

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini croati, l'estensione e le modalità dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione del luogo di residenza dei familiari del lavoratore sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le malattie insorte durante il periodo di validità del Modello e preesistenti, a parità di condizioni con i cittadini croati.

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile, anche se non espressamente previsto dalla Convenzione nella fattispecie, che l'Istituzione croata del luogo di residenza dei familiari notifichi all'Istituzione competente italiana, entro tre (ora cinque) giorni dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/HR 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/HR 113 (può essere indicato, ove noto, se il ricovero è dovuto a responsabilità di terzi per eventuali azioni di rivalsa); copia delle eventuali notifiche vanno trattenute agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Per la fornitura o riparazione o rinnovo di **protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, endoprotesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, relativi elementi integrativi, accessori ed attrezzi, comprese le impronte (riproduzioni delle varie parti del corpo) che vengono utilizzate per adattare in modo esatto i predetti oggetti;
- scarpe ortopediche su misura, eventualmente con rispettiva scarpa normale (non ortopedica);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista, da ingrandimento, occhiali a cannocchiale e lenti intraoculari;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettronici, elettroacustici, elettrofonetici, compresi i presidi per laringectomizzati;
- protesi dentarie (fisse o mobili), protesi di chiusura della cavità orale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore, poltrone a ruote ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi sopra elencate;
- soggiorno e cure mediche in centri di convalescenza, idrofangoterma, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione sanitaria e professionale;

L'Istituzione del luogo di residenza dei familiari, verificato il diritto alle prestazioni stesse, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 114.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro sessanta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/HR 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza ("prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psicofisica della persona") l'Istituzione croata vi provvede senza indugio e ne informa immediatamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/HR 114.

### **3.9.13.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza dei familiari del lavoratore con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/HR 109.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa croata.

### **3.9.14. Modello I/HR 111 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un temporaneo soggiorno nell'altro Stato contraente**

#### **3.9.14.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 13, comma 1, lett. a) e comma 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

#### **3.9.14.2. Persone tutelate in Croazia**

- Tutti i cittadini italiani o croati iscritti a pieno titolo al SSN.
- Loro familiari a carico secondo la legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

Può essere rilasciato per visite in Croazia, per turismo, per soggiorno temporaneo in Croazia per motivi di lavoro (brevi periodi di trasferta in Croazia per motivi di lavoro con contestuale possesso del Modello 101 rilasciato dalla Istituzione previdenziale italiana competente). In questo ultimo caso il Modello I/HR 111 consente di ottenere in Croazia, a titolo provvisorio, le prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale in attesa del perfezionamento della pratica con Modello I/HR 123.

#### **3.9.14.3. Notifica del diritto**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito compila e consegna il formulario all'interessato di norma prima della partenza dello stesso per la Croazia oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria croata del luogo di dimora ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima tramite Modello I/HR 107 essendo il cittadino pervenuto in Croazia sprovvisto del modulo e necessitando di cure immediate.

Al punto 3 viene indicata la durata del diritto che non può essere superiore a mesi tre ma può essere, a richiesta, rinnovata una sola volta.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

## Avvertenza

La risposta ad una eventuale richiesta d'ufficio del Modello I/HR 111 da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno dell'assistito in Croazia dovrà essere evasa con estrema sollecitudine, anticipandola via telefax o e-mail; in caso contrario le prestazioni "immediate" già erogate saranno addebitate direttamente all'assistito che, a sua volta, potrà richiedere il rimborso all'Azienda ULSS al suo rientro in Italia.

### 3.9.14.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno in Croazia ritenga di dover fruire, per sè o per un familiare iscritto nel modulo, di prestazioni in natura aventi carattere di *necessità, imprevedibilità ed urgenza* (prestazioni "immediate") presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/HR 111 in corso di validità unitamente ad un documento d'identità.

Se egli non è in grado di presentare il formulario potrà beneficiare delle prestazioni "immediate" in assistenza indiretta come innanzi specificato.

### 3.9.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria croata

Trattandosi di cittadini italiani o croati in temporaneo soggiorno e non residenti in Croazia essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni di **necessità immediata** per tutta la durata di validità del Modello, con le modalità, procedure e tariffe previste dalla legislazione sanitaria croata.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/HR 111 rilasciato dalla Istituzione italiana competente.

### 3.9.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 111 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari che l'accompagnano.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/HR 111;
- fotocopia del Modello I/HR 111 di cui l'interessato trattiene l'originale;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia del Modello I/HR 107 con cui viene richiesto il Modello I/HR 111 dalla Istituzione croata del luogo di soggiorno nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione croata del luogo di soggiorno tramite Modello I/HR 001;
- eventuali comunicazioni di ricovero in ospedale e di assistenza protesica;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.9.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Croazia

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata in Croazia, tutte le prestazioni in natura che risultano essere di **necessità immediata** (comprese quelle riferibili a malattie croniche preesistenti) durante il temporaneo soggiorno in Croazia in quanto ritenute non differibili fino al rientro programmato in patria senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona.

La necessità delle prestazioni viene valutata da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno e non può essere sindacata da parte dell'Istituzione di provenienza dell'assistito che pur si assume l'onere delle prestazioni erogate.

Sono esclusi tutti i trattamenti differibili fino al rientro programmato in Italia ed i trattamenti di elezione (programmati con largo anticipo) per i quali si rende necessario acquisire il Modello I/HR 112 (v. Capitolo 5°).

Il trattamento **dialitico e l'ossigenoterapia** sono erogabili su presentazione all'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno, **unitamente** al Modello I/HR 111 normale, di un apposito "Modello I/111 da utilizzarsi solo per ossigenoterapia od emodialisi" rilasciato dalla Azienda ULSS agli assistiti già in trattamento in Italia. Ovviamente si rendono indispensabili accordi preventivi per via breve, **a cura dell'assistito**, con l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno sulla possibilità di ottenere le suddette prestazioni.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, entro **cinque** giorni dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/HR 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/HR 113 (deve essere indicato, ove noto, se il ricovero è dovuto a responsabilità di terzi per eventuali azioni di rivalsa). Copia delle notifiche vengono trattenute agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Per la fornitura o riparazione o rinnovo di **protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, endoprotesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, relativi elementi integrativi, accessori ed attrezzi, comprese le impronte (riproduzioni delle varie parti del corpo) che vengono utilizzate per adattare in modo esatto i predetti oggetti;
- scarpe ortopediche su misura, eventualmente con rispettiva scarpa normale (non ortopedica);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista, da ingrandimento, occhiali a cannocchiale e lenti intraoculari;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettronici, elettroacustici, elettrofonetici, compresi i presidi per laringectomizzati;
- protesi dentarie (fisse o mobili), protesi di chiusura della cavità orale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore, poltrone a ruote ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi sopra elencate;
- soggiorno e cure mediche in centri di convalescenza, idrofangotermali, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione sanitaria e professionale;

l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno, verificato il diritto alle prestazioni stesse, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 114.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro sessanta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/HR 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno vi provvede senza indugio e ne informa immediatamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/HR 114.

#### **3.9.14.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione del luogo di temporaneo soggiorni in Croazia con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Modello I/HR 111.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa croata.

#### **3.9.14.9. Rimborsi**

Si ribadisce che in caso di soggiorno temporaneo in Croazia con Modello I/HR 111 le spese eventualmente sostenute dall'interessato per fruire di prestazioni in natura in assistenza indiretta (a rimborso), non essendo stato possibile espletare, per qualsiasi motivo, le procedure previste per l'assistenza diretta, vengono rimborsate, al rientro in Italia, dalla Istituzione competente italiana secondo le tariffe applicate dalla legislazione sanitaria croata.

Le Aziende ULSS sono in tal caso tenute a richiedere alla Istituzione competente croata le informazioni necessarie sulle tariffe di rimborso, utilizzando il Modello I/HR 126, direttamente o tramite l'Organismo di collegamento.

#### **Avvertenza**

**Alla frontiera croata viene richiesta una attestazione per la copertura sanitaria. Si fa presente che non è possibile emettere attestati I/HR a cittadini bosniaci, serbi, montenegrini o macedoni che attraversano la Croazia per ritornare al loro Paese di origine.**

### **3.9.15. Modello I/HR 112 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato contraente**

#### **3.9.15.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 13, comma 1, lett. b) e comma 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 9.

#### **3.9.15.2. Persone tutelate in Croazia**

- Tutti i cittadini italiani o croati iscritti a pieno titolo al SSN.
- Loro familiari a carico secondo la legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

#### **3.9.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989** (v. Capitolo 5°), compila e consegna il modulo all'interessato prima della sua partenza per ricevere cure mediche di elezione in Croazia.

Il modulo è **individuale** ed ha valenza esclusivamente per la singola persona indicata al quadro 1 oppure al quadro 2.

Al punto 3.2 va precisata, se del caso, la Struttura croata presso la quale la persona è stata autorizzata a rivolgersi per iniziare o continuare le cure mediche *non necessariamente solo ospedaliere*.

Al punto 4 è indicata la durata massima di validità del modulo.

Al punto 5 vengono fornite eventuali notizie sull'eventuale rapporto medico relativo alle condizioni di salute dell'interessato.

Se trattasi di cittadino croato va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **3.9.15.4. Notifica all'Istituzione sanitaria croata**

Al suo arrivo in Croazia l'interessato è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura deputata a fornire le cure e/o all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/HR 112 in corso di validità unitamente ad un documento di identità e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione croata.

#### **3.9.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria croata**

Trattandosi di cittadini temporaneamente soggiornanti in Croazia per ricevere cure di elezione autorizzate dall'Istituzione italiana competente essi non vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni in natura appropriate ed efficaci (in regime sia di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, prima del ricovero e dopo la dimissione), erogate secondo la legislazione sanitaria applicata in Croazia, per la patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/HR 112 e per la durata di validità del Modello.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/HR 112 eventualmente rilasciato dalla Azienda ULSS competente su richiesta dell'interessato oppure su richiesta motivata

dell'Istituzione sanitaria croata tramite Modello I/HR 107. Anche in caso di proroga vanno rispettate le procedure previste dal DM Sanità 3 novembre 1989.

Il diritto potrà invece essere cancellato prima della scadenza su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 108.

### **3.9.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 112 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/HR 112;
- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure di cui al DM Sanità 3 novembre 1989;
- copia del Modello I/HR 112 rilasciato all'interessato;
- se trattasi di cittadino croato copia del titolo di soggiorno in Italia;
- eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria croata tramite Modello I/HR 001 ed atti relativi;
- eventuale Modello I/HR 108 di notifica di cessazione del diritto prima della scadenza;
- copie di notifiche di entrata/uscita dall'ospedale con Modello I/HR 113;
- **eventuale documentazione comprovante la sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.9.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Croazia**

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata in Croazia, tutte le prestazioni in natura che risultano essere necessarie, appropriate ed efficaci per il trattamento della patologia da cui è affetto l'assistito e che ha dato origine al rilascio del Modello I/HR 112.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria croata deputata ad erogare le prestazioni.

Eventuali accompagnatori devono essere muniti di Modello I/HR 111.

È consigliabile che l'interessato sia munito anche di Modello I/HR 111 per poter eventualmente fruire di prestazioni extraospedaliere oppure non correlate alla patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/HR 112.

In caso di **ricovero ospedaliero** è possibile, anche se non espressamente previsto dalla Convenzione nella fattispecie, che l'Istituzione sanitaria croata notifichi all'Istituzione competente italiana, entro cinque giorni dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/HR 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/HR 113; copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Nel caso di fornitura o riparazione o rinnovo di **protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:



- protesi, endoprotesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, relativi elementi integrativi, accessori ed attrezzi, comprese le impronte (riproduzioni delle varie parti del corpo) che vengono utilizzate per adattare in modo esatto i predetti oggetti;
- scarpe ortopediche su misura, eventualmente con rispettiva scarpa normale (non ortopedica);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista, da ingrandimento, occhiali a cannocchiale e lenti intraoculari;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettronici, elettroacustici, elettrofonetici, compresi i presidi per laringectomizzati;
- protesi dentarie (fisse o mobili), protesi di chiusura della cavità orale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore, poltrone a ruote ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi sopra elencate;
- soggiorno e cure mediche in centri di convalescenza, idrofangotermali, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione sanitaria e professionale;

l'Istituzione sanitaria croata, verificato il diritto alle prestazioni stesse secondo la legislazione sanitaria croata, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 114. Le prestazioni sono comunque concesse se entro sessanta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/HR 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria croata vi provvede senza indugio e ne informa immediatamente l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/HR 114.

### **3.9.15.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno in Croazia con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Modello I/HR 112.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione croata.

### **3.9.16. Modello I/HR 121 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari.**

#### **3.9.16.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 14, comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 10.

#### **3.9.16.2. Persone tutelate in Croazia**

- Titolari di pensione contributiva o rendita INAIL liquidata esclusivamente da una Istituzione italiana che risiedono in Croazia, a meno che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione croata (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione croata).
- Familiari di qualsiasi nazionalità definiti a loro carico dalla normativa croata che siano residenti in Croazia e che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione croata.

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione del Paese in cui risiedono ed a carico di questa.**

#### **3.9.16.3. Notifica del diritto all'interessato**

La Istituzione italiana competente compila la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita e per i familiari (per ogni familiare deve essere compilato un singolo modulo) e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per la Croazia oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza qualora questa abbia richiesto il Modello I/HR 121 tramite il Modello I/HR 107 essendone gli interessati sprovvisti al loro arrivo in Croazia ed intendendo iscriversi all'Istituzione sanitaria croata.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza in Croazia e la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell'assistenza sanitaria in Croazia;
- l'impegno a comunicare sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche croata, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa propria o di un familiare, variazione del nucleo dei familiari residenti in Croazia, ecc.) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze" in calce al modulo, lett. b).

Il quadro 3 del formulario viene compilato dalla Istituzione italiana debitrice della pensione o rendita.

La Azienda ULSS competente per iscrizione degli interessati in Italia compila i quadri 5,6 e 7 del formulario in cui, tra l'altro, sono indicate la decorrenza e la scadenza del diritto.

L'Azienda ULSS può rilasciare il formulario per un periodo determinato (massimo un anno), rinnovabile a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Croazia e previa verifica dei presupposti.

#### **3.9.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria croata**

Non appena possibile l'interessato presenta all'Istituzione sanitaria croata del luogo di residenza le due copie del Modello I/HR 121 ed ogni altra documentazione prevista dalla legislazione sanitaria croata.

L'accertamento del carico familiare è demandato alla Istituzione sanitaria croata secondo la legislazione che essa applica.

Sulla base della documentazione presentata l'Istituzione croata del luogo di residenza compila la parte B delle due copie del Modello I/HR 121 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Nel quadro 8 della parte B viene indicato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione.

Nel quadro 9 viene annotato l'esito favorevole della richiesta di iscrizione.

Per conferma o meno dell'iscrizione la stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/HR 121, compilato anche nella parte B, alla Istituzione competente che ha compilato il quadro 7 della parte A.

#### **3.9.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza**

Il titolare del Modello I/HR 121 e/o gli eventuali familiari aventi titolo vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza a tempo determinato (massimo un anno) con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria croata.

L'iscrizione potrà essere prorogata di anno in anno su presentazione alla Istituzione croata di un nuovo Modello I/HR 121 oppure cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/HR 108.

L'interessato è tenuto ad informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione della situazione propria o dei propri familiari che abbia riflessi sul diritto alle prestazioni.

Le Istituzioni dei due Stati contraenti devono comunicarsi qualsiasi cambiamento da cui derivi la variazione del diritto alle prestazioni.

In particolare l'Istituzione del luogo di residenza informa l'Istituzione competente delle variazioni segnalate dall'interessato e ne attende le conseguenti determinazioni.

#### **3.9.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 121 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/HR 121;
- copia del Modello I/HR 121 consegnato all'interessato;

- il Modello I/HR 121 compilato nella parte B e restituito dalla Istituzione sanitaria croata per coferma dell'iscrizione;
- la "autocertificazione" acquisita in fase di rilascio del Modello I/HR 121;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione competente croata;
- copia di eventuale Modello I/HR 121 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/HR 108;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria croata tramite Modello I/HR 001;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria croata tramite Modello I/HR 107;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.9.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Croazia

L'assistenza sanitaria viene erogata con le modalità, procedure e tariffe previste dalla legislazione sanitaria croata a parità di condizioni con i titolari di pensione o rendita croata residenti in Croazia ed iscritti alla stessa Istituzione.

Trattandosi di prestazioni rimborsabili al costo effettivo, in caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria croata potrebbe (non è espressamente previsto dalla Convenzione nella fattispecie) notificare all'Azienda ULSS competente, entro cinque giorni dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/HR 113 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I/HR 113 (dovrebbe essere indicato, ove noto, se il ricovero è dovuto a responsabilità di terzi per eventuale azione di rivalsa).

Per la fornitura o riparazione o rinnovo di **protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, endoprotesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, relativi elementi integrativi, accessori ed attrezzi, comprese le impronte (riproduzioni delle varie parti del corpo) che vengono utilizzate per adattare in modo esatto i predetti oggetti;
- scarpe ortopediche su misura, eventualmente con rispettiva scarpa normale (non ortopedica);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista, da ingrandimento, occhiali a cannocchiale e lenti intraoculari;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettronici, elettroacustici, elettrofonetici, compresi i presidi per laringectomizzati;
- protesi dentarie (fisse o mobili), protesi di chiusura della cavità orale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore, poltrone a ruote ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi sopra elencate;

- soggiorno e cure mediche in centri di convalescenza, idrofangotermali, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione sanitaria e professionale;

l'Istituzione sanitaria croata, verificato il diritto alle prestazioni stesse, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Azienda ULSS competente tramite Modello I/HR 114.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro sessanta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Azienda ULSS competente espressa sulla parte B del Modello I/HR 114 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza (prestazioni che non possono essere rinviate senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona) l'Istituzione sanitaria croata vi provvede senza indugio e ne informa immediatamente l'Azienda ULSS competente sempre utilizzando il Modello I/HR 114.

### **3.9.16.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria croata con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha rilasciato il Modello I/HR 121.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione croata.

## **3.9.17. Modello I/HR 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni sanitarie derivanti da infortuni sul lavoro e malattie professionali**

### **3.9.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 22.
- Accordo Amministrativo: articolo 18.

### **3.9.17.2. Persone tutelate in Croazia**

- Lavoratori subordinati o autonomi, italiani o croati, assicurati INAIL, "distaccati" od "in trasferta" in Croazia per motivi di lavoro e pertanto in possesso di Modello I/HR 106 o di Modello I/HR 111 oltre che di Modello 101.

### **3.9.17.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS, competente anche per la erogazione delle prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, compila il formulario e lo consegna al lavoratore prima della partenza per la Croazia nel caso di malattia professionale preesistente oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di permanenza dell'interessato in Croazia qualora questa abbia ri-

chiesto il Modello I/HR 123 tramite il Modello I/HR 107 a seguito del verificarsi di un infortunio sul lavoro o del riscontro di una malattia professionale.

Va preliminarmente verificata l'iscrizione dell'interessato all'INAIL.

Di norma la durata di validità del Modello I/HR 123 coincide con la durata dell'infortunio ma non può essere superiore alla durata di validità del Modello I/HR 106 o Modello I/HR 111 già in possesso dell'interessato.

#### **3.9.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria croata**

L'Istituzione sanitaria croata, ricevuto il Modello I/HR 123, prende atto che l'Istituzione competente italiana ha autorizzato le prestazioni in natura connesse con l'infortunio sul lavoro o con la malattia professionale (quadro 4 del formulario).

#### **3.9.17.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria croata**

Il titolare del Modello I/HR 123 ha già acquisito il diritto a fruire in Croazia delle prestazioni in natura per malattia in quanto in possesso di Modello I/HR 106 o di Modello I/HR 111 unitamente al Modello 101.

#### **3.9.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Nel fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/HR 106 o I/HR 111 custodito presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, viene archiviato anche il Modello I/HR 123 intestato allo stesso lavoratore assieme a tutta la documentazione sanitaria concernente l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale.

#### **3.9.17.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Croazia**

In caso di verificarsi di infortunio sul lavoro o del riscontro (o comunque in presenza) di una malattia professionale l'Istituzione sanitaria croata eroga le prestazioni secondo la legislazione da essa applicata a parità di condizioni con i lavoratori croati.

Si ricorda che in Croazia **tutte** le competenze in materia di assistenza sanitaria sia per malattia e maternità che per infortuni sul lavoro e malattie professionali ricadono sull'Istituto Croato per l'Assicurazione Sanitaria, unica Istituzione competente per l'applicazione della Convenzione in materia sanitaria.

Al contrario in Italia, sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.

Spettano all'Azienda ULSS territorialmente competente:

- il rilascio dell'attestato di diritto alle prestazioni in natura (Modello I/HR 123);
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera in Croazia;

Spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- la fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;

- le forme di assistenza e di servizio sociale;
- gli accertamenti medico-legali finalizzati alla verifica del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità;
- l'emissione o la ricezione del formulario I/HR 114 per prestazioni di notevole importanza;
- la contabilità per le suddette prestazioni con la Istituzione competente croata.

### **3.9.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria croata con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso il Modello I/HR 123.

Le prestazioni protesiche e gli accertamenti medico-legali sono a carico dell'INAIL.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la normativa croata.

## **3.10. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la ex Repubblica Federale di Jugoslavia in materia di assicurazioni sociali**

### **3.10.1. Riferimenti normativi**

- Legge 11 giugno 1960, n. 885 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Popolare Federale di Jugoslavia in materia di assicurazioni sociali, firmata a Roma il 14 novembre 1957”, pubblicata sulla G.U. del 29 agosto 1960, n. 210.
- Accordo Amministrativo per l’applicazione della Convenzione fatto a Belgrado il 10 ottobre 1958.
- Circolare INAM n. 75 del 26 giugno 1968.
- Precisazioni varie dell’Autorità competente italiana, da ultimo comunicazione del Ministero della Salute prot. DG RUERI/VII/1379/I.3.b.b.1 del 15 febbraio 2006.

### **3.10.2. Data di entrata in vigore**

**1° gennaio 1961.** A seguito dei noti eventi bellici che hanno interessato gli Stati Federati nella ex Repubblica Popolare di Jugoslavia si è creata una situazione geopolitica che può essere riassunta come appresso indicato per quanto riguarda l’applicazione della Convenzione italo-jugoslava firmata il 14 novembre 1957.

### **3.10.3. Repubblica Federale di Serbia – Montenegro (Cod. ISO: CS).**

La Convenzione conserva piena validità.

#### **3.10.3.1. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l’Italia: Ministro della Salute.
- Per la Serbia-Montenegro: Segretario del Comitato federale per l’assicurazione sociale.

#### **3.10.3.2. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l’Italia: Ministero della Salute.
- Per la Serbia-Montenegro: Ministarstvo spoljnih poslova Srbije i Crne Gore  
Sektor za konzularne poslove i dijasporu  
Odjel za socijaino osiguranje  
Kneza Milosa 24 - 11000 Belgrado.



### **3.10.3.3. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio (anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per la Serbia-Montenegro: Istituto distrettuale per l'assicurazione sociale.

### **3.10.4. Repubblica di Macedonia (Cod. ISO: MK)**

Ha ritenuto valida ed applicabile la Convenzione italo-jugoslava del 14 novembre 1957 in attesa di pervenire ad una nuova Convenzione bilaterale fra l'Italia e la Macedonia in materia di sicurezza sociale.

#### **3.10.4.1. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per la Macedonia: Ministro della Sanità.

#### **3.10.4.2. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per la Macedonia: Ministerstvo za Zdravstvo Fond za Zdravsteno Osiguravnje M. Tito 1003 Skopje.

#### **3.10.4.3. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio (anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per la Macedonia: Ministerstvo za Zdravstvo Fond za Zdravsteno Osiguravnje M. Tito 1003 Skopje.

### **3.10.5. Repubblica di Bosnia Erzegovina (Cod. ISO: BA)**

Ha ritenuto valida ed applicabile la Convenzione italo-jugoslava del 14 novembre 1957 in attesa di pervenire ad una nuova Convenzione bilaterale fra l'Italia e la Bosnia Erzegovina in materia di sicurezza sociale.

#### **3.10.5.1. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per la Bosnia Erzegovina: Ministro della Sanità.

### **3.10.5.2. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per la Bosnia Erzegovina: Zavod Zdravstvenog Osiguranja i Reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine  
TRG Heroja 14 71122 Sarajevo.

### **3.10.5.3. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio (anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per la Bosnia Erzegovina: Zavod Zdravstvenog Osiguranja i Reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine  
TRG Heroja 14 71122 Sarajevo.

### **3.10.6. Repubblica di Slovenia**

È stato sottoscritto un nuovo Accordo bilaterale in materia di sicurezza sociale che è stato in vigore dal 1° agosto 2002 al 30 aprile 2004.

Dal 1° maggio 2004 appartiene all'Unione Europea.

### **3.10.7. Repubblica di Croazia**

È stato sottoscritto un nuovo Accordo bilaterale in materia di sicurezza sociale in vigore dal 1° novembre 2003 (v. punto 3.9.).

### **3.10.8. Repubblica del Kosovo**

Non ha aderito alla Convenzione italo-jugoslava. La Repubblica del Kosovo rientra pertanto fra gli "Stati extra Unione Europea" ai fini della fruizione dell'assistenza sanitaria.

#### **Avvertenza**

**Per comodità di unificazione della trattazione si fa ancora riferimento alla Convenzione Italo-Jugoslava per cui i cittadini degli Stati e gli Stati stessi che hanno accettato di continuare ad applicare la Convenzione vengono impropriamente chiamati *ex-jugoslavi*.**

**Tutta la contabilità deve essere però imputata ai singoli Stati che hanno accettato la Convenzione con la ex-Jugoslavia e non più genericamente allo Stato "Jugoslavia" che non è più in essere. Si ripetono i codici ISO dei singoli Stati: MK per la Macedonia, CS per la Serbia Montenegro e BA per la Bosnia Erzegovina.**

### **3.10.9. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (ed ex-jugoslavi) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o di rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:

- l'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti per i lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori autonomi;
- l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- l'assicurazione malattia (inclusa la tubercolosi) e maternità;
- i regimi speciali *di assicurazione* per determinate categorie di lavoratori in quanto concernono i rischi e le prestazioni coperti dalle legislazioni indicate ai punti precedenti;
- le assicurazioni volontarie previste dalle legislazioni indicate ai punti precedenti.

### **3.10.10. Persone protette nella ex-Jugoslavia**

- lavoratori subordinati del settore privato;
- lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- pensionati delle predette categorie di persone;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, a prescindere dalla loro cittadinanza, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza.

### **3.10.11. Rischi sanitari protetti nella ex-Jugoslavia**

- malattia e maternità;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.10.12. Situazioni sanitariamente protette nella ex-Jugoslavia**

- "distacco" dei lavoratori;
- temporaneo soggiorno;
- trasferimento per cure di elezione;
- residenza di familiari di lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia;
- residenza di titolari di pensione o rendita solo italiana e/o dei loro familiari;

### 3.10.13. Formulari

#### I per Italia / MK o CS o BA per gli altri Stati aderenti alla Convenzione

- Modello 1: *Certificato di “distacco” temporaneo;*
- Modello 2: *Proroga di “distacco” temporaneo;*
- Modello 3: *Domanda di opzione per l’applicazione della legislazione del Paese del luogo di lavoro (per personale occupato nelle rappresentanze diplomatiche o consolari che senza opzione conservano la legislazione del Paese di origine;*
- Modello 4: *Certificato dei periodi di assicurazione ai fini del cumulo;*
- Modello 5: *Certificato di inizio del periodo assicurativo;*
- Modello 6: *Certificato di cessazione del periodo assicurativo;*
- Modello 7: *Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura;*
- Modello 8: *Autorizzazione al trasferimento per cure;*
- Modello 9: *Notifica di ricovero ospedaliero;*
- Modello 10: *Notifica di uscita dall’ospedale o di proroga del ricovero;*
- Modello 11: *Domanda di prestazione in denaro in caso di incapacità al lavoro;*
- Modello 12: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura per pensionati;*
- Modello 125 *(non più Modello/Obr. 13): Estratto conto al costo effettivo;*
- Modello 127 *(non più Modello/Obr. 14): Conto spese delle prestazioni da rimborsare a forfait.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione bilingue dei suddetti moduli con esclusione di quelli evidenziati in corsivo.

### 3.10.14. Disoccupati

Non è prevista alcuna tutela.

### 3.10.15. Rimborsi

Non è prevista l’assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento nella ex-Jugoslavia fatta eccezione per i lavoratori, non rientranti nell’ambito di applicazione della Convenzione, “distaccati” nella ex-Jugoslavia per motivi di lavoro, con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

### **3.10.16. Modello 7 per lavoratori distaccati (ex OBR. 7) - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per gli assicurati di un Paese che soggiornano temporaneamente nell'altro Paese - Lavoratori distaccati e altre categorie**

Attesta il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia ma "distaccati" nella ex-Jugoslavia e che nel periodo di "distacco" continuano ad essere sottoposti alla legislazione italiana, oltre che dei familiari che li accompagnano.

*Il "distacco" temporaneo di un lavoratore nella ex-Jugoslavia, con il mantenimento a proprio favore della legislazione italiana, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione dello Stato in cui svolgono l'attività.*

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- i lavoratori dipendenti da una impresa che effettua per conto proprio o di terzi, trasporti di passeggeri o di merci, ferroviari, stradali, aerei o di navigazione interna (competenza SASN) e che abbia la propria sede nel territorio di uno degli Stati contraenti, che siano occupati nell'altro Stato in qualità di personale viaggiante, rimangono sottoposti alla legislazione dello Stato nel cui territorio l'impresa ha la propria sede, a meno che l'impresa non possieda nel territorio dell'altro Stato contraente una succursale o una rappresentanza permanente ove siano occupati i lavoratori;
- i membri di un equipaggio di una nave battente bandiera di uno degli Stati contraenti rimangono sottoposti alla legislazione dello Stato di cui detta nave batte bandiera (competenza SASN);
- gli addetti ad Uffici pubblici (doganali, postali, controllo passaporti, ecc.) che siano da questi inviati nel territorio dell'altro Stato contraente, rimangono soggetti alla legislazione del Paese da cui sono inviati;
- gli agenti diplomatici e consoli di carriera come pure i funzionari appartenenti al ruolo delle cancellerie rimangono soggetti alla legislazione dello Stato di appartenenza anche durante la permanenza nell'altro Stato;
- i lavoratori, cittadini del Paese cui appartiene la Rappresentanza diplomatica o consolare rimangono soggetti alla legislazione del Paese di origine a meno che non abbiano optato per essere sottoposti alla legislazione del Paese del luogo di lavoro.

Le Autorità competenti dei due Stati contraenti possono prevedere, di comune accordo, per alcuni lavoratori o gruppi di lavoratori, se ciò è nell'interesse di questi, delle ulteriori eccezioni riguardo alla legislazione applicabile.

#### **3.10.16.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 4, comma 1, lett. a) e comma 2; articolo 12, comma 2 e 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 2; articolo 7, comma 2, 3 e 4.

#### **3.10.16.2. Persone tutelate nella ex-Jugoslavia**

- Lavoratori, italiani o ex-jugoslavi, dipendenti da una impresa che ha sede in Italia inviati nella ex-Jugoslavia per espletare la loro attività per conto dell'impresa dalla quale dipendono per un periodo non superiore a 12 mesi continuativi di "distacco", prorogabili eccezionalmente

con il consenso dell’Autorità competente ex-jugoslava notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS. Lo stesso lavoratore può essere “distaccato” *a più riprese, a causa della particolare natura del lavoro che deve compiere nella ex-Jugoslavia, semprechè ciascun periodo di “distacco” non superi i 12 mesi.*

- Lavoratori, italiani o ex-jugoslavi, che esercitano una attività lavorativa autonoma abitualmente in Italia che si recano nella ex-Jugoslavia per esercitare tale attività per un periodo non superiore a 12 mesi, eccezionalmente prorogabili con il consenso dell’Autorità competente ex-jugoslava notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori, italiani o ex-jugoslavi, appartenenti alle categorie destinatarie delle suddette **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari dei suddetti lavoratori, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla cittadinanza, che accompagnano i suddetti lavoratori nella ex-Jugoslavia, per lo stesso periodo del lavoratore.

### **3.10.16.3. Notifica del diritto all’interessato**

L’Azienda ULSS competente per iscrizione dell’interessato (oppure, per i marittimi e per il personale navigante dell’aviazione civile, direttamente il competente Ufficio territoriale di Sanità marittima o aerea del Ministero della Salute) compila il formulario, previa acquisizione del Modello 1 (o del Modello 2 in caso di proroga del “distacco”) rilasciato al lavoratore dall’Istituto previdenziale di iscrizione dell’assistito e lo consegna all’interessato prima della sua partenza per la ex-Jugoslavia.

Il formulario può anche essere trasmesso direttamente all’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” qualora questa abbia richiesto il Modello 7, essendone l’interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere preliminarmente acquisito il Modello 1 (o il Modello 2 in caso di proroga).

Non risulta predisposto un apposito modulo per la richiesta di attestati di diritto alle prestazioni in natura per cui l’eventuale richiesta viene effettuata con normale lettera.

L’originale del Modello 1, o del Modello 2 in caso di proroga, rimane in possesso del lavoratore mentre l’Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Il Modello 7 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello 1, o del Modello 2 in caso di proroga; tuttavia qualora il periodo di “distacco” venga prorogato per più 12 mesi, l’Azienda ULSS rilascia il Modello 7 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti e con il consenso dell’Autorità previdenziale competente ex-jugoslava. Comunque il Modello 1, o il Modello 2 in caso di proroga, vanno richiesti all’Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

Nel modulo vanno indicati anche i familiari, definiti tali dalla legislazione italiana, che accompagnano il lavoratore ed il termine della validità del formulario (massimo un anno).

Se trattasi di cittadini ex-jugoslavi va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

In ogni caso per il periodo di “distacco” va sospesa, nei casi previsti, la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l’accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello 7 è buona regola che l’interessato sottoscriva l’impegno ad informare sia l’Azienda ULSS sia l’Istituzione sanitaria del luogo di “distacco” di qualsiasi cambiamento eventualmente sopravvenuto nella situazione propria e/o dei familiari che possa modificare il diritto ad usufruire delle prestazioni in natura, in particolare l’abbandono, il mutamento, l’inizio o la ripresa dell’occupazione, il cambio di residenza o di dimora, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

#### **3.10.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Qualora l'interessato durante il periodo di "distacco" nella ex-Jugoslavia ritenga di dover fruire di prestazioni in natura, per sé o per un familiare iscritto nel modulo, presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il Modello 7 in corso di validità unitamente al Modello 1 o 2 rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione applicata nella ex-Jugoslavia.

#### **3.10.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Trattandosi di persone in temporaneo soggiorno per "distacco" lavorativo e non residenti nella ex-Jugoslavia essi vengono iscritti/non iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" conformemente alla legislazione sanitaria che essa applica.

In ogni caso acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura corrisposte dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco", per conto dell'Azienda ULSS competente, *con gli stessi mezzi e della stessa qualità* di quelle corrisposte agli assicurati dell'Istituzione sanitaria ex-jugoslava.

Tale diritto potrà essere prorogato solo su presentazione di un ulteriore Modello 7.

Sono comunque escluse le cure di elezione, programmabili con largo anticipo, per le quali occorre acquisire il Modello 8 (v. Capitolo 5°).

#### **3.10.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello 7 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello 7;
- copia del Modello 1 (o del Modello 2 in caso di proroga del "distacco"), di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello 7 rilasciato all'interessato;
- copia del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini ex-jugoslavi;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con Modello 6;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco";
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall'interessato al momento del rilascio del Modello;
- **copia della documentazione comprovante la sospensione, per il periodo di "distacco", della scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.10.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini della ex-Jugoslavia l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Le prestazioni in natura devono essere corrisposte dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" *con gli stessi mezzi e della stessa qualità di quelle corrisposte ai propri assicurati.*

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le "malattie" (malattia, maternità, infortuni sul lavoro o malattie professionali) insorte anche precedentemente al periodo di "distacco".

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali occorre presentare il Modello 8 (v. Capitolo 5°).

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" è tenuta a comunicare *senza indugio* all'Azienda ULSS competente la data di entrata in ospedale (Modello 9) e la data di dimissione o la necessità di proroga (Modello 10). In caso di necessità di prolungare il ricovero oltre il termine di validità del Modello 7 l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" deve acquisire il consenso dell'Azienda ULSS competente. In caso di diniego l'obbligo di rimborso da parte della Azienda ULSS competente cessa con il quindicesimo giorno successivo a quello di ricevimento della decisione di diniego da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco".

La Convenzione menziona l'assistenza **protesica** solo relativamente all'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (di competenza INAIL); al di fuori di tale campo l'assistenza protesica rientra nella normale erogazione dell'assistenza sanitaria senza adempimenti aggiuntivi.

### 3.10.16.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello 7.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione dei singoli Stati che hanno accettato la Convenzione con la ex-Jugoslavia (Macedonia o Serbia Montenegro o Bosnia Erzegovina) *alla fine di ogni caso di malattia.*

Le prestazioni in natura che non possono essere indicate singolarmente vengono computate in base ad una quota forfetaria per giornata di malattia, desunta, salvo conguaglio, dai risultati contabili dell'ultimo esercizio finanziario definito.



### **3.10.17. Modello 7 per temporaneo soggiorno (ex OBR. 7) - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per gli assicurati di un Paese che soggiornano temporaneamente nell'altro Paese**

Attesta il diritto alle prestazioni in natura in caso di soggiorno temporaneo nella ex-Jugoslavia per ferie, brevi permessi, turismo, visita.

#### **3.10.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 12, comma 2 e 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 7, comma 2, 3 e 4.

#### **3.10.17.2. Persone tutelate nella ex-Jugoslavia**

- lavoratori subordinati, italiani o ex-jugoslavi, del settore privato ed assimilati;
- lavoratori autonomi, italiani o ex-jugoslavi, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- titolari di pensione o rendita delle predette categorie di persone;
- familiari delle suddette categorie di persone, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione italiana.

#### **3.10.17.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito e/o dei familiari compila il formulario e lo consegna all'interessato prima della sua partenza per la ex-Jugoslavia.

Il formulario può anche essere trasmesso direttamente all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno qualora questa abbia richiesto il Modello 7, essendone l'interessato sprovvisto.

Non risulta predisposto un apposito modulo per la richiesta di attestati di diritto alle prestazioni in natura per cui l'eventuale richiesta viene effettuata con normale lettera.

Nel modulo sono indicati i familiari aventi titolo secondo la legislazione italiana e la durata di validità del formulario che non può essere superiore a mesi tre, ma può essere a richiesta rinnovata una sola volta.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **Avvertenza**

**La risposta ad una eventuale richiesta d'ufficio del Modello 7 da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno dovrà essere evasa con estrema sollecitudine, anticipandola via telefax o e-mail; in caso contrario le prestazioni in natura già erogate saranno addebitate direttamente all'assistito che, a sua volta, non potrà richiedere alcun rimborso all'Azienda ULSS al suo rientro in Italia.**

#### **3.10.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno nella ex-Jugoslavia ritenga di dover fruire di prestazioni sanitarie urgenti, per sé o per un familiare iscritto nel modulo, presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello 7 in corso di validità unitamente ad un documento d'identità.

#### **3.10.17.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

Trattandosi di persone in temporaneo soggiorno e non residenti nella ex-Jugoslavia essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno.

In ogni caso acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura ritenute urgenti, erogate dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno, per conto dell'Azienda ULSS competente, *con gli stessi mezzi e della stessa qualità* di quelle corrisposte agli assicurati dell'Istituzione sanitaria ex-jugoslava.

Tale diritto potrà essere prorogato solo su presentazione di un ulteriore Modello 7.

Sono comunque escluse le cure di elezione, programmabili con largo anticipo, per le quali occorre acquisire il Modello 8 (v. Capitolo 5°).

#### **3.10.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello 7 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello 7;
- copia del Modello 7 rilasciato all'interessato;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- se trattasi di cittadini ex-jugoslavi copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno;
- **copia della documentazione comprovante la sospensione, nei casi previsti, della scelta del medico di fiducia per il lavoratore e/o per i familiari;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

#### **3.10.17.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini della ex-Jugoslavia l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Le prestazioni in natura devono essere corrisposte dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno *con gli stessi mezzi e della stessa qualità di quelle corrisposte ai propri assicurati*.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute urgenti. Sull'urgenza decide il prestatore di cure.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali occorre presentare il Modello 8 (v. Capitolo 5°).

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno è tenuta a comunicare *senza indugio* all'Azienda ULSS competente la data di entrata in ospedale (Modello 9) e la data di dimissione o la necessità di proroga (Modello 10). In caso di necessità di prolungare il ricovero oltre il termine di validità del Modello 7 l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno deve acquisire il consenso dell'Azienda ULSS competente. In caso di diniego l'obbligo di rimborso da parte della Azienda ULSS competente cessa con il quindicesimo giorno successivo a quello di ricevimento della decisione di diniego da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno.

La Convenzione menziona l'assistenza **protesica** solo relativamente all'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (di competenza INAIL); al di fuori di tale campo l'assistenza protesica rientra nella normale erogazione dell'assistenza sanitaria senza adempimenti aggiuntivi.

### **3.10.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello 7.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione dei singoli Stati che hanno accettato la Convenzione con la ex-Jugoslavia (Macedonia o Serbia-Montenegro o Bosnia Erzegovina) *alla fine di ogni caso di malattia*.

Le prestazioni in natura che non possono essere indicate singolarmente vengono computate in base ad una quota forfetaria per giornata di malattia, desunta, salvo conguaglio, dai risultati contabili dell'ultimo esercizio finanziario definito.

#### **Avvertenza**

**Alla frontiera croata viene richiesta una attestazione per la copertura sanitaria. Si fa presente che non è possibile emettere attestati I/HR a cittadini ex-jugoslavi che attraversano la Croazia per tornare al loro Paese di origine.**

### **3.10.18. Modello 8 (ex OBR. 8) - Autorizzazione al trasferimento per cure nella ex-Jugoslavia**

#### **3.10.18.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 12, comma 1 e 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 7, comma 1, 3 e 4.

#### **3.10.18.2. Persone tutelate nella ex-Jugoslavia**

- lavoratori subordinati, italiani o ex-jugoslavi, del settore privato ed assimilati;
- lavoratori autonomi, italiani o ex-jugoslavi, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- titolari di pensione o rendita delle predette categorie di persone;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione italiana.

#### **3.10.18.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989** (v. Capitolo 5°) compila e consegna il modulo all'interessato prima della sua partenza per ricevere cure mediche di elezione nella ex-Jugoslavia.

Se trattasi di cittadino ex-jugoslavo va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia,

Copia del formulario va anche trasmessa dall'Azienda ULSS direttamente alla Istituzione sanitaria ex-jugoslava "delegata" ad erogare le cure.

Il modulo è **individuale** ed ha valenza esclusivamente per la singola persona intestataria. Un eventuale accompagnatore deve essere munito di Modello 7.

Nel modulo può essere indicata la Struttura sanitaria, in precedenza contattata, cui la persona intende rivolgersi per iniziare o continuare le cure mediche non necessariamente solo ospedaliere ed il tipo di cure, con eventuali limitazioni, che possono essere erogate nel periodo di validità del formulario.

È sempre indicata la durata massima di validità del modulo.

#### **3.10.18.4. Notifica all'Istituzione sanitaria ex-jugoslava**

Al suo arrivo nella ex-Jugoslavia l'interessato è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura deputata a fornire le cure e/o all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello 8 in corso di validità unitamente ad un documento d'identità e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione ex-Jugoslavia.

### **3.10.18.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

Trattandosi di persone temporaneamente soggiornanti nella ex-Jugoslavia per ricevere cure di elezione autorizzate dall'Istituzione italiana competente essi non vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di dimora pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni in natura appropriate ed efficaci (in regime sia di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, prima del ricovero e dopo la dimissione), erogate secondo la legislazione sanitaria applicata nella ex-Jugoslavia, per la patologia che ha dato origine al rilascio del Modello 8 e per la durata di validità del Modello.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello 8 eventualmente rilasciato dalla Azienda ULSS competente, espletate le procedure di rito, su richiesta motivata dell'Istituzione sanitaria ex-jugoslava.

Il diritto potrà invece essere cancellato prima della scadenza su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana.

### **3.10.18.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello 8 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello 8;
- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure di cui al DM Sanità 3 novembre 1989;
- copia del Modello 8 rilasciato all'interessato e trasmesso all'Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- se trattasi di cittadino ex-jugoslavo copia del titolo di soggiorno in Italia.
- eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava ed atti relativi;
- copia di eventuale notifica di cessazione del diritto prima della scadenza;
- copie di notifiche di entrata/uscita dall'ospedale con Modello 9;
- **documentazione comprovante la sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.10.18.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini della ex-Jugoslavia l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Le prestazioni in natura devono essere corrisposte dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno *con gli stessi mezzi e della stessa qualità di quelle corrisposte ai propri assicurati.*

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per la cura della "malattia" che ha dato origine al rilascio del Modello 8.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria ex-jugoslava deputata ad erogare le prestazioni anche sulla base della documentazione sanitaria disponibile, ivi inclusa quella eventualmente esibita dall'assistito.

Eventuali accompagnatori devono essere muniti di Modello 7 per temporaneo soggiorno.

È consigliabile che anche l'interessato sia munito di Modello 7 in aggiunta al Modello 8 per poter eventualmente fruire di prestazioni non attinenti alla patologia che ha dato origine al rilascio del Modello 8.

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno è tenuta a comunicare *senza indugio* all'Azienda ULSS competente la data di entrata in ospedale (Modello 9) e la data di dimissione o la necessità di proroga (Modello 10). In caso di necessità di prolungare il ricovero oltre il termine di validità del Modello 8 l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno deve acquisire il consenso dell'Azienda ULSS competente. In caso di diniego l'obbligo di rimborso da parte della Azienda ULSS competente cessa con il quindicesimo giorno successivo a quello di ricevimento della decisione di diniego da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno.

La Convenzione menziona l'assistenza **protesica** solo relativamente all'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (di competenza INAIL); al di fuori di tale campo l'assistenza protesica rientra nella normale erogazione dell'assistenza sanitaria senza adempimenti aggiuntivi.

### **3.10.18.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato il Modello 8.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione dei singoli Stati che hanno accettato la Convenzione con la ex-Jugoslavia (Macedonia o Serbia-Montenegro o Bosnia Erzegovina) *alla fine di ogni caso di malattia*.

Le prestazioni in natura che non possono essere indicate singolarmente vengono computate in base ad una quota forfetaria per giornata di malattia, desunta, salvo conguaglio, dai risultati contabili dell'ultimo esercizio finanziario definito.

### **3.10.19. Modello 5 (ex OBR. 5) - Inizio del rapporto assicurativo - Attestato per l'iscrizione dei familiari residenti nella ex-Jugoslavia di lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia.**

#### **3.10.19.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 10.
- Accordo Amministrativo: articolo 5.

#### **3.10.19.2. Persone tutelate nella ex-Jugoslavia**

- Familiari di qualsiasi nazionalità residenti nella ex-Jugoslavia, definiti tali secondo la normativa ex-jugoslava, di lavoratori subordinati o autonomi, italiani o ex-jugoslavi, che siano residenti, occupati ed assicurati in Italia a meno che tali familiari non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione ex-jugoslava (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di pensione ex-jugoslava).

#### **3.10.19.3. Notifica del diritto al lavoratore**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore compila la prima parte del modulo e ne trasmette due copie all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari, di propria iniziativa al momento dell'iscrizione del lavoratore oppure su richiesta di quella Istituzione qualora i familiari siano sprovvisti del formulario ed intendano iscriversi all'assicurazione ex-jugoslava di malattia e maternità.

È necessario acquisire preliminarmente:

- un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari nella ex-Jugoslavia (tradotto legalmente in italiano);
- una dichiarazione sull'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria della ex-Jugoslavia competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS e all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari nella ex-Jugoslavia qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa del titolare, inizio attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento di residenza) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

Nella compilazione del Modello, per quanto attiene alla validità, va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore se cittadino ex-jugoslavo.

Nel modulo sono indicati i familiari dichiarati a proprio carico dall'interessato e la decorrenza del diritto.

L'Azienda ULSS non può rilasciare il formulario per un periodo di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria di residenza dei familiari nella ex-jugoslavia e previa verifica dei requisiti.

Resta ferma la possibilità di annullamento dell'attestato prima del termine tramite Modello 6.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.10.19.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari**

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari, recepite le due copie del Modello 5, accerta quali sono i familiari dichiarati dall'interessato che hanno diritto, secondo la legislazione ex-jugoslava, ad essere considerati tali ai fini dell'assistenza sanitaria.

Conseguentemente compila la seconda parte delle due copie del Modello 5.

Nella seconda parte vengono elencati tutti i familiari residenti nella ex-Jugoslavia aventi diritto ad usufruire delle prestazioni in natura secondo la legislazione ex-jugoslava.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello 5 all'Azienda ULSS che ha compilato la prima parte, per conferma o meno dell'iscrizione.

L'Istituzione competente comunica senza indugio all'Istituzione del luogo di residenza dei familiari la data di cessazione del diritto alle prestazioni.

#### **3.10.19.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari**

Trattandosi di persone, di qualsiasi nazionalità, residenti nella ex-Jugoslavia i familiari risultati tali secondo la normativa ex-jugoslava vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza con decorrenza dalla data indicata nella prima parte del formulario, a parità di condizioni con i familiari dei lavoratori iscritti a quella Istituzione.

L'iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente solo su conforme notifica da parte dell'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore per cessazione del diritto, tramite Modello 6.

#### **3.10.19.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al lavoratore in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello 5;
- copia del Modello 5 compilato in due esemplari nella prima parte e trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari;
- documentazione probatoria sullo stato di famiglia e sulla residenza dei familiari nella ex-Jugoslavia;
- copia del permesso di soggiorno del titolare del diritto se cittadino ex-jugoslavo;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- il Modello 5 compilato nella seconda parte dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;



- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- copia dell'eventuale Modello 5 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello 6 ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia in casi di familiare già iscritto al SSN;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.10.19.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia**

Le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari con le norme, i limiti e le modalità (procedure e tariffe) in vigore per i familiari dei propri assicurati.

### **3.10.19.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, dell'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito che ha compilato la prima parte del Modello 5.

La fatturazione avviene sulla base di compensi unitari globali per ogni assicurato e per ogni mese durante il quale sussiste il diritto alle prestazioni.

Ovviamente la fatturazione viene effettuata da ogni singolo Stato che ha accettato la Convenzione (Macedonia o Serbia-Montenegro o Bosnia Erzegovina) e non più genericamente dalla "Jugoslavia".

### **3.10.20. Modello 12 (ex OBR. 12) - Attestazione relativa al diritto alle prestazioni in natura - Titolari di pensione o rendita e/o loro familiari a carico**

#### **3.10.20.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 11, comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 6.

#### **3.10.20.2. Persone tutelate nella ex-Jugoslavia**

- titolari di pensione contributiva o rendita INAIL, dovuta in virtù della sola legislazione italiana, che risiedono nella ex-Jugoslavia e per i quali l'Italia è lo Stato competente;
- familiari a carico del titolare di pensione o rendita secondo la legislazione ex-jugoslava, a prescindere dalla cittadinanza, che risiedono nella ex-Jugoslavia;

a meno che le suddette categorie di persone non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione ex-jugoslava (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione ex-jugoslava).

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione in cui risiedono ed a carico di questa.**

#### **3.10.20.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Istituzione italiana competente per la liquidazione della pensione o rendita compila la parte A del modulo in tre copie.

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito in Italia compila la parte B del modulo indicando la decorrenza del diritto e trasmette una copia all'interessato e due copie all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del pensionato nella ex-Jugoslavia.

Il formulario può anche essere richiesto dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del pensionato nella ex-Jugoslavia, essendone l'interessato sprovvisto ed intendendo iscriversi a quella Istituzione.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza nella ex-Jugoslavia e la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia;
- l'impegno a comunicare sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria ex-jugoslava del luogo di residenza ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche ex-jugoslava, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa propria o di un familiare, variazione del nucleo dei familiari residenti nel-

la ex-Jugoslavia, ecc.) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

L'Azienda ULSS competente rilascia il formulario con validità non superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza nella ex-Jugoslavia.

Resta ferma la possibilità di annullamento dell'attestato prima del termine tramite Modello 6.

#### **3.10.20.4. Notifica all'Istituzione del luogo di residenza nella ex-Jugoslavia**

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza degli interessati nella ex-Jugoslavia, recepite le due copie del Modello 12, accerta il diritto a fruire delle prestazioni in natura del titolare di pensione o rendita e quali sono i familiari dichiarati dall'interessato che hanno diritto, secondo la legislazione ex-jugoslava, ad essere considerati tali ai fini dell'assistenza sanitaria.

Conseguentemente compila la parte C delle due copie del Modello 12 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Nella parte C vengono elencati tutti i familiari residenti nella ex-Jugoslavia aventi diritto ad usufruire delle prestazioni in natura secondo la legislazione ex-jugoslava.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello 12 all'Azienda ULSS che ha compilato la parte B, per conferma o meno dell'iscrizione.

#### **3.10.20.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza nella ex-Jugoslavia**

Il titolare di pensione o rendita e/o i familiari risultati tali secondo la normativa ex-jugoslava vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza nella ex-Jugoslavia con decorrenza dalla data indicata nella parte B del formulario o dalla data del trasferimento della residenza se posteriore, a parità di condizioni con i titolari di pensione o rendita ex-jugoslava e/o dei loro familiari iscritti a quella Istituzione.

L'iscrizione potrà essere cancellata solo su conforme notifica da parte dell'Azienda ULSS che ha compilato la parte B del formulario.

#### **3.10.20.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare di pensione o rendita in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello 12;
- copia del Modello 12 compilato in tre esemplari nella parte A e B;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del titolare di pensione o rendita e/o dei familiari;
- il Modello 12 compilato nella parte C dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;

- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- copia dell'eventuale Modello 12 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello 6;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria ex-jugoslava;
- **documentazione relativa ad eventuali provvedimenti di sospensione o cancellazione dagli elenchi degli assistiti in Italia;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.10.20.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria nella ex-Jugoslavia**

Le prestazioni in natura vengono erogate al titolare di pensione o rendita italiana e/o ai suoi familiari dalla Istituzione sanitaria del luogo di residenza come se egli fosse titolare di una pensione o rendita dovuta in virtù della legislazione ex-jugoslava (stesse norme, limiti, tariffe e modalità di erogazione).

### **3.10.20.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte B del Modello 12.

La fatturazione avviene sulla base di compensi unitari globali per ogni assicurato e per ogni mese durante il quale sussiste il diritto alle prestazioni.

Ovviamente la fatturazione viene effettuata da ogni singolo Stato che ha accettato la Convenzione (Macedonia o Serbia-Montenegro o Bosnia Erzegovina) e non più genericamente dalla "Jugoslavia".

## **3.11. Convenzione generale di sicurezza sociale tra la Repubblica Italiana ed il Principato di Monaco**

### **3.11.1. Riferimenti normativi**

- Legge 5 marzo 1985, n. 130 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione generale di sicurezza sociale tra la Repubblica Italiana ed il Principato di Monaco, firmata a Monaco il 12 febbraio 1982”, pubblicata sul S.O. alla G.U. n. 89 del 15 aprile 1985.
- Accordo Amministrativo relativo alle modalità di applicazione della Convenzione fatto a Monaco il 12 febbraio 1982, pubblicato sulla G.U. n. 285 del 4 dicembre 1985.
- Circolare Min. Sanità prot. n. 1000/IV/4192 del 1° luglio 1987 concernente “Norme e procedure per l’applicazione della Convenzione italo-monegasca in materia di assicurazioni sociali”.
- Circolari Min. Sanità prot. n. 1000/IV/6674 del 9 novembre 1987, prot. n.1000/IV/5351 del 9 novembre 1991, prot. n. 1000/IV/5611 del 23 novembre 1993 concernenti ulteriori chiarimenti e precisazioni sull’applicazione della Convenzione.

### **3.11.2. Data di entrata in vigore**

**1° ottobre 1985.** Da tale data è cessata l’efficacia dei precedenti Accordi fra i due Stati in materia di sicurezza sociale firmati negli anni dal 1957 al 1964.

### **3.11.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

**La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (o monegaschi) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:**

- l’assicurazione per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti per i lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori autonomi;
- l’assicurazione malattia (ivi compresa la tubercolosi) e la maternità;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- la legislazione sui regimi speciali di sicurezza sociale in quanto riguardano i rischi coperti e le prestazioni previste dalle legislazioni elencate ai punti precedenti.

I profughi e gli apolidi residenti nei due Stati sono equiparati ai cittadini dei due Stati.

### **3.11.4. Persone protette a Monaco**

- lavoratori subordinati, italiani o monegaschi, del settore privato;
- lavoratori, italiani o monegaschi, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- lavoratori autonomi, italiani o monegaschi, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- titolari di pensione delle predette categorie;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, a prescindere dalla loro cittadinanza, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza.

**Relativamente al “temporaneo soggiorno” ed al “trasferimento per cure d’elezione” la Convenzione si applica anche ai dipendenti pubblici ed ai pensionati di tale categoria.**

### **3.11.5. Rischi sanitari protetti a Monaco**

- malattia e maternità.
- infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.11.6. Situazioni sanitariamente protette a Monaco**

La Convenzione si rifà, con poche differenziazioni, alla normativa contemplata dai Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972 in vigore al momento della stipula della Convenzione.

Sono tutelate le seguenti situazioni:

- “distacco” dei lavoratori;
- lavoro frontaliero e stagionale;
- temporaneo soggiorno;
- trasferimento per cure;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali (solo per i lavoratori distaccati a Monaco);
- residenza a Monaco di familiari di qualsiasi nazionalità di lavoratori occupati e assicurati in Italia;
- residenza a Monaco di titolari di pensione o rendita dovuta in virtù della sola legislazione italiana.

### **3.11.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per Monaco: Capo Dipartimento dei Lavori Pubblici e degli Affari Sociali.

### **3.11.8. Organismo di collegamento per le prestazioni sanitarie**

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per Monaco: Caisse Sociales de Monaco  
11 Rue Louis Notari 98030 Monaco Cedex

### **3.11.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: l'Azienda ULSS competente per territorio;  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali).
- Per Monaco: la Caisse de Compensation des Services Sociaux oppure il Service Particulier des Services Sociaux dal quale dipende l'assicurato;  
(anche le Compagnie convenzionate di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

### **3.11.10. Rimborsi**

Non è prevista l'assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento nel Principato di Monaco fatta eccezione per i lavoratori, non rientranti nell'ambito di applicazione della Convenzione, “distaccati” per motivi di lavoro, con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980 (v. Capitolo 4°).

### 3.11.11. Formulari

#### I per Italia / MC per Monaco

- I/MC 1: *“Distacco” del lavoratore;*
- I/MC 2: *Proroga del “distacco”;*
- I/MC 3: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura per malattia o maternità preesistenti all’iscrizione al SSN (temporaneamente sospeso);*
- I/MC 4: *Attestato per l’iscrizione dei titolari di pensione o rendita;*
- I/MC 5: *Attestato per l’iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o assimilati;*
- I/MC 6: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori “frontalieri” (rilasciato dall’Italia per i lavoratori residenti a Monaco ed occupati in Italia);*
- I/MC 7: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori distaccati;*
- I/MC 8: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura per temporaneo soggiorno (utilizzato anche per cure urgenti ai “frontalieri” nello Stato di occupazione);*
- I/MC 9: *Autorizzazione al trasferimento per cure;*
- I/MC 10: *Notifica di sospensione o cessazione del diritto di cui ai Modelli I/MC 5 e I/MC 6;*
- I/MC 10 bis: *Notifica di sospensione o cessazione del diritto di cui ai Modelli I/MC 4 e I/MC 7;*
- I/MC 11: *Segnalazione dei forfait mensili (ora viene utilizzato il Modello 127 universale, di uso unilaterale italiano, Monaco utilizza tabulati meccanografici);*
- I/MC 12: *Conto individuale spese effettive (ora viene utilizzato il Modello 125 universale, di uso unilaterale italiano, Monaco utilizza tabulati meccanografici);*
- I/MC 13: *Ricovero ospedaliero, notifica di entrata e uscita (di uso unilaterale italiano, Monaco utilizza tabulati meccanografici);*
- I/MC 14: *Concessione di protesi, di grandi apparecchi, ecc.;*
- 1/MC/IM: *Attestato di diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori “frontalieri” (rilasciato da Monaco per i lavoratori residenti in Italia ed occupati a Monaco);*
- 2/MC/IM: *Cessazione degli effetti di cui al Modello precedente.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione italiana dei suddetti moduli con esclusione di quelli evidenziati in corsivo.

Non risulta sia stato predisposto un apposito formulario per richieste o comunicazioni di informazioni né per richieste di attestati. Per tali esigenze dovranno essere utilizzate normali lettere.

### **3.11.12. Modello I/MC 4 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita.**

#### **3.11.12.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 14, paragrafo 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 15.

#### **3.11.12.2. Persone tutelate a Monaco**

- Titolari di pensione contributiva del settore privato o categorie assimilate o rendita INAIL liquidata esclusivamente da una Istituzione italiana, per i quali l'Italia è lo Stato competente, che risiedono a Monaco;
- familiari di qualsiasi nazionalità definiti a carico delle suddette categorie dalla legislazione di Monaco che siano residenti a Monaco;

a condizione che le suddette categorie di persone non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di Monaco (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione di Monaco).

#### **Avvertenza**

**Giova ricordare che i titolari di una pensione o di una rendita dovuta in virtù della legislazione di ambedue gli Stati contraenti, nonché i loro familiari hanno diritto a ricevere le prestazioni in natura da parte dell'Istituzione in cui risiedono ed a carico di questa.**

#### **3.11.12.3. Notifica del diritto all'interessato**

La Istituzione italiana competente compila la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita e/o per i familiari e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per Monaco oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco qualora questa abbia richiesto il Modello I/MC 4 essendone gli interessati sprovvisti al loro arrivo a Monaco ed intendendo iscriversi all'Istituzione sanitaria di Monaco.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza a Monaco e la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell'assistenza sanitaria a Monaco;
- l'impegno a comunicare sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche monegasca, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa, variazione del nucleo dei familiari residenti a Monaco, ecc.), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. Avvertenze, lett. b, in calce al modulo).

I quadri 4 e 5 del formulario vengono compilati dalla Istituzione italiana debitrice della pensione o rendita.



La Azienda ULSS competente per iscrizione degli interessati in Italia compila i quadri 6 e 7 del formulario in cui, tra l'altro, è indicata la decorrenza del diritto.

L'Azienda ULSS non può rilasciare il formulario per un periodo di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco e previa verifica dei requisiti.

Resta ferma la possibilità di annullamento del formulario prima del termine tramite Modello I/MC 10 bis.

#### **3.11.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Non appena giunto a Monaco l'interessato presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco le due copie del Modello I/MC 4 ed ogni altra documentazione prevista dalla legislazione sanitaria monegasca. L'accertamento del carico familiare è demandato alla Istituzione sanitaria di Monaco secondo la legislazione che essa applica.

Sulla base della documentazione presentata l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco compila la parte B delle due copie del Modello I/MC 4 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Nel quadro 8 della parte B viene notificata l'iscrizione e la data di decorrenza (primo giorno del mese di effettiva iscrizione).

Nel quadro 9 viene annotato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione.

Per conferma o meno dell'iscrizione la stessa Istituzione restituisce una copia del Modello I/MC 4, compilato anche nella parte B, alla Istituzione competente italiana che ha compilato il quadro 7 della parte A.

#### **3.11.12.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Il titolare del Modello I/MC 4 e/o gli eventuali familiari aventi titolo vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria di Monaco.

Il pensionato deve informare l'Istituzione del luogo di residenza di qualsiasi variazione della situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni.

L'Istituzione del luogo di residenza dei familiari informa l'Istituzione competente di qualsiasi variazione segnalata dal pensionato.

L'iscrizione potrà essere cancellata solo su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/MC 10.

#### **3.11.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/MC 4 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 4;
- copia del Modello I/MC 4 consegnato all'interessato;

- il Modello I/MC 4 compilato nella parte B e restituito dalla Istituzione sanitaria di Monaco per conferma dell'iscrizione;
- la "autocertificazione" acquisita in fase di rilascio del Modello I/MC 4;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Monaco;
- eventuale Modello I/MC 4 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/MC 10 bis;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria di Monaco;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di Monaco;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.11.12.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di Monaco l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita italiana e/o dei propri familiari sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

### **3.11.12.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria di Monaco con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/MC 4.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite.

### **3.11.13. Modello I/MC 5 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori subordinati o autonomi e assimilati**

#### **3.11.13.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 10, paragrafo 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 11, comma 7.

#### **3.11.13.2. Persone tutelate a Monaco**

Familiari di qualsiasi nazionalità residenti a Monaco, definiti tali secondo la legislazione di Monaco, di un lavoratore italiano o monegasco del settore privato o categorie assimilate che sia residente, occupato ed assicurato in Italia, a meno che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di Monaco (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata da una Istituzione di Monaco).

### **3.11.13.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore in Italia compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato per il successivo inoltrare a suoi familiari residenti a Monaco oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Monaco qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il formulario al fine di poter iscrivere i familiari.

È necessario acquisire preliminarmente un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari a Monaco (tradotto legalmente in italiano) unitamente ad una dichiarazione rilasciata dal lavoratore attestante:

- l'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria monegasca competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS e all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Monaco qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa del titolare, inizio attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento di residenza) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Informazioni per l'assicurato" in calce al modulo, lett. d).

Nella compilazione del Modello va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore se cittadino monegasco.

Al punto 3 del formulario vengono elencati i familiari dichiarati tali dal lavoratore.

Al punto 4 viene indicata la decorrenza del diritto.

L'Azienda ULSS non può rilasciare il formulario per un periodo di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a Monaco e previa verifica dei requisiti.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

### **3.11.13.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari**

Per beneficiare delle prestazioni in natura i familiari interessati sono tenuti a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco il Modello I/MC 5 ed ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di Monaco

Se gli interessati non dispongono del Modello l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite lettera.

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari, acquisita tutta la documentazione necessaria secondo la legislazione di Monaco, compila la parte B delle due copie del Modello I/MC 5 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

In particolare al punto 6.1. vengono indicati i familiari aventi titolo all'iscrizione secondo la legislazione di Monaco mentre al punto 6.3. vengono indicati i familiari non aventi titolo e le motivazioni del diniego all'iscrizione.

Al punto 6.2 viene indicata la decorrenza dei forfait (primo giorno del mese indicato al punto 4.2).

La stessa Istituzione restituisce una copia del Modello I/MC 5 alla Azienda ULSS competente che ha compilato la parte A, per conferma o meno dell'iscrizione.

### 3.11.13.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco

I familiari aventi titolo vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria di Monaco.

Il lavoratore deve informare l'Istituzione del luogo di residenza dei familiari di qualsiasi variazione della situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni.

L'Istituzione del luogo di residenza dei familiari informa l'Istituzione competente di qualsiasi variazione segnalata dal lavoratore.

L'iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente solo su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/MC 10.

### 3.11.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/MC 5 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 5;
- copia del Modello I/MC 5 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria di Monaco, se da questa richiesto;
- documentazione probatoria sullo stato di famiglia e sulla residenza a Monaco dei familiari;
- se trattasi di cittadino monegasco copia del titolo di soggiorno in Italia;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- il Modello I/MC 5 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria di Monaco e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Monaco;
- copia dell'eventuale Modello I/MC 5 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/MC 10;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di Monaco tramite lettera ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di Monaco tramite lettera;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia in caso di familiari già iscritti al SSN;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.11.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini monegaschi l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco ai familiari del lavoratore occupato in Italia sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

#### **Avvertenza**

**I familiari residenti a Monaco di cui al presente formulario possono, sia in caso di urgenza medica sia con l'autorizzazione preventiva dell'Istituzione competente italiana, ricevere le cure mediche anche in Italia.**

### **3.11.13.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria di Monaco con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/MC 5.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite.

### **3.11.14. Modello I/MC 6 per l'Italia (1/MC/IM per Monaco) - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori temporanei (lavoratori frontalieri)**

#### **3.11.14.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 10.
- Accordo Amministrativo: articolo 11.

#### **3.11.14.2. Persone tutelate**

- Lavoratori italiani (o monegaschi) del settore privato e categorie assimilate che siano occupati ed assicurati in Italia e residenti a Monaco (lavoratori temporanei o frontalieri).
- Familiari di qualsiasi nazionalità, a loro carico secondo la normativa monegasca, residenti a Monaco, purchè non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione monegasca (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata da una Istituzione monegasca).

Pur non esistendo "frontiera" fra l'Italia ed il Principato di Monaco viene adottata la denominazione di "frontalieri" per la sostanziale analogia che sussiste con questa categoria di "lavoratori temporanei".

Non esistendo nella Convenzione italo-monegasca alcuna definizione al riguardo si ricorda che secondo la normativa comunitaria per "lavoratore frontaliere" si intende qualsiasi persona che esercita un'attività subordinata od autonoma in uno Stato membro e che risiede in un altro Stato membro, in cui ritorna in linea di massima ogni giorno o almeno una volta alla settimana.

### **3.11.14.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS territorialmente competente per il luogo di occupazione del lavoratore in Italia, nel caso di lavoratore residente a Monaco ed occupato ed assicurato in Italia, compila la parte A del modulo I/MC 6 e ne consegna due copie al lavoratore oppure le trasmette all'Istituzione competente per residenza dello stesso a Monaco qualora questa abbia richiesto il Modello I/MC 6.

È necessario acquisire preliminarmente:

- un certificato di residenza e stato di famiglia del lavoratore frontaliero (tradotto legalmente in italiano) rilasciato a Monaco;
- documentazione probatoria dell'attività lavorativa subordinata od autonoma svolta in Italia, in qualità di lavoratore frontaliero;
- dichiarazione sull'assenza del diritto, proprio e dei familiari, all'iscrizione ad altro titolo all'Istituzione sanitaria monegasca competente per residenza;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS ed all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei propri familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa in Italia, l'inizio dell'attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento della residenza propria o dei propri familiari, ecc.) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Informazioni per l'assicurato" in calce al modulo, lett. d).

Al punto 3 sono indicati i familiari residenti a Monaco dichiarati a proprio carico dal lavoratore all'Istituzione competente italiana.

Al punto 4.1 viene indicata la decorrenza del diritto.

L'azienda ULSS non può rilasciare il formulario per un periodo di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta del lavoratore frontaliero o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco e previa verifica dei requisiti.

### **3.11.14.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco**

Per beneficiare delle prestazioni in natura il lavoratore frontaliero è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco il Modello I/MC 6 ed ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di Monaco

Se l'interessato non dispone del formulario l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite lettera.

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del lavoratore frontaliero, acquisita tutta la documentazione necessaria secondo la legislazione di Monaco, compila la parte B delle due copie del Modello I/MC 6 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

In particolare al punto 6.1. vengono indicate le persone aventi titolo all'iscrizione secondo la legislazione di Monaco mentre al punto 6.2. vengono indicati i familiari non aventi titolo e le motivazioni del diniego all'iscrizione.

La stessa Istituzione restituisce una copia del Modello I/MC 6 alla Azienda ULSS competente che ha compilato la parte A, per conferma o meno dell'iscrizione.

### **3.11.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Il lavoratore frontaliero ed i familiari aventi titolo vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria di Monaco.

Il lavoratore deve informare l'Istituzione del luogo di residenza e l'Azienda ULSS di qualsiasi variazione della situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni.

In ogni caso l'Istituzione del luogo di residenza informa l'Istituzione competente di qualsiasi variazione segnalata dal lavoratore.

L'iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente solo su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/MC 10.

### **3.11.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/ MC 6 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 6;
- copia del Modello I/MC 6 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore frontaliero interessato o spedito all'Istituzione sanitaria di Monaco, se da questa richiesto;
- documentazione probatoria sullo stato di famiglia e sulla residenza a Monaco;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore frontaliero o dei familiari;
- il Modello I/MC 6 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria di Monaco e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Monaco;
- copia dell'eventuale Modello I/MC 6 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/MC 10;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di Monaco tramite lettera ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di Monaco tramite lettera;
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.11.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini monegaschi l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a Monaco al lavoratore frontaliero occupato in Italia ed ai familiari a carico sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

#### **Avvertenza**

**Le persone residenti a Monaco di cui al presente formulario possono, sia in caso di urgenza medica sia con l'autorizzazione preventiva dell'Istituzione competente italiana, ricevere le cure mediche anche in Italia.**

### 3.11.14.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria di Monaco con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/MC 6.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite.

### 3.11.15. Modello I/MC 7 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura dei lavoratori "distaccati"

*Il "distacco" temporaneo di un lavoratore a Monaco, con il mantenimento a proprio favore della legislazione italiana, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione dello Stato in cui svolgono l'attività.*

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- i lavoratori delle imprese pubbliche o private di trasporto che si recano dall'uno all'altro dei Paesi contraenti e che sono occupati nelle unità mobili di tali imprese, sono sottoposti alla legislazione in vigore nel Paese dove l'impresa ha la propria sede;
- i membri di un equipaggio di una nave battente bandiera di uno degli Stati contraenti rimangono sottoposti alla legislazione dello Stato di cui detta nave batte bandiera;
- i viaggiatori o i rappresentanti di commercio che esercitano la loro attività in entrambi i Paesi contraenti sono soggetti alla legislazione del Paese sul territorio del quale risiedono abitualmente, qualunque sia la sede dell'impresa o delle imprese per il conto della quale o delle quali essi lavorano;
- gli agenti diplomatici e consoli di carriera come pure i funzionari appartenenti agli organici delle cancellerie rimangono soggetti alla legislazione dello Stato di appartenenza anche durante la permanenza nell'altro Stato;
- i lavoratori, cittadini del Paese cui appartiene la Rappresentanza diplomatica o consolare ove sono occupati, possono optare tra l'applicazione della legislazione del Paese ove lavorano e quella della legislazione del loro Paese di origine.

Le Autorità competenti dei due Stati contraenti possono prevedere, di comune accordo, per alcuni lavoratori o gruppi di lavoratori, delle ulteriori eccezioni riguardo alla legislazione applicabile.

#### 3.11.15.1. Riferimenti normativi

- Convenzione: articolo 4, paragrafo 2 ; articolo 5, paragrafo 2; articolo 9; articolo 33.
- Accordo Amministrativo: articolo 2; articolo 11; articolo 40.

#### 3.11.15.2. Persone tutelate a Monaco

- Lavoratori, italiani o monegaschi, dipendenti da una impresa con sede in Italia che siano inviati ("distaccati") a Monaco dall'impresa da cui dipendono normalmente per espletarvi la loro attività per conto di detta impresa per un periodo di tempo non superiore a 12 mesi, prorogabili *per motivi imprevedibili* previo consenso della Autorità competente di Monaco notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori autonomi, italiani o monegaschi, assimilati ai lavoratori dipendenti dalla legislazione italiana che esercitano la loro attività abitualmente in Italia e che si trasferiscono a Mona-



co per esercitare tale attività per un periodo massimo non superiore a 12 mesi, prorogabili *per motivi imprevedibili* previo consenso dell'Autorità competente di Monaco notificato per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.

- Lavoratori, italiani o monegaschi, destinatari delle **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari a carico dei suddetti lavoratori, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN, che accompagnano a Monaco i suddetti lavoratori, per lo stesso periodo del lavoratore.

### **3.11.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato (oppure, per i marittimi e per il personale navigante dell'aviazione civile, direttamente il competente Ufficio territoriale di sanità marittima o aerea del Ministero della Salute), acquisito il Modello I/MC 1, o I/MC 2 in caso di proroga del "distacco", rilasciato al lavoratore dall'Istituzione previdenziale italiana presso la quale è assicurato, da cui risulta sino a quale data egli rimane soggetto alla legislazione italiana (massimo 12 mesi), compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per Monaco

Il Modello I/MC 7 può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" dell'interessato a Monaco qualora questa lo abbia richiesto essendone l'interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere acquisito il Modello I/MC 1 o I/MC 2.

L'originale del Modello I/MC 1, o del Modello I/MC 2 in caso di proroga del "distacco", rimane in possesso del lavoratore mentre l'Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Giova ricordare che in caso di "distacco" è sempre previsto il rilascio del Modello I/MC 7 indipendentemente dal fatto che il lavoratore trasferisca o meno la residenza anagrafica a Monaco

I familiari che accompagnano il lavoratore nel luogo di "distacco" vengono indicati al punto 3.

Se trattasi di cittadini monegaschi va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

Il Modello I/MC 7 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello I/MC 1, o del Modello I/MC 2 in caso di proroga; pertanto l'Azienda ULSS rilascia il Modello I/MC 7 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti e previo consenso dell'Autorità competente di Monaco. Comunque il Modello I/MC 1, o il Modello I/MC 2 in caso di proroga, vanno richiesti all'Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

In ogni caso, per il periodo di "distacco", va sospesa la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l'accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I/MC 7 è buona regola che l'interessato sottoscriva, in conformità a quanto espressamente previsto alla lett. d) delle "Informazioni per l'assicurato" riportate in calce al Modello, l'impegno ad informare sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" a Monaco di qualsiasi variazione concernente la propria situazione e/o quella dei propri familiari che lo accompagnano che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare la cessazione, il cambiamento o la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza propria o dei propri familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, inizio di attività lavorativa di un familiare, ottenimento di pensione o rendita ecc.), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

#### **3.11.15.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza a Monaco il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il **Modello I/MC 7 unitamente al Modello I/MC 1, o Modello I/MC 2 in caso di proroga del "distacco"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di Monaco.

#### **3.11.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

Trattandosi di cittadini residenti (dimoranti abitualmente) a Monaco durante il periodo di "distacco" essi vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione sanitaria italiana competente, dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" secondo la legislazione che quest'ultima applica.

Quest'ultima Istituzione compila la parte B del Modello e restituisce una copia all'Istituzione competente, per la conferma o meno dell'iscrizione.

#### **3.11.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/MC 7 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 7;
- copia del Modello I/MC 1, o del Modello I/MC 2 in caso di proroga del "distacco", di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I/MC 7 rilasciato all'interessato;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- se trattasi di cittadini monegaschi copia del titolo di soggiorno in Italia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di Monaco;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" tramite Modello I/MC 10 bis ed atti conseguenti;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" ed atti conseguenti;
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall'interessato al momento del rilascio del Modello;
- **documentazione comprovante la eventuale sospensione, per il periodo di "distacco", della scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.11.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di Monaco l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

In linea di principio sono erogabili tutte le prestazioni in natura ritenute necessarie, appropriate ed efficaci per le "malattie" (malattia, maternità, infortuni sul lavoro o malattie professionali) insorte durante il periodo di "distacco" o pregresse, a parità di condizioni con i lavoratori di Monaco.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali occorre presentare il Modello I/MC 9 (v. Capitolo 5°).

Al riguardo della erogazione delle prestazioni in natura giova rimarcare quanto appresso.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria di Monaco è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, "immediatamente", la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/MC 13 nonché la data di dimissione con un secondo invio dello stesso formulario (possono essere segnalate eventuali responsabilità di terzi per azione di rivalsa); copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

L'Istituzione sanitaria di Monaco, verificato il diritto dell'assicurato secondo la normativa applicata e fatti salvi i casi d'urgenza, è tenuta a richiedere la preventiva autorizzazione all'Azienda ULSS competente, utilizzando la parte A del Modello I/MC 14, nel caso di concessione di **protesi, di grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, nonché le parti complementari, accessori ed attrezzi necessari;
- calzature ortopediche e calzature speciali (non ortopediche);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vicino e da lontano per persone operate di cataratta;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettroacustici ed elettrofonetici;
- protesi dentarie (fisse o mobili) e protesi otturatrici della cavità boccale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi di cui ai punti precedenti;
- soggiorno e cure mediche nei centri di convalescenza, idrofangotermali, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione funzionale o per la rieducazione professionale.

Tali prestazioni possono essere comunque erogate se l'Azienda ULSS competente non notifica il proprio diniego motivato all'Istituzione sanitaria di Monaco, utilizzando la parte B dello stesso formulario, entro **30 giorni** dall'inoltro della preventiva autorizzazione.

Qualora le prestazioni debbano essere corrisposte con **carattere d'urgenza** l'Istituzione sanitaria di Monaco procede senza indugio alla loro erogazione informandone tempestivamente l'Azienda ULSS competente.

### **3.11.15.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/MC 7.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Monaco.

### **3.11.16. Modello I/MC 8**

**Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura in caso di cure urgenti durante il soggiorno temporaneo a Monaco.**

**Utilizzato anche per cure urgenti ai lavoratori "frontalieri" italiani e loro familiari in temporaneo soggiorno a Monaco (Paese di occupazione).**

#### **3.11.16.1. Riferimenti Normativi**

- Convenzione: articolo 10, paragrafo 3 (per "frontalieri"); articolo 11, paragrafo 1, lett. a) e paragrafo 3; articolo 33.
- Accordo Amministrativo: articolo 12; articolo 40.

#### **3.11.16.2. Persone tutelate a Monaco**

- lavoratori subordinati, italiani o monegaschi, del settore **pubblico** o privato;
- lavoratori autonomi, italiani o monegaschi, assimilati ai lavoratori subordinati dalla legislazione italiana;
- titolari di pensione o rendita delle suddette categorie di lavoratori;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

Sono esclusi i libero professionisti ed i pensionati da libera professione.

#### **3.11.16.3. Notifica del diritto**

L'Azienda ULSS competente compila e consegna il modulo all'interessato di norma prima della partenza dello stesso per Monaco oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria di Monaco, ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima essendo il cittadino pervenuto a Monaco sprovvisto dell'attestato e necessitando di cure immediate.

Il formulario può essere rilasciato agli aventi titolo che intendano soggiornare temporaneamente a Monaco per ferie, visita, turismo, brevi trasferte connesse anche ad attività lavorativa (in tal caso è necessario anche il Modello I/MC 1).

Al quadro 2 sono indicati i familiari secondo la legislazione italiana.

Al quadro 3 viene indicato il periodo di validità del modulo che non può essere superiore a mesi tre ma può essere, a richiesta, rinnovato.

Se trattasi di cittadini monegaschi va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

## Avvertenza

La risposta ad una eventuale richiesta d'ufficio del Modello I/MC 8 da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno dell'assistito a Monaco dovrà essere evasa con estrema sollecitudine, anticipandola via telefax o e-mail; in caso contrario e soprattutto in caso di brevissimi soggiorni le prestazioni "immediate" già erogate saranno addebitate direttamente all'assistito che non potrà richiedere alcun rimborso all'Azienda ULSS al suo rientro in Italia.

### 3.11.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno a Monaco ritenga di dover fruire, per sè o per un familiare iscritto nel modulo, di prestazioni in natura aventi carattere di *necessità, imprevedibilità ed urgenza* ("**cure immediate**") presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/MC 8 in corso di validità unitamente al documento di identità.

### 3.11.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco

Trattandosi di cittadini italiani in temporaneo soggiorno e non residenti a Monaco essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni di **necessità immediata** per tutta la durata di validità del Modello, con le modalità (procedure e tariffe) previste dalla legislazione sanitaria di Monaco.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/MC 8 rilasciato dalla Istituzione italiana competente.

### 3.11.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/MC 8 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 8;
- fotocopia del Modello I/MC 8 di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia della richiesta del Modello I/MC 8 pervenuta dalla Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- se trattasi di cittadini monegaschi copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno;
- eventuali comunicazioni di ricovero in ospedale con Modello I/MC 13;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.11.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata a Monaco, tutte le prestazioni in natura che risultano essere di **necessità immediata** (comprese quelle riferibili a malattie croniche preesistenti) durante il temporaneo soggiorno a Monaco in quanto ritenute non differibili fino al rientro programmato in patria senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona.

Nel caso di lavoratori iscritti all'INAIL vengono anche assicurate le prestazioni immediate connesse ad infortuni sul lavoro o malattia professionale.

La **necessità immediata** delle prestazioni viene valutata da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno e non può essere sindacata da parte dell'Istituzione di provenienza dell'assistito che pur si assume l'onere delle prestazioni erogate.

Sono esclusi tutti i trattamenti differibili fino al rientro prestabilito in Italia ed i trattamenti di elezione (programmabili con largo anticipo) per i quali si rende necessario acquisire il Modello I/MC 9 (v. Capitolo 5°).

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria di Monaco è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, "immediatamente", la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/MC 13 nonché la data di dimissione con un secondo invio dello stesso formulario (possono essere segnalate eventuali responsabilità di terzi per eventuali azioni di rivalsa); copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

L'Istituzione sanitaria di Monaco, verificato il diritto dell'assicurato secondo la normativa applicata a Monaco e fatti salvi i casi d'urgenza, è tenuta a richiedere la preventiva autorizzazione all'Azienda ULSS competente, utilizzando la parte A del Modello I/MC 14, nel caso di concessione di **protesi, di grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, nonché le parti complementari, accessori ed attrezzi necessari;
- calzature ortopediche e calzature speciali (non ortopediche);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vicino e da lontano per persone operate di cataratta;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettroacustici ed elettrofonetici;
- protesi dentarie (fisse o mobili) e protesi otturatrici della cavità boccale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi di cui ai punti precedenti;
- soggiorno e cure mediche nei centri di convalescenza, idrofangotermali, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione funzionale o per la rieducazione professionale.

Tali prestazioni possono essere comunque erogate se l'Azienda ULSS competente non notifica il proprio diniego motivato all'Istituzione sanitaria di Monaco, utilizzando la parte B dello stesso formulario, entro **30 giorni** dall'inoltro della preventiva autorizzazione.

Qualora le prestazioni debbano essere corrisposte con **carattere d'urgenza** l'Istituzione sanitaria di Monaco procede senza indugio alla loro erogazione informandone tempestivamente l'Azienda ULSS competente.

### **3.11.16.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso il Modello I/MC 8.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Monaco.

## **3.11.17. Modello I/MC 9 - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure a Monaco.**

### **3.11.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 11, paragrafo 1, lett. b) e c) e paragrafo 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 13.

### **3.11.17.2. Persone tutelate a Monaco**

- lavoratori subordinati, italiani o monegaschi, del settore **pubblico** o privato;
- lavoratori autonomi, italiani o monegaschi, assimilati ai lavoratori subordinati dalla legislazione italiana;
- titolari di pensione o rendita delle suddette categorie di lavoratori;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, definiti tali dalla legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN.

Sone esclusi i libero professionisti ed i pensionati da attività libero professionale per i quali, se iscritti al SSN, può applicarsi il DM Sanità 3 novembre 1989 in assistenza indiretta.

### **3.11.17.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989** (v. Capitolo 5°), compila e consegna il modulo all'interessato prima della sua partenza per ricevere cure mediche di elezione a Monaco

Il formulario può essere rilasciato anche ad un assistito, se lavoratore o pensionato, che intenda trasferire la residenza a Monaco (Stato competente) per proseguire cure già iniziate in Italia.

In tal caso l'autorizzazione può essere negata solo se lo "spostamento dell'interessato è sconsigliato per ragioni mediche debitamente stabilite".

Il modulo è **individuale** ed ha valenza esclusivamente per la singola persona indicata al punto 1 oppure al punto 2.

Se trattasi di cittadino monegasco va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

Al punto 3.1 va precisata, se del caso, la Struttura di Monaco presso la quale la persona è stata autorizzata a rivolgersi per iniziare o continuare le cure mediche *non necessariamente solo ospedaliere*.

Al punto 3.2 è indicata la durata massima di validità del modulo.

#### **3.11.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Al suo arrivo a Monaco l'interessato è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura deputata a fornire le cure e/o all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I/MC 9 in corso di validità unitamente al documento di identità e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione monegasca.

#### **3.11.17.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Trattandosi di cittadini temporaneamente presenti a Monaco per ricevere cure autorizzate dall'Istituzione competente italiana essi non vengono iscritti alla Istituzione sanitaria di Monaco.

Purtuttavia acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura appropriate ed efficaci (in regime sia di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, prima del ricovero e dopo la dimissione) per la patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/MC 9 e per la durata di validità del formulario.

Le prestazioni vengono erogate secondo la legislazione sanitaria applicata a Monaco.

Il diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I/MC 9 eventualmente rilasciato dalla Azienda ULSS competente su richiesta dell'interessato oppure su richiesta motivata dell'Istituzione sanitaria di Monaco tramite lettera. Anche in caso di proroga vanno rispettate **le procedure innanzi menzionate**.

#### **3.11.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/MC 9 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/MC 9;
- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure di cui al DM Sanità 3 novembre 1989;
- copia del Modello I/MC 9 rilasciato all'interessato al quale viene consegnato l'originale;
- se trattasi di cittadino monegasco copia del titolo di soggiorno in Italia
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di Monaco ed atti relativi;
- notifiche di ricoveri ospedalieri (Modello I/MC 13) o di eventuale concessione di protesi (Modello I/MC 14);
- **eventuale documentazione comprovante la sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.



### 3.11.17.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata nel Principato di Monaco, tutte le prestazioni in natura che risultano essere necessarie, appropriate ed efficaci per il trattamento della patologia da cui è affetto l'assistito e che ha dato origine al rilascio del Modello I/MC 9.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria di Monaco deputata ad erogare le prestazioni anche sulla base della documentazione sanitaria disponibile.

Eventuali accompagnatori devono essere muniti di Modello I/MC 8.

È consigliabile che anche l'interessato sia munito di Modello I/MC 8 per poter eventualmente fruire di prestazioni non correlate alla patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I/MC 9.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria di Monaco è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, "immediatamente", la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I/MC 13 nonché la data di dimissione con un secondo invio dello stesso formulario; copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

L'Istituzione sanitaria di Monaco, verificato il diritto dell'assicurato secondo la normativa applicata e fatti salvi i casi d'urgenza, è tenuta a richiedere la preventiva autorizzazione all'Azienda ULSS competente, utilizzando la parte A del Modello I/MC 14, nel caso di concessione di **protesi, di grandi apparecchi e delle altre prestazioni in natura di grande importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, nonché le parti complementari, accessori ed attrezzi necessari;
- calzature ortopediche e calzature speciali (non ortopediche);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vicino e da lontano per persone operate di cataratta;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettroacustici ed elettrofonetici;
- protesi dentarie (fisse o mobili) e protesi otturatrici della cavità boccale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore ed altri mezzi meccanici di circolazione;
- rinnovo delle apparecchiature e protesi di cui ai punti precedenti;
- soggiorno e cure mediche nei centri di convalescenza, idrofangoterma, elioterapici e talassoterapici;
- trattamenti per la riabilitazione funzionale o per la rieducazione professionale.

Tali prestazioni possono essere comunque erogate se l'Azienda ULSS competente non notifica il proprio diniego motivato all'Istituzione sanitaria di Monaco, utilizzando la parte B dello stesso formulario, entro **30 giorni** dall'inoltro della preventiva autorizzazione.

Qualora le prestazioni debbano essere corrisposte con **carattere d'urgenza** l'Istituzione sanitaria di Monaco procede senza indugio alla loro erogazione informandone tempestivamente l'Azienda ULSS competente.

### **3.11.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di Monaco con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha emesso il Modello I/MC 9.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Monaco.

### **3.11.18. Infortuni sul lavoro o malattie professionali**

Non è previsto uno specifico attestato: vengono utilizzati i formulari Modello I/MC 7 "distacco" del lavoratore" o Modello I/MC 8 "soggiorno temporaneo" (unitamente al Modello I/MC 1) dei quali il lavoratore è già in possesso durante la permanenza a Monaco per motivi di lavoro.

#### **3.11.18.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 33 e seguenti
- Accordo Amministrativo: articolo 40; articolo 41; articolo 42; articolo 43.

#### **3.11.18.2. Persone tutelate Monaco (o in itinere)**

- Lavoratori subordinati o lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati dalla legislazione italiana "distaccati" a Monaco o comunque in temporaneo soggiorno a Monaco per motivi di lavoro e quindi già in possesso, rispettivamente, di Modello I/MC 7 o Modelli I/MC 8 e I/MC 1.

#### **3.11.18.3. Notifica del diritto all'interessato**

Come da formulari richiamati.

#### **3.11.18.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Come da formulari richiamati.

#### **3.11.18.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di Monaco**

Come da formulari richiamati.

#### **3.11.18.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Nel fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare dei formulari richiamati, custodito presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, viene archiviata anche tutta la documentazione relativa ad un infortunio sul lavoro o ad una malattia professionale eventualmente sopravvenuti durante la permanenza a Monaco.

### 3.11.18.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a Monaco

In caso del verificarsi di infortunio sul lavoro o del riscontro (o comunque in presenza) di una malattia professionale l'Istituzione di Monaco eroga le prestazioni secondo la legislazione da essa applicata a parità di condizioni con i lavoratori monegaschi.

Sono esclusi i soli trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo a meno che non sia stato appositamente rilasciato il Modello I/MC 9.

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria di Monaco è tenuta a richiedere la preventiva autorizzazione all'Istituzione competente italiana trasmettendo ogni utile documentazione giustificativa. In caso di urgenza il ricovero ospedaliero viene effettuato immediatamente e viene informata, "senza indugio" l'Istituzione competente italiana. Viene utilizzato il Modello I/MC 13.

L'assistenza protesica è di competenza INAIL.

Si ricorda che nel Principato di Monaco le competenze sulla applicazione della Convenzione italo-monegasca in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali sono state affidate alle Compagnie di Assicurazioni di cui all'elenco di seguito riportato, mentre come Organismo di Collegamento rimane il Dipartimento dei Lavori Pubblici e degli Affari Sociali – Direzione del Lavoro e degli Affari Sociali:

- L'UNION DES ASSURANCES DE PARIS – 5, Av. du Berceau;
- LA PRESERVATRICE COMPAGNIE ASSURANCES – 30, Bld. Princesse Alice;
- A.G.F. ASSURANCE GENERALE DE FRANCE – 9, Av. Princesse Alice;
- LA MUTUELLE EUROPA ASSURANCE – 5, Rue du State;
- L'EUROPE COMPAGNIE ASSURANCES – 16, Rue Suffreu – Reymond;
- G.A.N. LES ASSURANCES NATIONALES – 23, Bld. Princesse Charlotte;
- LA PROTECTRICE COMPAGNIE ASSURANCES – 6, Av. de la Madone;
- WINTERTHUR ASSURANCES – 28, Bld. Princesse Charlotte;
- COMPAGNIE D'ASSURANCES L'EUROPE – 44, Bld. d'Italie;
- I.A.R.D. ASSURANCES LE MONDE – 45, Av. de Grande Bretagne;
- ABEILLE ET PAIX ASSURANCES – 14, Rue Grimaldi;
- U.A.P. URBAINE COMPAGNIE ASSURANCES – 16, Rue des Orchidees;
- C.M.G.F.A. – 26, Bld. Princesse Charlotte;
- ASSURANCES DU GROUP DE PARIS – 6, Bld. Princesse Charlotte;
- LA UNION & LA PHENIX ESPAGNOL – 57/59, Rue de l'Arcade;
- THE YORKSHIRE INSURANCE COMMA – 28, Bld. Princesse Charlotte;
- LE CONTINENTAL COMPAGNIE ASSURANCES – Place des Mulins.

Sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.

Spettano all'Azienda ULSS territorialmente competente:

- il rilascio della modulistica: Modello I/MC 7, Modello I/MC 8 oppure Modello I/MC 9 in caso di trasferimento a Monaco per cure dovute a causa di infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica ambulatoriale, farmaceutica ed ospedaliera a Monaco.

Spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;

- forme di assistenza e di servizio sociale;
- accertamenti medico-legali finalizzati all'accertamento del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità su delega dell'Istituzione competente;
- emissione del formulario I/MC 14 per prestazioni di notevole importanza;
- l'assunzione dell'onere per le prestazioni di competenza INAIL.

### **3.11.18.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura di competenza ULSS vengono erogate dall'Istituzione competente di Monaco con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso i formulari.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione di Monaco.

Le prestazioni di competenza INAIL sono a carico di quell'Istituto.

## 3.12. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di San Marino in materia di sicurezza sociale

### Avvertenza

Il Decreto Legislativo n. 30 del 6 febbraio 2007 sulla “Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell’Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri “ si applica anche a San Marino.

### 3.12.1. Riferimenti normativi

- Legge 26 luglio 1975, n. 432 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di San Marino in materia di sicurezza sociale, firmata a Roma il 10 luglio 1974”, pubblicata sulla G.U. n. 236 del 4 settembre 1975.
- Accordo Amministrativo fatto a Roma il 19 maggio 1978.
- Legge 31 gennaio 1996, n. 48 “Ratifica ed esecuzione dell’Accordo tra la Repubblica Italiana e la Repubblica di San Marino per la modifica della Convenzione di sicurezza sociale del 10 luglio 1974”, pubblicata sulla G.U. n. 101 del 2 maggio 1996.
- Circolare Ministero della Salute prot. n. DGRUERI/VII/SM/1.2.a.d/39/0025250-P del 3 novembre 2008.
- Circolare Ministero della Salute prot. n. DGPROGS/SM/1.2.a.d/39/0007358 del 19 marzo 2012.

### 3.12.2. Data di entrata in vigore

1° maggio 1996 (con le modifiche).

*Le modifiche alle disposizioni della Convenzione e dell’Accordo Amministrativo apportate con Legge 31 gennaio 1996, n. 48 si applicano esclusivamente alle prestazioni (sanitarie) richieste alle Istituzioni competenti e fruite presso le Strutture sanitarie dopo il 30 aprile.*

### 3.12.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso

La Convenzione, nel suo complesso, si applica a tutte le persone, a prescindere dalla cittadinanza (anche se diversa da quella italiana o sammarinese), che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:

- l’assicurazione generale obbligatoria per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti per i lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori autonomi;
- l’assistenza sanitaria ivi comprese le relative prestazioni economiche;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;
- i regimi speciali di sicurezza sociale in quanto riguardano i rischi coperti e le prestazioni previste dalle legislazioni elencate ai punti precedenti.

### **3.12.4. Persone protette a San Marino**

- Lavoratori di tutte le categorie;
- pensionati di tutte le categorie;
- disoccupati;
- familiari a carico delle suddette categorie di persone, a prescindere dalla loro cittadinanza, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza.

### **3.12.5. Rischi sanitari protetti a San Marino**

- Malattia e maternità.
- Infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### **3.12.6. Situazioni sanitariamente protette a San Marino**

La Convenzione si rifà, con poche differenziazioni, alla normativa contemplata dai Regolamenti (CEE) n. 1408/1971 e n. 574/1972 in vigore al momento della stipula.

Sono tutelate le seguenti situazioni:

- “distacco” dei lavoratori;
- lavoro frontaliero;
- temporaneo soggiorno;
- trasferimento per cure;
- residenza a San Marino di familiari di lavoratori residenti ed occupati in Italia;
- residenza a San Marino di titolari di pensione italiana;
- disoccupazione.

### **3.12.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria**

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per San Marino: Dicastero della Sanità e Sicurezza Sociale.

### **3.12.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura**

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per San Marino: Istituto per la Sicurezza Sociale  
Via Scialoja 20 - 47893 Borgo Maggiore (San Marino).

### **3.12.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria**

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio.
- Per San Marino: Istituto per la Sicurezza Sociale.

### 3.12.10. Formulari

#### I per l'Italia / SMAR per San Marino

- I.SMAR 001: Richiesta o comunicazione di informazioni, richiesta di formulari, sollecito.
- I.SMAR 1: Certificato di "distacco";*
- I.SMAR 2: Proroga del "distacco";*
- I.SMAR 3: Esercizio del diritto di opzione;*
- I.SMAR 4: Attestato concernente la totalizzazione dei periodi di assicurazione;*
- I.SMAR 5: Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti nel Paese diverso da quello competente;
- I.SMAR 6: Richiesta di attestato di diritto a prestazioni in natura;
- I.SMAR 7: Notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni in natura;
- I.SMAR 8: Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante il temporaneo soggiorno nel Paese diverso da quello competente;
- I.SMAR 8bis: Attestato riguardante il trasferimento per cure sanitarie nel Paese diverso da quello competente;
- I.SMAR 9: Notifica di entrata e uscita per ricovero ospedaliero;
- I.SMAR 10: Certificazione per inabilità al lavoro;*
- I.SMAR 11: Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita e per la tenuta degli inventari;
- I.SMAR 13: Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura;
- I.SMAR 14: Conto individuale delle spese effettive;*
- I.SMAR 15: Segnalazione di forfait mensili.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari dei suddetti moduli con esclusione di quelli evidenziati in corsivo.

### 3.12.11. Rimborsi

In attesa che sia perfezionato e comprovato il diritto all'assistenza sanitaria a San Marino in favore delle categorie di cittadini, **residenti** a San Marino, aventi titolo in virtù della applicazione della Convenzione, gli interessati in caso di necessità possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria di San Marino, previa presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso. L'Istituzione sanitaria di San Marino vi provvede sulla base delle tariffe che essa applica.

In attesa che sia perfezionato e comprovato il diritto all'assistenza sanitaria a San Marino in favore delle categorie di cittadini, **soggiornanti temporaneamente** a San Marino, aventi titolo in virtù della applicazione della Convenzione, gli interessati in caso di necessità possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria italiana (Azienda ULSS di iscrizione), previa presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso. L'Azienda ULSS competente si informa sull'ammontare rimborsabile presso l'Istituzione sanitaria di San Marino utilizzando il Modello I.SMAR 13.

### 3.12.12. Modello I.SMAR 5 per lavoratori “distaccati” - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente

Il “distacco” temporaneo di un lavoratore a San Marino, con il mantenimento a proprio favore della legislazione previdenziale italiana, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione previdenziale dello Stato in cui svolgono l’attività.

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- i funzionari pubblici ed il personale assimilato rimangono sempre soggetti alla legislazione dello Stato contraente cui appartiene l’Amministrazione dalla quale dipendono;
- i lavoratori dipendenti da un’impresa pubblica di trasporti che abbia la propria sede nel territorio di uno dei due Stati contraenti, occupati nel territorio dell’altro Stato sia transitoriamente, sia in modo permanente, sono sottoposti alla legislazione dello Stato nel cui territorio l’impresa ha la propria sede;
- il personale viaggiante delle imprese di trasporto aereo, su strada e per ferrovia, rimane soggetto esclusivamente alla legislazione dello Stato sul cui territorio ha sede l’impresa, a meno che l’impresa stessa non possieda nel territorio dell’altro Stato contraente una succursale o una rappresentanza permanente: in tal caso i lavoratori occupati in tale succursale o rappresentanza permanente sono assoggettati alla legislazione dello Stato in cui si trova la succursale o la rappresentanza permanente;
- i lavoratori occupati in Uffici diplomatici o consolari o al servizio personale degli agenti di tali Uffici che siano cittadini dello Stato contraente rappresentato dall’Ufficio diplomatico o consolare in questione, possono optare per il mantenimento della legislazione di questo Stato ed il diritto di opzione può essere esercitato al 31 dicembre di ogni anno a valere per l’anno successivo.

Le Autorità competenti dei due Stati contraenti possono prevedere, di comune accordo, nell’interesse dei lavoratori, ulteriori eccezioni alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione previdenziale dello Stato contraente in cui svolgono l’attività.

#### 3.12.12.1. Riferimenti normativi

- Convenzione: articolo 8; articolo 12.
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

#### 3.12.12.2. Persone tutelate a San Marino

- Lavoratori, a prescindere dalla cittadinanza, dipendenti da una impresa con sede in Italia “distaccati” a San Marino per svolgere un lavoro per conto di detta impresa per un periodo massimo di 36 mesi, prorogabili *per motivi imprevedibili* con il consenso dell’Autorità competente di San Marino notificato per il tramite delle competenti Sedi INPS e del MLPS.
- Lavoratori autonomi, a prescindere dalla cittadinanza, appartenenti alle categorie assimilate ai lavoratori dipendenti dalla legislazione italiana, che esercitano la loro attività abitualmente in Italia e che si recano ad esercitare tale attività a San Marino per un periodo massimo di 36 mesi, prorogabili *per motivi imprevedibili* con il consenso della Autorità competente di San Marino notificato per il tramite delle competenti Sedi INPS e del MLPS.
- Lavoratori destinatari delle **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari a carico, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza (dimora abituale), iscritti a pieno titolo al SSN, che accompagnano a San Marino i suddetti lavoratori.



### 3.12.12.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato, acquisito il Modello I.SMAR 1, o I.SMAR 2 in caso di proroga del "distacco", rilasciato al lavoratore dall'Istituzione previdenziale italiana presso la quale è assicurato, da cui risulta sino a quale data egli rimane soggetto alla legislazione italiana (massimo 36 mesi), compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per San Marino.

Il Modello I.SMAR 5 può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" dell'interessato a San Marino qualora questa lo abbia richiesto tramite il Modello I.SMAR 6 essendo l'interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere comunque acquisito il Modello I.SMAR 1 o I.SMAR 2.

L'originale del Modello I.SMAR 1, o del Modello I.SMAR 2 in caso di proroga del "distacco", rimane in possesso del lavoratore mentre l'Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Al punto 3 va barrata la casella "il lavoratore sopraindicato e i familiari con lui residenti".

Il Modello I.SMAR 5 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello I.SMAR 1, o del Modello I.SMAR 2 in caso di proroga. Tuttavia qualora tali formulari abbiano una validità superiore ai 12 mesi, l'Azienda ULSS rilascia il Modello I.SMAR 5 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile a richiesta alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti. Comunque il Modello I.SMAR 1, o il Modello I.SMAR 2 in caso di proroga, vanno richiesti alla Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

In ogni caso, per il periodo di "distacco", va sospesa la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l'accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I.SMAR 5 è buona regola che l'interessato sottoscriva l'impegno ad informare (come previsto nelle "Avvertenze per la persona assicurata" riportate in calce al modulo, lett.e) sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" a San Marino di qualsiasi variazione concernente la propria situazione, e/o quella dei propri familiari che lo accompagnano, che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare la cessazione, il cambiamento dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza propria o dei propri familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, inizio di attività lavorativa di un familiare, ottenimento di pensione o rendita, ecc.), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

### 3.12.12.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza a San Marino il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il **Modello I.SMAR 5 unitamente al Modello I.SMAR 1, o al Modello I.SMAR 2 in caso di proroga del "distacco"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di San Marino.

### 3.12.12.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"

Trattandosi di persone residenti (dimoranti abitualmente) a San Marino durante il periodo di "distacco" del lavoratore essi vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" secondo la legislazione che quest'ultima applica.

L'Istituzione sanitaria di San Marino informa l'Azienda ULSS competente di ogni iscrizione alla quale ha proceduto compilando la parte B del Modello I.SMAR 5 e restituendo una copia a mezzo posta o telefax all'Azienda ULSS competente, per la conferma o meno dell'iscrizione.

### **3.12.12.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I.SMAR 5 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari. Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 5;
- copia del Modello I.SMAR 1, o del Modello I.SMAR 2 in caso di proroga del "distacco", di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I.SMAR 5 rilasciato in due copie all'interessato;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia;
- Modello I.SMAR 5 compilato nella parte B e trasmesso dalla Istituzione sanitaria di San Marino per conferma o meno dell'iscrizione;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di San Marino;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con Modello I.SMAR 7;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" ed atti conseguenti;
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall'interessato al momento del rilascio del Modello;
- **copia della documentazione comprovante la sospensione, per il periodo di "distacco", della scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.12.12.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i lavoratori di San Marino, le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino ai lavoratori "distaccati" e loro familiari secondo le modalità (procedure e tariffe) e nei limiti previsti dalla legislazione che essa applica.

*Il Modello I.SMAR 5 per lavoratori distaccati consente di ottenere a San Marino anche le prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale.*

#### **Avvertenza**

**In caso di necessità di cure mediche immediate le prestazioni in natura possono essere erogate anche in Italia. I lavoratori "distaccati" a San Marino e i loro familiari che li accompagnano rimangono iscritti al SSN con scelta del medico sospesa durante il periodo di "distacco". Possono pertanto fruire delle prestazioni ospedaliere esibendo la tessera sanitaria e delle prestazioni del medico di medicina generale con il sistema delle visite occasionali, rimborsate all'assistito dall'Azienda ULSS, nel caso che il rientro in Italia sia di breve durata e quindi non compatibile con la reinscrizione del medico (Accordo Amministrativo: articolo 8, comma 4).**

### **3.12.12.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte A del Modello I.SMAR 5.

La fatturazione avviene su base forfetaria con il Modello I.SMAR 15.

### **3.12.12.9. Possibilità di rimborso per prestazioni fruitive in assistenza indiretta**

Nelle more del perfezionamento amministrativo del diritto all'assistenza il lavoratore o i suoi familiari *in caso di necessità* possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria di San Marino, su presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso in base alle tariffe applicate da detta Istituzione (v. punto 3.12.11.)

#### **Avvertenza**

**(Convenzione: articolo 14, paragrafo 2; Accordo Amministrativo: articolo 14)**

**I lavoratori "distaccati" residenti a San Marino, in caso di disoccupazione completa, beneficiano unitamente ai propri familiari, durante il periodo in cui fruiscono dell'indennità di disoccupazione, delle prestazioni in natura previste dalla legislazione di San Marino con oneri a carico del SSN.**

### **3.12.13. Modello I.SMAR 5 per lavoratori "disoccupati" - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente**

#### **3.12.13.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 14, paragrafo 1.
- Accordo Amministrativo: articolo 13.

#### **3.12.13.2. Persone tutelate a San Marino**

- Lavoratori, a prescindere dalla cittadinanza, in disoccupazione completa che si trasferiscono a San Marino.
- Familiari a carico dei suddetti disoccupati, a prescindere dalla cittadinanza, iscritti a pieno titolo al SSN, che accompagnano a San Marino il capofamiglia.

#### **3.12.13.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato, acquisito dal Centro per l'impiego un attestato da cui risulti lo stato di "disoccupazione completa" ed il periodo di erogazione dell'indennità di disoccupazione, compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per San Marino.

Il Modello I.SMAR 5 può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria di San Marino qualora questa lo abbia richiesto tramite Modello I.SMAR 6 essendone l'interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere comunque acquisito l'attestato rilasciato dal Centro per l'impiego.

L'originale dell'attestato rimane in possesso del disoccupato mentre l'Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Al punto 3 va barrata la casella "il lavoratore sopraindicato e i familiari con lui residenti".

Il Modello I.SMAR 5 viene rilasciato per il periodo di fruizione dell'indennità di disoccupazione, rinnovabile su richiesta alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

Per il periodo di validità del formulario va sospesa, nei casi previsti, la scelta del medico di fiducia per il disoccupato e per i familiari che l'accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I.SMAR 5 è buona regola che l'interessato sottoscriva l'impegno ad informare sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino di qualsiasi variazione concernente la propria situazione e/o quella dei propri familiari che lo accompagnano che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza propria o dei propri familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, inizio di attività lavorativa di un familiare, ottenimento di pensione o rendita ecc.), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze per la persona assicurata" riportate in calce al modulo, lett. e).

#### **3.12.13.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza a San Marino il lavoratore disoccupato è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria di San Marino il **Modello I.SMAR 5 unitamente all'attestato di "disoccupazione completa"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di San Marino.

#### **3.12.13.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Trattandosi di persone residenti a San Marino durante il periodo di disoccupazione completa, essi vengono iscritti all'Istituzione sanitaria di San Marino ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dall'Istituzione sanitaria di San Marino secondo la legislazione che quest'ultima applica.

L'Istituzione sanitaria di San Marino informa l'Azienda ULSS competente di ogni iscrizione alla quale ha proceduto compilando la parte B del Modello I.SMAR 5 e restituendo una copia a mezzo posta o telefax all'Azienda ULSS competente.

I familiari iscritti elencati al punto 8 sono quelli ritenuti tali dalla legislazione di San Marino.

#### **3.12.13.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I.SMAR 5 in

cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 5;
- copia dell'attestato di disoccupazione completa di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I.SMAR 5 rilasciato in due esemplari all'interessato;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia;
- Modello I.SMAR 5 compilato nella parte B e trasmesso dalla Istituzione sanitaria di San Marino per conferma o meno dell'iscrizione;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti, compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di San Marino;
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria di San Marino con Modello I.SMAR 7;
- copia di eventuali informazioni richieste od inviate dalla Istituzione sanitaria di San Marino ed atti conseguenti;
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall'interessato al momento del rilascio del Modello;
- **copia della documentazione comprovante la eventuale sospensione, per il periodo di permanenza a San Marino, della scelta del medico di fiducia per il disoccupato e per i familiari che lo accompagnano;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.12.13.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i lavoratori disoccupati di San Marino, le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino ai lavoratori italiani disoccupati e loro familiari secondo le modalità (procedure e tariffe) e nei limiti previsti dalla legislazione che essa applica.

### **3.12.13.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte A del Modello I.SMAR 5.

La fatturazione avviene su base forfetaria con il Modello I.SMAR 15.

### **3.12.13.9. Possibilità di rimborso per prestazioni fruitive in assistenza indiretta**

Nelle more del perfezionamento amministrativo del diritto all'assistenza il disoccupato o i suoi familiari *in caso di necessità* possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria di San Marino, su presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso in base alle tariffe applicate da detta Istituzione (v. punto 3.12.11.)

### **3.12.14. Modello I.SMAR 5 per familiari di lavoratori - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente.**

#### **3.12.14.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 12 bis.
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

#### **3.12.14.2. Persone tutelate a San Marino**

- Familiari a carico residenti a San Marino, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione di San Marino, di lavoratori, a prescindere dalla cittadinanza, residenti, occupati ed assicurati in Italia, a condizione che non abbiano altro titolo ad usufruire dell'assistenza sanitaria a San Marino (per esempio perché essi stessi produttori di reddito da lavoro a San Marino o perché titolari di pensione o rendita).

#### **3.12.14.3. Notifica del diritto all'interessato**

**L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato per il successivo inoltrare ai suoi familiari residenti a San Marino oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria di San Marino qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il formulario, tramite il Modello I.SMAR 6, al fine di poter iscrivere i familiari.**

È necessario acquisire preliminarmente un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari residenti a San Marino unitamente ad una dichiarazione rilasciata dal lavoratore attestante:

- l'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria di San Marino competente per residenza dei familiari;
- l'impegno ad informare sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a San Marino, di qualsiasi variazione concernente la propria situazione e/o quella dei propri familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura, in particolare la cessazione o variazione dell'attività lavorativa, la ripresa dell'attività lavorativa oltre che la variazione del domicilio o della residenza propria o dei propri familiari od ancora ogni variazione della situazione di famiglia (divorzio, matrimonio di un familiare, inizio di attività lavorativa di un familiare, ottenimento di pensione o rendita, ecc), a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze per la persona assicurata" riportate in calce al modulo, lett. e).

Al punto 2 vanno indicati i dati identificativi del lavoratore avente diritto.

Al punto 3 viene barrata la casella "familiari residenti nell'altro Stato".

Al punto 4 viene indicata la decorrenza del diritto.

Al punto 5 viene indicata la scadenza del diritto che, se rilasciato dall'Italia, non può essere superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari a San Marino e previa verifica dei presupposti.

Se trattasi di lavoratore non italiano va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.12.14.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Per beneficiare delle prestazioni in natura i familiari interessati sono tenuti a presentare all'Istituzione sanitaria di San Marino il **Modello I.SMAR 5** ed ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di San Marino.

Se gli interessati non dispongono del Modello Istituzione sanitaria di San Marino lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite Modello I.SMAR 6.

#### **3.12.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Trattandosi di cittadini, a prescindere dalla nazionalità, residenti a San Marino essi vengono iscritti a tempo determinato all'Istituzione sanitaria di San Marino ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate per conto dell'Istituzione italiana competente dall'Istituzione sanitaria di San Marino secondo la legislazione che quest'ultima applica, a parità di condizioni con i familiari di lavoratori di San Marino residenti, occupati ed assicurati a San Marino.

Tale diritto potrà essere cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I.SMAR 7.

L'Istituzione sanitaria di San Marino informa l'Azienda ULSS competente di ogni iscrizione alla quale ha proceduto compilando la parte B del Modello I.SMAR 5 e restituendo una copia a mezzo posta o telefax all'Azienda ULSS competente.

I familiari iscritti elencati al punto 8 (va barrata la casella "familiari residenti nell'altro Stato") sono quelli ritenuti tali dalla legislazione sanitaria di San Marino.

#### **3.12.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I.SMAR 5 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 5;
- documentazione probatoria sulla residenza dei familiari a San Marino e sullo stato di famiglia;
- copia del Modello I.SMAR 5 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria di San Marino, se da questa richiesto;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- se trattasi di lavoratore non italiano copia del titolo di soggiorno in Italia;
- il Modello I.SMAR 5 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria di San Marino e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;

- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di San Marino;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I.SMAR 7;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di San Marino tramite lettera ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di San Marino tramite Modello I.SMAR 6;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia in caso di familiari già iscritti al SSN;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

#### **3.12.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i familiari di lavoratori residenti, occupati ed assicurati a San Marino, le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino secondo le modalità (procedure e tariffe) e nei limiti previsti dalla legislazione che essa applica.

##### **Avvertenza**

**In caso di necessità di cure mediche immediate le prestazioni in natura possono essere erogate anche nel territorio dello Stato competente, ovvero in Italia (Accordo Amministrativo: articolo 8, comma 4).**

#### **3.12.14.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte A del Modello I.SMAR 5.

La fatturazione avviene su base forfetaria con il Modello I.SMAR 15.

#### **3.12.14.9. Possibilità di rimborso per prestazioni fruitive in assistenza indiretta**

Nelle more del perfezionamento amministrativo del diritto all'assistenza i familiari *in caso di necessità* possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria di San Marino, su presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso in base alle tariffe applicate da detta Istituzione.



### **3.12.15. Modello I.SMAR 5 per lavoratori frontalieri - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente**

#### **3.12.15.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 12, lettera a).
- Accordo Amministrativo: articolo 8.

#### **3.12.15.2. Persone tutelate**

- Lavoratori subordinati ed autonomi, a prescindere dalla cittadinanza, che siano occupati ed assicurati in Italia e residenti a San Marino (lavoratori frontalieri).
- Familiari di qualsiasi nazionalità, a loro carico secondo la normativa di San Marino, residenti a San Marino.

Non esistendo nella Convenzione alcuna definizione al riguardo si ricorda che secondo la normativa comunitaria per "lavoratore frontaliere" si intende qualsiasi persona che esercita un'attività subordinata od autonoma in uno Stato membro e che risiede in un altro Stato membro, in cui ritorna in linea di massima ogni giorno o almeno una volta alla settimana.

#### **3.12.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per il luogo di occupazione in Italia del lavoratore frontaliere compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria di San Marino qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il formulario, tramite il Modello I.SMAR 6, al fine di poter iscrivere il lavoratore frontaliere ed eventuali familiari a carico.

È necessario acquisire preliminarmente:

- un certificato di residenza e stato di famiglia del lavoratore frontaliere rilasciato a San Marino;
- documentazione probatoria dell'attività lavorativa subordinata od autonoma svolta in Italia, in qualità di lavoratore frontaliere;
- dichiarazione sull'assenza del diritto, proprio e dei familiari, all'iscrizione ad altro titolo all'Istituzione sanitaria di San Marino competente per residenza;
- l'impegno a comunicare tempestivamente all'Azienda ULSS ed all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei propri familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (per esempio cessazione dell'attività lavorativa in Italia, l'inizio dell'attività lavorativa di un familiare, qualsiasi trasferimento della residenza propria o dei propri familiari, ecc.) a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. "Avvertenze per la persona assicurata" in calce al modulo, lett. e).

Al punto 2 vanno indicati i dati identificativi del lavoratore avente diritto.

Al punto 3 viene barrata la casella "il lavoratore sopraindicato e i familiari con lui residenti".

Al punto 4 viene indicata la decorrenza del diritto.

Al punto 5 viene indicata la scadenza del diritto che non può essere superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino e previa verifica dei presupposti.

In caso di occupazione del lavoratore frontaliero nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notizia all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

#### **3.12.15.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Per beneficiare delle prestazioni in natura il lavoratore frontaliero è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria di San Marino il Modello I.SMAR 5 ed ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria di San Marino.

Se l'interessato non dispone del Modello l'Istituzione sanitaria di San Marino lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite Modello I.SMAR 6.

#### **3.12.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Trattandosi di persone, a prescindere dalla nazionalità, residenti a San Marino essi vengono iscritti all'Istituzione sanitaria di San Marino ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate per conto dell'Istituzione italiana competente dall'Istituzione sanitaria di San Marino secondo la legislazione che quest'ultima applica, a parità di condizioni con i lavoratori di San Marino residenti, occupati ed assicurati a San Marino.

Tale diritto potrà essere cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I.SMAR 7.

L'Istituzione sanitaria di San Marino informa l'Azienda ULSS competente di ogni iscrizione alla quale ha proceduto compilando la parte B del Modello I.SMAR 5 e restituendo una copia all'Azienda ULSS competente.

I familiari iscritti elencati al punto 8 sono quelli ritenuti a carico dalla legislazione sanitaria di San Marino.

#### **3.12.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I.SMAR 5 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 5;
- documentazione probatoria sullo stato di famiglia e sulla residenza;
- copia del Modello I.SMAR 5 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria di San Marino, se da questa richiesto;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore frontaliero o dei familiari;
- il Modello I.SMAR 5 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria di San Marino e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;

- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di San Marino;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I.SMAR 7;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di San Marino ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di San Marino tramite Modello I.SMAR 6;
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.12.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i lavoratori residenti, occupati ed assicurati a San Marino, le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino secondo le modalità (procedure e tariffe) e nei limiti previsti dalla legislazione che essa applica.

#### **Avvertenza**

**In caso di necessità di cure mediche immediate le prestazioni in natura possono essere erogate anche nel territorio dello Stato competente, ovvero in Italia (Accordo Amministrativo: articolo 8, comma 4).**

### **3.12.15.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte A del Modello I.SMAR 5.

La fatturazione avviene su base forfetaria con il Modello I.SMAR 15.

### **3.12.15.9. Possibilità di rimborso per prestazioni fruite in assistenza indiretta**

Nelle more del perfezionamento amministrativo del diritto all'assistenza il lavoratore frontaliero o i suoi familiari *in caso di necessità* possono farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria di San Marino, su presentazione di idonea documentazione, il relativo rimborso in base alle tariffe applicate da detta Istituzione (v. punto 3.12.11.).

#### **Avvertenza**

**(Convenzione: articolo 14, paragrafo 2; Accordo Amministrativo: articolo 14)**

**I lavoratori frontalieri residenti a San Marino ed occupati in Italia, in caso di disoccupazione completa, beneficiano unitamente ai propri familiari, durante il periodo in cui fruiscono dell'indennità di disoccupazione, delle prestazioni in natura previste dalla legislazione di San Marino con oneri a carico del SSN.**

### **3.12.16. Modello I.SMAR 8 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un temporaneo soggiorno nell'altro Stato**

Concerne il diritto al ricovero ospedaliero urgente o alle cure mediche immediate durante il soggiorno (dimora temporanea) a San Marino di un cittadino, a prescindere dalla cittadinanza, iscritto a pieno titolo al SSN.

L'attestato non dà alcun diritto se lo scopo del viaggio è quello di ricevere una cura medica a San Marino.

#### **3.12.16.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 13, comma 1, lett. a); articolo 15, comma 2, seconda frase.
- Accordo Amministrativo: articolo 10.

#### **3.12.16.2. Persone tutelate a San Marino**

- Tutte le persone, a prescindere dalla cittadinanza, iscritte a pieno titolo al SSN.
- Familiari a carico, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione italiana, purchè iscritti a pieno titolo al SSN.

L'estensione a tutti i cittadini, a prescindere dalla cittadinanza, è stata introdotta dalla Legge 31 gennaio 1996, n. 48 che ha in tal senso modificato la Convenzione.

*La normativa non indica quali debbano essere i motivi del soggiorno a San Marino: il formulario può quindi essere rilasciato per visite, per turismo, per soggiorno temporaneo a San Marino per motivi di studio o per brevi trasferte di lavoro, ecc. In questo ultimo caso il Modello I.SMAR 8, unitamente al Modello I.SMAR 1, consente ai lavoratori di ottenere a San Marino anche le prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale.*

#### **3.12.16.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito compila e consegna il formulario all'interessato (il formulario è individuale) di norma prima della partenza dello stesso per San Marino oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno a San Marino ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima, tramite Modello I.SMAR 6, essendo il cittadino giunto a San Marino sprovvisto dell'attestato e necessitando di cure immediate.

Al punto 2 viene indicata la durata del diritto che non potrà essere superiore a mesi tre ma che potrà essere prorogata, a richiesta, **per comprovate ragioni**, una sola volta.

Se trattasi di cittadini non italiani va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **3.12.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno**

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno a San Marino ritenga di dover fruire di *cure mediche immediate* in regime di ricovero ospedaliero urgente od ambulatoriale, presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I.SMAR 8 in corso di validità unitamente ad un documento di riconoscimento valido.

*Per cure mediche immediate si intendono quelle cure prestate con carattere di urgenza presso presidi sanitari pubblici ovvero quelle cure la cui somministrazione non può essere differita senza mettere in serio pericolo la salute dell'interessato.*

Se egli non è in grado di presentare il formulario l'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno si rivolge all'Azienda ULSS competente per ottenerlo tramite Modello I.SMAR 6.

In tal caso, nelle more del perfezionamento dell'iter amministrativo per comprovare il diritto all'assistenza, l'interessato che necessita di cure mediche immediate può farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente, al rientro in Italia, all'Azienda ULSS competente, il relativo rimborso in base alle tariffe applicate dall'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno; a tal fine viene utilizzato dall'Azienda ULSS il Modello I.SMAR 13 "Tariffe per il rimborso delle prestazioni in natura".

### **3.12.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di San Marino**

Trattandosi di cittadini in temporaneo soggiorno e non residenti a San Marino essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria di San Marino pur acquisendo il diritto a fruire di cure mediche immediate, sia in regime di ricovero ospedaliero urgente che in regime ambulatoriale, per tutta la durata di validità del Modello.

Tale diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I.SMAR 8 rilasciato dall'Azienda ULSS competente per comprovate ragioni.

Il diritto potrà invece essere sospeso o cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Azienda ULSS competente tramite Modello I.SMAR 7.

### **3.12.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I.SMAR 8 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari iscritti nel modulo.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 8;
- copia del Modello I.SMAR 8 di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I.SMAR 6 con cui è stato eventualmente richiesto il Modello I.SMAR 8 dalla Istituzione sanitaria di San Marino;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- se trattasi di cittadini non italiani copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione competente di San Marino;
- eventuali notifiche di ricovero ospedaliero con Modello I.SMAR 9;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.12.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata a San Marino, tutte le prestazioni in natura che risultano essere di **necessità immediata**, sia in regime di ricovero ospedaliero urgente che in regime ambulatoriale, durante il temporaneo soggiorno a San Marino in quanto ritenute non differibili fino al rientro programmato in patria senza che sia messa in pericolo la salute dell'interessato.

Nel caso di soggiorno temporaneo a San Marino per motivi di lavoro vengono anche assicurate le prestazioni in natura connesse ad infortuni sul lavoro o malattia professionale.

La **necessità di ricovero ospedaliero urgente o di cure mediche immediate** viene valutata da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno e non può essere sindacata da parte dell'Istituzione di provenienza dell'assistito che pur si assume l'onere delle prestazioni erogate.

Sono esclusi tutti i trattamenti differibili fino al rientro previsto in Italia ed i trattamenti di elezione (programmati con largo anticipo) per i quali si rende necessario acquisire il Modello I.SMAR 8 bis.

In caso di **ricovero ospedaliero urgente** l'Istituzione sanitaria di San Marino è tenuta a notificare all'Azienda ULSS competente, immediatamente dopo il ricovero, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I.SMAR 9 compilato nella parte A, con l'eventuale segnalazione di responsabilità di terzi per l'esercizio del diritto di rivalsa; successivamente è tenuta a notificare la data di dimissione con un secondo invio dello stesso formulario compilato nella parte B; copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale "lavoratori migranti" intestato al titolare.

Le prestazioni **protetiche** vengono erogate secondo la legislazione applicata a San Marino solo se rivestono il carattere di forniture "immediate".

### **3.12.16.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che si è assunta tali oneri compilando il Modello I.SMAR 8.

La fatturazione avviene sulla base dell'importo effettivo delle prestazioni erogate quale risulta dalla contabilità dell'Istituzione sanitaria di San Marino (fatturazione al costo con Modello I.SMAR 14).

## **3.12.17. Modello I.SMAR 8 bis - Attestato riguardante l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie nell'altro Stato**

Riguarda l'autorizzazione al trasferimento per cure sanitarie di elezione a San Marino.

### **3.12.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 13, comma 1, lett. b).
- Accordo Amministrativo: articolo 11.

### 3.12.17.2. Persone tutelate a San Marino

- Tutte le persone, a prescindere dalla cittadinanza, iscritte a pieno titolo al SSN.
- Loro familiari a carico, a prescindere dalla cittadinanza, definiti tali dalla legislazione italiana, purchè iscritti a pieno titolo al SSN.

L'estensione a tutti i cittadini, a prescindere dalla cittadinanza è stata introdotta dalla Legge 31 gennaio 1996, n. 48 che ha in tal senso modificato la Convenzione.

### 3.12.17.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito, **solo dopo aver osservato i criteri ed espletate le procedure previsti dal DM Sanità 3 novembre 1989** (v. Capitolo 5°) compila e consegna il modulo all'interessato prima della sua partenza per ricevere cure mediche di elezione a San Marino.

Il modulo è **individuale** ed ha valenza esclusivamente per la singola persona indicata al quadro 1.

Al punto 3 è indicata la durata di validità del formulario che coincide con la presunta permanenza a San Marino per ricevere le cure autorizzate.

Se trattasi di cittadino non italiano va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

Il quadro 4 riporta notizie su eventuale documentazione sanitaria relativa al caso.

### 3.12.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria di San Marino

Al suo arrivo a San Marino l'interessato è tenuto a presentare senza indugio alla Struttura deputata a fornire le cure e/o all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno il Modello I.SMAR 8 bis in corso di validità unitamente al documento di identità e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione di San Marino.

### 3.12.17.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria di San Marino

Trattandosi di persone presenti a San Marino per ricevere cure di elezione autorizzate dall'Istituzione competente italiana essi non vengono iscritti alla Istituzione sanitaria di San Marino.

Purtuttavia acquisiscono il diritto a fruire delle prestazioni in natura appropriate ed efficaci (in regime sia di ricovero ospedaliero che ambulatoriale, prima del ricovero e dopo la dimissione) per la patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I.SMAR 8 bis e per la durata di validità del formulario.

Le prestazioni vengono erogate secondo la legislazione sanitaria applicata a San Marino.

Il diritto potrà essere prorogato su presentazione di un ulteriore Modello I.SMAR 8 bis eventualmente rilasciato dalla Azienda ULSS competente su richiesta dell'interessato oppure su richiesta motivata dell'Istituzione sanitaria di San Marino tramite Modello I.SMAR 6. Anche in caso di proroga vanno rispettate **le procedure previste dal DM Sanità 3 novembre 1989**.

Il diritto potrà invece essere cancellato, se vi sono adeguate motivazioni, prima della scadenza su conforme notifica da parte della Istituzione competente tramite Modello I.SMAR 7.

### 3.12.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell’Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo “lavoratori migranti” intestato al titolare del Modello I.SMAR 8 bis in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 8bis;
- documentazione comprovante che sono stati osservati i criteri ed espletate le procedure di cui al DM Sanità 3 novembre 1989;
- copia del Modello I.SMAR 8 bis rilasciato all’interessato;
- se trattasi di cittadino non italiano copia del titolo di soggiorno in Italia;
- copia del Modello I.SMAR 6 con cui viene richiesto il Modello I.SMAR 8 bis dalla Istituzione competente di San Marino nel caso di proroga;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria di San Marino ed atti relativi;
- eventuale Modello I.SMAR 7 di notifica di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza;
- **eventuale documentazione comprovante la sospensione del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### 3.12.17.7. Erogazione dell’assistenza sanitaria a San Marino

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata a San Marino, tutte le prestazioni in natura che risultano essere necessarie, appropriate ed efficaci per il trattamento della patologia da cui è affetto l’assistito e che ha dato origine al rilascio del Modello I.SMAR 8 bis.

Sulla correlabilità o meno dei trattamenti effettuati alla patologia originaria decide la Struttura sanitaria di San Marino deputata ad erogare le prestazioni anche sulla base della documentazione sanitaria disponibile.

Eventuali accompagnatori devono essere muniti di Modello I.SMAR 8.

È consigliabile che l’interessato sia munito anche di Modello I.SMAR 8 per poter eventualmente fruire di prestazioni non attinenti alla patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I.SMAR 8 bis.

In caso di **ricovero ospedaliero** l’Istituzione sanitaria di San Marino è tenuta a notificare all’Azienda ULSS competente, immediatamente dopo il ricovero, la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I.SMAR 9 compilato nella parte A; successivamente è tenuta a notificare la data di dimissione con un secondo invio dello stesso formulario compilato nella parte B; copia delle notifiche va trattenuta agli atti nel fascicolo personale “lavoratori migranti” intestato al titolare.

Le prestazioni **protesiche** vengono erogate secondo la legislazione applicata a San Marino solo se rivestono il carattere di forniture necessarie al trattamento della patologia che ha dato origine al rilascio del Modello I.SMAR 8 bis.



### **3.12.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che si è assunta tali oneri compilando il Modello I.SMAR 8 bis.

La fatturazione avviene sulla base dell'importo effettivo delle prestazioni erogate quale risulta dalla contabilità dell'Istituzione sanitaria di San Marino (fatturazione al costo con Modello I.SMAR 14).

### **3.12.18. Modello I.SMAR 11 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita o dei loro familiari**

#### **3.12.18.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 15, comma 2, prima frase e comma 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 15.

#### **3.12.18.2. Persone tutelate a San Marino**

- Titolari di pensione contributiva o rendita INAIL, a prescindere dalla cittadinanza, liquidata esclusivamente da una Istituzione italiana, per i quali l'Italia è lo Stato competente, che risiedono a San Marino, a meno che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di San Marino (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione di San Marino).
- Loro familiari a carico, di qualsiasi nazionalità, definiti tali dalla legislazione di San Marino che siano residenti a San Marino e che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione di San Marino.

#### **3.12.18.3. Notifica del diritto all'interessato**

La Istituzione competente italiana compila la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per trasferirsi a San Marino oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria di San Marino qualora questa abbia richiesto il Modello I.SMAR 11, tramite il Modello I.SMAR 6, essendone l'interessato sprovvisto ed intendendo iscriversi all'Istituzione sanitaria di San Marino.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza a San Marino e/o la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, ad altro titolo, a fruire dell'assistenza sanitaria a San Marino;
- l'impegno a comunicare, sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino, ogni eventuale successiva variazione del proprio status che modifichi il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche di San Marino, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa, variazione del nucleo dei familiari residenti a San Marino, ecc.), a pe-

na di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie (v. “Avvertenze” riportate in calce al modulo, lett. b).

I punti 3 e 4 del formulario vengono compilati dalla Istituzione italiana debitrice della pensione o rendita.

I punti 5 e 6 vengono compilati dall’Azienda ULSS competente con indicazione della decorrenza del diritto: per l’Italia l’attestato non può essere rilasciato per un periodo superiore ad un anno ed è rinnovabile di anno in anno a richiesta dell’interessato o tramite l’Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino e previa verifica dei presupposti.

#### **3.12.18.4. Notifica all’Istituzione sanitaria di San Marino**

Non appena possibile l’interessato presenta all’Istituzione sanitaria del luogo di residenza le due copie del Modello I.SMAR 11 ed ogni altra documentazione prevista dalla legislazione sanitaria di San Marino.

L’accertamento del carico familiare (familiari iscrivibili) è demandato alla Istituzione sanitaria di San Marino secondo la legislazione che essa applica.

Sulla base della documentazione presentata l’Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino compila la parte B delle due copie del Modello I.SMAR 11.

Nel quadro 7 della parte B viene annotata l’iscrizione e la sua decorrenza oppure motivato l’eventuale diniego all’iscrizione.

Il quadro 8 viene compilato quando riguarda i familiari.

Per conferma o meno dell’iscrizione la stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I.SMAR 11, compilato anche nella parte B, alla Istituzione competente italiana che ha compilato il quadro 6 della parte A.

#### **3.12.18.5. Iscrizione/non iscrizione all’Istituzione sanitaria di San Marino**

Il titolare del Modello I.SMAR 11 e/o gli eventuali familiari vengono iscritti all’Istituzione sanitaria di San Marino con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria ivi applicata.

L’iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell’Istituzione competente italiana tramite Modello I.SMAR 7.

#### **3.12.18.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell’Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo “lavoratori migranti” intestato al titolare del Modello I.SMAR 11 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I.SMAR 11;
- copia del Modello I.SMAR 11 consegnato all’interessato;
- il Modello I.SMAR 11 compilato nella parte B e restituito dalla Istituzione sanitaria di San Marino per conferma dell’iscrizione;
- la “autocertificazione” acquisita in fase di rilascio del Modello I.SMAR 11;

- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria di San Marino;
- eventuale comunicazione di cessazione o sospensione del diritto tramite Modello I.SMAR 7;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria di San Marino;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria di San Marino tramite Modello I.SMAR 6;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.12.18.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria a San Marino**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini di San Marino l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita italiana e/o dei propri familiari sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Nelle more del perfezionamento dell'iter amministrativo per comprovare il diritto alla assistenza il titolare di pensione o rendita e/o i suoi familiari, *in caso di necessità*, potranno farsi curare a proprie spese e richiedere successivamente all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza a San Marino, su presentazione di idonea documentazione, il relativo **rimborso** in base alle tariffe applicate da detta Istituzione.

### **3.12.18.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS che ha compilato la parte A del Modello I.SMAR 11.

La fatturazione avviene su base forfetaria con il Modello I.SMAR 15 direttamente al Ministero della Salute.

## **3.12.19. Infortuni sul lavoro e malattie professionali**

**Non risulta esistere un modello predisposto per infortuni sul lavoro e malattie professionali anche se espressamente previsto dall'art. 23 e seguenti della Convenzione e dall'art. 19 e seguenti dell'Accordo Amministrativo.**

**Vengono pertanto utilizzati i formulari I.SMAR 5 e I.SMAR 8 anche per prestazioni in natura connesse ad infortuni sul lavoro ed a malattie professionali.**

### **3.12.19.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 23 e seguenti.
- Accordo Amministrativo: articolo 19 e seguenti.

### **3.12.19.2. Persone tutelate a San Marino**

Lavoratori subordinati o autonomi assimilati ai lavoratori subordinati, a prescindere dalla cittadinanza, residenti, occupati ed assicurati in Italia, “distaccati” a San Marino oppure temporaneamente presenti a San Marino per motivi di lavoro e quindi già in possesso di Modello I.SMAR 5 per lavoratori distaccati oppure I.SMAR 8 ed I.SMAR 1 per temporaneo soggiorno per motivi di lavoro.

### **3.12.19.3. Notifica del diritto all’interessato**

Si rinvia al Modello I.SMAR 5 per lavoratori distaccati ed al Modello I.SMAR 8 per temporaneo soggiorno.

### **3.12.19.4. Notifica all’Istituzione sanitaria di San Marino**

Si rinvia al Modello I.SMAR 5 per lavoratori distaccati ed al Modello I.SMAR 8 per temporaneo soggiorno.

### **3.12.19.5. Iscrizione/non iscrizione all’Istituzione sanitaria di San Marino**

Si rinvia al Modello I.SMAR 5 per lavoratori distaccati ed al Modello I.SMAR 8 per temporaneo soggiorno.

### **3.12.19.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Nell’apposito fascicolo “lavoratori migranti” intestato al titolare del Modello I.SMAR 5 o del Modello I.SMAR 8, custodito presso gli Uffici dell’Azienda ULSS, viene archiviata anche tutta la documentazione sanitaria concernente l’infortunio sul lavoro o la malattia professionale.

### **3.12.19.7. Erogazione dell’assistenza sanitaria a San Marino**

Si ricorda che la legislazione di San Marino prevede che le competenze in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali siano tutte a carico dell’Istituto per la Sicurezza Sociale.

Al contrario in Italia, sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN, le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali sono in parte di competenza dell’Azienda ULSS ed in parte di competenza dell’INAIL.

Spettano all’Azienda ULSS territorialmente competente:

- il rilascio dell’attestato di diritto alle prestazioni in natura (Modello I.SMAR 5, Modello I.SMAR 8, Modello I.SMAR 8 bis in caso di trasferimento a San Marino per cure di elezione a causa di infortunio sul lavoro o malattia professionale);
- l’onere per la erogazione dell’assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera a San Marino;

Spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all’infortunio od alla malattia professionale;
- la fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;
- le forme di assistenza e di servizio sociale;

- gli accertamenti medico-legali finalizzati alla verifica del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità;
- l'autorizzazione alla fornitura di protesi e altre prestazioni di notevole importanza;
- la contabilità per le suddette prestazioni con la Istituzione competente di San Marino.

In caso di verificarsi di infortunio sul lavoro o del riscontro (o comunque in presenza) di una malattia professionale l'Istituzione sanitaria di San Marino eroga le prestazioni secondo la legislazione da essa applicata a parità di condizioni con i lavoratori di San Marino.

Qualora sia necessario un **ricovero ospedaliero** determinato da infortunio sul lavoro o da malattia professionale l'Istituzione sanitaria di San Marino lo effettua solo previa autorizzazione della Istituzione competente italiana, alla quale avrà trasmesso ogni utile documentazione giustificativa.

Nel caso di **assoluta urgenza** l'Istituzione sanitaria di San Marino dispone senza indugio il ricovero e notifica "immediatamente" all'Istituzione competente italiana la data di entrata in ospedale e la probabile durata della degenza con un primo invio del Modello I.SMAR 9 nonché la data di dimissione con un secondo invio del Modello I.SMAR 9. Copia delle notifiche vanno trattenute agli atti nel fascicolo personale intestato al titolare.

Le prestazioni protesiche di cui all'art 20 dell'Accordo Amministrativo sono di competenza INAIL.

### **3.12.19.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria di San Marino con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso il Modello I.SMAR 5 o I.SMAR 8, con le modalità di fatturazione contemplate per tali Modelli.

Le prestazioni protesiche e gli accertamenti medico-legali vengono in seguito posti a carico dell'INAIL.

## **3.13. Convenzione di sicurezza sociale tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana**

### **3.13.1. Riferimenti normativi**

- Legge 19 agosto 2003, n. 244 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione di sicurezza sociale tra la Santa Sede e la Repubblica italiana, fatta a Città del Vaticano il 16 giugno 2000”, pubblicata sulla G.U. n. 203 del 2 settembre 2003.
- Accordo Amministrativo sulla attuazione della Convenzione fatto il 16 giugno 2000.
- Nota informativa del Ministero degli Affari Esteri del 15 ottobre 2003 di comunicazione dell’avvenuto scambio degli strumenti di ratifica della Convenzione.
- Comunicazione del Ministero della Salute prot. DG RUERI/II/5452/I.3.b.b.1.

### **3.13.2. Data di entrata in vigore**

1° gennaio 2004.

### **3.13.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

**La Convenzione, nel suo complesso, si applica, indipendentemente dalla loro cittadinanza, ai lavoratori subordinati o autonomi, ai dipendenti vaticani e al personale che secondo la legislazione applicabile è ad essi assimilato, che sono (lavoratori in attività) o sono stati (titolari di pensione contributiva o rendita INAIL) soggetti alle legislazioni della Santa Sede concernenti:**

- il regime per le pensioni di inabilità, vecchiaia e superstiti;
- il regime per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

od alle legislazioni italiane concernenti:

- l’assicurazione generale obbligatoria per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti e le gestioni speciali per i lavoratori autonomi di detta assicurazione;
- i regimi speciali sostitutivi dell’assicurazione generale stabiliti per determinate categorie di lavoratori in quanto si riferiscano a prestazioni o rischi coperti dalle legislazioni indicate al punto precedente;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

La Convenzione si applica inoltre ai familiari e superstiti dei soggetti assicurati, a prescindere dalla loro cittadinanza.

I profughi e gli apolidi sono equiparati ai cittadini italiani.

### **3.13.4. Persone protette**

- Tutti i lavoratori assicurati al SSN ed all’INAIL a prescindere dalla loro cittadinanza.

### 3.13.5. Rischi sanitari protetti

- Solo prestazioni per infortunio sul lavoro e per malattia professionale (con esclusione dell'assistenza sanitaria per malattie comuni).

### 3.13.6. Situazioni sanitariamente protette nello Stato Vaticano

- “Distacco” del lavoratore.

### 3.13.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per la Santa Sede: Amministratore del Patrimonio della Sede Apostolica.

### 3.13.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura

- Per l'Italia: Ministero della Salute e INAIL.
- Per la Santa Sede: Fondo Assistenza Sanitaria (FAS).

### 3.13.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria

- Per l'Italia: Azienda ULSS competente per territorio e INAIL.
- Per la Santa Sede: Fondo Assistenza Sanitaria (FAS).

### 3.13.10. Formulari

#### I per Italia / VA per Città del Vaticano

- I/VA 001: Domanda e comunicazione informazioni, solleciti, richieste di attestati;
- I/VA 107: Richiesta di attestato del diritto a prestazioni in natura;
- I/VA 113: Notifica di ricovero e di dimissione ospedaliera;
- I/VA 114: Concessione di protesi, apparecchi, prestazioni in natura di grande importanza incluse apposito elenco (il formulario viene utilizzato solo dall'INAIL);
- I/VA 123: Attestato di diritto a prestazioni in natura per infortuni sul lavoro o malattie professionali;
- I/VA 125: *Conto individuale delle spese effettive.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari dei suddetti moduli con esclusione di quello evidenziato in corsivo.

### **3.13.11. Modello I/VA 123 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura per i casi di infortuni sul lavoro e malattie professionali per i lavoratori residenti nel territorio della Parte contraente diverso da quello della Parte competente**

#### **3.13.11.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 16, lett. a).
- Accordo Amministrativo: articolo 13.

#### **3.13.11.2. Persone tutelate nello Stato Vaticano**

Lavoratori, indipendentemente dalla loro cittadinanza, dipendenti da una impresa con sede in Italia, che siano inviati (“distaccati”) da detta impresa nello Stato Vaticano per un limitato periodo di tempo, non superiore a sessanta mesi, per svolgervi una attività per conto di detta impresa.

#### **3.13.11.3. Notifica del diritto all’interessato**

L’Azienda ULSS competente, acquisito il certificato di “distacco” rilasciato dall’Istituto previdenziale italiano di iscrizione del lavoratore (in genere INPS) e verificata l’iscrizione all’assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali (INAIL), compila il modulo e lo consegna direttamente all’assicurato nel caso di malattia professionale preesistente oppure lo trasmette all’Istituzione sanitaria dello Stato Vaticano qualora questa abbia richiesto il Modello I/VA 123, tramite il Modello I/VA 107, a seguito del verificarsi di un infortunio sul lavoro o del riscontro di una malattia professionale.

Anche in quest’ultimo caso deve essere preliminarmente acquisita la suddetta certificazione.

Al quadro 4 viene indicata la durata di validità del formulario che può essere a tempo determinato per la durata prevista dell’infortunio oppure a tempo indeterminato nei casi di malattia professionale.

Se trattasi di cittadino non italiano va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia.

#### **Avvertenza**

**L’infortunio in itinere è considerato come sopravvenuto nel territorio italiano anche se si verifica nel territorio dello Stato Vaticano.**

#### **3.13.11.4. Notifica all’Istituzione sanitaria dello Stato Vaticano**

L’Istituzione competente vaticana, recepito il Modello I/VA 123, prende atto che l’Istituzione competente italiana ha autorizzato le prestazioni in natura connesse con l’infortunio sul lavoro o con la malattia professionale (punto 4 del formulario).

Il lavoratore è tenuto ad informare tempestivamente l’Istituzione sanitaria vaticana, per la conseguente notifica alle Istituzioni competenti italiane (Azienda ULSS, INPS e l’INAIL), di qualsiasi variazione attinente al suo lavoro che possa modificare il diritto alle prestazioni.



### **3.13.11.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria vaticana**

Nulla muta nella posizione assicurativa per malattia e maternità del titolare del Modello I/VA 123 in virtù del rilascio di tale formulario che riguarda esclusivamente le prestazioni in natura per sopravvenuto infortunio sul lavoro o per riscontro di malattia professionale.

Il lavoratore rimane pertanto iscritto a pieno titolo al SSN e potrà usufruire delle prestazioni in natura per malattia e maternità presso le Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate italiane.

### **3.13.11.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

In apposito fascicolo costituito presso gli Uffici dell'Azienda ULSS viene archiviata copia del Modello I/VA 123 intestato al lavoratore assieme a tutta la documentazione sanitaria concernente l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale, in particolare la documentazione relativa alle prestazioni in natura fruite a causa dell'evento.

### **3.13.11.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale**

**I lavoratori assicurati in Italia e "distaccati" nello Stato Vaticano, ove soggiornano o risiedono, che hanno diritto alle prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale possono beneficiare di tali prestazioni o in Italia, secondo le disposizioni della legislazione applicata in Italia, oppure, in alternativa a loro scelta, nello Stato Vaticano secondo le disposizioni della legislazione ivi applicata. In quest'ultimo caso la durata della erogazione delle prestazioni è determinata dalla Istituzione competente italiana.**

Data la scarsa disponibilità di Strutture sanitarie nello Stato Vaticano appare ovvio che per tali lavoratori "distaccati" (ed in quanto tali ancora soggetti alla legislazione italiana) le prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale vengono erogate dalle vicinissime Strutture sanitarie italiane.

Sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.

Spettano all'USL territorialmente competente:

- il rilascio dell'attestato di diritto alle prestazioni infortunistiche;
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera;

L'assistenza protesica viene erogata dall'INAIL.

Per completezza di informazione si ricorda che spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario;
- forme di assistenza e di servizio sociale;
- accertamenti medico-legali finalizzati all'accertamento del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità su delega dell'Istituzione vaticana competente;
- contabilità per le suddette prestazioni.

### **3.13.11.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura eventualmente erogate direttamente dall'Istituzione sanitaria vaticana comportano oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Azienda ULSS competente che ha emesso il Modello I/VA 123.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate con Modello 125 al Ministero della Salute.

Le prestazioni protesiche e gli accertamenti medico-legali sono a carico dell'INAIL.

Le prestazioni in natura per infortunio sul lavoro subito da un lavoratore "distaccato" nello Stato Vaticano ed erogate in Italia (per carenza di adeguate Strutture sanitarie nello Stato Vaticano) in ambito territoriale esterno a quello dell'Azienda ULSS competente (che ha rilasciato il Modello I/VA 123) vengono poste a carico di quest'ultima tramite il meccanismo della compensazione per la mobilità sanitaria.

## **3.14. Convenzione tra la Repubblica Italiana e la Repubblica Tunisina in materia di sicurezza sociale**

### **3.14.1. Riferimenti normativi**

- Legge 7 ottobre 1986, n. 735 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra la Repubblica italiana e la Repubblica tunisina in materia di sicurezza sociale, firmata a Tunisi il 7 dicembre 1984”, pubblicata sul S.O. n. 103 alla G.U. n. 258 del 6 novembre 1986.
- Accordo Amministrativo per l’applicazione della Convenzione fatto a Tunisi il 23 marzo 1987, pubblicato sulla G.U. n. 122 del 28 maggio 1987.
- Circolare Ministero della Sanità n. 1000/IV/3639 del 27 luglio 1992.

### **3.14.2. Data di entrata in vigore**

1° giugno 1987.

### **3.14.3. Campo di applicazione della Convenzione nel suo complesso**

**La Convenzione, nel suo complesso, si applica ai cittadini italiani (o tunisini) che sono (*lavoratori in attività*) o sono stati (*titolari di pensione contributiva o rendita INAIL*) soggetti alla legislazione di uno o di entrambi gli Stati contraenti concernente, in Italia:**

- l’assicurazione generale obbligatoria per l’invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti e le relative gestioni speciali per i lavoratori “indipendenti” (*autonomi*) di detta assicurazione;
- i regimi speciali sostitutivi dell’assicurazione di cui al punto precedente;
- l’assicurazione malattia (ivi compresa la tubercolosi) e la maternità;
- l’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

### **3.14.4. Persone protette in Tunisia**

- lavoratori subordinati, italiani o tunisini, del settore privato;
- lavoratori, italiani o tunisini, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- lavoratori autonomi, italiani o tunisini, assimilati ai lavoratori subordinati del settore privato;
- titolari di pensione o rendita delle suddette categorie;
- familiari a carico delle predette categorie di persone, definiti tali dalla legislazione del Paese di residenza, a prescindere dalla cittadinanza.

**Esplicite esclusioni dai benefici della Convenzione. Opzione.**

- Dipendenti pubblici di tutte le categorie e loro familiari.
- Agenti diplomatici o consolari di carriera e membri del personale tecnico ed amministrativo appartenenti all’organico delle cancellerie in servizio nelle missioni diplomatiche e nei consolati italiani in Tunisia.

- Il personale di dette rappresentanze diverso dal precedente ed i lavoratori alle dipendenze personali degli agenti diplomatici e consolari sono assoggettati obbligatoriamente alla legislazione tunisina; possono tuttavia **optare** per l'applicazione della legislazione italiana, se sono cittadini italiani, rientrando così tra i beneficiari della Convenzione durante la loro permanenza in Tunisia.

### 3.14.5. Rischi sanitari protetti in Tunisia

- Malattia e maternità.
- Infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### 3.14.6. Situazioni sanitariamente protette in Tunisia

- Temporaneo soggiorno. La fattispecie ha una portata molto più restrittiva del consueto potendone beneficiare **esclusivamente** i lavoratori tunisini emigrati in Italia e quivi occupati e residenti oppure i cittadini tunisini titolari di pensione o rendita italiana e residenti in Italia (assoggettati quindi alla legislazione italiana) durante un loro temporaneo soggiorno in Tunisia. La norma vale anche per i familiari a carico, secondo la legislazione italiana, con loro residenti in Italia, in caso di rientro temporaneo in Tunisia.
- "Distacco" o trasferta di lavoratori.
- Residenza in Tunisia di familiari di qualsiasi nazionalità di lavoratori residenti, occupati ed assicurati in Italia.
- Residenza in Tunisia di titolari di pensione o rendita solo italiana e/o loro familiari residenti in Tunisia.
- Infortuni sul lavoro e malattie professionali.

### 3.14.7. Autorità competenti per la legislazione sanitaria

- Per l'Italia: Ministro della Salute.
- Per la Tunisia: Ministro degli Affari Sociali.

### 3.14.8. Organismo di collegamento per le prestazioni in natura

- Per l'Italia: Ministero della Salute.
- Per la Tunisia: Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia  
BP 77 1080 Tunis Cedex.

### 3.14.9. Istituzioni competenti per l'assistenza sanitaria

- Per l'Italia: Azienda USL competente per territorio  
(anche INAIL per infortuni sul lavoro e malattie professionali)
- Per la Tunisia: Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia  
(anche Compagnie di assicurazione per infortuni sul lavoro e malattie professionali).

### 3.14.10. Formulari

#### I per Italia /TN per Tunisia

- I/TN 4: *Certificato di “distacco” temporaneo;*
- I/TN 5: *Proroga di “distacco” temporaneo;*
- I/TN 7: *Esercizio del diritto di opzione;*
- I/TN 8: Attestato di diritto alle prestazioni in natura in caso di residenza in Paese diverso da quello competente (“distacco”);
- I/TN 9: Attestato per l’iscrizione dei titolari di pensione o rendita;
- I/TN 10: Attestato per l’iscrizione dei familiari del lavoratore;
- I/TN 11: Attestato di diritto alle prestazioni in natura in caso di soggiorno temporaneo nel Paese di origine;
- I/TN 12: Concessione di protesi, di grandi apparecchi, ecc.;
- I/TN 13: Notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni;
- I/TN 14: Attestato di diritto alle prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- I/TN 16: *Conto individuale delle spese effettive;*
- I/TN 17: *Distinta dei pagamenti forfettari mensili.*

Nella **Parte Seconda - FORMULARI** della Guida sono riportati gli esemplari in versione biligüe dei suddetti moduli con esclusione di quelli evidenziati in corsivo.

Nelle versioni bilingue (italiano e francese) dei formulari in uso si rileva che i moduli recano indicazioni anagrafiche e di stato civile (ad es.: nome del padre, nome del nonno, celibe, ecc.) che non hanno importanza per la legislazione italiana e che pertanto vanno omesse per i cittadini italiani.

### 3.14.11. Disoccupati

La Convenzione italo-tunisina non prevede alcuna tutela.

### 3.14.12. Trasferimento per cure di elezione

La Convenzione italo-tunisina non prevede tale possibilità. Pertanto il trasferimento in Tunisia per ricevere cure di elezione potrà aver luogo solo con le procedure previste dal DM Sanità 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°), per l’assistenza in forma indiretta.

### 3.14.13. Rimborsi

Non è prevista l’assistenza in forma indiretta ed è pertanto escluso il rimborso delle prestazioni eventualmente fruite a pagamento in Tunisia, fatta eccezione per i lavoratori non protetti dalla “Convenzione” che di recano temporaneamente in Tunisia per motivi di lavoro con le modalità e procedure previste dal DPR 618/1980.

### 3.14.14. Modello I/TN 8 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente - Lavoratori “distaccati”

Il “distacco” temporaneo di un lavoratore in Tunisia, con il mantenimento a proprio favore della legislazione previdenziale italiana, rappresenta una **deroga** alla regola generale secondo la quale tutti i lavoratori sono soggetti alla legislazione previdenziale dello Stato in cui svolgono l’attività.

**Eccezioni** alla suddetta regola generale interessano le seguenti categorie di lavoratori:

- i lavoratori, italiani o tunisini, occupati (come membri dell’equipaggio) a bordo di una nave battente bandiera di uno degli Stati contraenti è sottoposto alla legislazione di questo Stato (competenza SASN);
- i lavoratori, italiani o tunisini, delle missioni diplomatiche o consolari che hanno potuto optare per l’applicazione della legislazione dello Stato rappresentato, a condizioni che siano cittadini di questo Stato, mantengono la legislazione dello Stato di origine;
- il personale viaggiante, italiano o tunisino, alle dipendenza di una impresa che effettua, per conto altrui o per proprio conto, trasporti di passeggeri o di merci, per ferrovia, su strada, per via aerea o marittima (competenza SASN), e la cui sede si trova sul territorio di uno degli Stati contraenti, è sottoposto alla legislazione dello Stato contraente sul cui territorio l’impresa ha la sua sede.

Le Autorità competenti degli Stati contraenti possono prevedere, di comune accordo, altre **eccezioni** alla regola generale, ovverosia che la legislazione dello Stato di affiliazione rimanga applicabile e che il “distacco” sia prolungato oltre i termini di normale scadenza, qualora, presa in considerazione la durata o la frequenza degli spostamenti, o il loro carattere di eccezionalità, o tenendo conto dell’età del lavoratore, l’applicazione della legislazione dello Stato sul cui territorio si svolge l’attività si dimostri meno favorevole per il lavoratore.

#### 3.14.14.1. Riferimenti normativi

- Convenzione: articolo 7, comma 2 e 3; articolo 8; articolo 9; articolo 11.
- Accordo Amministrativo: articolo 9, comma 1, 3, 5 e 7.

#### 3.14.14.2. Persone tutelate in Tunisia

- Lavoratori, italiani o tunisini, “distaccati” in Tunisia dall’impresa da cui normalmente dipendono in Italia, per svolgere un lavoro per conto di detta impresa per un periodo massimo di 36 mesi, prorogabile di ulteriori 12 mesi previo consenso dell’Autorità previdenziale tunisina ed ulteriormente prorogabile previo accordo tra le Autorità previdenziali competenti italiane e tunisine, notificati per il tramite delle Sedi INPS competenti e del MLPS.
- Lavoratori, italiani o tunisini, destinatari delle suddette **eccezioni** alla regola generale sulla legislazione applicabile.
- Familiari a carico, secondo la legislazione italiana, a prescindere dalla cittadinanza, che accompagnano i suddetti lavoratori in Tunisia, per lo stesso periodo del lavoratore.

### 3.14.14.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'interessato (oppure, per i marittimi e per il personale navigante dell'aviazione civile, direttamente il competente Ufficio territoriale di sanità marittima o aerea del Ministero della Salute), acquisito il Modello I/TN 4, o il Modello I/TN 5 in caso di proroga del "distacco", rilasciato al lavoratore dall'Istituzione previdenziale italiana presso cui è assicurato, da cui risulta sino a quale data egli rimane soggetto alla legislazione italiana, compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per la Tunisia.

Il Modello I/TN 8 può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" dell'interessato in Tunisia qualora questa lo abbia richiesto tramite lettera, essendone l'interessato sprovvisto. Anche in questo caso deve essere comunque acquisito il Modello I/TN 4 o il Modello I/TN 5 in caso di proroga.

L'originale del Modello I/TN 4, o del Modello I/TN 5 in caso di proroga del "distacco", rimane in possesso del lavoratore mentre l'Azienda ULSS trattiene fotocopia.

Giova ricordare che è sempre previsto il rilascio del Modello I/TN 8 indipendentemente dal fatto che il lavoratore trasferisca o meno la residenza anagrafica in Tunisia.

I familiari che accompagnano il lavoratore nel luogo di "distacco" vengono indicati al quadro 3 del Modello.

Il Modello I/TN 8 viene rilasciato per il periodo di validità del Modello I/TN 4, o del Modello I/TN 5 in caso di proroga; tuttavia qualora tali formulari abbiano una validità superiore ai 12 mesi, l'Azienda ULSS rilascia il Modello I/TN 8 per un periodo massimo di 12 mesi, rinnovabile alla scadenza previa verifica della persistenza dei presupposti. Comunque il Modello I/TN 4, o il Modello I/TN 5 in caso di proroga, vanno richiesti alla Istituzione previdenziale competente solo se scaduti.

Va tenuto comunque conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini tunisini.

In ogni caso, per il periodo di "distacco", va sospesa la scelta del medico di fiducia per il lavoratore e per i familiari che l'accompagnano.

Al momento del rilascio del Modello I/TN 8 è buona regola che l'interessato sottoscriva, in conformità a quanto espressamente previsto alla lett. e) delle "Avvertenze" per il lavoratore assicurato riportate in calce al Modello, l'impegno ad informare sia l'Azienda ULSS sia l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" in Tunisia di qualsiasi cambiamento eventualmente sopravvenuto nella situazione propria e/o dei familiari che possa modificare il diritto ad usufruire delle prestazioni in natura, in particolare l'abbandono, il mutamento, l'inizio o la ripresa dell'occupazione, il cambio di residenza o di dimora, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

### 3.14.14.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"

Per beneficiare delle prestazioni in natura nel periodo di permanenza in Tunisia il lavoratore è tenuto a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" il **Modello I/TN 8 unitamente al Modello I/TN 4, o Modello I/TN 5 in caso di proroga del "distacco"**, rimasto in possesso dell'interessato e ad ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria della Tunisia.

### **3.14.14.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco"**

I lavoratori "distaccati" vengono iscritti a tempo determinato all'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" ed acquisiscono il diritto a fruire della prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" secondo la legislazione che quest'ultima applica.

L'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" compila la parte B delle due copie del Modello I/TN 8 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso e restituisce a mezzo posta o telefax una copia alla Azienda ULSS che ha compilato la parte A.

Nella parte B viene notificata l'iscrizione o motivata la non iscrizione del lavoratore e dei familiari che l'accompagnano.

L'iscrizione potrà essere prorogata su presentazione da parte dell'interessato di un nuovo Modello I/TN 8 oppure sospesa o cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I/TN 13.

### **3.14.14.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/TN 8 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato ed eventuali familiari.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/TN 8;
- copia del Modello I/TN 4, o del Modello I/TN 5 in caso di proroga del "distacco", di cui l'interessato trattiene l'originale;
- copia del Modello I/TN 8 rilasciato all'interessato;
- copia del titolo di soggiorno in Italia se trattasi di cittadini tunisini;
- eventuale documentazione probatoria sulla stato di famiglia;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco";
- copia di eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza trasmessa alla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco";
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria del luogo di "distacco";
- l'impegno ad informare le Istituzioni sanitarie delle variazioni sopravvenute, sottoscritto dall'interessato al momento del rilascio del Modello;
- **documentazione comprovante la sospensione per il periodo di "distacco" della scelta del medico di fiducia nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.



### 3.14.14.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Tunisia

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i cittadini della Tunisia l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

Sono esclusi i trattamenti di elezione programmabili con largo anticipo per i quali la Convenzione non prevede una tutela specifica: in caso di trasferimento per cure in Tunisia dovrà pertanto essere applicato il DM Sanità 3 novembre 1989 (v. Capitolo 5°).

Non è prevista, nella fattispecie in esame, la notifica di **ricovero** ospedaliero.

Per la concessione **di protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, nonché le parti complementari, accessori ed attrezzi necessari;
- calzature ortopediche e calzature speciali (non ortopediche);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettroacustici ed elettrofonetici;
- protesi dentarie (fisse o mobili) e protesi otturatrici della cavità boccale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore ed altri mezzi meccanici di circolazione; cani da guida per ciechi;
- rinnovo delle apparecchiature di cui ai punti precedenti;
- soggiorno e cure mediche in un convalescenziario o sanatorio o centro elioterapico; in un preventivo quando si abbia motivo di ritenere che la durata del soggiorno debba prolungarsi oltre i venti giorni secondo il parere del medico curante;
- trattamenti per la riabilitazione funzionale e professionale;

L'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco", verificati i requisiti di erogabilità delle prestazioni stesse, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/TN 12.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/TN 12 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza l'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" vi provvede e ne informa *nel più breve termine* l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/TN 12.

### 3.14.14.8. Oneri per le prestazioni erogate

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di "distacco" con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/TN 8.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione della Tunisia.

### **3.14.15. Modello I/TN 9 - Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita**

#### **3.14.15.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 13, comma 2.
- Accordo Amministrativo: articolo 9, comma 2, 3 e 7.

#### **3.14.15.2. Persone tutelate in Tunisia**

- titolari di pensione contributiva o rendita INAIL, dovuta in virtù della sola legislazione italiana, per i quali l'Italia è lo Stato competente, che risiedono in Tunisia, a meno che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione tunisina (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione tunisina);
- loro familiari di qualsiasi nazionalità definiti a loro carico dalla legislazione tunisina che siano residenti in Tunisia e che non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione tunisina (per esempio perché espletano una attività lavorativa o perché titolari di una pensione o rendita liquidata anche da una Istituzione tunisina).

Si ricorda che i titolari di pensione o rendita dovute in base alla legislazione di entrambi gli Stati contraenti, come anche i loro familiari, beneficiano delle prestazioni in natura erogate dalla Istituzione del luogo di residenza con oneri a carico di quest'ultima.

#### **3.14.15.3. Notifica del diritto all'interessato**

La Istituzione italiana competente compila la parte A del modulo per il titolare di pensione o rendita e ne consegna due copie all'interessato prima della partenza per la Tunisia oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Tunisia qualora questa abbia richiesto il Modello I/TN 9 tramite lettera (non risulta predisposto un apposito formulario per la richiesta), essendone l'interessato sprovvisto ed intendendo iscriversi, unitamente ad eventuali familiari, all'Istituzione sanitaria tunisina.

Il quadro 3 del formulario viene compilato dalla Istituzione italiana debitrice della pensione o rendita.

Al momento del rilascio del Modello l'Azienda ULSS acquisisce e conserva agli atti una "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 attestante:

- l'intendimento dell'interessato a trasferire la residenza in Tunisia e/o la data del trasferimento;
- l'assenza del diritto, proprio e dei propri familiari, a fruire ad altro titolo dell'assistenza sanitaria in Tunisia;
- l'impegno a comunicare, come previsto alla lett. e) delle "Indicazioni per l'assicurato" poste in calce al Modello, sia alla Azienda ULSS che alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Tunisia ogni eventuale successiva variazione dello status proprio e dei propri familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni (per esempio: sospensione o soppressione della pensione o rendita italiana, acquisizione di pensione o rendita anche tunisina, trasferimento di residenza, inizio di attività lavorativa, variazione del nucleo dei familiari residenti in Tunisia,

ecc.) per i provvedimenti conseguenti, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

La Azienda ULSS competente per iscrizione degli interessati in Italia compila oltre ai quadri 1 e 2 anche i quadri 5 e 6 del formulario in cui, tra l'altro, viene indicata la decorrenza del diritto e la sua durata.

L'Azienda ULSS non può rilasciare il formulario per una durata di validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Tunisia.

Resta ferma la possibilità di comunicare la sospensione o soppressione del diritto prima del termine di scadenza tramite Modello I/TN 13.

#### **3.14.15.4. Notifica all'Istituzione sanitaria della Tunisia**

Non appena possibile l'interessato presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza le due copie del Modello I/TN 9 ed ogni altra documentazione prevista dalla legislazione sanitaria della Tunisia.

L'accertamento del carico familiare è demandato alla Istituzione sanitaria della Tunisia secondo la legislazione che essa applica.

Sulla base della documentazione presentata l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza, compila la parte B delle due copie del Modello I/TN 9 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

Nel quadro 7 della parte B viene indicato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione.

Nel quadro 8 viene annotato l'esito favorevole della richiesta di iscrizione con elencazione dei familiari iscritti e definita la decorrenza dell'iscrizione.

Per conferma o meno dell'iscrizione la stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/TN 9, compilato anche nella parte B, alla Istituzione competente italiana che ha compilato il quadro 6 della parte A.

#### **3.14.15.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria della Tunisia**

**Il titolare del Modello I/TN 9 e/o gli eventuali familiari aventi titolo vengono iscritti alla Istituzione sanitaria del luogo di residenza con le modalità e procedure previste dalla legislazione sanitaria tunisina.**

L'iscrizione potrà essere cancellata anticipatamente su conforme notifica da parte dell'Istituzione competente italiana tramite Modello I/TN 13.

#### **3.14.15.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/TN 9 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/TN 9;
- copia del Modello I/TN 9 consegnato all'interessato;

- il Modello I/TN 9 compilato nella parte B e restituito dalla Istituzione sanitaria tunisina per conferma dell'iscrizione;
- la "autocertificazione" acquisita in fase di rilascio del Modello I/TN 9;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del titolare e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria tunisina;
- eventuale comunicazione di cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/TN 13;
- copia di eventuali comunicazioni intercorse con la Istituzione sanitaria tunisina;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria tunisina;
- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia per trasferimento;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

#### **3.14.15.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Tunisia**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i titolari di pensione o rendita tunisini l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza del titolare di pensione o rendita italiana e/o dei propri familiari sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

#### **3.14.15.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria tunisina con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/TN 9.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite con Modello I/TN 17.

### **3.14.16. Modello I/TN 10 - Attestato per l'iscrizione dei familiari dei lavoratori**

#### **3.14.16.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 14.
- Accordo Amministrativo: articolo 9, comma 7.

#### **3.14.16.2. Persone tutelate in Tunisia**

Persone di qualsiasi nazionalità residenti in Tunisia con status di familiari, secondo la legislazione tunisina, di lavoratori che siano residenti, occupati ed assicurati in Italia, a meno che tali familiari non abbiano già diritto alle prestazioni in natura a norma della legislazione tunisina (per esempio perché vi espletano una attività lavorativa o sono titolari di pensione o rendita tunisina).

### **3.14.16.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS competente per iscrizione del lavoratore in Italia compila la parte A del modulo e ne consegna due copie all'interessato per il successivo inoltrare ai suoi familiari residenti in Tunisia oppure le trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Tunisia qualora sia stata questa Istituzione a richiedere il formulario, tramite lettera, al fine di poter iscrivere i familiari.

È necessario acquisire preliminarmente un certificato di residenza e stato di famiglia dei familiari residenti in Tunisia (tradotto legalmente in italiano) unitamente ad una dichiarazione rilasciata dal lavoratore attestante:

- l'assenza del diritto dei familiari all'iscrizione ad altro titolo alla Istituzione sanitaria tunisina competente per residenza dei familiari;
- l'impegno a comunicare all'Azienda ULSS e all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Tunisia qualsiasi cambiamento intervenuto nella situazione propria o dei familiari che possa modificare il diritto alle prestazioni in natura (in particolare: l'abbandono, il mutamento, la ripresa dell'occupazione, l'inizio dell'attività lavorativa di un familiare, l'ottenimento di una pensione tunisina da parte di un familiare, qualsiasi cambiamento di residenza o di dimora, ecc.) come espressamente previsto alla lettera d) delle "Avvertenze per il lavoratore" poste in calce al modulo, a pena di rimborso di eventuali spese impropriamente sostenute dalle Istituzioni sanitarie.

Nella compilazione del Modello va tenuto comunque conto della durata del titolo di soggiorno in Italia del lavoratore se cittadino tunisino.

Al quadro 3 del formulario vengono indicati i familiari residenti in Tunisia dichiarati tali dal lavoratore.

Al punto 5 viene indicata la decorrenza del diritto.

Al punto 6 viene indicata la durata del diritto: l'Azienda ULSS competente non può rilasciare il formulario con validità superiore ad un anno, rinnovabile di anno in anno a richiesta dell'interessato o tramite l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Tunisia.

Resta ferma la possibilità di comunicare la sospensione o soppressione del diritto prima del termine di scadenza tramite Modello I/TN 13, tenuto conto della scadenza del permesso di soggiorno in Italia del titolare del diritto se cittadino tunisino.

In caso di trasferimento di residenza del lavoratore nell'ambito di altra Azienda ULSS ne viene data notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari e viene trasmessa la documentazione relativa all'Azienda ULSS di nuova competenza territoriale, trattenendo copia autentica agli atti.

### **3.14.16.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari in Tunisia**

Per beneficiare delle prestazioni in natura i familiari interessati sono tenuti a presentare all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza in Tunisia il Modello I/TN 10 e ogni altra documentazione richiesta dalla legislazione sanitaria della Tunisia.

Se gli interessati non dispongono del Modello l'Istituzione sanitaria del luogo di residenza lo richiede all'Istituzione competente italiana tramite lettera.

L'Istituzione sanitaria del luogo di residenza dei familiari, acquisita tutta la documentazione necessaria secondo la legislazione tunisina, compila la parte B delle due copie del Modello I/TN 10 seguendo le istruzioni e note riportate in calce al modulo stesso.

In particolare al quadro 9 viene notificato e motivato l'eventuale diniego all'iscrizione mentre al quadro 10 vengono indicati i familiari aventi titolo all'iscrizione secondo la legislazione tunisina.

La stessa Istituzione restituisce a mezzo posta o telefax una copia del Modello I/TN 10 alla Azienda ULSS competente che ha compilato la parte A.

### **3.14.16.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria tunisina**

Trattandosi di cittadini, di qualsiasi nazionalità, residenti in Tunisia i familiari elencati al quadro 10 vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di residenza secondo le disposizioni della legislazione sanitaria tunisina: acquisiscono così il diritto a fruire delle prestazioni in natura erogate, per conto dell'Istituzione competente italiana, dall'Istituzione del luogo di residenza secondo la legislazione che quest'ultima applica, a parità di condizioni con i familiari di lavoratori tunisini occupati in Tunisia.

Tale diritto potrà essere prorogato alla scadenza su presentazione di un nuovo Modello I/TN 10 oppure sospeso o cancellato anticipatamente su conforme notifica da parte della Istituzione competente italiana tramite Modello I/TN 13.

### **3.14.16.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/TN 10 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa alla pratica.

Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/TN 10;
- copia del Modello I/TN 10 compilato in due esemplari nella parte A e consegnato al lavoratore interessato o spedito all'Istituzione sanitaria tunisina, se da questa richiesto;
- dichiarazione di impegno a comunicare qualsiasi cambiamento sopravvenuto nella situazione del lavoratore o dei familiari;
- se trattasi di lavoratore tunisino copia del titolo di soggiorno in Italia;
- il Modello I/TN 10 compilato nella parte B dalla Istituzione sanitaria tunisina e da quest'ultima restituito all'Azienda ULSS;
- eventuali comunicazioni di variazione dello status del lavoratore e/o dei familiari ed atti relativi ai conseguenti provvedimenti compresa la notifica della variazione alla Istituzione sanitaria della Tunisia;
- copia dell'eventuale Modello I/TN 10 di proroga del diritto ed atti conseguenti;
- eventuale comunicazione di sospensione o cessazione del diritto prima della scadenza tramite Modello I/TN 13;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria tunisina ed atti conseguenti;
- copia di eventuale richiesta di attestazione del diritto inoltrata dalla Istituzione sanitaria tunisina tramite lettera;

- **documentazione relativa alla revoca del medico di fiducia in caso di familiari già iscritti al SSN;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.14.16.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Tunisia**

Ferma restando la parità di diritti e di obblighi con i familiari residenti in Tunisia di lavoratori tunisini occupati in Tunisia l'estensione e le modalità (procedure e tariffe) dell'assistenza medica erogata dall'Istituzione sanitaria del luogo di residenza sono quelle previste dalla legislazione che essa applica.

### **3.14.16.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dalla Istituzione sanitaria tunisina con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha compilato la parte A del Modello I/TN 10.

La fatturazione avviene su base forfetaria calcolata sul costo medio procapite con Modello I/TN 17.

## **3.14.17. Modello I/TN 11 - Attestato riguardante il diritto alle prestazioni in natura durante un soggiorno temporaneo nel Paese di origine**

### **3.14.17.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 12.
- Accordo Amministrativo: articolo 9 comma 4 e 7.

### **3.14.17.2. Persone sanitarimente tutelate in Tunisia**

**La fattispecie ha una portata molto più restrittiva del consueto.**

Possono infatti beneficiarne **esclusivamente:**

- i lavoratori tunisini residenti, occupati ed assicurati in Italia, durante un temporaneo soggiorno in Tunisia;
- i cittadini tunisini, pensionati italiani, residenti in Italia;
- i familiari con loro residenti in Italia.

#### **Avvertenza**

**I cittadini tunisini che abbiano chiesto ed ottenuto la cittadinanza italiana, sia pur conservando la doppia cittadinanza, non rientrano fra le persone protette durante un soggiorno temporaneo in Tunisia.**

### 3.14.17.3. Notifica del diritto all'interessato

L'Azienda ULSS competente per iscrizione dell'assistito compila e restituisce il Modello I/TN 11 all'interessato di norma prima della partenza dello stesso per la Tunisia oppure lo trasmette all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora in Tunisia ove sia stato emesso su richiesta di quest'ultima essendo il cittadino pervenuto in Tunisia sprovvisto dell'attestato e necessitando di cure immediate.

Al punto 3 vengono indicati i familiari secondo la legislazione italiana.

Al punto 4 viene indicata la durata del diritto che non può essere superiore a mesi tre, rinnovabile, in caso di necessità, per un periodo di uguale durata tramite rilascio di un ulteriore Modello I/TN 11.

Va tenuto conto della durata di validità del titolo di soggiorno in Italia del cittadino tunisino.

### 3.14.17.4. Notifica all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora in Tunisia

Qualora l'interessato durante il temporaneo soggiorno in Tunisia ritenga di dover fruire, per sè o per un familiare iscritto nel modulo, di prestazioni in natura **immediate** aventi carattere di *necessità, imprevedibilità ed urgenza*, presenta all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora in Tunisia il Modello I/TN 11 in corso di validità unitamente ad un documento di identità.

Se egli non è in grado di presentare il formulario l'Istituzione sanitaria del luogo di dimora lo può richiedere all'Istituzione competente italiana.

#### Avvertenza

**La risposta ad una eventuale richiesta d'ufficio del Modello I/TN 11 da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno dell'assistito in Tunisia dovrà essere evasa con estrema sollecitudine, anticipandola via telefax o e-mail; in caso contrario le prestazioni "immediate" già erogate saranno addebitate direttamente all'assistito che non potrà richiedere alcun rimborso all'Azienda ULSS al suo rientro in Italia.**

### 3.14.17.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria tunisina

Trattandosi di persone in temporaneo soggiorno e non residenti in Tunisia essi non vengono iscritti all'Istituzione sanitaria del luogo di dimora in Tunisia pur acquisendo il diritto a fruire delle prestazioni **immediate** per tutta la durata di validità del Modello, massimo tre mesi.

Tale diritto potrà essere prorogato una sola volta su presentazione di un ulteriore Modello I/TN 11 rilasciato dalla Istituzione italiana competente.

Sono comunque escluse le cure di elezione, programmabili con largo anticipo e quindi differibili fino al rientro in Italia.

### 3.14.17.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, a prescindere da eventuali registrazioni informatizzate, viene costituito ed archiviato un fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/TN 11 in cui viene custodita tutta la documentazione cartacea relativa al soggetto interessato e ad eventuali familiari.



Tale documentazione comprende, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- domanda di rilascio del Modello I/TN 11;
- fotocopia del Modello I/TN 11 rilasciato all'interessato il quale trattiene l'originale;
- eventuale lettera con cui viene richiesto il Modello I/TN 11 dalla Istituzione sanitaria tunisina nel caso l'interessato ne fosse sprovvisto ed atti conseguenti;
- copia del titolo di soggiorno del cittadino tunisino e dei familiari in Italia;
- copia di eventuali modelli di proroga del diritto;
- copia di eventuali informazioni richieste o trasmesse dalla Istituzione sanitaria tunisina;
- eventuali comunicazioni di ricovero in ospedale o di fornitura di protesi;
- **documentazione relativa alla sospensione del medico di libera scelta nei casi previsti;**
- ogni altra documentazione relativa alla pratica.

### **3.14.17.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Tunisia**

In linea di principio generale sono erogabili, secondo la legislazione sanitaria applicata in Tunisia, tutte le prestazioni in natura che risultano essere di necessità immediata, comprese quelle riferibili a malattie croniche preesistenti, durante la dimora in Tunisia in quanto ritenute non differibili fino al rientro in Italia "senza che sia messa seriamente in pericolo la vita oppure l'integrità psico-fisica della persona".

La **necessità immediata** delle prestazioni viene valutata da parte dell'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno in Tunisia e non può essere sindacata da parte dell'Istituzione di provenienza dell'assistito che pur si assume l'onere delle prestazioni erogate.

Sono quindi esclusi tutti i trattamenti differibili ed i trattamenti di elezione (programmati con largo anticipo).

In caso di **ricovero ospedaliero** l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno notifica all'Azienda ULSS competente, tramite lettera, la data del ricovero, entro 20 giorni dal momento in cui ne è venuta a conoscenza, e la durata probabile della degenza e successivamente la data di dimissione. Possono essere indicate eventuali responsabilità di terzi per dar seguito ad azioni di rivalsa.

Per la concessione **di protesi o di grandi apparecchi oppure per la erogazione di altre prestazioni in natura di notevole importanza** di cui al seguente elenco:

- protesi, apparecchi ortopedici e apparecchi di sostegno, compresi busti ortopedici in tessuto, con anima di rinforzo, nonché le parti complementari, accessori ed attrezzi necessari;
- calzature ortopediche e calzature speciali (non ortopediche);
- protesi mascellari e facciali, parrucche;
- protesi oculari, lenti a contatto, occhiali da vista;
- apparecchi acustici, in particolare quelli elettroacustici ed elettrofonetici;
- protesi dentarie (fisse o mobili) e protesi otturatrici della cavità boccale;
- carrozzine per malati azionate a mano o fornite di motore ed altri mezzi meccanici di circolazione; cani da guida per ciechi;
- rinnovo delle apparecchiature di cui ai punti precedenti;

- soggiorno e cure mediche in un convalescenziario o sanatorio o centro elioterapico; in un preventivo quando si abbia motivo di ritenere che la durata del soggiorno debba prolungarsi oltre i venti giorni secondo il parere del medico curante;
- trattamenti per la riabilitazione funzionale e professionale;

l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno, verificati i requisiti di erogabilità delle prestazioni stesse, chiede preliminarmente l'autorizzazione all'Istituzione competente italiana tramite Modello I/TN 12.

Le prestazioni sono comunque concesse se entro trenta giorni dalla data della richiesta non perviene opposizione motivata da parte della Istituzione competente italiana espressa sulla parte B del Modello I/TN 12 di richiesta di autorizzazione.

Nel caso in cui le prestazioni debbano essere erogate con assoluta urgenza l'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno vi provvede e ne informa *nel più breve termine* l'Istituzione competente italiana sempre utilizzando il Modello I/TN 12.

### **3.14.17.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria del luogo di temporaneo soggiorno con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha rilasciato il Modello I/TN 11.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione della Tunisia, tramite Modello I/TN 16.

## **3.14.18. Modello I/TN 14 - Attestato concernente il diritto alle prestazioni in natura della assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali**

### **3.14.18.1. Riferimenti normativi**

- Convenzione: articolo 25, comma 1 e 3.
- Accordo Amministrativo: articolo 19, comma 1 e 2.

### **3.14.18.2. Persone tutelate in Tunisia**

- Lavoratori tunisini, residenti, occupati ed assicurati in Italia (Stato competente), vittime di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale, autorizzati dalla Istituzione competente italiana a ritornare in Tunisia ed a trasferirvi la residenza o dimora; l'autorizzazione non può essere negata, a meno che il trasferimento dell'interessato sia di natura tale da compromettere il suo stato di salute o l'applicazione di un trattamento medico.

#### **Avvertenza**

**Per i lavoratori "distaccati" in Tunisia con Modello I/TN 8, vittime di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale durante il periodo della loro permanenza in Tunisia, la Convenzione non prevede una specifica tutela.**

### **3.14.18.3. Notifica del diritto all'interessato**

L'Azienda ULSS, competente anche per la erogazione delle prestazioni in natura in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale oltre che per malattia e maternità, acquisita la certificazione INAIL di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, compila il formulario e lo consegna al lavoratore prima della partenza per la Tunisia.

Il formulario può anche essere trasmesso all'Istituzione sanitaria del luogo di soggiorno o di residenza del lavoratore in Tunisia qualora questa abbia richiesto l'attestato essendone l'interessato provvisto ed intendendo ricevere prestazioni in natura connesse all'infortunio sul lavoro o alla malattia professionale accertati in Italia. Anche in questo caso va preliminarmente acquisita la certificazione INAIL.

Al lavoratore va contestualmente rilasciato o trasmesso il Modello I/TN 11.

Di norma la durata di validità dei due formulari coincide con la durata di validità della certificazione INAIL e può essere prorogata previa verifica dei presupposti.

### **3.14.18.4. Notifica all'Istituzione sanitaria tunisina**

L'Istituzione sanitaria tunisina, ricevuto il Modello I/TN 14, prende atto che l'Istituzione competente italiana ha autorizzato le prestazioni in natura connesse con l'infortunio sul lavoro o con la malattia professionale (quadro 4 del formulario).

### **3.14.18.5. Iscrizione/non iscrizione all'Istituzione sanitaria tunisina**

Il titolare del Modello I/TN 14 ha già acquisito il diritto alle prestazioni in natura per malattia durante la permanenza in Tunisia in quanto in possesso di Modello I/TN 11.

L'Istituzione sanitaria tunisina prende atto dell'autorizzazione ad erogare anche le prestazioni connesse con l'infortunio o la malattia professionale.

### **3.14.18.6. Ulteriori adempimenti amministrativi**

Nel fascicolo "lavoratori migranti" intestato al titolare del Modello I/TN 11, custodito presso gli Uffici dell'Azienda ULSS, viene archiviato anche il Modello I/TN 14 intestato allo stesso lavoratore assieme a tutta la documentazione sanitaria concernente l'infortunio sul lavoro o la malattia professionale.

### **3.14.18.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria in Tunisia**

Il titolare del Modello I/TN 14 acquisisce il diritto a beneficiare in Tunisia delle prestazioni in natura relative all'infortunio sul lavoro od alla malattia professionale, erogate, per conto dell'Istituzione italiana competente, dalla Istituzione tunisina del luogo di soggiorno o residenza come se fosse ad essa affiliato, per una durata stabilita, se del caso, dalla Istituzione Italiana competente.

Si ricorda che la legislazione tunisina prevede che le competenze in materia di infortuni sul lavoro e malattia professionale siano demandate a specifiche Compagnie di assicurazione.

Sulla base della legislazione italiana che disciplina il SSN le prestazioni in natura correlate ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali sono in parte di competenza dell'Azienda ULSS ed in parte di competenza dell'INAIL.

Spettano all'USL territorialmente competente:

- il rilascio dell'attestato di diritto alle prestazioni in natura (Modello I/TN 14);
- l'onere per la erogazione dell'assistenza sanitaria medico-generica, specialistica, farmaceutica ed ospedaliera in Tunisia;

Per completezza di informazione si ricorda che spettano alla Sede Provinciale INAIL territorialmente competente le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni economiche connesse all'infortunio od alla malattia professionale;
- la fornitura di protesi o di presidi speciali, anche non contemplati dal Nomenclatore tariffario (v. elenco sub Modello I/TN 11);
- le forme di assistenza e di servizio sociale;
- gli accertamenti medico-legali finalizzati all'accertamento del nesso di causalità, alla valutazione del danno biologico e del grado di inabilità su delega dell'Istituzione competente;
- emissione del formulario I/TN 12 per prestazioni di notevole importanza;
- la contabilità per le suddette prestazioni con la Istituzione competente tunisina.

### **3.14.18.8. Oneri per le prestazioni erogate**

Tutte le prestazioni in natura vengono erogate dall'Istituzione sanitaria tunisina con oneri che vengono successivamente posti a carico, tramite il Ministero della Salute, della Istituzione competente italiana che ha rilasciato il Modello I/TN 14.

La fatturazione avviene al costo effettivo delle prestazioni erogate, calcolato secondo la legislazione della Tunisia, tramite Modello I/TN 16.

Le prestazioni di competenza INAIL vengono fatturate all'INAIL.

## 4. ASSISTENZA SANITARIA NEGLI STATI EXTRA UNIONE EUROPEA (DPR n. 618 del 31 luglio 1980)

### 4.1. Riferimenti normativi

- **Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618:** “Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero” emanato in applicazione dell'articolo 37, primo comma, lettere a) e b) della Legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000. 618-1253 del 11 luglio 1981:** analizza, commenta e reca disposizioni applicative sul DPR 618/1980.
- **Circolare Ministero Affari Esteri n. 3 del 31 gennaio 1987:** reca precisazioni sul rientro temporaneo e definitivo in patria di lavoratori italiani all'estero ex DPR 618/1980.
- **Circolare Ministero Sanità prot. n. 1000.V.618.239 del 10 aprile 1987:** riguarda il diritto all'assistenza sanitaria all'estero ex DPR 618/1980 dei titolari di pensione.
- **Legge 3 ottobre 1987, n. 398:** reca norme in materia di tutela previdenziale dei lavoratori italiani operanti nei Paesi extracomunitari.
- **Circolare Telex Ministero Sanità prot. n. 1000.V.618/12-87 del 21 febbraio 1994:** precisa e riassume direttive su rientro temporaneo in patria di lavoratori assistiti all'estero ex DPR 618/1980.
- **Legge 27 ottobre 1988, n. 470:** “Anagrafe e censimento degli italiani all'estero”.
- **Circolare Telex Ministero Sanità prot. n. 1000.V.618/2-154 del 8 maggio 1995:** reca precisazioni su alcune figure di lavoratori aventi diritto all'assistenza sanitaria all'estero ex DPR 618/1980.
- **Circolare Telex Ministero Sanità prot. n. 1000.V.618/441 del 7 agosto 1996:** concerne l'applicazione del DPR 618/1980 ai lavoratori extracomunitari.
- **Circolare Ministero Sanità prot. n. DPS.X.618/6-895 pervenuta il 16 marzo 1998:** reca ulteriori precisazioni sul rientro temporaneo in patria di lavoratori assistiti all'estero ex DPR 618/1980.
- **Circolare Ministero Salute prot. n. DG RUERI/VI/2591/AG.4 del 4 giugno 2004:** reca norme su rientro in patria di religiosi e religiose che svolgono attività lavorativa all'estero.
- **Circolare Regione Veneto prot. n. 53908 del 29 gennaio 2010:** dispone l'invio al Ministero della Salute esclusivamente tramite posta elettronica degli attestati ex articolo 15 del DPR 618/1980.

### 4.2. Data di entrata in vigore

**1° gennaio 1981.**

Da tale data il Ministero della Sanità (ora della Salute) è subentrato all'INAM ed alle altre gestioni mutualistiche soppresse in tutti i rapporti con le Istituzioni estere che forniscono prestazioni assistenziali per malattie, infortuni e cura della maternità ai cittadini italiani fuori dal territorio nazionale in base ai Regolamenti dell'Unione Europea o in esecuzione di Accordi bilaterali di sicurezza sociale stipulati dall'Italia con altri Paesi extra Unione Europea.

Dalla stessa data ai sensi del DPR 618/1980 viene assicurata dal Ministero della Salute l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani (ed ai loro familiari a carico) che si recano in uno Stato estero, con il quale non vigono Accordi multilaterali o bilaterali di sicurezza sociale, **per svolgervi una attività lavorativa**.

Il Ministero della Salute provvede altresì all'assistenza sanitaria a favore di quei cittadini appartenenti a categorie eventualmente non protette dalla normativa comunitaria e dalle altre convenzioni internazionali, alla condizione, già sopra evidenziata, che gli stessi si rechino nei Paesi della UE o nei Paesi con i quali vigono accordi bilaterali, **per motivi connessi ad una attività lavorativa espletata per conto di datori di lavoro con sede in Italia**.

### **4.3. Persone beneficiarie dell'assistenza all'estero ex DPR 618/1980**

L'assistenza di cui trattasi spetta a tutti i lavoratori, subordinati o autonomi, privati o pubblici, indicati nell'articolo 2 del DPR 618/1980.

I **“lavoratori privati”** sono contemplati nella lettera A) dell'articolo 2.

I **“dipendenti pubblici”** sono esemplificati nella lettera B) dell'articolo 2.

La distinzione assume particolare rilevanza in quanto solo per i “lavoratori privati” è previsto che il lavoro svolto all'estero abbia carattere **“temporaneo”**.

#### **A. Lavoratori privati**

**A.1. Cittadini italiani, iscritti negli elenchi degli assistibili delle Aziende ULSS ed appartenenti alle categorie più avanti elencate, i quali svolgano attività lavorativa temporanea all'estero, qualora tali soggetti non godano, mediante forme di assicurazione obbligatoria o volontaria, di prestazioni sanitarie garantite da leggi locali o qualora i livelli di tali prestazioni siano palesemente inferiori a quelli previsti dai livelli essenziali di assistenza comunque garantiti in Italia dal SSN.**

**Ai cittadini italiani sono equiparati, purchè legalmente soggiornanti, occupati ed assicurati in Italia, i cittadini comunitari, i cittadini extracomunitari, i profughi e gli apolidi.**

L'iscrizione negli elenchi degli assistibili delle Aziende ULSS può essere a pieno titolo con scelta del medico di fiducia per i lavoratori residenti in Italia e soggiornanti all'estero per motivi di lavoro per un periodo inferiore a 30 giorni, oppure con scelta del medico sospesa ma posizione assicurativa conservata per i lavoratori che permangono all'estero per un periodo superiore a 30 giorni, **senza o con trasferimento della residenza**, anche se iscritti all'A.I.R.E

Sono esclusi dal campo dei beneficiari coloro che in virtù di espressa disposizione normativa vigente nello Stato in cui esplicano la propria attività lavorativa già godano in loco di prestazioni sanitarie o perché sussiste l'obbligo di assicurare il lavoratore presso un Istituto previdenziale pubblico o in quanto vi sia l'obbligo per il lavoratore di essere assicurato contro il rischio di malattia con un Istituto assicurativo privato.

Qualora l'assistenza erogata in virtù dei suddetti obblighi non raggiunga i livelli essenziali di assistenza comunque garantiti in Italia dal SSN, si provvede ai sensi del DPR 618/1980 che in tal caso ha la funzione di **integrare (fino a raggiungere detti livelli)** l'assistenza già goduta dal lavoratore interessato.

Giova infine ribadire che il DPR 618/1980 va applicato anche nei casi di lavoratori che si recano in Paesi con i quali l'Italia intrattiene Accordi bilaterali di sicurezza sociale qualora tali Accordi non prevedano una specifica tutela sanitaria per i lavoratori interessati o la prevedano in modo palesemente inferiore a quella garantita dai livelli essenziali di assistenza del SSN.

**Sono tutelate le seguenti categorie di cittadini.**

**A.1.a. Cittadini occupati temporaneamente all'estero alle dipendenze di datori di lavoro italiani o stranieri che abbiano comunque l'obbligo di versare in Italia i contributi previdenziali, effettivi o convenzionali.**

*Rientrano in questa categoria i lavoratori italiani, comunitari, extracomunitari, profughi ed apolidi, dipendenti da una impresa italiana o straniera avente sede o rappresentanza legale in Italia e da questa "distaccati" temporaneamente all'estero per motivi di lavoro, i quali rimangono soggetti per il periodo di "distacco" alla legislazione previdenziale italiana.*

*Vi rientrano altresì i lavoratori italiani operanti temporaneamente all'estero, in Paesi extracomunitari con i quali non sono in vigore Accordi bilaterali di sicurezza sociale, alle dipendenze di datori di lavoro italiani e stranieri, **anche se assunti all'estero in Paesi extracomunitari**, per i quali i datori di lavoro sono tenuti a versare i contributi previdenziali in Italia, calcolati su retribuzioni convenzionali, in base alla Legge 3 ottobre 1987, n. 398 "Norme in materia di tutela dei lavoratori italiani operanti nei Paesi extracomunitari ...."*

*La legge appena citata ha ampliato la categoria di lavoratori subordinati aventi diritto per comprendere tutti i lavoratori che, **pur non conservando la residenza anagrafica sul territorio nazionale**, intrattengano un rapporto di lavoro subordinato disciplinato dalla legislazione italiana per lo svolgimento di attività all'estero.*

*Tali lavoratori vengono sospesi dall'elenco degli assistibili in carico al medico di libera scelta, per soggiorni all'estero di durata superiore a 30 giorni, in quanto beneficiari dell'assistenza sanitaria all'estero da parte del Ministero della Salute. Tale sospensione **non estingue** peraltro la loro posizione assicurativa presso il SSN.*

**A.1.b. Cittadini italiani o equiparati occupati temporaneamente all'estero in rapporto di compartecipazione o di associazione con imprese o datori di lavoro.**

*Con tale dizione il DPR 618/1980 ha inteso indicare la particolare figura del lavoratore legato alle imprese o a datori di lavoro con "contratti di associazione in partecipazione" disciplinati dal Titolo VII, articolo 2549 e successivi, del Codice Civile.*

*Con tale contratto l'associante attribuisce all'associato una partecipazione agli utili della sua impresa verso il corrispettivo di un determinato apporto, per lo più tecnico ma anche patrimoniale, **mentre la gestione dell'impresa spetta al solo associante il quale "risponde" individualmente al riguardo di diritti ed obblighi nei confronti di terzi.***

*Sono pertanto esclusi dall'applicazione del DPR 618/1980 i soggetti ("soci") vincolati da un rapporto societario, sia di persone che di capitali, i quali gestiscono collegialmente l'impresa e "rispondono" **collettivamente** al riguardo di diritti ed obblighi nei confronti di terzi.*

**A.1.c. Ministri del culto cattolico o di altri culti che svolgono temporaneamente all'estero attività connesse al proprio ministero.**

**A.1.d. Religiosi e religiose del clero che svolgono temporaneamente all'estero attività lavorative presso terzi.**

*Le figure di assistiti evidenziate ai punti c. e d. si possono far rientrare nella categoria dei lavoratori distaccati all'estero (e quindi beneficiari dell'assistenza sanitaria ex DPR 618/1980) qua-*

*loro esercitano il loro ministero all'estero con rapporto di lavoro subordinato per conto della Diocesi od Istituzioni similari per culti non cattolici.*

*L'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero (I.C.S.C.), per il culto cattolico, o Istituzioni similari per altri culti, alla stregua di un qualsiasi datore di lavoro sono tenuti a corrispondere al "lavoratore" occupato all'estero una remunerazione equiparata al reddito da lavoro dipendente, ad operare le ritenute fiscali ed a versare i contributi previdenziali all'apposito Fondo gestito dall'INPS.*

#### **A.1.e. Collaboratori familiari al servizio personale e temporaneo di agenti o funzionari delle rappresentanze diplomatiche o consolari italiane all'estero.**

#### **A.2. Lavoratori autonomi ivi compresi i liberi professionisti, che svolgono all'estero una attività lavorativa per periodi di tempo limitato.**

Con tale dizione vengono indicate quali soggetti aventi diritto sia la figura del lavoratore autonomo disciplinata dal Titolo III, Capo I, articolo 2222 e seguenti del Codice Civile che la figura del libero professionista di cui al successivo Capo II, articolo 2229 e seguenti.

Per tali categorie di lavoratori devono ricorrere i seguenti requisiti e condizioni:

- obbligo di compiere verso un corrispettivo un'opera od un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente;
- temporanea permanenza all'estero in relazione alla necessità dell'effettuazione del servizio o del compimento dell'opera;
- iscrizione nominativa in elenchi o albi e qualifica professionale;
- versamenti contributivi relativi all'attività di lavoro autonomo o libero professionale rilevabile in sede di dichiarazione dei redditi.

In tale categoria di lavoratori non rientra certamente la figura dell'imprenditore che ha una propria ed autonoma disciplina giuridica nell'articolo 2082 del Codice Civile ("È imprenditore chi esercita professionalmente una attività economica organizzata al fine della produzione o dello scambio di beni o servizi").

Possono invece rientrare alcune figure del piccolo imprenditore individuate dal successivo articolo 2083 del Codice Civile ("Sono piccoli imprenditori i coltivatori diretti del fondo, gli artigiani, i piccoli commercianti e coloro che esercitano una attività professionale organizzata prevalentemente con il lavoro proprio e dei componenti della famiglia") sempre che si tratti di imprese in forma individuale obbligata ad un "facere" personale.

Può ad esempio essere considerato lavoratore autonomo l'artigiano incaricato di effettuare un'opera da consegnare all'estero mentre non rientra in tale figura il piccolo commerciante che si reca all'estero per approvvigionamento dell'esercizio commerciale.

Non rientra in tale ambito la figura del lavoratore autonomo amministratore di società in quanto legato alla società da rapporto interno di natura organica e non già da rapporto di lavoro.

#### **A.3. Titolari di borse di studio presso Università o Fondazioni estere.**

Rientrano nel campo di applicazione del DPR 618/1980 i titolari di borse di studio erogate sia da enti o istituzioni sia italiani che esteri, previa acquisizione di idonea documentazione attestante la titolarità del beneficio.



**A.4. Lavoratori all'estero, temporaneamente disoccupati, sempre che tale condizione risulti da attestazione rilasciata dai competenti "Uffici di collocamento" dello Stato estero.**

**A.5. Cittadini temporaneamente all'estero titolari di pensione corrisposta dallo Stato o da Istituti previdenziali italiani.**

Rientrano nel campo di applicazione del DPR 618/1980 solo i pensionati che possano dimostrare e comprovare una **attività lavorativa** all'estero.

**A.6. Familiari dei soggetti di cui ai precedenti punti che seguono il lavoratore all'estero o lo raggiungono anche per brevi periodi.**

*Si ricorda che in Italia , a partire dal 1° luglio 1982, per la determinazione dei familiari ai fini della assistenza sanitaria si applicano le disposizioni di cui al Testo unico delle norme concernenti gli assegni familiari approvato con DPR 30 maggio 1955 n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni.*

*Conseguentemente il nucleo familiare, valido per la determinazione dei familiari ai fini dell'assistenza sanitaria, è costituito esclusivamente dai soggetti appresso indicati anche se non conviventi anagraficamente (articolo 2, comma 6, L. n. 153/1988):*

- i coniugi, con esclusione del coniuge legalmente ed effettivamente separato o che abbia abbandonato la famiglia;
- i figli legittimi o legittimati e quelli a loro equiparati (adottivi, affiliati, naturali, legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, affidati a norma di legge) aventi un'età inferiore al compimento di 18 anni ovvero senza limite di età qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro;
- i fratelli, le sorelle ed i nipoti di uno dei coniugi aventi un'età inferiore al compimento di 18 anni ovvero senza limite di età qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ed inoltre a condizione che siano orfani di entrambi i genitori e non abbiano conseguito il diritto a pensione ai superstiti.

#### **Avvertenza**

##### **Temporaneità dell'occupazione all'estero**

Per tutte le categorie innanzi contemplate nei punti da A.1. a A.6. si fa espresso riferimento alla "temporaneità" dell'occupazione all'estero, escluso che per i titolari di borse di studio per i quali la temporaneità è insita nella particolare natura del beneficio, ovviamente limitato nel tempo.

In assenza di specifica normativa la "temporaneità" deve essere intesa applicando, in via analogica, i criteri della normativa vigente in ambito comunitario e quindi va limitata in generale ad un periodo non superiore ad un anno.

Per i lavoratori che si recano all'estero alle dipendenze di imprese italiane o straniere aventi sede o rappresentanza legale in Italia (lavoratori "distaccati") e per i quali da parte dell'INPS o da altro Istituto previdenziale italiano sia stato rilasciato al datore di lavoro il "nulla osta" per il mantenimento della legislazione previdenziale italiana durante il periodo di lavoro all'estero, la "temporaneità" va riferita a tutta la durata del periodo di "distacco".

Tale "nulla osta" dovrà essere esibito alla Azienda ULSS territorialmente competente ai fini del rilascio dell'attestato di cui all'articolo 15 del DPR 618/1980.

**B. Dipendenti pubblici, cittadini Italiani, con attività di servizio all'estero ed in particolare (a titolo esemplificativo e non esaustivo):**

**B.1. I dipendenti dello Stato, compresi i contrattisti italiani o stranieri, nonché agli impiegati locali di cui al R.D. 18 gennaio 1943, n. 23, anche se non pubblici dipendenti e ancorché prestino la propria opera per missioni di breve durata presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, delegazioni permanenti o speciali del Governo italiano all'estero, ovvero partecipino per conto del Governo stesso a commissioni, conferenze, trattative o riunioni fuori del territorio nazionale anche presso Organismi internazionali.**

Il R.D. 18 gennaio 1943, n. 23 concerne la disciplina dell'assunzione in loco e del trattamento del personale italiano non di ruolo chiamato direttamente in servizio presso rappresentanze diplomatiche e consolari italiane all'estero.

Per contrattisti si intendono i lavoratori "a contratto" regolato da legge italiana in servizio presso le Rappresentanze diplomatiche, gli Uffici consolari e gli Istituti di cultura all'estero.

**B.2. Il personale militare italiano, anche di leva, in servizio all'estero ed a quello imbarcato su navi o aeromobili italiani, che abbiano bisogno di trattamento sanitario in territorio estero.**

**B.3. Il personale docente o non docente, di ruolo o non di ruolo, compresi gli incaricati locali, in servizio presso le istituzioni scolastiche e culturali italiane all'estero.**

**B.4. Il personale dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato (ora Ferrovie dello Stato S.p.A.) che svolga attività anche temporanea di servizio fuori dal territorio della Repubblica.**

**B.5. Il personale degli Enti pubblici che presti la propria opera presso delegazioni o uffici degli Enti stessi all'estero.**

**B.6. Gli esperti, i tecnici ed il personale di cui agli articoli 17, 18, 21, 26 e 33 della Legge 9 febbraio 1979, n. 38, sulla "Cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo", salvo quanto previsto dall'articolo 20, secondo comma, della legge stessa.**

Il "Dipartimento per la cooperazione e lo sviluppo" (articolo 9 della legge) ha, tra l'altro, il compito di inviare nei Paesi in via di sviluppo, d'intesa con i Paesi interessati, esperti, tecnici e personale, dipendenti da amministrazione statali, da enti pubblici e privati, ovvero assunti con contratto a termine di diritto privato, nonché di selezionare e coordinare i volontari.

Gli articoli prima citati specificano le categorie di cittadini italiani che possono essere interessati.

L'articolo 20 della legge precisa che cessano dai benefici assistenziali di cui al DPR 618/80 i soggetti autorizzati ad assumere temporaneo impiego alle dirette dipendenze del Paese in via di sviluppo in cui operano e per la durata di tale impiego.

**B.7. Le persone incaricate della direzione di uffici consolari nonché gli esperti di cui all'articolo 168 del DPR 5 gennaio 1967, n. 18.**

Il DPR 5 gennaio 1967, n. 18, come successivamente modificato ed integrato, concernente l'"Ordinamento dell'Amministrazione degli Affari Esteri" prevede all'art 168 che per speciali esigenze anche di carattere tecnico e linguistico l'Amministrazione degli Affari Esteri possa utilizzare in via eccezionale persone di cittadinanza italiana, estranee alla pubblica amministrazione, da impiegare a tempo determinato presso gli uffici centrali o nelle rappresentanze diplomatiche o negli uffici consolari all'estero, senza alcuna aspettativa di impiego stabile.

**B.8. I familiari (definiti tali dalla legislazione italiana) dei soggetti di cui ai punti precedenti, esclusi quelli dei contrattisti stranieri, che li seguono all'estero o li raggiungono anche per brevi periodi.**

## 4.4. Forme dell'assistenza

L'erogazione dell'assistenza all'estero ai cittadini beneficiari ex DPR 618/1980 può avvenire **in forma diretta** mediante Convenzioni da stipularsi con Istituti di sicurezza sociale dello Stato estero o con Enti, Istituti o Medici privati, che assicurino i livelli di assistenza garantiti in Italia dal SSN a tutti gli assistiti, oppure **in forma indiretta** mediante il "rimborso" delle spese sostenute dall'assistito per sé o per i propri familiari aventi diritto, nei casi in cui non sia stato possibile stipulare le suddette Convenzioni.

Non risulta che siano state stipulate apposite Convenzioni per l'assistenza in forma diretta per cui persiste tuttora il regime transitorio previsto dal DPR 618/1980, articolo 15, che prevede l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso").

Per i dipendenti pubblici in attività di servizio o pensionati, compresi i familiari a carico o in cerca di prima occupazione, residenti all'estero in zona di confine, viene riconosciuta la possibilità di optare, limitatamente all'assistenza ospedaliera e riabilitativa, per Strutture esistenti in territorio italiano limitrofo ovvero di usufruire, a carico dell'Azienda ULSS esistente nel territorio italiano limitrofo, delle altre prestazioni sanitarie assicurate ai cittadini ivi residenti, salvo le limitazioni conseguenti alla stipula di convenzioni per la erogazione in territorio estero dell'assistenza in forma diretta, al fine di evitare duplicazioni di assistenza sanitaria.

## 4.5. Notifica all'interessato del diritto all'assistenza in forma indiretta

Le categorie di cittadini beneficiarie dell'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") richiedono, di norma prima della partenza dall'Italia, alla Azienda ULSS di iscrizione un apposito **attestato, come da fac-simile Allegato 1 riportato alla fine di questo capitolo**, rilasciato ai sensi dell'articolo 15 del DPR 618/1980.

La prima parte dell'attestato, compilata dall'interessato ed in parte, per i lavoratori subordinati del settore privato, dal datore di lavoro, assume rilevanza di "domanda" e di "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.

Nella compilazione va tenuto in debito conto quanto riportato nelle "note" ed "avvertenze" poste in calce al modulo.

Deve essere contestualmente presentata la seguente documentazione, a seconda dei casi, che l'Azienda ULSS **trattiene agli atti** in originale o copia autentica:

- Per **tutti i lavoratori dipendenti o autonomi del settore privato, inclusi i religiosi**: attestazione dell'INPS o di altro Istituto previdenziale comprovante l'assoggettamento, durante il periodo di permanenza all'estero, al sistema previdenziale italiano, ovvero sia che i contributi previdenziali vengono corrisposti in Italia anche durante il periodo di lavoro all'estero (trattasi, di norma, del "Certificato di distacco").
- Per i **dipendenti pubblici**, i quali rimangono sempre soggetti alla legislazione previdenziale italiana anche in caso di trasferimento o di missione all'estero: nota di trasferimento all'estero rilasciata dalla Amministrazione di appartenenza.
- Per i **religiosi, oltre all'attestazione dell'Ente previdenziale di cui al primo punto**: nota di trasferimento all'estero rilasciata dalla Diocesi o da Istituzioni similari per i culti non cattolici.

- Per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti, oltre all'attestazione dell'Ente previdenziale di cui al primo punto: contratto di lavoro all'estero (o lettera di incarico).
- Per i cittadini occupati temporaneamente all'estero in rapporto di compartecipazione o di associazione con imprese o datori di lavoro, oltre all'attestazione dell'Ente previdenziale di cui al primo punto: contratto di associazione in partecipazione così come disciplinato dal Titolo VII, articolo 2549 e successivi, del Codice Civile.
- Per i **collaboratori familiari** al servizio personale di agenti o funzionari delle rappresentanze diplomatiche o consolari, oltre all'attestazione dell'Ente previdenziale di cui al primo punto: contratto di lavoro.
- Per i **titolari di borse di studio**: documentazione comprovante il conseguimento della borsa di studio con la specificazione dell'Università o Istituzione o Fondazione, italiana o estera, che la ha erogata
- **Per i lavoratori all'estero temporaneamente disoccupati**, oltre all'attestazione dell'Ente previdenziale di cui al primo punto: attestazione rilasciata dal competente "Ufficio di collocamento" dello Stato estero in cui si trova in disoccupazione temporanea.
- Per i **titolari di pensione** corrisposta dallo Stato o da Istituti previdenziali italiani: documentazione probatoria dello *status* di pensionato e della attività lavorativa subordinata od autonoma effettuata all'estero.
- Per i **familiari, esclusi quelli dei contrattisti stranieri**, dei soggetti di cui ai punti precedenti che seguono il lavoratore all'estero o lo raggiungono anche per brevi periodi: documentazione probatoria dello status di familiare a carico del titolare del diritto secondo la legislazione italiana.
- Documentazione specifica per casi particolari.

L'azienda ULSS, accertato il diritto, rilascia l'attestato per il periodo di permanenza all'estero indicato dal titolare. Nel caso di permanenza all'estero preventivata per un periodo superiore ad un anno o per un periodo indeterminato, l'Azienda ULSS rilascia **l'attestato per un anno**, prorogabile su richiesta previa verifica dei presupposti.

In caso di rientro definitivo in Italia dal periodo di lavoro all'estero prima del termine di validità dell'attestato il diritto all'assistenza sanitaria cessa con la data di rientro sul territorio nazionale.

Il possesso dell'attestato rilasciato prima della partenza dall'Italia non è comunque condizione indispensabile all'ottenimento delle prestazioni sanitarie in forma indiretta ("a rimborso") se sussistono i presupposti.

Sono infatti autorizzati a rilasciare l'attestato **in Italia**:

- l'Azienda ULSS territorialmente competente,
- il Ministero della Salute,
- l'Amministrazione o l'Ente pubblico di appartenenza,

ed **all'estero**:

- il Consolato competente a cui l'interessato potrà rivolgersi nel caso fosse pervenuto all'estero senza attestato pur avendone i presupposti o fosse già residente all'estero con iscrizione all'AIRE ed ivi assunto da impresa italiana o straniera con sede legale in Italia.

Ovviamente la verifica dei presupposti viene effettuata dall'Istituzione che rilascia l'attestato.

## 4.6. Ulteriori adempimenti amministrativi

Per soggiorni all'estero di durata preventivata superiore a 30 giorni l'Azienda ULSS provvede, se del caso, alla sospensione del medico di libera scelta.

Tutti i soggetti legittimati al rilascio dell'attestato sono tenuti ad inoltrare al Ministero della Salute copia dell'attestato emesso.

Per quanto riguarda le Aziende ULSS il Ministero ha disposto, in ottemperanza alle recenti disposizioni sulla "dematerializzazione cartacea", che tale inoltro venga effettuato unicamente tramite posta elettronica al seguente indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata):

**sanita.estero@postacert.sanita.it**

Qualora sprovvisti della PEC l'inoltro potrà essere effettuato in formato pdf, avendo cura di mantenere l'evidenza del timbro della Azienda ULSS e della firma del responsabile, al seguente indirizzo di posta elettronica:

**minsalute@esteri.it**

Inoltre il Ministero della Salute stesso, l'Amministrazione o l'Ente pubblico di appartenenza ed il Consolato italiano all'estero sono tenuti a trasmettere copia degli attestati direttamente rilasciati alla Azienda ULSS territorialmente competente per i provvedimenti conseguenti (corretta gestione dell'anagrafe sanitaria con eventuale sospensione del medico di libera scelta).

## 4.7. Erogazione dell'assistenza sanitaria all'estero

Qualora il titolare dell'attestato ex articolo 15 del DPR 618/1980 necessiti, per sè o per un familiare iscritto nel modulo, di prestazioni in natura da fruire all'estero si rivolge direttamente ad una struttura sanitaria pubblica o privata che sia in grado di erogare le prestazioni richieste. Le prestazioni vengono erogate in assistenza indiretta ("a rimborso").

### 4.7.1. Livelli delle prestazioni

Le spese sanitarie sostenute dagli interessati in territorio estero sono rimborsabili (assistenza indiretta) sempre che non attengano a prestazioni eccedenti i livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti in Italia a tutti i cittadini iscritti al SSN.

Attualmente risultano ancora in vigore i LEA sanitari definiti nel DPCM 29 novembre 2001, sebbene ne sia stato previsto un aggiornamento con il DPCM 23 aprile 2008 che però, per mancanza di copertura finanziaria, è stato ritirato.

## **4.7.2. Congruità delle spese sostenute**

### **4.7.2.1. Ospedalizzazione**

Le spese sostenute per prestazioni erogate da Strutture, Istituti ed Enti pubblici o senza scopo di lucro possono essere considerate “congrue” ove le prestazioni stesse siano fruite in condizioni “ordinarie” di ricovero. Sono esclusi, quindi, gli oneri non strettamente connessi alle prestazioni sanitarie ma riferentisi a benefici di carattere strettamente alberghiero e gli oneri “eccedenti quelli ordinari” derivanti da attività libero professionale intramuraria scelta dall’interessato.

Il ricovero presso Istituti privati comporta il riconoscimento di un “rimborso” di norma riferito alle tariffe praticate dalle locali Strutture pubbliche, a meno che non si sia reso necessario per carenza, in loco, di Strutture pubbliche.

### **4.7.2.2. Prestazioni specialistiche ambulatoriali e di medicina generale**

Valgono i criteri di cui al punto precedente.

### **4.7.2.3. Prestazioni erogate da Medici liberi professionisti**

La congruità viene in tal caso riferita agli importi (tariffe) riportati nei tariffari degli Ordini professionali sanitari locali.

### **4.7.2.4. Assistenza farmaceutica**

Il “rimborso” viene commisurato, previa idonea prescrizione e documentazione della spesa sostenuta, agli importi previsti nel “Prontuario farmaceutico” locale.

### **4.7.2.5. Assistenza integrativa**

Il “rimborso” viene riconosciuto, previa idonea prescrizione e documentazione delle spese sostenute, nei limiti e nell’ammontare previsti dalla normativa italiana sull’assistenza integrativa.

#### **Avvertenze**

**Ovviamente nei luoghi in cui dovessero essere vigenti Convenzioni per assistenza in forma diretta, ma che non sia stato possibile usufruirne per comprovati motivi di eccezionale gravità ed urgenza, l’ammontare del “rimborso” delle spese sostenute sarà concesso in misura non superiore all’onere che sarebbe stato sostenuto dal SSN in caso di ricorso alle Strutture convenzionate.**

**Non sono ammesse al “rimborso” le spese sostenute quando, in relazione alla durata del soggiorno all’estero ed alla tipologia delle prestazioni erogate, si possa legittimamente presumere che gli interessati si siano recati all’estero al solo scopo di ricevere cure mediche.**

## 4.8. Trasferimento dell'infermo

Le spese per il trasferimento dell'infermo e di un eventuale accompagnatore dall'estero in Italia o da una località estera all'altra, resosi necessario per insufficienza di servizi o di attrezzature sanitarie o per necessità derivanti dall'evento sanitario o da esso conseguenti, sono a carico dello Stato sempre che il trasferimento sia stato preventivamente autorizzato.

Sono previste tre diverse fattispecie:

- a. preventiva autorizzazione dell'Autorità consolare competente, sentito il Ministero della Salute, per i lavoratori del settore privato (articolo 2, comma 1, lett. A, DPR 618/1980) oppure del Ministero degli Affari Esteri, sempre sentito il Ministero della Salute, per i lavoratori del settore pubblico (articolo 2, comma 1, lett. B, DPR 618/1980);
- b. autorizzazione diretta da parte del Capo della Rappresentanza diplomatica o dell'Ufficio consolare, sentito il medico fiduciario, nei casi di eccezionale gravità ed urgenza;
- c. senza preventiva autorizzazione, preferibilmente su raccomandazione medica, solo nei casi di comprovata impossibilità per l'interessato, per l'impresa o per chi altro assista l'infermo, di collegarsi tempestivamente con l'Ambasciata od il Consolato, i quali devono comunque essere avvertiti appena possibile.

Nei casi in cui si ritenga possibile e necessario ricorrere alle Strutture sanitarie del SSN vi è l'esigenza di conoscere, preventivamente al trasferimento, i Centri ospedalieri italiani in grado di accogliere adeguatamente e tempestivamente gli infermi trasferiti con riferimento all'evento sanitario certificato.

Trattandosi di rimpatri che nella gran parte dei casi avviene con procedura d'urgenza, le Rappresentanze diplomatiche, gli Uffici consolari, l'impresa, l'interessato o chi altro lo assista, possono rivolgersi alla Centrale operativa 118 della Regione italiana di destinazione per concordare il trasferimento dell'infermo nel luogo di cura e le modalità di effettuazione dello stesso.

In caso di trasferimento di infermo per ricovero di elezione o di erogazione di altre prestazioni elettive sul territorio nazionale dovranno essere concordate preliminarmente le modalità con una Struttura sanitaria italiana disponibile ad erogare le prestazioni necessarie, compatibilmente con le esigenze dell'infermo.

Per i lavoratori del settore pubblico (articolo 2, comma 1, lett. B, DPR 618/1980) i Capi della Rappresentanza diplomatica o dell'Ufficio consolare sono autorizzati ad anticipare il 50% delle spese di viaggio, a volte molto oneroso perché avviene con mezzo aereo e paziente barellato.

## 4.9. Modalità per il “rimborso”

La richiesta di “rimborso” delle spese sanitarie sostenute va inoltrata al “Ministero della Salute – Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6 - c/o Ministero degli Affari Esteri – Roma” (ex DGRUERI), tramite la Rappresentanza diplomatica o l’Ufficio consolare territorialmente competente per il luogo di lavoro e/o di cura dell’interessato all’estero, utilizzando apposito modello come da fac-simile **Allegato 2** riportato alla fine di questo capitolo.

La domanda di “rimborso” deve essere inoltrata **entro tre mesi** dall’effettuazione della relativa spesa, a pena di decadenza del diritto al “rimborso”, salvo il caso in cui l’interessato dimostri di non aver potuto rispettare il termine per motivi di forza maggiore.

L’espressione “entro tre mesi dall’effettuazione della relativa spesa” va intesa nel senso che i tre mesi decorrono dalla data della fine del trattamento dell’evento patologico che ha dato origine alla necessità delle prestazioni in natura, sempre che entro tale termine sia possibile documentare la spesa.

In caso di trattamenti sanitari a lungo decorso la richiesta di “rimborso” va inoltrata ogni sei mesi o al massimo ogni anno.

Va presentata la seguente documentazione:

- Domanda di “rimborso” redatta dal titolare dell’assistenza (o dal datore di lavoro se questi ha anticipato le spese) sul modello come da fac-simile **Allegato 2** riportato alla fine di questo capitolo, con l’apposizione della data di presentazione e del timbro da parte della Rappresentanza diplomatica o dell’Ufficio consolare ricevente, ai fini dell’accertamento dei termini di decadenza.
- Copia dell’attestato ex articolo 15 del DPR 618/1980 rilasciato all’interessato.
- Codice fiscale, se posseduto, del titolare del diritto all’assistenza.
- Certificato medico con diagnosi e/o relazione sanitaria.
- In caso di ricovero ospedaliero la dichiarazione della Struttura sanitaria del costo della degenza ordinaria in vigore nella Struttura medesima.
- Documentazione di spesa in originale, regolarmente quietanzata, rilasciata in conformità con le norme fiscali vigenti nel Paese estero (fatture, quietanze o ricevute di pagamento) dalla quale risulti la distinta dei singoli costi delle prestazioni erogate.
- Preferenza per le modalità di “rimborso” (da indicare nel modulo di domanda di “rimborso”).
- Eventuale dichiarazione del lavoratore o del datore di lavoro nel caso in cui l’evento morboso sia conseguente a fatti addebitabili alla responsabilità di terzi, in modo da permettere l’azione di surroga.
- Una copia di tutto il carteggio.

Il Capo della Rappresentanza diplomatica o dell’Ufficio consolare ricevente la domanda e gli allegati esprime il proprio **parere motivato** circa la congruità dei prezzi, tariffe, onorari del luogo, specificando, se del caso, se l’assistito sia stato costretto a rivolgersi ad una Struttura privata per la mancanza o per la inadeguatezza di Strutture pubbliche.

Il **parere motivato** verterà anche sulla circostanza – che riveste carattere pregiudiziale – che il lavoratore interessato non goda di prestazioni garantite da leggi locali o fornite contrattualmente dal datore di lavoro. Appare quindi opportuno, per quest’ultimo aspetto, che la Rappresentanza diplomati-



ca o l'Ufficio consolare acquisiscano una dichiarazione in tal senso rilasciata dal datore di lavoro sotto la propria responsabilità ("autocertificazione").

La Rappresentanza diplomatica o l'Ufficio consolare, previa verifica della completezza della documentazione presentata in originale, appone il visto su tutta la documentazione e trasmette la stessa, **tradotta in lingua italiana, unitamente al parere motivato**, al Ministero della Salute, all'indirizzo indicato sul modulo di domanda di "rimborso".

Copia di tutta la documentazione può essere trasmessa per PEC al seguente indirizzo:

**sanita.estero@postacert.sanita.it**

Il Ministero della Salute, verificata la regolarità e la completezza della documentazione, inoltra al competente Organo di controllo del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il provvedimento di liquidazione delle spese sanitarie sostenute nel rispetto dei livelli sanitari di assistenza garantiti dal SSN a tutti i cittadini italiani residenti in Italia, oppure, in caso contrario, qualora non siano soddisfatti i presupposti giuridici, procederà ad emettere un provvedimento motivato di reiezione.

Si ricorda infine che nel caso di lavoratori occupati all'estero alle dipendenze di imprese italiane o straniere aventi sede o rappresentanza legale in Italia, le spese per prestazioni in natura fruita dall'interessato e dai suoi familiari aventi diritto, in assistenza indiretta, sono anticipate dall'impresa e successivamente rimborsate alla stessa dal Ministero della Salute. In tal caso la domanda per il "rimborso" dovrà essere inoltrata dall'impresa stessa alle Autorità diplomatiche o consolari competenti con le modalità e procedure innanzi esposte.

## **4.10. Possibilità di anticipi sui "rimborsi"**

I Capi delle Rappresentanze diplomatiche o degli Uffici consolari "riferiscono telegraficamente" (ora per PEC) in ordine alle domande di "rimborso" pervenute, al Ministero della Salute (per i dipendenti pubblici anche al Ministero degli Affari Esteri) e su autorizzazione di massima del Ministero della Salute dispongono per il pagamento in loco (in presenza di finanziamenti disponibili) del "rimborso" richiesto nella misura pari alla metà dell'importo previsto.

L'anticipo di cui sopra potrà essere effettuato dalle Autorità diplomatiche o consolari solo nei casi in cui le spese stesse siano di rilevante entità, anche in relazione alle condizioni economiche del richiedente.

Il Ministero della Salute conserva comunque la facoltà di adottare una decisione finale di reiezione del "rimborso", anche in difformità di quanto ritenuto opportuno dal Capo della Rappresentanza, e di procedere quindi al recupero dell'acconto concesso all'assistito.

## 4.11. Azione di surroga

Nei confronti dell'eventuale responsabile civile dei danni o lesioni che hanno dato luogo all'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Ministero della Salute, è esperita dal Consolato territorialmente competente l'azione di surroga, per conto dello Stato italiano, per il recupero in via giudiziale o stragiudiziale delle spese sostenute.

In sede di istruttoria delle domande di "rimborso" ogni attenzione va rivolta, pertanto, alla individuazione dei casi in cui l'evento morboso sia conseguente a fatti addebitabili alla responsabilità di terzi: ciò al fine consentire di condurre, con tempestività, l'azione di cui trattasi.

La dichiarazione del lavoratore sulle cause e circostanze dell'evento lesivo e su ogni altro elemento utile allo scopo deve essere fornita dal lavoratore stesso o contestualmente alla domanda di "rimborso" o nei termini fissati dalle Autorità consolari medesime, a pena di decadenza.

## 4.12. Rientro temporaneo o definitivo in Italia

Alle Aziende ULSS spetta il compito di assicurare ai titolari di attestato ex articolo 15 DPR 618/1980 che rientrano temporaneamente o definitivamente dall'estero in Italia l'immediata erogazione dell'assistenza sanitaria nel territorio nazionale.

### 4.12.1. Rientro temporaneo

In caso di **rientro temporaneo** la Rappresentanza diplomatica o l'Ufficio consolare territorialmente competente per dimora all'estero rilasciano all'interessato un attestato come da fac-simile **Allegato 3**, riportato alla fine di questo capitolo, che dà diritto a fruire in Italia di tutte le prestazioni sanitarie erogate dal SSN.

In caso di rientro di durata inferiore a 30 giorni l'Azienda ULSS di temporanea dimora (in genere, ma non necessariamente, l'Azienda ULSS che ha rilasciato l'attestato ex articolo 15 DPR 618/1980), rilascia una **tessera sanitaria senza scelta del medico** che dà diritto a fruire di tutte le prestazioni sanitarie e farmaceutiche con esclusione dell'assistenza medico-generica. Questa ultima assistenza verrà erogata con il sistema delle visite occasionali con oneri a carico dell'assistito, per i quali ne potrà richiedere il "rimborso" all'Azienda ULSS che ha rilasciato la tessera sanitaria senza scelta del medico.

In caso di rientro temporaneo in Italia per un periodo superiore a 30 giorni l'Azienda ULSS può rilasciare una tessera sanitaria **con o senza** scelta del medico, a propria discrezione a seconda della compatibilità della durata del soggiorno con la reiscrizione negli elenchi del medico prescelto.

L'attestato come da fac-simile **Allegato 3** può essere rilasciato anche dopo il rientro in Italia dal Ministero della Salute.

### 4.12.2. Rientro definitivo

In caso di **rientro definitivo** si rende necessario provvedere alla reiscrizione al SSN presso la Azienda ULSS di residenza anagrafica, con attribuzione del Medico di libera scelta. La reiscrizione può ricadere negli elenchi dello stesso Medico di fiducia a carico del quale l'interessato era iscritto al momento della sospensione, anche in deroga al massimale di scelte.

## 4.13. Allegati

### 4.13.1. Allegato 1 - Attestato per l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 15 DPR n. 618 del 31 luglio 1980)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo, di modello di  
DOMANDA CON CONTESTUALE "AUTOCERTIFICAZIONE" (DPR 445/2000)

#### TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome ..... Nome.....  
Qualifica/ Grado .....  
Luogo e data di nascita.....  
Codice fiscale (se posseduto) .....  
Indirizzo: Comune, Via, N. civico, CAP(1) .....  
.....  
Azienda ULSS (codice e denominazione) .....  
Iscrizione SSN (2) n. ....  
Categoria di appartenenza (3) .....  
.....  
Sede di lavoro all'estero: Località ..... Stato .....  
Durata presumibile di permanenza all'estero (4): dal .....al ..... (A)

#### PER I LAVORATORI DEL SETTORE PRIVATO DICHIARAZIONE A CURA DEL DATORE DI LAVORO

Si attesta che il lavoratore in epigrafe presterà la propria attività lavorativa all'estero alle dipendenze di (*indicare denominazione ed indirizzo di Ente, Impresa, Società*):

.....  
.....

Data .....

Timbro e firma .....

#### COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Cognome e Nome	Data e luogo di nascita	Relazione di parentela
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Si allega la seguente documentazione (B): .....

Data ..... Firma del titolare .....(E)

#### ATTESTAZIONE

ACCERTATO IL DIRITTO SI RILASCIAM IL PRESENTE ATTESTATO (A) (C) (D).

Data ..... Timbro dell'Ufficio (5) e Firma del responsabile .....

(vedere NOTE ed AVVERTENZE alla pagina seguente)

#### NOTE

- (1) Per il lavoratore non più residente anagraficamente sul territorio nazionale indicare l'iscrizione all'AIRE e la residenza all'estero.
- (2) Per i lavoratori distaccati e residenti all'estero, per i quali non si possa fare riferimento ad una Azienda ULSS di iscrizione, indicare il numero di matricola, se dipendenti pubblici, ovvero il numero di posizione contributiva all'INPS o ad altro Istituto previdenziale italiano, se dipendenti privati.
- (3) Indicare ai sensi dell'art. 2 del DPR 618/1980 in quale settore si opera.  
Per i lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, specificare il datore di lavoro o l'amministrazione di appartenenza.  
Il lavoratore autonomo dovrà esibire idonea documentazione probatoria che sarà acquisita agli atti della Azienda ULSS.  
I titolari di borse di studio dovranno esibire la documentazione comprovante il conseguimento della borsa di studio specificando l'Università o Fondazione, italiana o estera, che la eroga.
- (4) L'Azienda ULSS di iscrizione del lavoratore deve, contestualmente all'emissione dell'attestato, ottemperare agli adempimenti previsti dall'art. 7, comma 1, della Legge n. 526 del 7 agosto 1982, ovvero sospendere, se del caso, il medico di medicina generale per soggiorni all'estero superiori a 30 giorni.
- (5) Ministero della Salute, Azienda ULSS competente territorialmente, Amministrazione o Ente pubblico di appartenenza, oppure, all'estero, Consolato competente.

#### AVVERTENZE

- (A) L'attestato ha validità per il periodo di permanenza all'estero indicato nel frontespizio. Nell'eventualità di una permanenza per una durata di tempo indeterminata l'attestato ha validità di un anno dalla data di rilascio. In caso di rientro dal periodo di missione o di distacco all'estero prima del termine indicato nel frontespizio, il diritto all'assistenza sanitaria all'estero cessa con la data del rientro sul territorio nazionale.
- (B) Ai fini del rilascio dell'attestato deve essere acquisita agli atti, in copia autentica, la documentazione comprovante il diritto all'assistenza sanitaria all'estero unitamente a copia dell'attestato stesso.
- (C) I soggetti legittimati al rilascio dell'attestato devono inoltrare, per via informatica, al Ministero della Salute copia dell'attestato emesso.
- (D) L'Amministrazione o Ente pubblico di appartenenza del lavoratore, il Consolato italiano all'estero e lo stesso Ministero della Salute, qualora provvedano direttamente al rilascio dell'attestato, devono inviare copia dell'attestato stesso all'Azienda ULSS di appartenenza del lavoratore per gli adempimenti di competenza, in particolare per la gestione dell'anagrafe sanitaria.
- (E) La presente domanda ha valore di "autocertificazione" rilasciata ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni. Il richiedente deve essere ammonito sulle conseguenze anche penali di dichiarazioni non veritiere.

\*\*\*

#### **Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

*Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.*

#### **Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

*Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.*

Data .....

*Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.*

Firma .....

## 4.13.2. Allegato 2 - Attestato per l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero (art. 15 DPR n. 618 del 31 luglio 1980)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo, di modello di  
DOMANDA DI RIMBORSO PER PRESTAZIONI SANITARIE FRUITE ALL'ESTERO EX DPR 618/1980 INOLTATA TRAMITE LA  
RAPPRESENTANZA DIPLOMATICA O L'UFFICIO CONSOLARE DI .....  
Al Ministero della Salute  
Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale  
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6  
c/o Ministero degli Affari Esteri - Roma

Il sottoscritto ..... nato il .....  
codice fiscale ..... E-mail o recapito telefonico .....  
dipendente da (1) .....  
con qualifica di .....  
in servizio presso .....  
chiede, ai sensi dell'art. 7 del DPR n. 618 del 31 luglio 1980, il rimborso delle spese sostenute nel periodo dal .....  
al ..... per un importo di (2) ..... ( ..... )  
per le prestazioni sanitarie, di cui alla allegata documentazione (3), fruita da (4) .....  
nella località di (5) .....

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda:

1. che le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
2. che le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi (in caso contrario dichiarazione del lavoratore e documentazione probatoria della responsabilità di terzi per permettere l'azione di surroga).

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (6):

- Mediante accreditamento sul c/c bancario intestato a .....  
sulla Banca ..... Agenzia o Filiale di (5) .....  
Codice IBAN .....
- Presso il proprio domicilio di (5) .....
- Mediante accreditamento presso la Rappresentanza diplomatica o consolare di .....  
(limitatamente al personale a contratto regolato da legge italiana in servizio presso le Rappresentanze diplomatiche, gli Uffici consolari e gli Istituti di cultura all'estero).

Allegati: n. .... di spesa in originale debitamente quietanzati, n. .... di documentazione sanitaria.

Data (7) ..... Firma .....

Domanda presentata alla Rappresentanza diplomatica/consolare di ..... in data .....

IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA

Parte da restituire al lavoratore a cura della Rappresentanza

Il Sig. .... ha presentato domanda di rimborso, a termine dell'art. 7 del DPR 618/1980,  
in data ..... con n. .... allegati di spesa quietanzata in originale e n. .... allegati di documentazione sanitaria.

Timbro .....

Firma .....

(vedere NOTE alla pagina seguente)

#### NOTE

- (1) I lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro o l'Amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazioni dei soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero. I titolari di borse di studio devono specificare l'Università o Ente che corrispondono la borsa di studio.
- (2) Indicare di quale valuta trattasi.
- (3) La domanda va corredata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle fatture di spesa in originale debitamente quietanzate. In carenza non si potrà procedere all'istruttoria della pratica di rimborso. Copia di tutta la documentazione può essere trasmessa per PEC al seguente indirizzo:  

sanita.estero@postacert.sanita.it
- (4) Sè medesimo o familiare da specificare.
- (5) Indirizzo completo.
- (6) Barrare la casella che interessa.
- (7) La domanda va presentata entro tre mesi dalla relativa spesa, a pena di decadenza, fatti salvi i casi di forza maggiore.

\*\*\*

#### **Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

*Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.*

#### **Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

*Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.*

Data .....

*Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.*

Firma .....

### 4.13.3. Allegato 3 - Attestazione del diritto all'Assistenza Sanitaria per i cittadini italiani all'estero che rientrano temporaneamente nel territorio nazionale (art. 12, comma 2, DPR 31 luglio 1980, n. 618)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

MINISTERO DELLA SALUTE  
DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE, RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE IN SANITÀ  
E ASSISTENZA SANITARIA DI COMPETENZA STATALE UFFICIO X  
c/o MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI - D.G. Pe. - UFFICIO VI

#### TITOLARE

cognome e nome: .....

luogo e data di nascita: .....

residenza attuale: .....

in possesso del passaporto n. .... rilasciato il .....

da .....

#### FAMILIARI A CARICO

	<i>Relazione di parentela</i>	<i>Cognome e nome</i>	<i>Data di nascita</i>
1)	.....	.....	.....
2)	.....	.....	.....
3)	.....	.....	.....
4)	.....	.....	.....
5)	.....	.....	.....
6)	.....	.....	.....
7)	.....	.....	.....
8)	.....	.....	.....

presumibilmente in Italia dal ..... al .....

I suddetti cittadini hanno diritto alle prestazioni del SSN, erogate dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente in base alla loro temporanea dimora.

Data .....

Timbro .....

Firma .....

RILASCIATO PER CONTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE  
DALLA RAPPRESENTANZA DIPLOMATICA O DALL'UFFICIO CONSOLARE COMPETENTE.

(\*) E categorie equiparate.





## 5. TRASFERIMENTO PER CURE ALL'ESTERO PRESSO CENTRI DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE (DM Sanità 3 novembre 1989 - Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989)

### 5.1. Riferimenti normativi

- **Legge 23 dicembre 1978, n. 833, articolo 6, comma 1, lett. a):** riserva allo Stato le funzioni amministrative concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero.
- **Legge 23 ottobre 1985, n. 595, articolo 3, comma 5:** stabilisce che con Decreto Ministro Sanità siano previsti i criteri di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso Centri di altissima specializzazione all'estero.
- **Decreto Ministro Sanità 3 novembre 1989:** detta i principi ed i criteri per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero.
- **Circolare Ministero Sanità 12 dicembre 1989, n. 33:** esplicita i principi ed i criteri per l'applicazione dell'istituto del trasferimento per cure in ambito comunitario, a norma dell'allora vigente articolo 22 del Regolamento (CEE) n. 1408/71, estendendo di fatto l'efficacia del Decreto Ministro Sanità 3 novembre 1989 anche ai trasferimenti per cure in ambito comunitario o nei Paesi che intrattengono con l'Italia Accordi bilaterali di sicurezza sociale, sia in assistenza diretta presso Strutture pubbliche o convenzionate che in assistenza indiretta presso Strutture private non convenzionate.
- **Decreto Ministro Sanità 24 gennaio 1990:** identifica le classi di patologia e le relative prestazioni erogabili presso Centri di altissima specializzazione all'estero una volta trascorsi i tempi massimi di attesa riportati nel decreto, con la precisazione che la patologia acuta va in ogni caso affrontata sul territorio nazionale (abrogato dal DM Sanità 31 marzo 2008 per le voci relative ai trapianti).
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000/1H/638 del 3 febbraio 1990:** estende ex Legge 25 gennaio 1990, n. 8 a tutti i cittadini iscritti al SSN, non più solo ai lavoratori, la possibilità di trasferimento per cure all'estero in ambito comunitario.
- **DGR Veneto n. 2379 del 17 aprile 1990:** istituisce i Centri Regionali di Riferimento.
- **Circolare Regione Veneto n. 13685/6158 del 8 maggio 1990:** fornisce istruzioni applicative sui Centri Regionali di Riferimento.
- **DGR Veneto n. 555 del 1° febbraio 1991:** trasferisce dalla Regione alle Unità Locali Socio Sanitarie le competenze in materia di trasferimento per cure all'estero presso Centri di altissima specializzazione.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000.1.comp. 3/11721 del 15 giugno 1991:** dispone che le Aziende ULSS possano concedere un acconto, fino al 70% della spesa prevista a carico dell'assistito, per i trapianti d'organo in assistenza diretta.
- **Decreto Ministro Sanità 30 agosto 1991:** integra l'elenco delle prestazioni fruibili presso Centri di altissima specializzazione all'estero; fornisce precisazioni sulla possibilità di derogare

dalla preventiva autorizzazione (abrogato per le voci relative ai trapianti dal DM Sanità 31 marzo 2008).

- **Circolare Regione Veneto n. 44487/20131 del 31 dicembre 1991:** fornisce esaurienti Istruzioni applicative su trasferimenti per cure all'estero.
- **DGR Veneto n. 6416 del 15 novembre 1991:** fornisce una integrazione dei Centri Regionali di Riferimento.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000.1.COMP.3A/609 del 24 febbraio 1992:** detta norme sul concorso nelle spese sostenute per la ricerca di donatori di midollo compatibili.
- **Decreto Ministro Sanità 17 giugno 1992:** abrogato dal DM Sanità 31 marzo 2008.
- **Decreto Ministro Sanità 13 maggio 1993:** modifica il DM Sanità 3 novembre 1989 e trasferisce dalla Commissione Centrale ex articolo 8 del DM alla Regione la competenza sui casi di deroghe ex articolo 7, comma 2, 3, 4 del DM stesso.
- **DGR Veneto n. 1293 del 28 marzo 1994:** attua il DM Sanità del 13 maggio 1993 e fornisce i criteri e le modalità per la concessione delle deroghe.
- **Circolare Ministero Sanità n. 3103 del 30 novembre 1994:** detta norme sui flussi informativi sui trasferimenti all'estero.
- **Circolare Ministero Sanità prot. 1000.IX/COMP.3/471 del 20 febbraio 1995:** ravvisa l'esigenza di considerare una "categoria residuale di prestazioni" autorizzabili.
- **Circolare Ministero Sanità n. 10154 del 18 marzo 1995:** precisa alcune modalità di assistenza sanitaria ai cittadini italiani in Austria.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000/COMP.3/1934 del 20 luglio 1995:** fornisce precisazioni sulle procedure da seguire per l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero con particolare attenzione al ruolo del CRR ed al follow-up dei trapiantati.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000.IX/ASS./600 del 30 ottobre 1996:** fornisce ulteriori precisazioni sulle procedure da seguire in caso di mancanza di autorizzazione preventiva per trasferimento per cure all'estero sia in assistenza indiretta che diretta.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000/II/4003 del 31 ottobre 1996:** tratta dei trasferimenti all'estero (Francia) per trapianti di cornea.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000/II/4652 del 23 dicembre 1996:** fornisce precisazioni sulle prestazioni in natura in caso di maternità (parto) all'estero nei Paesi comunitari.
- **DGR Veneto n. 2210 del 17 giugno 1997:** individua i Centri Regionali di Riferimento per una categoria residuale di prestazioni.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000.I.ASS/1617 del 3 settembre 1997:** detta ulteriori precisazioni sui controlli periodici post trapianto.
- **Circolare Ministero Sanità n. 1000.I.ASS./1642 del 10 settembre 1997:** stabilisce l'ammissibilità del contributo anche sulle imposte pagate per prestazioni fruite all'estero.
- **Circolare Ministero Sanità n. DPS.I.ASS./1769 del 6/11/1997:** fornisce precisazioni sulla applicabilità dell'assistenza indiretta per cure presso Centri privati dell'UE.

- **Legge 1° aprile 1999, n. 91:** detta “Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti” istituendo, tra l’altro, il Centro nazionale trapianti ed i Centri regionali o interregionali trapianti e prevedendo, all’articolo 20, specifiche norme per i trapianti all’estero
- **DGR Veneto n. 2491 del 14 luglio 1999:** stabilisce il contributo “Metodo Doman” per portatori di handicap psicofisici.
- **Circolare Regione Veneto n. 161/20251 del 11 gennaio 2000 e n. 993/20251 del 30 maggio 2000:** concerne il trasferimento per cure all’estero per il trattamento dei tumori intraoculari.
- **DPCM 1° dicembre 2000:** “Atto di indirizzo e coordinamento concernente il “rimborso” delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in Centri all’estero di elevata specializzazione”.
- **Circolare Regione Veneto n. 11007/20251 del 24 maggio 2001 e precedente del 6 marzo 2001:** fornisce precisazioni su proposte specialistiche in ordine ai trasferimenti per cure all’estero.
- **DGR Veneto n. 2932 del 9 novembre 2001:** concerne l’attuazione “in via transitoria” in ambito regionale del DPCM 1° dicembre 2000 (revocata da DGR Veneto n. 2878 del 17 settembre 2004).
- **Circolare Regione Veneto del 30 novembre 2001:** fornisce note esplicative sulla DGR Veneto n. 2932 del 9 novembre 2001.
- **Accordo Governo – Regioni del 6 febbraio 2003:** definisce alcune modalità applicative degli articoli 3 (comma 1), 4 (comma 1) e 7 (comma 2) dell’atto di indirizzo e coordinamento approvato per cure dei soggetti portatori di handicap in Centri all’estero di elevata specializzazione.
- **Circolare Regione Veneto n. 39267/500751 del 19 agosto 2003 sulla Sentenza del Consiglio di Stato n. 4115/03:** evidenzia la necessità di una specifica e precisa motivazione per il diniego al trasferimento per cure all’estero.
- **DGR Veneto n. 2878 del 17 settembre 2004:** determina i criteri per la corresponsione di acconti e “rimborsi” sulle spese di soggiorno sostenute dai disabili gravi in attuazione del DPCM 1° dicembre 2000 e dell’Accordo Governo – Regioni del 6 febbraio 2003.
- **Circolare Regione Veneto n. 610139/50.07.01.01 del 2 settembre 2005:** precisa i criteri per la determinazione degli acconti relativi alle spese di soggiorno nei casi di trasferimento per cure all’estero di portatori di handicap in situazione di gravità.
- **DGR Veneto n. 631 del 7 marzo 2006:** dispone “Provvidenze a favore dei trapiantati d’organo e midollo osseo e dei donatori d’organo da vivente”.
- **DGR Veneto n. 1193 del 24 aprile 2007:** trasferisce dall’Azienda Ospedaliera di Padova all’Istituto Oncologico Veneto (I.R.C.C.S. – I.O.V.), Via Gattamelata, 24 – 35128 – Padova la funzione di CRR per alcune branche specialistiche.
- **Decreto Ministro Salute 31 marzo 2008:** reca “Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all’estero, ai sensi dell’articolo 20 della Legge 1° aprile 1999, n. 91”, con i tempi minimi in lista di attesa in Italia prima della richiesta di iscrizione in liste per trapianto all’estero.
- **Circolare del Centro regionale trapianti del Veneto prot. n. 312/CRT/08:** trasmette le disposizioni del Centro nazionale trapianti applicative del DM Sanità 31 marzo 2008.

## 5.2. Forme dell'assistenza

Il Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute) con Circolare n. 33 del 12 dicembre 1989 ha precisato che i principi, i criteri e le procedure stabiliti dal DM Sanità 3 novembre 1989 per la fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso Centri di altissima specializzazione all'estero, vanno applicati anche per i trasferimenti per cure in ambito comunitario ai sensi dell'art 22 dell'allora vigente Regolamento (CEE) n. 1408/1971 (ora articolo 20 del subentrato Regolamento (CE) n. 883/2004) e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene Accordi bilaterali di sicurezza sociale (Paesi "convenzionati"), solo però nei casi vi sia espressamente previsto e disciplinato l'Istituto del "trasferimento per cure".

Ai Paesi appartenenti all'Unione Europea (UE) sono equiparati i Paesi dello Spazio Economico Europeo (SEE) e la Confederazione Svizzera.

In applicazione del vigente Regolamento (CE) o dei citati Accordi bilaterali l'assistenza sanitaria autorizzata in un Paese comunitario o equiparato o in un Paese "convenzionato" viene erogata **in forma diretta** ma solo se erogata presso Strutture pubbliche o private convenzionate del Paese di destinazione, a parità di trattamento con i propri assicurati.

In applicazione del DM Sanità 3 novembre 1989 l'assistenza viene invece fruita **in forma indiretta** ("a rimborso") se erogata:

- presso Strutture sanitarie private non convenzionate dei Paesi comunitari o equiparati o dei Paesi "convenzionati";
- presso qualsiasi Struttura pubblica o privata degli altri Paesi, ivi compresi i Paesi "convenzionati" con i quali vigono Accordi bilaterali che non prevedono l'Istituto del trasferimento per cure.

Ciò posto, la procedura per il rilascio dell'autorizzazione a recarsi presso Centri di altissima specializzazione all'estero viene trattata in modo univoco qualunque sia il Paese di destinazione, tenendo comunque conto della forma di assistenza erogata (assistenza in forma diretta o indiretta) e del conseguente diverso trattamento economico.

## 5.3. Campo di applicazione riguardo alle persone aventi diritto all'assistenza presso Centri di altissima specializzazione all'estero

Possono beneficiare dell'assistenza sanitaria presso Centri di altissima specializzazione all'estero le seguenti categorie di cittadini:

- Cittadini italiani residenti in Italia ed iscritti a pieno titolo al SSN, con scelta del medico attiva o sospesa con posizione assicurativa conservata.
- Cittadini comunitari ed extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia ed iscritti a pieno titolo al SSN con oneri a carico dello stesso oppure a carico di Istituzioni competenti estere che rimborsano "a forfait" il SSN, con scelta del medico attiva o sospesa con posizione assicurativa conservata.
- Cittadini extracomunitari iscritti volontariamente al SSN (Circolare Ministeriale n. 12 del 24 marzo 2000 su iscrizione volontaria al SSN – parità di trattamento sia sul territorio nazionale che all'estero).
- Profughi ed apolidi regolarmente residenti in Italia ed iscritti a pieno titolo al SSN, con scelta del medico attiva o sospesa con posizione assicurativa conservata.

## 5.4. Prestazioni erogabili all'estero

Possono essere erogate le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione di **altissima specializzazione**, ovvero sia le prestazioni che richiedono specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative od attrezzature ad avanzata tecnologia.

Tali prestazioni di altissima specializzazione possono essere autorizzate all'estero se non sono ottenibili **tempestivamente** ovvero **adeguatamente** in Italia presso i presidi e servizi pubblici oppure privati accreditati con il SSN.

È considerata **“prestazione non ottenibile tempestivamente in Italia”** la prestazione per la cui erogazione le Strutture pubbliche o private accreditate richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure.

È considerata **“prestazione non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico”** la prestazione che richiede specifiche professionalità ovvero procedure tecniche o curative non praticate in Italia ovvero attrezzature non presenti nelle Strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN.

Con DM Sanità 24 gennaio 1990, successivamente integrato e modificato dal DM Sanità 30 agosto 1991, dal DM Sanità 17 giugno 1992 (poi abrogato), dal DM Sanità 31 marzo 2008 (per i trapianti d'organo) sono state elencate le **classi di patologia e le relative prestazioni erogabili**, previa autorizzazione, presso Centri di altissima specializzazione all'estero, con la precisazione che la “patologia acuta va in ogni caso affrontata sul territorio nazionale”.

Nell'elenco sono altresì riportati i **tempi massimi di attesa** oltre i quali la prestazione è considerata non ottenibile tempestivamente in Italia.

In presenza di particolari e gravi situazioni cliniche le prestazioni possono essere autorizzate all'estero anche in deroga ai suddetti limiti temporali con provvedimento dal quale emergano, sulla base di dettagliate informazioni cliniche, i motivi del prevalere del giudizio clinico sui limiti temporali di riferimento.

**Le classi di patologia e le relative prestazioni erogabili presso Centri di altissima specializzazione all'estero sono quelle di seguito elencate.**

In capo ad ogni voce è riportato il codice per l'inserimento in applicativo informatico TECAS/NSMI attualmente utilizzato per la trasmissione dei dati statistici al Ministero della Salute ed alla Regione in ossequio a quanto previsto dall'articolo 8, comma 2, DM Sanità 3 novembre 1989 (v. punto 5.13).

**NEUROLOGIA****Stati subacuti costituiti da malattia infiammatorie e autoimmuni:**

32AM	polineuriti e poliradicoloneuriti .....	15
32BM	polimiositi .....	15
32GM	miastenia in fase evolutiva .....	15
32HM	patologia cerebro-vascolare non chirurgica .....	15
32IM	epilessia a crisi ricorrenti .....	15
32LM	sclerosi multipla .....	30

**Diagnostica neurologica con alte tecnologie:**

32ZD	tomografia assiale computerizzata .....	30
32YD	tomografia a risonanza magnetica .....	45
32XD	angiografia midollare superselettiva .....	90

**NEUROCHIRURGIA**

30AC	paralisi ostetriche del plesso brachiale .....	30
30BC	paralisi traumatiche del plesso brachiale.....	30

**Patologia tumorale endocranica e rachidea:**

64AD	biopsie stereotassiche .....	10
64BN	tumori a lenta evoluzione .....	20
64GC	tumori benigni senza segni di compromissione di funzioni .....	20
64ZR	terapie radianti tradizionali o stereotassiche .....	15
34GN	patologia malformativa e tumorale dell'orbita .....	20
30HN	terapia interstiziale negli astrocitomi di I e II grado .....	20

**Malformazioni vascolari non trattabili chirurgicamente:**

30IN	embolizzazione .....	30
30XR	terapia con alte energie .....	30
30LN	altre prestazioni .....	30

**Epilessia:**

30PC	trattamento chirurgico .....	30
------	------------------------------	----

**NEURORIABILITAZIONE**

30YF	post chirurgia cerebrale .....	15
30ZF	post chirurgia vertebro-midollare .....	15
30QF	paratetraplegie acquisite o congenite .....	15
30SF	sindromi post coma o coma apallico .....	15

**CARDIOLOGIA INVASIVA**

08AD	coronarografia nell'angina stabile in trattamento .....	60
08AD	angioplastica coronarica nell'angina stabile .....	60

**CARDIOCHIRURGIA**

07AC	aneurismi dell'aorta toracica non fissurati, non dissecanti .....	60
07BC	ostruzioni coronariche in angina stabile o asintomatica in terapia, escluse ostruzioni critiche del tronco comune sinistro o prossimali della discendente anteriore e circonflessa .....	270
07GC	complicanze croniche dell'infarto del miocardio in compenso clinico (classe NYHA <3) con terapia medica .....	270
07HC	stenosi aortica sintomatica .....	60
07IC	insufficienza aortica sintomatica .....	180
07JC	insufficienza aortica asintomatica (classe NYHA <3) .....	365
07KC	valvulopatia mitralica sintomatica.....	90
07LC	valvulopatia mitralica asintomatica .....	365
07PC	valvulopatie multiple sintomatiche .....	90
07QC	valvulopatie multiple asintomatiche .....	365
07SC	valvulopatie associate a coronaropatie: stenosi aortica .....	45
07UC	valvulopatie associate a coronaropatie: altre valvulopatie .....	180
07VC	cardiopatie congenite con shunt S-D senza grave ipertensione polmonare (dotto arterioso pervio, difetto del setto interatriale, ritorno anomalo parziale delle vene polmonari, canale A-V parziale).....	365
07WC	cardiopatie congenite con shunt S-D più complesso (difetto del setto interventricolare, tronco arterioso, difetto aorto-polmonare, canale A-V completo) .....	180
07XC	cardiopatie congenite complesse (tetralogia di Fallot, atresia polmonare, trasposizione dei grossi vasi, ventricolo destro a doppia uscita, ritorno anomalo totale delle vene polmonari) .....	90
07YC	ostruzioni all'efflusso (coartazione aortica, stenosi polmonare, stenosi aortica congenita) .....	180

**CHIRURGIA VASCOLARE**

14AC	aneurismi dell'aorta addominale viscerali, periferici .....	30
14BC	lesioni ostruttive carotidee sintomatiche .....	30
14GC	lesioni dell'arteria anonima .....	30
14HC	lesioni carotidee asintomatiche .....	365
14IC	furto della succlavia .....	365
14JC	lesioni ostruttive delle arterie viscerali sintomatiche .....	30
14KC	arteriopatie ostruttive degli arti II stadio .....	180
14LC	arteriopatie ostruttive degli arti III e IV stadio .....	30
14PC	reinterventi arteriosi .....	30
14PC	fistole artero-venose .....	180
14SC	lesioni ostruttive della vena cava superiore.....	30
14UC	patologia venosa .....	365

**ONCOLOGIA**

64XD	diagnostica oncologica .....	30
64YM	trattamenti chemioterapici .....	30
64OB	invio campioni biologici (voce non presente nei DD.MM.)	
64WC	chirurgia oncologica che richieda interventi di particolare complessità .....	30

**EMATOLOGIA****Trapianto di midollo allogenico o autologo in:**

18JT	leucemie acute in prima remissione .....	90
18BT	leucemie acute oltre la prima remissione .....	30
18GT	anemia aplastica grave .....	90
18HT	leucemia mieloide cronica .....	365
18IT	mielomi .....	365
18XT	altre emoblastosi croniche .....	365
18OE	ricerca per midollo compatibile (voce non presente nei DD.MM.)	



**RADIOTERAPIA**

70ZR	irradiazione neutronica.....	–
70YR	irradiazione in condizioni di ipertermia .....	30
70QR	irradiazione tecnicamente semplice .....	60
<b>Irradiazione tecnicamente complessa:</b>		
70XR	curieterapia interstiziale ed endocavitaria .....	40
70WR	curieterapia stereotassica cerebrale (gliomi a bassa malignità) .....	40
18ZR	total body irradiation per trapianto di midollo .....	40
70VR	total body irradiation per immunosoppressione in trapianti d'organo, artrite reumatoide resistente, sclerosi multipla .....	40
70UR	irradiazione stereotassica di lesioni cerebrali neoplastiche o malforma- zioni vascolari .....	15
52AR	panirradiazione cutanea con elettroni per micosi fungoide .....	40
70SR	irradiazione di conformazione con collimatori "multileaf" .....	40
64HR	trattamento conservativo delle neoformazioni della coroide con irradia- zione protonica, quando non siano indicati altri trattamenti radianti.....	--

**USTIONI**

47AC	chirurgia ricostruttiva nella fase subacuta .....	120
------	---	-----

**ORTOPEDIA**

36AC	tumori ossei e displasie ossee sistemiche che esigono resezioni massive ed impianti .....	30
36BN	scoliosi idiopatiche gravi ed evolutive sintomatiche .....	60
36GC	interventi di protesizzazione totale in forme degenerative e necrotizzan- ti del ginocchio e dell'anca.....	90
36HC	allungamenti di segmenti ossei in malformazioni o postumi di trauma .....	300

**TRAPIANTI D'ORGANO (come modificato da Decreto Ministro Salute 31 marzo 2008)****Trapianto di rene:**

480I	iscrizione in lista trapianti di rene per insufficienza renale terminale .....	365
48ET	trapianto di rene eseguito	
48OW	proseguimento cure rene – controlli	
48OB	invio campioni biologici – rene	
48VO	trapianto di rene da vivente	
48OZ	ri-trapianto di organo di rene	

**Trapianto di rene e pancreas:**

48IT	pazienti in lista per nefropatia diabetica.....	365
48RT	trapianto di rene e pancreas eseguito	

**Trapianto di fegato:**

09OI	iscrizione in lista trapianti di fegato per insufficienza epatica terminale .....	180
09GT	iscrizione in lista trapianti di fegato per neoplasie maligne.....	90
09EF	trapianto di fegato eseguito	
09OW	proseguimento cure fegato – controlli	
09OB	invio campioni biologici – fegato	
09VO	trapianto di fegato da vivente	
09OZ	re-trapianto di organo di fegato	

**Trapianto di cuore:**

14OI	iscrizione in lista trapianti di cuore per insufficienza cardiaca terminale refrattaria ad altra terapia.....	180
14EC	trapianto di cuore eseguito	
14OW	proseguimento cure cuore - controlli	

**Trapianto di polmone:**

68OI	iscrizione in lista trapianti di polmone .....	90
68EC	trapianto di polmone eseguito	
68OW	proseguimento cure polmone - controlli	

**Trapianto di intestino:**

88OI	iscrizione in lista trapianti di intestino .....	180
88EI	trapianto di intestino eseguito	
88OW	proseguimento cure intestino – controlli	
88OB	invio campioni biologici - intestino	

<i>Condizioni patologiche</i>	<i>Tempo di attesa massimo (giorni)</i>
-------------------------------	---

<b>TRAPIANTO PEDIATRICO</b>
-----------------------------

***Rene:***

48HT	pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di rene.....	180
48EP	trapianto pediatrico di rene eseguito	
48PW	pediatria – proseguimento cure rene – controlli	
48PB	pediatria – invio campioni biologici – rene	

***Fegato:***

09OP	pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di fegato.....	180
09EP	trapianto pediatrico di fegato eseguito	
09PW	pediatria – proseguimento cure fegato – controlli	
09PB	pediatria – invio campioni biologici – fegato	

***Cuore:***

14OP	pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di cuore.....	180
14EP	trapianto pediatrico di cuore eseguito	
14PW	pediatria – proseguimento cure cuore – controlli	

***Polmone:***

68OP	pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto di polmone.....	90
68EP	trapianto pediatrico di polmone eseguito	
68PW	pediatria – proseguimento cure polmone – controlli	

***Multiviscerale:***

88OP	pazienti pediatrici in lista nazionale per trapianto multiviscerale.....	180
88EP	trapianto pediatrico multiviscerale eseguito	
88PW	pediatria – proseguimento cure trapianti multiviscerali - controlli	

<b>OCULISTICA</b>
-------------------

34AT	trapianto di cornea da cadavere .....	180
------	---------------------------------------	-----

<b>UROLOGIA</b>
-----------------

64IN	patologia neoplastica maligna in ambito urologico .....	30
43BN	patologia ostruttiva acuta delle vie escrettrici superiori .....	30
43GF	terapia riabilitativa per neuro-vesciche in neurolesi .....	90

<b>CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA</b>
---

42AC	chirurgia plastica ricostruttiva a seguito di interventi demolitivi. ....	180
------	---	-----

**Avvertenza**

**Le prestazioni per le quali non è indicato alcun tempo di attesa sono quelle non ottenibili adeguatamente in Italia in quanto richiedenti specifiche professionalità o procedure tecniche o curative non praticate sul territorio nazionale.**

## CATEGORIA RESIDUALE DI PRESTAZIONI – CASI PARTICOLARI

L'allora Ministero della Sanità, con nota prot. n. 1000. IX / COMP 3 / 471 del 20 febbraio 1995 ha evidenziato la necessità di prevedere “una categoria residuale di prestazioni” ponendo quale presupposto legittimante l'autorizzazione la condizione che si tratti di prestazioni per le quali sul territorio nazionale non esiste un trattamento adeguato rispetto alla particolarità del caso clinico segnalato in quanto, appunto, siano richieste specifiche professionalità o procedure tecniche o curative non praticate in Italia o attrezzature non presenti nelle Strutture italiane pubbliche o private accreditate con il SSN.

Trattasi, ovviamente, di “prestazioni residuali” o “casi particolari” rispetto a quelle codificate nei citati Decreti ministeriali e pertanto difficilmente inquadrabili in una specifica branca specialistica.

La raccomandazione del Ministero della Sanità derivava anche dall'analisi dei dispositivi di varie sentenze in materia, promulgate dalla magistratura amministrativa, contabile ed ordinaria spesso favorevoli agli assistiti ricorrenti nel caso di patologie non espressamente incluse nei Decreti.

I casi particolari, in via non esaustiva, sono comunque come di seguito inquadrati e codificati:

- 01IN CP – malattie infettive e parassitarie
- 14TN CP – tumori
- 24MN CP – malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari
- 28SN CP – malattie del sangue e degli organi emopoietici
- 29PN CP – disturbi psichici
- 32SN CP – malattie del sistema nervoso
- 36ON CP – malattie dell'occhio e degli annessi
- 38ON CP – malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide
- 39CN CP – malattie del sistema circolatorio
- 46RN CP – malattie dell'apparato respiratorio
- 52DN CP – malattie dell'apparato digerente
- 58GN CP – malattie del sistema genitourinario
- 63GN CP – complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio
- 68CN CP – malattie della cute e del tessuto sottocutaneo
- 71ON CP – malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo
- 74MN CP – malformazioni congenite
- 76PN CP – alcune condizioni morbose di origine perinatale
- 78SN CP – sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
- 80TN CP – traumatismi e avvelenamenti
- 83CN CP – classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari

Per i casi particolari sia il medico specialista che richiede la prestazione presso un Centro di altissima specializzazione all'estero sia il competente Centro Regionale di Riferimento (CRR) devono indicare chiaramente gli **elementi particolari** della terapia / patologia / prestazione individuata che giustificano l'assistenza all'estero.

## 5.5. Centri Regionali di Riferimento

La Regione attribuisce, per ogni branca specialistica, l'accertamento della sussistenza dei presupposti sanitari che legittimano l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero, dell'eventuale erogazione nel concorso delle spese sostenute e di ogni altra connessa valutazione di natura tecnico-sanitaria, ad uno o più presidi e servizi di alta specialità siti nel proprio territorio o se necessario in Regione limitrofa.

Tali presidi o servizi assumono, ai fini del trasferimento per cure all'estero, la denominazione di **Centri Regionali di Riferimento** per la branca specialistica di competenza.

Con DGR Veneto n. 2379 del 17 aprile 1990, così come integrata dalla successiva DGR Veneto n. 6416 del 15 novembre 1991 e dalla DGR Veneto n. 219 del 17 febbraio 2003 ("Sistema Regionale Trapianti Veneto") sono stati istituiti i Centri Regionali di Riferimento per le classi di patologia e le relative prestazioni erogabili all'estero, previa autorizzazione, in Centri di altissima specializzazione sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta a seconda del Paese di destinazione.

I Centri Regionali di Riferimento sono stati così individuati.

### 5.5.1. Centri Regionali di Riferimento ordinati per struttura sanitaria

**Centro Regionale Trapianti**  
c/o Azienda Ospedaliera - Via Giustiniani, 2  
35128 - Padova  
Segreteria: telefono 049 821 33 81 – telefax 049 821 24 82  
e-mail: veneto.coordinamento@sanita.padova.it

#### ***Branche specialistiche***

- Tutti i trapianti

**Centro Regionale di Riferimento IRCCS – IOV (Istituto Oncologico Veneto)**  
Via Gattamelata, 64  
35128 Padova  
Segreteria: telefono 049 821 57 73 – telefax 049 821 57 90

#### ***Branche specialistiche***

- Oncologia medica
- Chirurgia medica oncologica
- Radioterapia

**Centro Regionale di Riferimento Azienda Ospedaliera Padova**

Via Giustiniani, 2

35128 – Padova

Segreteria: telefono 049 821 33 81 – telefax 049 821 24 82

***Branche specialistiche***

- Cardiocirurgia
- Cardiologia invasiva
- Chirurgia generale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia vascolare
- Ematologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Urologia
- Ustioni
- Malattie rare e casi particolari

**Centro Regionale di Riferimento Azienda Ospedaliera Verona**

Piazzale Stefani, 1

37135 – Verona

Segreteria: telefono 045 812 22 70 – telefax 045 812 20 38

***Branche specialistiche***

- Cardiocirurgia
- Cardiologia invasiva
- Chirurgia generale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia vascolare
- Ematologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Neuroriabilitazione
- Oculistica
- Ortopedia
- Radiologia
- Urologia
- Ustioni
- Malattie rare e casi particolari

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 6 Vicenza**  
c/o Presidio Ospedaliero - Via Ridolfi, 37  
36100 Vicenza  
Segreteria: telefono 0444 75 35 30 - 75 29 02, telefax 0444 75 30 49

***Branche specialistiche***

- Cardiologia invasiva
- Chirurgia generale
- Ematologia
- Neurochirurgia
- Neuroriabilitazione
- Oculistica
- Radioterapia
- Urologia

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 12 Veneziana**  
c/o Ospedale dell'Angelo - Via Paccagnella  
30174 Venezia- Mestre  
Segreteria: telefono 041 965 77 59 – 965 77 06, telefax 041 965 77 75

***Branche specialistiche***

- Neurologia
- Urologia
- Oculistica

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 12 Veneziana**  
c/o Presidio Ospedaliero SS. Giovanni e Paolo - Campo SS. Giovanni e Paolo  
30123 Venezia  
Segreteria: telefono 041 529 43 11 – 529 43 13, telefax 041 529 49 94

***Branche specialistiche***

- Chirurgia generale
- Neurologia
- Neuroriabilitazione
- Urologia
- Oculistica

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 9 Treviso**  
c/o Presidio Ospedaliero di Treviso - Piazza Ospedale, 15  
31100 Treviso  
Direzione Sanitaria: telefono 0422 32 24 22 – telefax 0422 32 26 64

***Branche specialistiche***

- Cardiocirurgia
- Cardiologia invasiva
- Chirurgia generale
- Chirurgia vascolare
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Oculistica
- Urologia

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 1 Belluno**  
c/o Presidio Ospedaliero "S. Martino" - Viale Europa, 22  
32100 Belluno  
Segreteria: telefono 0437 51 62 13 – telefax 0437 51 61 98

***Branche specialistiche***

- Chirurgia generale
- Neurologia
- Oculistica
- Urologia

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 18 Rovigo**  
c/o Presidio Ospedaliero "S. Maria della Misericordia" - Viale Tre Martiri, 140  
45100 Rovigo  
Direzione Medica: telefono 0425 39 43 33 – telefax 0425 39 42 19

***Branche specialistiche***

- Chirurgia generale
- Neurologia
- Oculistica
- Urologia

**Centro Regionale di Riferimento Azienda ULSS 21 Legnago**  
c/o Presidio Ospedaliero  
Via Giannella, 1  
Direzione sanitaria: telefono 0442 63 21 22 – telefax 0442 63 23 98

***Branche specialistiche***

- Urologia



## 5.5.2. Centri Regionali di Riferimento ordinati per branca specialistica

### **Neurologia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Belluno
- Presidio Ospedaliero di Rovigo
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Venezia
- Presidio Ospedaliero di Vicenza
- Presidio Ospedaliero di Mestre

### **Neurochirurgia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Neuroriabilitazione**

- Presidio Ospedaliero di Venezia
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Cardiologia invasiva**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Cardiochirurgia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Treviso

### **Chirurgia generale**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Vicenza
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Belluno
- Presidio Ospedaliero di Rovigo

### **Chirurgia vascolare**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Treviso

### **Oncologia Medica**

- I.R.C.C.S. – I.O.V di Padova

### **Ematologia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Radioterapia**

- I.R.C.C.S. – I.O.V. di Padova

### **Ustioni**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona

### **Ortopedia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona

### **Urologia**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Belluno
- Presidio Ospedaliero di Mestre
- Presidio Ospedaliero di Rovigo
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Venezia
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Trapianti d'organo (TUTTI)**

- Centro regionale trapianti di Padova

### **Chirurgia plastica ricostruttiva a seguito di interventi demolitivi**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona

### **Chirurgia oncologica**

- I.R.C.C.S. – I.O.V. di Padova

### **Oculistica**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona
- Presidio Ospedaliero di Belluno
- Presidio Ospedaliero di Rovigo
- Presidio Ospedaliero di Treviso
- Presidio Ospedaliero di Mestre
- Presidio Ospedaliero di Vicenza

### **Categoria residuale di prestazioni autorizzabili (“casi particolari”)**

- Azienda Ospedaliera di Padova
- Azienda Ospedaliera di Verona

## 5.6. Procedura per l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero (con esclusione dei trapianti)

### 5.6.1. Competenze preliminari dell'Azienda ULSS

L'assistito deve presentare **domanda** all'Azienda ULSS di appartenenza corredata dalla **proposta di un medico specialista della branca specifica**, pubblico o privato operante in Italia, che, tra l'altro, deve indicare il **Centro medico estero prescelto** per la prestazione e la **motivazione in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione in Italia tempestivamente ed in forma adeguata al caso clinico**.

Si rimarca che il medico specialista proponente (pubblico o privato) deve operare esclusivamente nel territorio nazionale non potendosi accettare al riguardo eventuali proposte redatte da medici specialisti operanti all'estero (oppure sia all'estero che in Italia) ai quali i cittadini si siano direttamente rivolti, come talora accade, per visite o consulti.

Alla domanda va allegata la più significativa recente documentazione sanitaria relativa al caso clinico, ritenuta utile per una completa valutazione dei presupposti di legge per ottenere l'autorizzazione al trasferimento all'estero, ovverosia particolarmente motivata in ordine all'impossibilità di fruire delle prestazioni in Italia "tempestivamente ed in forma adeguata" non in senso assoluto ma relativamente al singolo caso clinico.

La Azienda ULSS compila la **Prima parte del modello TRS.01** che provvede a trasmettere, unitamente alla domanda e alla documentazione presentata, al CRR territorialmente competente ad autorizzare o meno le prestazioni richieste all'estero.

Il CRR territorialmente competente per la singola branca specialistica è quello avente sede nel territorio dell'Azienda ULSS di appartenenza dell'assistito o in mancanza nel Capoluogo della Provincia di residenza dell'assistito.

In assenza di specifico CRR nell'ambito provinciale, il CRR viene liberamente scelto dall'assistito in ambito regionale. In mancanza di tale scelta vi provvede direttamente l'Azienda ULSS.

L'assistito tramite la propria Azienda ULSS deve interpellare un solo CRR al fine di evitare responsi diversi o contrastanti.

L'inoltro della domanda prodotta dall'assistito da parte dell'Azienda ULSS (con nota di accompagnamento) al CRR deve avvenire in tempi brevi e con mezzi che consentano una trasmissione tempestiva di tutta la documentazione.

Dalla **nota di accompagnamento** il CRR potrà trarre elementi utili per la valutazione del caso clinico (riferimenti alla documentazione clinica recente, cronistoria clinica, motivazioni in ordine all'impossibilità di fruire della prestazione in Italia tempestivamente od in forma adeguata al caso clinico, ecc.).

Alla fine del corrente Capitolo sono riportati i seguenti modelli:

- **Fac-simile di modello di domanda, a titolo puramente indicativo, per l'assistenza in forma diretta;**
- **Fac-simile di modello di domanda, a titolo puramente indicativo, per l'assistenza in forma indiretta;**
- **Fac-simile di modello di proposta specialistica;**
- **Modello TRS.01 (prima pagina: parte prima, seconda e terza).**

## 5.6.2. Competenze del CRR

Competono al CRR gli adempimenti di seguito elencati.

- Accertamento della sussistenza dei presupposti sanitari che legittimano il rilascio della autorizzazione al trasferimento per cure all'estero in assistenza diretta od in assistenza indiretta a seconda del Paese e della Struttura di destinazione prescelta, nonché ogni altra valutazione di natura tecnico-sanitaria in relazione ai requisiti di "tempestività ed adeguatezza" per ottenere la stessa prestazione in Italia.
- Valutazione della sussistenza in capo alla Struttura estera richiesta dei requisiti di Centro di altissima specializzazione.
- Autorizzazione, se del caso, alla fruizione delle prestazioni presso il Centro estero prescelto oppure autorizzazione, adeguatamente motivata, alla fruizione delle prestazioni presso altro Centro estero in caso di impossibilità (puntualmente ed adeguatamente motivata) al rilascio dell'autorizzazione per il Centro prescelto.
- Autorizzazione, in relazione alla gravità del caso clinico, al trasporto dell'assistito con il mezzo più idoneo (anche aereo), con eventuale accompagnatore nel caso di minori di anni 18 e di non autosufficienti.
- Trasmissione tempestiva all'Azienda ULSS competente del parere, espresso mediante puntuale compilazione della **Seconda parte del Modello TRS.01**, per il successivo immediato rilascio all'interessato da parte dell'Azienda ULSS del formulario comunitario o convenzionale per il trasferimento per cure in caso di assistenza diretta, oppure di apposito documento di autorizzazione in caso di assistenza indiretta.
- Il CRR può richiedere, se lo ritiene opportuno e/o necessario, ulteriore documentazione all'interessato tramite la Azienda ULSS oppure convocare l'assistito per una valutazione medica.
- È da escludere in qualsiasi caso il diretto rilascio all'assistito del documento di autorizzazione da parte del CRR, dato che la competenza in materia è sempre riservata ai competenti uffici amministrativi dell'Azienda ULSS.
- Compilazione, in caso di parere negativo all'autorizzazione, degli spazi predisposti sul Modello TRS.01 per la motivazione del diniego, motivazione che eventualmente potrà anche essere completata su fogli a parte da allegare al Modello TRS.01.
- Indicazione, se il diniego viene motivato dalla constatazione che le cure richieste possono essere erogate anche in Italia "tempestivamente" ed "in forma adeguata alla particolarità del caso clinico", negli appositi spazi del Modello TRS.01 della denominazione di due Centri nazionali, all'uopo direttamente contattati, dichiaratisi disponibili a fornire le prestazioni entro i tempi massimi previsti nel DM 24 gennaio 1990 e seguenti.
- Attivazione di contatti diretti, o indiretti tramite il Consolato italiano competente o eventuali Centri di Riferimento all'estero, con le Strutture prescelte al fine di concordare tempi e modi delle prestazioni e ricoveri nonché di eventuali indagini di diagnostica strumentale e di laboratorio che possano essere eseguite prima della partenza dall'Italia oppure per il prosieguo delle cure dopo il rientro in Italia.
- Successivamente alla fruizione delle prestazioni autorizzate all'estero, competenza sul parere concernente le spese sanitarie rimborsabili (articolo 6, DM Sanità 3 novembre 1989).

### 5.6.3. Competenze dell’Azienda ULSS conseguenti al parere del CRR

L’Azienda ULSS, acquisito il parere del CRR, provvede o meno, conformemente al suddetto parere, al rilascio dell’autorizzazione dandone tempestiva comunicazione all’interessato.

#### Avvertenza

**Premesso che il CRR è l’unico Organo legittimato a valutare la sussistenza dei presupposti necessari per ottenere l’autorizzazione al trasferimento per cure all’estero, nei casi in cui l’Azienda ULSS non ritenga di adeguarsi al parere favorevole o negativo espresso dal CRR il relativo provvedimento dovrà essere adeguatamente motivato.**

**Tale possibilità di non adeguamento al parere espresso dal CRR vale solo per l’assistenza all’estero in forma diretta, mentre per l’assistenza in forma indiretta il parere del CRR è vincolante per l’Azienda ULSS**

#### 5.6.3.1. Assistenza in forma indiretta

Se la Struttura estera è privata non convenzionata (**ovunque ubicata all’estero**) la Azienda ULSS rilascia una **autorizzazione scritta** a fruire delle prestazioni richieste **in forma indiretta**: l’interessato viene informato che dovrà anticipare le spese per le prestazioni autorizzate all’estero, per le quali potrà richiedere il “rimborso” alla propria Azienda ULSS, al rientro in Italia, nei termini previsti dall’articolo 6 del DM Sanità 3 novembre 1989 che viene in tal caso applicato ed eventualmente dalla deroga di cui al successivo punto 5.6.8.3.

#### 5.6.3.2. Assistenza in forma diretta

Se la Struttura estera è pubblica o privata convenzionata ed è ubicata in uno dei **Paesi membri dell’UE, dello SEE (dal 1° giugno 2012) o della Confederazione Svizzera (dal 1° aprile 2012)**, l’Azienda ULSS provvede ad emettere il **Documento S2** (ex E112).

Se la Struttura estera è ubicata in uno dei Paesi con i quali l’Italia intrattiene **Accordi bilaterali di sicurezza sociale** e tali Accordi prevedono l’istituto del trasferimento per cure, l’Azienda ULSS rilascia **un formulario analogo al Documento S2** così come previsto dai singoli Accordi.

Si ribadisce che in caso di **rilascio di specifico formulario per trasferimento per cure all’estero in applicazione dei Regolamenti comunitari o degli Accordi bilaterali**, l’erogazione delle prestazioni all’estero avviene in **assistenza diretta**, a parità di condizioni e di trattamento economico con gli assicurati del Paese di destinazione. In tal caso l’interessato deve essere avvertito che alcune spese restano a suo carico, fatta salva la possibilità di chiedere il “rimborso” in deroga di cui al successivo punto 5.6.8.4.

#### Avvertenza

**Se un assistito richiede ed ottiene la emissione di un formulario per l’assistenza diretta presso un preciso Centro di cura sito in uno dei Paesi dell’UE o equiparati, oppure in uno dei Paesi “convenzionati”, il quale Centro, all’atto della concreta erogazione delle cure, non accetta il “pagamento” delle prestazioni con il modello rilasciato, l’autorizzazione concessa non deve considerarsi nulla, ma sarà esercitabile attraverso il sistema del rimborso delle spese in forma indiretta, valendo il modello rilasciato quale atto scritto di autorizzazione al trasferimento per cure all’estero ai sensi del DM Sanità 3 novembre 1989, appunto in assistenza indiretta.**

Sulla base della autorizzazione rilasciata o negata, relativamente sia all'assistenza in forma indiretta che diretta, l'Azienda ULSS compila la **Parte terza del Modello TRS.01**.

Alla fine del corrente Capitolo è riportato, a titolo puramente indicativo, il fac-simile dei **modelli di autorizzazione o di diniego** a fruire delle prestazioni richieste in forma indiretta. I formulari per le autorizzazioni a fruire dell'assistenza in forma diretta in ambito comunitario o nei Paesi "convenzionati" sono descritti nei Capitoli 2 e 3.

#### **5.6.4. Concorso nelle spese sostenute per le prestazioni fruite in forma indiretta ("a rimborso")**

Al rientro in Italia l'assistito o un suo delegato presenta all'Azienda ULSS **domanda di "rimborso"** delle spese sostenute presentando le **fatture quietanzate** o titoli equipollenti secondo le norme e gli usi locali, **in originale**, unitamente alla **documentazione sanitaria** relativa alle prestazioni fruite (copia cartella clinica, referti, ecc.).

In via ordinaria possono essere considerate al fine del "rimborso" solo le **spese di carattere strettamente sanitario**, ovverosia quelle riferite alle sole prestazioni in natura (spese sostenute per gli onorari professionali, degenza, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci, protesi ed endoprotesi, ecc.) oltre alle **spese di trasporto o di viaggio**, con esclusione, in caso di ricovero ospedaliero, di quelle di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza e quelle di soggiorno nella località estera prima e dopo il ricovero.

Tali spese sono rimborsate nella misura dell'80% se sostenute presso centri di natura pubblica ovvero presso centri di natura privata senza scopo di lucro le cui tariffe siano approvate e controllate dalle locali autorità sanitarie competenti. Tali condizioni (natura pubblica o mancanza di scopo di lucro e tariffe approvate e controllate) devono essere certificate dalle locali Rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute presso centri diversi sono rimborsate nella misura dell'80%, con il limite, però, che il "rimborso" non potrà comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe avuto diritto per analoghe prestazioni fruite presso centri di natura pubblica o senza scopo di lucro di cui innanzi. A tal fine l'assistito deve produrre idonea certificazione vistata dalle locali Rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese (sempre di carattere strettamente sanitario) per prestazioni libero-professionali richieste dall'assistito o dalla Struttura ospedaliera, comprese quelle fruite in regime di ricovero ospedaliero, sono rimborsate nella misura del 40%.

Nel caso però che il regime amministrativo locale preveda che tutte le prestazioni erogate dai medici curanti in regime di ricovero ospedaliero siano tariffate a parte come prestazioni libero-professionali, la misura del "rimborso" è pari all'80%, previa presentazione di una dichiarazione rilasciata in tal senso dalle locali Rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le misure del "rimborso" appena definite si applicano alle spese sostenute **al netto delle quote di partecipazione (ticket) ma al lordo degli oneri fiscali** eventualmente in uso nel Paese di destinazione nei confronti dei propri assistiti.

Al solo fine del concorso nelle spese sostenute sono considerate spese di carattere strettamente sanitario anche le spese per il **trasporto** o le spese per il **viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore.

Si parla di **trasporto** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore nei casi in cui l'infermo, per necessità derivanti dall'evento sanitario o ad esso conseguenti, non sia in grado di viaggiare con norma-

li mezzi pubblici ma abbisogni di volo barellato, di aereo sanitario, di ambulanza, di auto privata o pubblica.

In tal caso, se il mezzo di trasporto “speciale” (ambulanza, volo barellato, aereo sanitario) è stato preventivamente autorizzato dal CRR, le spese sostenute sono rimborsate nella misura dell’80%.

Nel caso il trasporto avvenga con auto privata o pubblica il rimborso viene effettuato nella misura dell’80% della spesa sostenuta ma non può superare l’80% della tariffa ferroviaria più economica.

Si parla di **viaggio** dell’assistito e dell’eventuale accompagnatore autorizzato quando vengono utilizzati normali mezzi di trasporto (treno, aereo con volo di linea o in auto privata o pubblica).

Nel caso il CRR abbia autorizzato il viaggio aereo con volo di linea il “rimborso” avviene nella misura dell’80% della spesa sostenuta per il biglietto aereo in classe turistica, per l’infermo e per l’eventuale accompagnatore autorizzato.

Nel caso in cui sia stato autorizzato il viaggio con il mezzo aereo ma l’assistito abbia utilizzato un mezzo diverso perché ritenuto al momento più opportuno, le relative spese sono rimborsate nella misura dell’80% delle spese effettivamente sostenute per un importo comunque non superiore all’80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica calcolata sia per l’assistito che per l’accompagnatore autorizzato.

Salvo quanto previsto in precedenza le spese di viaggio dell’assistito e dell’eventuale accompagnatore (per minori di anni 18 e per maggiorenni non autosufficienti) sono rimborsate nella misura dell’80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica.

**Alla fine del corrente Capitolo è riportato il fac-simile, a titolo puramente indicativo, di modello per la domanda di “rimborsi” ordinari ex articolo 6 DM Sanità 3 novembre 1989.**

### **5.6.5. Parere del CRR sulle spese rimborsabili**

L’Azienda ULSS, ricevuta la domanda di “rimborso” e la documentazione prevista, trasmette al CRR che ha autorizzato la prestazione, al fine di acquisire il parere di competenza, il solo elenco analitico delle spese di carattere strettamente sanitario sostenute dall’assistito, comprese le spese di viaggio e di trasporto sostenute dall’assistito stesso.

Infatti compete all’Azienda ULSS la verifica della regolarità dei pagamenti e l’espletamento di ogni altra incombenza di carattere procedurale-amministrativo compresa la traduzione dal testo straniero in quello italiano della documentazione di spesa se non vi ha già provveduto l’assistito tramite la Rappresentanza diplomatica o gli Uffici consolari italiani del Paese estero.

Al CRR incombe solo l’onere di esprimere una valutazione sulla natura delle spese sostenute ed analiticamente presentate.

In particolare dal parere del CRR, obbligatorio e vincolante per l’Azienda ULSS, dovrà risultare:

- che le spese da rimborsare ai sensi dell’articolo 6 del DM Sanità 3 novembre 1989 **sono o non sono** tutte di carattere strettamente sanitario;
- che le stesse **attengono o non attengono** a prestazioni per le quali è stata rilasciata l’autorizzazione al trasferimento per cure;
- che le prestazioni cui si riferiscono le spese stesse sono state tutte fruite presso il Centro estero autorizzato o, in caso contrario, le **motivazioni giustificative o meno** per le quali le stesse sono state erogate da altra struttura.

In altri termini il CRR deve indicare chiaramente quali sono le spese rimborsabili tra quelle indicate analiticamente dall’Azienda ULSS e presentate al CRR stesso.

## 5.6.6. Liquidazione all'interessato del concorso nelle spese

L'Azienda ULSS, acquisito il parere di congruità del CRR sulle spese rimborsabili ed in conformità dello stesso, dispone per la liquidazione all'interessato del concorso nella spesa.

## 5.6.7. Acconti

Sul prevedibile "rimborso" spettante all'interessato possono essere concessi, a domanda dell'interessato stesso, prima della partenza dall'Italia o durante il soggiorno all'estero, acconti che non possono, in nessun caso, superare il 70% del "rimborso" determinabile sulla base di un preventivo di spesa presentato dall'interessato.

Gli acconti possono essere concessi su valutazione sia della particolare entità della prevedibile spesa che delle modalità di pagamento in uso presso la Struttura estera. A tal fine l'assistito può presentare appositi preventivi relativi a spese sanitarie o di viaggio a dimostrazione delle modalità di pagamento richieste dalla Struttura estera.

**Alla fine del corrente Capitolo è riportato, a titolo puramente indicativo, il fac-simile di modello per la domanda di acconti ai sensi dell'articolo 6, comma 13, DM Sanità 3 novembre 1989.**

## 5.6.8. Derghe

Il DM Sanità 13 maggio 1993 ha disposto che la competenza amministrativa sull'esame delle deroghe previste dall'articolo 7, comma 2 - 3 - 4, DM Sanità 3 novembre 1989 venga trasferita alle Regioni.

La Regione del Veneto con DGR n. 1293 del 28 marzo 1994 ha conseguentemente definito i criteri e le modalità applicative.

### 5.6.8.1. **Deroga per assistiti presenti in Regione diversa da quella di residenza (articolo 7, comma 1, DM. Sanità 3 novembre 1989 e Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989 – Derghe alle procedure)**

In caso di **gravità della malattia ed urgenza della prestazioni**, l'assistito che si trovi in Italia in una Regione diversa da quella di appartenenza, anche se ricoverato in ospedale, può essere valutato sulla sussistenza dei presupposti e delle condizioni necessarie ed eventualmente autorizzato al trasferimento per cure, sia in assistenza indiretta che diretta, presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, direttamente dal CRR competente per branca specialistica della Regione in cui è presente.

In caso di assistenza in forma indiretta l'Azienda ULSS di temporanea dimora rilascia la necessaria autorizzazione con la precisazione che il "rimborso", sia ordinario che "in deroga", dovrà essere richiesto all'Azienda ULSS competente.

In caso di assistenza in forma diretta l'Azienda ULSS di temporanea dimora rilascia direttamente all'assistito il Documento S2 (ex E112) oppure analogo formulario per i Paesi "convenzionati".

L'Azienda ULSS di temporanea dimora dà tempestiva ed esaustiva comunicazione scritta dei fatti all'Azienda ULSS competente.

Il CRR che ha autorizzato il trasferimento all'estero sarà interpellato dalla Azienda ULSS competente anche per esprimere il parere sulle spese rimborsabili in via ordinaria e per ogni altro adempimento di competenza.

La Regione competente sarà informata dei fatti alla fine dell'iter amministrativo espletato dall'Azienda ULSS competente.



### **5.6.8.2. Deroga dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione (articolo 7, comma 2, DM Sanità 3 novembre 1989 e articolo 2 DM 30 agosto 1991)**

Si prescinde dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione per le **prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza**, ivi comprese quelle usufruite **dai cittadini che si trovino già all'estero, alla inderogabile condizione** che l'assistito compri la sussistenza, al momento del trasferimento all'estero, dei presupposti normalmente richiesti per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria e preventiva.

Come è noto tali presupposti si riferiscono a prestazioni che non possono essere ottenute in Italia tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

L'assistito deve dimostrare di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria e preventiva.

Le domande di concorso nelle spese sostenute all'estero in assistenza indiretta in carenza di preventiva autorizzazione devono essere presentate all'Azienda ULSS competente entro 3 mesi dall'effettuazione della relativa spesa, a pena di decadenza. Tale termine decorre dalla data di effettuazione dell'ultima spesa relativa allo stesso evento sanitario, ovvero dalla data dell'ultima quietanza o ricevuta ammessa "a rimborso".

**In tali casi alla domanda di "rimborso" delle spese sostenute dovrà essere allegata, oltre alla documentazione ordinaria:**

- la dimostrazione di essere in lista di attesa presso almeno due Strutture pubbliche o private accreditate con il SSN da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria;
- la dimostrazione di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria.

Da quanto sopra discende che i casi di deroga dall'obbligatorietà di preventiva autorizzazione sono del tutto eccezionali.

Rientrano in essi prevalentemente i casi di trapianto d'organo per i quali può ipotizzarsi:

- l'improvvisa chiamata da parte della Struttura estera dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre sei mesi, il quale sia in attesa in Italia dell'autorizzazione al trasferimento per cure, regolarmente inoltrata;
- l'imprevisto ricovero per l'intervento dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre il tempo previsto, che si trovi già all'estero per accertamenti, tipizzazione, ecc. e che abbia già inoltrato in Italia la domanda per trasferimento per cure.

Non possono invece rientrare i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie acute, impreviste e imprevedibili che si manifestano durante un soggiorno all'estero e che sono "coperti" dalla TEAM in ambito comunitario, da formulari similari rilasciati per "temporaneo soggiorno" nei Paesi "convenzionati", dall'attestato ex art. 15 DPR 618/80 per i lavoratori aventi diritto o da apposite polizze assicurative negli altri Paesi.

Non rientrano neppure i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie già esistenti prima del trasferimento all'estero ma per le quali non risulti assolutamente comprovata la impossibilità di erogazione "**tempestiva**" ed "**adeguata**" anche in Italia.

La valutazione sulla sussistenza dei presupposti e delle condizioni per usufruire dell'assistenza presso Centri di altissima specializzazione all'estero ed il parere sulle spese rimborsabili viene dato, a posteriori, dal CRR competente al quale l'Azienda ULSS trasmette tutta la documentazione.

Il CRR che ha esaminato il caso deve predisporre una **relazione** contenente i seguenti dati ed elementi essenziali di valutazione:

- Azienda ULSS competente;
- cognome, nome e data di nascita dell'assistito e del titolare del diritto all'assistenza nell'ipotesi di familiari a carico;
- patologia;
- Stato estero e Struttura estera presso cui è avvenuto il ricovero e/o sono state fruite le prestazioni;
- intervento effettuato e/o terapia praticata;
- durata del ricovero o della terapia praticata;
- esito dell'intervento e/o della terapia;
- motivazioni fornite dall'assistito in ordine alla mancanza di preventiva autorizzazione;
- valutazione sulla eccezionale gravità ed urgenza (che non hanno consentito il rilascio della preventiva autorizzazione);
- valutazione sulla sussistenza dei presupposti e delle condizioni previsti dall'articolo 2 del DM Sanità 3 novembre 1989 ("prestazione non ottenibile tempestivamente in Italia" o "prestazione non ottenibile in Italia in forma adeguata alla particolarità del caso clinico");
- verifica delle condizioni di cui all'articolo 2 del DM Sanità 30 agosto 1991 ("prova di essere in lista di attesa presso almeno due Strutture pubbliche o convenzionate con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per le singole prestazioni" e "di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via preventiva");
- verifica se tutte le prestazioni fruite rientrano fra quelle erogabili ai sensi del DM Sanità 24 gennaio 1990 e successivi;
- indicazione analitica delle spese di carattere sanitario di cui si chiede il "rimborso" in valuta estera ed in Euro, calcolati al cambio del giorno di effettuazione delle relative spese;
- controllo analitico delle spese di cui al punto precedente ritenute rimborsabili dal CRR.

L'Azienda ULSS competente, ricevuta la relazione dal CRR, riassume i dati di valutazione in apposita **SCHEDA** che dovrà inviare alla Regione assieme alla relazione del CRR ed alla domanda, in fotocopia, prodotta dall'interessato.

Ulteriore documentazione sanitaria e di spesa prodotte dall'interessato dovranno essere inviate alla Regione solo se verranno espressamente richieste.

La competenza regionale, in questo caso, si limita ad effettuare un mero riscontro di legittimità sulla richiesta di "rimborso" inoltrata, corredata dalla relazione-valutazione del CRR, concernente tanto la sussistenza dei presupposti e condizioni ex articolo 2 del DM Sanità 3 novembre 1989 (prestazioni non ottenibili tempestivamente o adeguatamente in Italia), quanto la rimborsabilità delle spese sostenute secondo le percentuali di concorso nelle spese di cui all'articolo 6 dello stesso Decreto.

Una volta che la Regione ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute, lo comunica all'Azienda ULSS che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.

**Alla fine del corrente Capitolo è riportato, a titolo puramente indicativo, il fac-simile di modello di domanda per rimborso in deroga ai sensi dell'articolo 7, comma 2, DM Sanità 3 novembre 1989.**

## Avvertenza

(Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989 – Deroghe alle procedure)

La deroga di cui trattasi può essere applicata anche nei casi di assistenza diretta presso Centri pubblici o convenzionati ubicati in ambito comunitario o nei Paesi “convenzionati”.

In tali casi l’Azienda ULSS può, previa valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del CRR con le modalità e procedure previste per l’assistenza indiretta, rilasciare a posteriori il Documento S2 (ex E112) oppure analogo formulario per i Paesi “convenzionati”, su richiesta dell’interessato o della Istituzione estera. In alternativa può procedere, su richiesta dell’assistito al suo rientro in Italia, al rimborso delle spese sostenute secondo le tariffe di rimborso applicate dall’Istituzione estera che ha erogato le prestazioni, all’uopo interpellata.

### 5.6.8.3. Deroga sull’ammontare dei “rimborsi” per prestazioni fruitive in assistenza indiretta (articolo 7, comma 3, DM Sanità 3 novembre 1989)

Se le spese complessive (**anche non strettamente sanitarie**) che restano a carico dell’assistito dopo applicazione del regime ordinario dei “rimborsi” ex articolo 6, DM Sanità 3 novembre 1989, sono particolarmente elevate in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare dell’assistito, tanto da comprometterne le condizioni economiche, è possibile presentare **DOMANDA** alla propria Azienda ULSS per ottenere il “rimborso” parziale di tali spese, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione ed al reddito complessivo del nucleo familiare.

La fattispecie in oggetto attribuisce un potere di apprezzamento alla Regione in quanto l’ulteriore valutazione sulle spese residuali da ammettere a rimborso in deroga al regime ordinario, coinvolge, appunto, sia le spese strettamente sanitarie che non strettamente sanitarie sostenute dall’assistito.

Potrebbero pertanto essere prese in considerazione per il “rimborso”, ad esempio, le spese sostenute per la permanenza all’estero in strutture alberghiere o comunque onerose, allorché tale permanenza si sia resa necessaria per ottenere ravvicinate prestazioni in day-hospital od ambulatoriali incluse nel programma terapeutico iniziale.

Nella valutazione delle deroghe sui “rimborsi” la Regione del Veneto si attiene ai seguenti principi:

- le spese residuali (anche non strettamente sanitarie) rimaste a carico dell’assistito devono essere debitamente documentate e di per sé particolarmente elevate;
- se l’interessato documenta spese per le quali è richiesta preventiva specifica autorizzazione, che nel caso specifico è mancata, le spese in questione vanno considerate solo nei limiti previsti dal regime ordinario di concorso nelle spese;
- nella valutazione della onerosità di tali spese deve tenersi conto anche del reddito complessivo del nucleo familiare il quale in questo caso rappresenta una delle componenti essenziali;
- per una compiuta valutazione delle “spese che restano a carico dell’assistito” deve essere tenuto conto anche di eventuali acconti erogati;
- devono essere escluse dalla deroga le spese residuali di limitato importo (indicativamente inferiori al 10% del reddito complessivo annuo del nucleo familiare).

La Regione deve acquisire dalla Azienda ULSS competente una **RELAZIONE** contenente i seguenti dati ed elementi essenziali di valutazione:

- Azienda ULSS competente ;
- cognome, nome e data di nascita dell'assistito;
- patologia;
- autorizzazione del CRR compresa quella per l'eventuale accompagnatore e per il mezzo di trasporto, con la data del rilascio;
- Stato estero e Struttura estera presso la quale è avvenuto il ricovero e/o sono state erogate le prestazioni;
- intervento effettuato e/o terapia praticata;
- durata del ricovero e/o della terapia praticata;
- spesa complessivamente sostenuta dall'assistito e documentata in valuta estera ed in Euro (calcolati al cambio del giorno di effettuazione delle relative spese);
- spesa di carattere sanitario sostenuta e documentata in totale e per singole voci in valuta estera ed in Euro (calcolate come al punto precedente);
- acconti eventualmente già concessi dalla Azienda ULSS;
- concorso nella spesa di carattere sanitario già concesso dalla Azienda ULSS in totale e per singole voci;
- motivi della richiesta di concorso nelle spese che restano a carico dell'assistito, indicate in totale e per singole voci;
- indicazione analitica delle spese di cui al punto precedente delle quali si propone il "rimborso" con precisazione dei motivi.

Alla relazione trasmessa dalla Azienda ULSS alla Regione deve essere allegata, in fotocopia, la **domanda** prodotta dall'interessato, nonché una "**autocertificazione**", sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, dalla quali risulti il reddito complessivo dei componenti il nucleo familiare dichiarato nell'ultimo anno utile.

Ulteriore documentazione sanitaria e/o di spesa prodotta dall'interessato sarà inviata alla Regione solo se espressamente richiesto in una fase successiva.

Tutti i dati e gli elementi di valutazione di cui sopra dovranno essere riassunti in apposita **SCHEDA**.

Una volta che la Regione con proprio decreto ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute rimaste a carico dell'assistito, lo comunica all'Azienda ULSS che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.

**Alla fine del corrente Capitolo è riportato, a titolo puramente indicativo, il fac-simile di modello di domanda per rimborso in deroga per spese particolarmente elevate, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, DM Sanità 3 novembre 1989 con contestuale "autocertificazione" del reddito complessivo del nucleo familiare dichiarato nell'ultimo anno utile.**

#### 5.6.8.4. **Deroga per il concorso nelle spese per prestazioni fruite in assistenza diretta (articolo 7, comma 4, DM Sanità 3 novembre 1989)**

Come è noto i principi e criteri in tema di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero di cui al DM Sanità 3 novembre 1989 si applicano, per espressa previsione della Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989, anche ai trasferimenti per cure previsti dai Regolamenti comunitari e da alcuni degli Accordi bilaterali di sicurezza sociale intrattenuti dall'Italia con vari Paesi.

Giova ribadire che i trasferimenti per cure, autorizzati in base alla normativa comunitaria o ad accordi bilaterali, riguardano solo le prestazioni che le Istituzioni sanitarie estere erogano **in forma diretta** nelle Strutture pubbliche o private convenzionate ai propri assicurati. In tal caso le prestazioni vengono erogate dalle suddette Istituzioni a parità di condizioni e di trattamento con i propri assistiti.

Ovviamente in caso di ricorso a Strutture private non convenzionate ubicate in ambito comunitario o nei Paesi "convenzionati" dovrà essere applicato il DM Sanità 3 novembre 1989 che regola l'assistenza **in forma indiretta** ("a rimborso").

Con l'assistenza in forma diretta restano a carico dell'assistito le spese sostenute per:

- onorari corrisposti ai sanitari che abbiano svolto la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento, se tali onorari sono soggetti a tariffazione separata;
- tickets previsti dalla legislazione locale;
- spese per il viaggio, anche se in ambulanza, e per l'accompagnatore;
- spese di soggiorno in attesa di ricovero;
- spese di confort alberghiero eventualmente sostenute durante la degenza (telefono, TV, stanza singola, ecc.) non comprese nella retta di degenza e pertanto oggetto di tariffazione separata.

L'articolo 7, comma 4, DM Sanità 3 novembre 1989 introduce una deroga alla regola generale, in virtù della quale possono essere concessi concorsi nelle **spese di carattere strettamente sanitario** che restano a carico dell'assistito, qualora le predette spese siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso.

Giova rimarcare che tale deroga concessa per le prestazioni fruite in assistenza diretta si riferisce esclusivamente alle spese di carattere strettamente sanitario (primi tre punti dei cinque innanzi riportati) e non a tutte le spese sostenute (anche di carattere non strettamente sanitario) rimaste a carico dell'assistito, come per la deroga di cui al punto 5.6.8.3. per le prestazioni fruite in assistenza indiretta.

Pertanto anche la valutazione della **particolare onerosità** delle spese poste direttamente a carico dell'assistito in assistenza diretta deve essere effettuata con esclusivo riferimento alle sole spese di carattere strettamente sanitario e non al complesso di tutte le spese direttamente sostenute.

La più limitata portata del "rimborso" si giustifica con il fatto che all'assistito è già stata garantita l'assistenza in forma diretta, non potendosi prescindere dall'ammontare complessivo degli oneri sostenuti direttamente o indirettamente dal SSN.

È pertanto possibile presentare **DOMANDA** alla propria Azienda ULSS per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese di carattere strettamente sanitario, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione del nucleo fa-

miliare ed al reddito complessivo prodotto dai componenti del nucleo familiare, come risulta nell'ultimo anno utile.

La Regione in sede di determinazione del concorso negli oneri posti a carico dell'assistito si attiene ai seguenti criteri:

- le richieste prese in considerazione devono essere significative sotto il profilo sanitario e particolarmente rilevanti sotto il profilo economico;
- le spese strettamente sanitarie che sono state poste a carico dell'assistito devono essere tali da compromettere le condizioni economiche del nucleo familiare;
- per tale motivo vanno escluse dalla deroga le spese rimaste a carico dell'assistito di importo inferiore al 10% del reddito complessivo del nucleo familiare;
- si potrà procedere alla concessione del concorso nelle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a carico dell'assistito nei termini seguenti:
  - quanto ad **onorari professionali** corrisposti a sanitari che abbiano svolto la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento e dove è stato utilizzato il Documento S2 (ex E112) o similari per i Paesi "convenzionati", a condizione che siano fatturati separatamente: sino al 40% dell'esborso, entro il limite massimo di € 7.746,85=;
  - quanto ai **ticket** previsti dalla legislazione locale: sino all'80% dell'esborso;
  - quanto a **spese di viaggio**, anche se in autoambulanza, per l'assistito e per l'accompagnatore autorizzato: sino all'80%.

La Regione deve acquisire dalla Azienda ULSS competente una **RELAZIONE** contenente i seguenti dati ed elementi essenziali di valutazione:

- Azienda ULSS competente;
- cognome, nome e data di nascita dell'assistito e del titolare del diritto all'assistenza nell'ipotesi di familiare a carico;
- patologia;
- autorizzazione del CRR compresa quella per l'eventuale accompagnatore, con la data del rilascio;
- formulario comunitario o equivalente per i Paesi "convenzionati" utilizzato per fruire dell'assistenza in forma diretta;
- Stato estero e Struttura estera presso la quale è avvenuto il ricovero e/o sono state erogate le prestazioni;
- intervento effettuato e/o terapia praticata;
- esito dell'intervento e/o della terapia praticata;
- durata del ricovero e/o della terapia praticata;
- motivazioni della richiesta di concorso nelle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a carico dell'assistito;
- indicazione totale ed analitica per singole voci delle spese di cui si chiede il "rimborso".

Alla relazione trasmessa dalla Azienda ULSS alla Regione deve essere allegata, in fotocopia, la **domanda** prodotta dall'interessato, nonché una "**autocertificazione**", sottoscritta ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, dalla quali risulti il reddito complessivo dei componenti il nucleo familiare nell'ultimo anno utile.

Ulteriore documentazione sanitaria e/o di spesa prodotta dall'interessato sarà inviata alla Regione solo se espressamente richiesto in una fase successiva.

Tutti i dati e gli elementi di valutazione di cui sopra dovranno essere riassunti in apposita **SCHEDA**.

Una volta che la Regione con proprio decreto ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute rimaste a carico dell'assistito, lo comunica all'Azienda ULSS che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.

**Alla fine del corrente Capitolo è riportato, a titolo puramente indicativo, il fac-simile di modello di domanda per rimborso in deroga per spese particolarmente elevate ai sensi dell'articolo 7, comma 4, DM Sanità 3 novembre 1989 con contestuale "autocertificazione" del reddito complessivo del nucleo familiare dichiarato nell'ultimo anno utile.**

### **5.6.9. Cure di mantenimento e di controllo**

Le cure di mantenimento e di controllo, anche se riferite ad una precedente autorizzazione al trasferimento per cure all'estero in assistenza diretta o indiretta, devono essere preventivamente autorizzate dalla Azienda ULSS, acquisito il parere del CRR.

Pertanto ogni qualvolta si presenta questa necessità deve essere inoltrata una nuova domanda di autorizzazione con la procedura ordinaria innanzi descritta.

Può essere richiesta **una sola autorizzazione** al CRR solo in caso della programmazione ed effettuazione **di un ciclo di terapie**.

Nella domanda l'interessato dovrà assumere espresso impegno a restituire, per intero o in parte, l'acconto ricevuto in relazione alle determinazioni regionali sulla concessione del concorso nelle spese strettamente sanitarie rimaste a carico dell'interessato di cui al paragrafo precedente e comunque in caso di non utilizzo o di parziale utilizzo dell'acconto stesso.

## **5.7. Ricerca di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) per finalità di trapianto, in Italia e all'estero**

Il Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, internazionalmente conosciuto come Italian Bone Marrow Donors Registry (I.B.M.D.R.), istituito e gestito presso l'Ospedale Galliera di Genova, strettamente collegato con i Registri istituiti a livello regionale o interregionale, non dispone di un numero sufficientemente ampio di CSE, sia da donatore adulto che da cordone ombelicale, per far fronte alle esigenze nazionali. Ciò comporta la frequente necessità di ricorrere alla ricerca internazionale nei Registri stranieri, europei ed americani.

Sul piano pratico tale ricerca per individuare il donatore non consanguineo di CSE da midollo o da sangue periferico o di CSE da cordone ombelicale ed il relativo prelievo avviene tramite il Registro italiano di Genova, il quale, risultata vana la ricerca presso i Registri italiani, trasmette agli altri Registri internazionali attivi le caratteristiche genetiche del paziente interessato.

Per ottenere l'autorizzazione all'esecuzione delle prestazioni finalizzate al reperimento di CSE e alla copertura delle spese a carico del SSN l'interessato deve presentare all'Azienda ULSS di appartenenza:

- domanda di autorizzazione per la ricerca di CSE (midollari, cordonali o da sangue periferico) presso un Registro italiano o straniero;
- documentazione relativa all'avvio dell'attivazione della ricerca CSE, tramite l'I.B.M.D.R., da parte dello specialista della Struttura ospedaliera pubblica autorizzata.

L'Azienda ULSS trasmette tutta la suindicata documentazione al CRR (Centro Regionale di Riferimento) competente unitamente al Modello TRS.01 tratto dal sistema informativo ministeriale TECAS/NSMI (Trasferimenti all'Estero Cure Altissima Specializzazione) adeguatamente compilato nella prima parte con i dati anagrafici dell'assistito ed avendo cura di inserire anche nel campo "città estera" il dato "Genova".

Ottenuto il parere favorevole del CRR, l'Azienda ULSS autorizza con l'Allegato E, completato con i dati identificativo dell'Azienda ULSS, l'esecuzione delle prestazioni finalizzate al reperimento di CSE, riconoscendo gli oneri conseguenti a carico della stessa Azienda ULSS tramite la mobilità sanitaria.

L'Allegato E viene consegnato all'interessato o, su richiesta dello stesso, inoltrato alla Struttura sanitaria di avvio all'attivazione della ricerca CSE, che provvederà alla trasmissione all'I.B.M.D.R. presso l'Ospedale Galliera di Genova.

Concluso l'iter procedurale autorizzativo, vengono completati i dati in applicativo TECAS/NSMI.

Nella seconda parte del Modello TRS.01, si inseriscono i dati relativi al parere del CRR. In particolare nel campo "mezzo di trasporto", va selezionata la voce ALTRO, in quanto il campo è obbligatorio e la prestazione è di altra natura rispetto ai ricoveri all'estero.

Nella terza parte del Modello TRS.01, dove viene richiesto il periodo di cura autorizzato, si ritiene ragionevole indicare un periodo di 5 anni, rinnovabile più volte fino a che non sia stato trovato il donatore senza la necessità di chiedere una nuova autorizzazione al CRR.

Nella terza parte del TRS.01 va altresì selezionato NO nel campo previsto per l'emissione del Documento S2 o similari e NO nel campo previsto per l'accompagnatore essendo tali dati specifici per i ricoveri all'estero.

Alla fine del corrente Capitolo sono riportati i seguenti modelli:

- **Fac-simile, a titolo puramente indicativo, di modello di domanda di autorizzazione per la ricerca di CSE (midollari, cordonali o da sangue periferico) presso un Registro italiano e straniero;**
- **Allegato "E" da consegnare al termine dell'iter autorizzativo all'interessato o, su richiesta dello stesso, da inoltrare alla Struttura sanitaria di avvio dell'attivazione della ricerca CSE.**



## 5.8. Trasferimento all'estero per cure di neuroriabilitazione

Un caso particolare riguarda i trasferimenti all'estero per cure di neuroriabilitazione autorizzati in favore di soggetti portatori di handicap in situazione di gravità, riconosciuti tali ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge n. 104 del 5 febbraio 1992.

Gli assistiti che necessitano di tali prestazioni presentano all'Azienda ULSS competente la domanda di autorizzazione con la procedura ordinaria già descritta precedentemente ai sensi del DM Sanità 3 novembre 1989.

L'Azienda ULSS, acquisito il parere del CRR competente per la branca specialistica di neuroriabilitazione, rilascia il Documento S2 o similari per i Paesi "convenzionati" nel caso di assistenza in forma diretta o la comunicazione di autorizzazione nel caso di assistenza in forma indiretta.

Ai sensi del DPCM 1° dicembre 2000 e della DGR Veneto n. 2878 del 17 settembre 2004 le spese per il **soggiorno** dell'assistito e del suo accompagnatore autorizzato, in alberghi o strutture collegate con il Centro di altissima specializzazione all'estero, sono equiparate **a tutti gli effetti** alla degenza ospedaliera, qualora non sia prevista l'ospedalizzazione in costanza continuativa di ricovero per tutta la durata degli interventi autorizzati, sia in assistenza in forma diretta che in assistenza in forma indiretta.

In caso di ospedalizzazione in costanza continuativa di ricovero, possono essere riconosciute le spese di soggiorno dell'accompagnatore autorizzato solo su dichiarazione formale, da parte della Struttura ospedaliera, attestante la necessità della presenza dell'accompagnatore durante la degenza.

Tali spese sono riconosciute in sede di erogazione del "concorso alla spesa" di cui alle deroghe trattate ai precedenti punti 5.6.8.3. e 5.6.8.4., unitamente a tutte le altre spese che restano a carico dell'assistito.

L'ammontare nel concorso sulle spese rimaste a carico dell'assistito è differenziato a seconda dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare dell'assistito ed è previsto nei termini seguenti:

- 100% della spesa rimasta a carico se si tratta di un nucleo familiare con ISEE inferiore a € 8.000,00;
- 80% della spesa rimasta a carico se si tratta di un nucleo familiare con ISEE compreso tra € 8.000,00 ed € 13.000,00;
- 80% delle sole spese di soggiorno se si tratta di un nucleo familiare con ISEE superiore a € 13.000,00.

L'assistito può chiedere un acconto sulle spese che andrà a sostenere per le cure all'estero, comprensivo di quelle di soggiorno. Queste ultime saranno determinate secondo gli importi previsti per il personale dirigenziale di seconda fascia dello Stato.

La determinazione dell'acconto è data dal valore dell'indicatore ISEE del nucleo familiare dell'assistito, così come di seguito riportato:

- acconto del 100% della spesa prevedibile qualora l'assistito appartenga a un nucleo familiare in condizioni di indigenza, determinate secondo la normativa vigente;
- acconto del 90% della spesa prevedibile qualora l'assistito appartenga a un nucleo familiare con ISEE inferiore a € 8.000,00;
- acconto del 70% della spesa prevedibile qualora l'assistito appartenga a un nucleo familiare con ISEE compreso tra € 8.000,00 e € 13.000,00.

## Avvertenza

### Contributo regionale ai cittadini veneti portatori di handicap psicofisici che applicano il “Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA”

La Legge regionale n. 6 del 22 febbraio 1999, come successivamente modificata ed integrata, ha disposto che la Regione del Veneto partecipi direttamente, con la concessione di un contributo, *alle spese non coperte dal fondo sanitario regionale*, sostenute dai cittadini portatori di handicap psicofisici residenti in Veneto, che si avvalgono del “Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA” quale trattamento neuroriabilitativo, debitamente certificato, effettuato sia in Italia che all'estero.

Al fine di assicurare la concessione del contributo in modo uniforme in tutto il territorio della Regione del Veneto sono state periodicamente emanate le opportune direttive su proposta dell'Assessore alle Politiche Sociali, competente in materia (DGR n. 2491 del 14 luglio 1999, così come modificata dalla DGR 2894 del 3 agosto 1999, DGR n. 3738 del 20 novembre 2007, DGR n. 864 del 31 marzo 2009).

In linea di principio generale e rinviando per maggiori dettagli alle direttive periodicamente aggiornate dalla Regione, per la concessione del contributo relativo a trattamenti riabilitativi debitamente certificati *effettuati all'estero*, va tenuto conto di quanto segue:

- il contributo può essere richiesto alla Azienda ULSS di iscrizione dalla persona in condizioni di disabilità psicofisica o dal suo rappresentante legale;
- la persona bisognosa di trattamento deve risultare residente nella Regione del Veneto dalla nascita o da almeno sei mesi precedenti la data della presentazione della richiesta alla Azienda ULSS di iscrizione;
- la condizione di disabilità di tipo psicofisico deve essere certificata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992;
- sono ammissibili le spese documentate, sostenute dall'interessato e da un accompagnatore, per l'applicazione del “Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA”, *non coperte da concorso sanitario*;
- vanno pertanto normalmente espletate le procedure previste dal DM Sanità 3 novembre 1989, dalla Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 e dal DPCM 1° dicembre 2000, per i trasferimenti per cure di neuroriabilitazione all'estero in assistenza in forma indiretta o diretta, come in precedenza illustrato;
- vengono conseguentemente applicati i “rimborsi” previsti in via ordinaria o in regime di degenza dalla citata normativa;
- vengono infine accertate da parte dell'Azienda ULSS le spese complessive sostenute e documentate rimaste a carico dell'assistito in quanto non coperte dall'applicazione dei “rimborsi” di cui al punto precedente;
- l'Azienda ULSS, istruite tutte le richieste, trasmette alla Direzione Regionale per i Servizi Sociali, entro il 31 ottobre di ogni anno, una scheda di rendicontazione riepilogativa;
- il concorso regionale, riferito alle risorse a bilancio annuale, viene stabilito in rapporto all'entità delle spese sostenute e rendicontate e comunque in misura non superiore all'80% delle spese complessivamente rimaste a carico dell'assistito.

Con DGR n. 864 del 31 marzo 2009 era stato stabilito, in via sperimentale, che la documentazione di spesa, a dimostrazione dell'applicazione del Metodo, fosse costituita da fattura e/o ricevuta e/o altro documento fiscale rilasciato dal medico, dal professionista, da professionisti associati o da centri specializzati in Italia o all'estero, con evidenziata la precisazione “che si tratta di trattamenti

to in applicazione di Metodo Doman o Vojta o Fay o ABA con indicazione della durata del trattamento e del numero di prestazioni/sedute erogate”.

Inoltre, sempre in via sperimentale, era stato inserito un tetto massimo di spesa ammissibile per utente pari a Euro 20.000,00 complessivamente ed era stato precisato che tra le spese di alloggio, oltre alle spese alberghiere, potevano essere inserite le spese relative a soluzioni di soggiorno diverse per una somma complessiva non superiore a Euro 1.200,00 mensili.

Nel caso di alloggio in locali in affitto, tra le spese di vitto, oltre alle spese sostenute presso punti di ristorazione, potevano anche essere inserite le spese sostenute per acquisti effettuati presso supermercati o negozi di generi di sostentamento, purchè in presenza di regolare fattura o scontrino fiscale e con il limite di Euro 200,00 settimanali.

Tra le spese di viaggio potevano essere considerate ammissibili le spese per viaggi in treno, aereo, autobus al prezzo più conveniente e nel caso di viaggio in auto un rimborso pari ad un quinto del prezzo della benzina oltre ai pedaggi autostradali.

## 5.9. Trasferimenti all'estero per trapianti d'organo

*La Legge 1° aprile 1999, n. 91 recante “Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti” ha posto le basi per l'attuale Organizzazione all'interno del SSN in materia di trapianti, istituendo i seguenti Organismi:*

- A. **Sistema informativo dei trapianti (SIT)** nell'ambito del Sistema informativo sanitario (SIS) nazionale, con funzioni di raccolta dati e di collegamento telematico fra gli altri Organismi coinvolti nella gestione dei trapianti.
- B. **Centro nazionale trapianti**, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, con la funzione precipua di curare, attraverso il SIT, la tenuta delle **liste delle persone in attesa di trapianto** risultanti dai dati trasmessi dai Centri regionali o interregionali trapianti di cui alla lettera D, ovvero dalle Strutture autorizzate ai trapianti e dalle Aziende ULSS, e di coordinare le attività e le relative procedure degli altri Organismi coinvolti.
- C. **Consulta tecnica permanente per i trapianti** con il compito di predisporre gli indirizzi tecnico-operativi per l'attività di trapianto e di svolgere funzioni consultive a favore del Centro nazionale trapianti.
- D. **Centri regionali o interregionali trapianti**, con sede presso una Struttura pubblica e con la disponibilità di uno o più laboratori di immunologia per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale, ai quali vengono assegnate le seguenti funzioni:
  - coordinazione delle attività di raccolta e di trasmissione dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto, nel rispetto dei criteri stabiliti dal Centro nazionale;
  - coordinazione delle attività di prelievo e dei rapporti tra i Reparti di rianimazione presenti sul territorio e le Strutture per i trapianti;
  - controllo sui tests immunologici di tipizzazione per assicurare l'idoneità del donatore;
  - assegnazione degli organi disponibili per il trapianto, in applicazione dei criteri stabiliti dal Centro nazionale;

- coordinazione del trasporto dei campioni biologici, delle équipes sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza;
- valutazione ed eventuale autorizzazione delle richieste di iscrizioni in liste di attesa per trapianti di Organizzazioni estere.

*In applicazione della richiamata Legge n. 91/1999 la Giunta Regionale del Veneto con vari provvedimenti, da ultimo con DGR n. 219 del 7 febbraio 2003, ha istituito il “Sistema Regionale Trapianti Veneto” quale sistema organizzativo ad alta integrazione fra gli Organismi nazionali e regionali od interregionali coinvolti nella gestione dei trapianti.*

Per quanto di maggior interesse per la presente GUIDA si rileva che l’articolo 20, rubricato “Trapianti all’estero”, della Legge n. 91/1999 stabilisce che le spese di iscrizione in Organizzazioni di trapianto estere e le spese di trapianto all’estero sono a carico del SSN limitatamente al trapianto di organi e solo se la persona bisognosa di trapianto è stata iscritta nella lista di attesa gestita dal Centro nazionale trapianti per un periodo di tempo superiore allo standard fissato con **Decreto del Ministro della Salute (da ultimo DM 31 marzo 2008)** i cui termini sono riportati, per le varie tipologie di trapianto, al precedente punto 5.4. alla voce “trapianti d’organo”.

Il Decreto ministeriale appena citato, rubricato “**Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all’estero ai sensi dell’articolo 20 della Legge 1° aprile 1999, n. 91**”, definisce ogni questione procedurale e di merito relativa ai trapianti all’estero.

### 5.9.1. Modalità per l’iscrizione in liste estere

Come già detto gli assistiti iscritti nelle lista di attesa trapianti presso il Centro nazionale trapianti possono chiedere l’iscrizione nelle lista di attesa di Organizzazioni estere solo qualora siano stati iscritti in uno o più Centri regionali trapianti per un periodo complessivo continuativo superiore al tempo riportato, per le varie tipologie di trapianti, al precedente punto 5.4. alla voce “trapianti d’organo”.

Il Centro regionale trapianti della Regione di residenza dell’assistito, verificata la durata dell’iscrizione nelle liste di attesa nazionali attraverso il SIT (Sistema informativo trapianti), rilascia idonea **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE** per l’iscrizione nelle liste estere, con indicazione della tipologia di trapianto di organo richiesta, provvedendo a darne comunicazione all’Azienda ULSS di residenza dell’assistito, per l’avvio degli adempimenti di competenza (v. oltre).

Il Centro regionale trapianti, d’intesa con il Centro nazionale trapianti e con il Ministero della Salute, **CONCORDA** con il Centro trapianti estero prescelto dal paziente, la documentazione relativa ad indagini diagnostiche che l’assistito deve presentare ai fini dell’iscrizione nelle liste estere e **SI ADOPERA** affinché gli accertamenti sanitari pre e post trapianto siano effettuati in Italia.

Il Centro nazionale trapianti comunica al Centro regionale trapianti, e quest’ultimo all’assistito, l’eventuale richiesta di cancellazione dalla lista italiana trapianti formulata dall’Organizzazione estera di nuova iscrizione.

L’assistito non iscritto nelle liste nazionali trapianti, a causa di particolari condizioni clinico-biologiche che non ne giustificano l’iscrizione sulla base delle linee-guida nazionali (trapianti non eseguibili in Italia), può chiedere al Centro regionale trapianti il rilascio della prevista **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE**, che sarà rilasciata previo parere tecnico del Centro nazionale trapianti.

## 5.9.2. Assistenza in forma diretta

Nei casi in cui l'assistito richieda l'iscrizione in lista di attesa per trapianto in una Struttura pubblica o privata convenzionata di uno degli Stati membri dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo o della Confederazione Svizzera o di uno dei Paesi "Convenzionati" (che preveda l'istituto del "trasferimento per cure"), l'Azienda ULSS competente in presenza della CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE rilasciata dal Centro regionale trapianti, provvede entro 30 giorni al rilascio dell'autorizzazione utilizzando, allo stato attuale, uno dei seguenti formulari:

- Documento S2 (ex E112) per gli Stati membri dell'Unione Europea, dello SEE (dal 1° giugno 2012) e della Confederazione Svizzera (dal 1° aprile 2012);
- Modello in uso per il "trasferimento per cure" contemplato da diversi Accordi bilaterali di Sicurezza Sociale ("Convenzioni") che l'Italia intrattiene con vari Stati extra Unione Europea.

Il formulario è rilasciato per un periodo di validità di 6 mesi, automaticamente rinnovabile alla scadenza fino all'effettivo utilizzo.

Il formulario reca in ogni caso l'indicazione del tipo di trapianto richiesto ed il Centro estero prescelto ed è trasmesso al Ministero della Salute nei casi in cui sia pretesa dallo Stato estero documentazione aggiuntiva attestante "l'impossibilità del trapianto in Italia".

L'assistito presenta al Centro estero prescelto il formulario e tutta la documentazione sanitaria in suo possesso con particolare riferimento alla documentazione precedentemente CONCORDATA tra il Centro regionale di riferimento ed il Centro estero prescelto.

Se l'assistito è iscritto in un Centro regionale trapianti diverso da quello della Regione di residenza, la **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE da questo rilasciata** consente comunque l'emissione del formulario da parte dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito.

Entro 30 giorni dall'avvenuto trapianto l'Azienda ULSS competente può rilasciare, su richiesta dell'assistito, un nuovo formulario per il periodo presumibile dell'erogazione delle prestazioni post trapianto all'estero, previo parere favorevole del Centro regionale trapianti.

La stessa Azienda ULSS comunica l'avvenuto trapianto al Centro regionale trapianti che ha rilasciato la CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE, il quale è tenuto, a sua volta ad informare il Centro nazionale trapianti.

L'Azienda ULSS competente è tenuta inoltre a compilare il modello TRS.01 con i dati concernenti l'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure, trapianto d'organo, proseguimento cure, attraverso il sistema TECAS/NSMI ed a validare semestralmente i dati alla Regione.

La Regione, a sua volta, è tenuta a validare tali dati al Ministero della Salute a fini statistici, secondo le medesime modalità.

Per il rimborso di spese rilevanti sostenute dall'assistito si rinvia al punto 5.6.8.4.

## 5.9.3. Assistenza in forma indiretta

Nei casi in cui l'assistito richieda l'iscrizione in lista di attesa per trapianto presso una Struttura (sia pubblica che privata) operante al di fuori dei Paesi con i quali vigono Accordi internazionali in materia sanitaria oppure in Strutture private non convenzionate operanti nell'ambito di tali Paesi, ovvero sia dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, della Confederazione Svizzera o dei Paesi "convenzionati", il Centro regionale trapianti **nei casi previsti** rilascia entro 30 giorni idonea autoriz-

zazione all'iscrizione in liste estere per un periodo di 6 mesi, rinnovabili alla scadenza fino all'effettivo reperimento dell'organo disponibile.

Se la richiesta dell'interessato è rivolta ad Organizzazioni estere operanti al di fuori del continente europeo, l'autorizzazione è rilasciata dal Centro regionale trapianti, previo parere tecnico del Centro nazionale trapianti, solo qualora sussistano determinati presupposti sanitari e/o organizzativi (ad esempio scarsa o nulla disponibilità in ambito europeo per la tipologia del trapianto richiesto) che, in relazione alla particolarità del caso, ne giustificano l'iscrizione.

Il Centro regionale trapianti comunica all'Azienda ULSS competente l'avvenuto rilascio dell'autorizzazione al fine di consentire il successivo rimborso delle spese sostenute secondo la procedura prevista dal DM Sanità 3 novembre 1989 (v. punto 5.6.4 e 5.6.8.3).

L'Azienda ULSS comunica l'avvenuto trapianto al Centro regionale trapianti il quale, a sua volta, informa il Centro nazionale trapianti.

Anche nel caso di assistenza in forma indiretta l'Azienda ULSS competente è tenuta a validare alla Regione (TRS.01) i dati concernenti l'autorizzazione al trasferimento all'estero per cure, trapianto d'organo, proseguimento cure, per le consuete finalità di controllo amministrativo funzionale ai compiti di programmazione.

La Regione, a sua volta, è tenuta a validare tali dati al Ministero della Salute a fini statistici e di monitoraggio, secondo le medesime modalità.

#### **5.9.4. Trapianto urgente e richieste di interventi urgenti post trapianto**

La verifica dei presupposti necessari per il trapianto all'estero, sia in assistenza diretta che indiretta, e delle prestazioni sanitarie post trapianto, richieste in regime di urgenza, è affidata al Centro regionale trapianti che rilascia apposita CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE, previo parere tecnico sul singolo caso da parte del Centro nazionale trapianti.

In caso di complicanze nel decorso post trapianto eseguito all'estero, il Centro regionale trapianti attesta la necessità di controlli da eseguirsi presso la Struttura estera che ha effettuato il trapianto, dandone comunicazione al Centro nazionale trapianti.

In caso di eventi imprevisti che richiedano il trapianto immediato e di conseguenti prestazioni urgenti all'estero, la **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE** dell'urgenza è rilasciata a posteriori dal Centro regionale trapianti il quale è tenuto a darne comunicazione al Centro nazionale trapianti.

Per il rimborso delle spese sostenute per il trapianto ricevuto in assistenza in forma indiretta oppure per il rilascio della modulistica per l'assistenza in forma diretta, l'assistito presenta all'Azienda ULSS competente la **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE** dell'urgenza attestata dal Centro regionale trapianti.

#### **5.9.5. Proseguimento cure**

A trapianto d'organo eseguito in assistenza diretta o indiretta, la richiesta di ulteriori prestazioni sanitarie nel Centro estero per controlli o terapie connesse al trapianto, è oggetto di una **NUOVA AUTORIZZAZIONE** rilasciata dal Centro regionale trapianti.

L'autorizzazione non può essere negata per la visita di controllo annuale connessa al trapianto.

Anche in questo caso il Centro regionale trapianti è tenuto a darne comunicazione all’Azienda ULSS competente per residenza dell’assistito per consentire l’avvio delle procedure previste per l’assistenza in forma diretta (rilascio dell’apposito formulario) o in forma indiretta (“rimborsi”).

L’Azienda ULSS è tenuta a fornire alla Regione, mediante compilazione del modello TRS.01, i dati concernenti anche questo tipo di autorizzazione, e la Regione a validarli al Ministero della Salute.

Il Centro regionale trapianti, qualora ritenga che le prestazioni sanitarie di cui trattasi possano essere effettuate in Italia, presso una Struttura pubblica o privata accreditata, indica entro 30 giorni il luogo di cura adeguato al programma terapeutico e verifica se i tempi di attesa sono compatibili con lo stato di salute dell’assistito.

### **5.9.6. Re-trapianto di organo**

Coloro che hanno subito il trapianto all’estero e necessitano di un ulteriore trapianto possono iscriversi nella lista di attesa dell’Organizzazione del Paese in cui sono stati in precedenza sottoposti a trapianto, **senza preventiva iscrizione nella lista trapianti in Italia.**

L’assistito presenta la documentazione sanitaria del precedente trapianto al Centro regionale trapianti, al fine di ottenere il rilascio della **CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE.**

Il Centro regionale trapianti informa il Centro nazionale trapianti dell’avvenuto rilascio della CERTIFICAZIONE/AUTORIZZAZIONE, e provvede a darne comunicazione all’Azienda ULSS di residenza dell’assistito per gli adempimenti di competenza, ovvero sia per il rilascio dell’apposito formulario per l’assistenza in forma diretta oppure per l’avvio delle procedure per i “rimborsi” per l’assistenza in forma indiretta.

L’Azienda ULSS è tenuta a validare alla Regione (TRS.01) e questa al Ministero della Salute i dati concernenti anche questo tipo di autorizzazione.

La preventiva iscrizione nella lista di attesa in Italia non è necessaria neanche per coloro che hanno subito il trapianto in Italia o in un Paese diverso da quello per il quale intendono formalizzare l’iscrizione nelle liste per il ri-impianto.

### **5.9.7. Trapianto da donatore vivente**

Il trapianto all’estero da donatore vivente può essere autorizzato a carico del SSN qualora la prestazione non sia ottenibile in Italia e sussistano elementi di idoneità clinica debitamente CERTIFICATI dal Centro regionale trapianti.

Al fine del rilascio della autorizzazione il Centro regionale trapianti esprime un parere tecnico sul singolo caso clinico, motivando le ragioni che rendono l’intervento non eseguibile in Italia, e lo trasmette al Centro nazionale trapianti.

Il Centro nazionale trapianti verifica, sulla base dei dati resi disponibili dalle Organizzazioni estere, il possesso da parte della Struttura prescelta dei requisiti di qualità, sicurezza e trasparenza, prescritti a garanzia del donatore e del ricevente, ed esprime il parere sul trapianto all’estero dandone comunicazione al Centro regionale trapianti.

Quest’ultimo, sulla base del parere del Centro nazionale trapianti, può autorizzare il trasferimento all’estero, provvedendo a darne comunicazione all’Azienda ULSS di residenza dell’assistito per gli

adempimenti di competenza, ovvero sia per il rilascio dell' apposito formulario per l'assistenza in forma diretta oppure l'avvio delle procedure per i "rimborsi" per l'assistenza in forma indiretta.

Qualora la determinazione del Centro regionale trapianti sia difforme dal parere espresso dal Centro nazionale trapianti, adeguata motivazione deve essere fornita al Centro nazionale trapianti.

Il Centro nazionale trapianti predispone un registro donatori e un registro riceventi per interventi effettuati all'estero.

Per il proseguimento cure trovano applicazione le disposizioni di cui al punto 5.9.5.

### **5.9.8. Protocollo operativo elaborato dal Centro nazionale trapianti per una uniforme applicazione in ambito nazionale del Decreto Ministro Salute del 31 marzo 2008.**

Si ritiene utile riportare per intero il documento elaborato dal Centro nazionale trapianti aggiornato al 1° giugno 2010, compreso il MODULO UNICO per la notifica e la richiesta di autorizzazione per proseguimento cure post trapianto e/o per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto all'estero.





**DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TRAPIANTI DI ORGANI EFFETTUATI ALL'ESTERO  
IN BASE AL D.M. 31 MARZO 2008**

**Protocollo Operativo a cura del Centro Nazionale Trapianti: aggiornamento al 1° giugno 2010**

**PARTE I: CHI FA COSA**

**1. ASSISTITO**

- Nel caso di prima richiesta per valutazione pre inserimento in lista presso un Centro estero, fornisce all'ASL il rendez-vous relativo all'appuntamento fissato dal Centro e la documentazione clinica specialistica prodotta in Italia, se richiesta dalla normativa regionale;
- nel caso di proseguimento cure richiede al Centro estero: la data o il calendario degli appuntamenti successivi, l'elenco dettagliato degli accertamenti previsti e una relazione clinica aggiornata relativa alle proprie condizioni che motivi tale necessità, in caso di complicanze o consultazioni ripetute nell'anno;
- in caso di rinnovo di autorizzazione semestrale presenta all'ASL una relazione clinica aggiornata che attesti la permanenza in lista presso il Centro estero o eventuali cambiamenti di status;
- presenta all'ASL di residenza la richiesta di prestazione all'estero almeno 30 giorni prima della data prevista per l'appuntamento;
- fornisce all'ASL la documentazione di cui sopra e, se previsto dalla normativa regionale, un certificato recente che attesti la non autosufficienza (indennità di accompagnamento, invalidità civile, certificato del Medico di famiglia, etc.) che giustifichi la necessità di un accompagnatore;
- comunica all'ASL di residenza eventuali trapianti eseguiti in Italia o all'estero, sospensioni, cancellazioni o variazioni dello status d'iscrizione in lista e ne fornisce attestazioni ufficiali.

**2. ASL**

- Riceve dall'assistito la richiesta di prestazione all'estero almeno 30 giorni prima della data prevista per l'appuntamento all'estero;
- verifica la corrispondenza tra la documentazione fornita dall'assistito e quella richiesta dal CRT e provvede ad acquisire dal paziente eventuali integrazioni;
- verifica il numero di prestazioni all'estero già effettuate nell'anno e, se superiori a quanto stabilito a livello regionale, specifica dettagliatamente la motivazione dell'ulteriore richiesta allegando la relazione clinica del Centro estero che motiva tale necessità (urgenza, complicanza, etc.);
- compila in ogni sua parte l'apposito modulo di richiesta, fornito dal CRT, che accompagna la documentazione;
- invia al CRT il modulo di richiesta, la modulistica internazionale e la documentazione allegata solo quando in possesso di tutti i documenti necessari;

- riceve dal CRT l'autorizzazione alle prestazioni e rilascia il formulario internazionale all'assistito entro 30 giorni;
- comunica al CRT eventuali avvenuti trapianti all'estero o in Italia dei pazienti in lista d'attesa presso Centri esteri;
- comunica al CRT eventuali ricoveri urgenti e provvede a richiedere l'autorizzazione a posteriori per i casi previsti dalla legge;
- comunica periodicamente al CRT eventuali variazioni relative all'elenco dei pazienti afferenti all'ASL che si recano all'estero per prestazioni sanitarie in tema di trapianti (decessi, trasferimenti, nuovi inserimenti);
- fornisce agli uffici competenti della propria Regione i dati concernenti le autorizzazioni al trasferimento all'estero per cure tramite TECAS/NSMI.

### 3. CRT

- Non ha abitualmente contatti diretti con gli assistiti, rapportandosi prevalentemente con i referenti dei Distretti Sanitari o delle ASL;
- riceve dall'ASL la richiesta di prestazione all'estero almeno 30 giorni prima della data prevista per l'appuntamento;
- verifica la documentazione presentata, la sussistenza dei requisiti previsti per il rilascio dei vari tipi di autorizzazione e richiede all'ASL eventuale documentazione integrativa; comunica all'ASL il rilascio dell'autorizzazione per il proseguimento cure post trapianto o l'eventuale rifiuto, motivandolo;
- comunica all'ASL il rilascio di certificazione per l'iscrizione in lista d'attesa dei pazienti preventivamente iscritti in Italia e ne da notifica al CNT;
- richiede il parere tecnico del CNT per i casi previsti dalla legge (tx in Paesi con assistenza indiretta, tx urgente, tx su pazienti non iscritti in Italia, tx da vivente);
- invia all'ASL la certificazione per l'iscrizione in lista o il parere negativo, allegando la relazione tecnica del CNT;
- verificata la sussistenza delle condizioni, rinnova l'autorizzazione semestrale all'iscrizione in lista fino all'effettivo utilizzo, dandone notifica al CNT;
- nel caso di double listing in Italia e all'estero, contatta direttamente l'assistito, gli comunica l'eventuale richiesta di cancellazione dalle liste italiane formulata dal Centro estero e lo invita ad effettuare la scelta;
- se il paziente ha deciso di mantenere l'iscrizione all'estero, provvede alla cancellazione dalla lista regionale dandone comunicazione al CNT;
- comunica al CNT l'avvenuto trapianto all'estero;
- rilascia eventuali ulteriori autorizzazioni, nel caso di complicanze post-trapianto e le comunica al CNT;
- concorda con il Centro trapianti estero la documentazione sanitaria necessaria per l'iscrizione nelle liste estere e provvede ad organizzare gli accertamenti sanitari pre e post trapianto presso le strutture regionali, in accordo con il CNT;
- trasmette ogni sei mesi al CNT (a Luglio e a Gennaio), tramite il modulo predisposto, i dati di attività relativi alle autorizzazioni rilasciate nel semestre precedente ed il consuntivo dell'attività svolta nel corso dell'anno.

#### **4. CNT**

- Gestisce il data base relativo agli assistiti trapiantati e in lista d'attesa all'estero ed acquisisce i dati di attività dai CRT;
- fornisce supporto e consulenza ai CRT da cui riceve la documentazione nel caso di pareri tecnici;
- esprime parere tecnico su complicanze, trapianti in Paesi extra-europei, trapianti urgenti, da vivente e su pazienti in particolari condizioni clinico-biologiche e lo trasmette al CRT; gestisce i contatti con le organizzazioni ed i Centri trapianto esteri in accordo con i CRT; comunica ai CRT l'eventuale richiesta di cancellazione dei pazienti dalle liste regionali formulata direttamente dall'organizzazione estera;
- riceve dai CRT la comunicazione di avvenuta cancellazione dalle liste italiane che trasmette ai Centri esteri;

#### **5. REGIONE**

- Procede al rimborso in deroga ex articolo 7, comma 3 e 4, DM Sanità 3 novembre 1989 dopo avere ricevuto la documentazione ed i relativi dati dalle ASL;
- si rapporta con i CRT per il rilascio delle autorizzazioni nelle Regioni in cui sia previsto dal punto di vista organizzativo;
- trasmette i dati relativi al trasferimento all'estero per cure al Ministero della Salute tramite l'applicativo TECAS/NSMI.

#### **6. MINISTERO**

- Riceve dalle Regioni, tramite TECAS/NSMI, i dati di attività relativi al proseguimento cure e ai trapianti all'estero.

### **PARTE II: PROCEDURE**

#### **1) ISCRIZIONE IN LISTE ESTERE**

- Il CRT rilascia l'autorizzazione all'iscrizione in lista presso Centri trapianto esteri senza necessità di consultare il CNT nel caso di:
  - re-trapianto (in Italia o all'estero);
  - pregressa iscrizione in Italia per un periodo continuativo superiore a quello previsto dalla Tab. A del DM 31 marzo 2008,
  - rinnovo semestrale, se permangono le condizioni necessarie;
- la verifica relativa alla durata d'iscrizione nelle liste d'attesa italiane viene effettuata dal CRT tramite SIT;
- Il CRT rilascia l'autorizzazione all'iscrizione in lista presso Centri trapianto esteri dopo avere richiesto il parere tecnico del CNT nel caso di:
  - pazienti non iscritti nelle liste nazionali a causa di particolari condizioni clinico-biologiche;
  - richiesta di prestazioni in Paesi con i quali non vigono accordi internazionali in materia sanitaria (assistenza in forma indiretta);

## 2) TRAPIANTO URGENTE

- Il CRT acquisisce la documentazione necessaria, verifica i presupposti per il trapianto urgente e richiede il parere tecnico del CNT;
- nel caso di eventi imprevisti tali da richiedere un trapianto immediato e il proseguimento cure all'estero, l'urgenza è certificata **a posteriori** dal CRT che lo comunica al CNT;
- per il rilascio della modulistica prevista ed il rimborso delle spese sostenute, l'assistito presenta la certificazione dell'urgenza attestata dal Centro trapianti estero all'ASL, che la inoltra al CRT;

## 3) RE-TRAPIANTO

- In caso di re-trapianto in Italia o all'estero non è necessaria la preventiva iscrizione in lista di attesa in Italia;
- in presenza di documentazione sanitaria che attesti il precedente trapianto, il CRT rilascia all'ASL la certificazione valida per l'iscrizione in lista, dandone comunicazione al CNT;

## 4) TRAPIANTO DA DONATORE VIVENTE

- Il CRT verifica le motivazioni per cui la prestazione non è ottenibile in Italia o la presenza di elementi di non idoneità clinica, fornendo al CNT la documentazione necessaria per il parere tecnico;
- il CNT esprime parere tecnico, verificando il possesso dei requisiti per il tipo di prestazione richiesta da parte del Centro estero;
- se il parere del CRT è difforme da quello del CNT, il CRT deve fornire adeguata motivazione tecnica al CNT.

## 5) PROSEGUIMENTO CURE

- L'autorizzazione alla visita di controllo annuale non può essere negata;
- il numero di autorizzazioni annuali concesse per proseguimento cure viene regolamentato dalle specifiche normative regionali in materia;
- la richiesta di prestazioni (controlli e terapie) post trapianto viene rilasciata, di volta in volta, dal CRT: ad ogni richiesta di prestazione corrisponde un'autorizzazione;
- la durata del periodo autorizzato deve essere valutata dal CRT in relazione al tipo di controlli e/o terapie e alla richiesta effettuata dal Centro estero;
- sono da intendersi come "proseguimento cure" le visite di controllo relative al **monitoraggio del trapianto d'organo**, le **terapie** e gli **accertamenti diagnostici** non effettuabili in Italia o non riconosciute degli accordi internazionali tra i Paesi interessati;
- non sono comprese nel proseguimento cure: le consulenze specialistiche, gli interventi chirurgici o le procedure invasive non relative al trapianto eseguito;
- qualora il CRT ritenga che le prestazioni richieste possano essere effettuate in Italia, con tempi d'attesa compatibili con lo stato di salute dell'assistito, provvede ad indicare all'ASL e al paziente le strutture regionali accreditate presso cui rivolgersi.



### **MODULO UNICO**

***per la NOTIFICA e la RICHIESTA di AUTORIZZAZIONE per PROSEGUIMENTO CURE POST TRAPIANTO e/o INSERIMENTO in LISTA D'ATTESA per TRAPIANTO all'ESTERO***

***Nota esplicativa:***

Il presente modulo:

- riassume le informazioni sanitarie ed anagrafiche fondamentali relative ad ogni paziente, ai trapianti effettuati e alla tipologia di prestazione richiesta;
- sarà fornito dal CRT agli uffici competenti delle ASL, con la raccomandazione di compilarlo in ogni sua parte. La raccolta delle informazioni richieste sarà a cura dell'ASL che, se non in possesso di un dossier individuale, potrà eventualmente richiederle al paziente;
- sarà utilizzato dalle ASL, per ogni pratica trasmessa, come accompagnamento alla documentazione inviata al CRT (TRS, certificazioni, Mod. E112, relazioni cliniche, etc.);
- sarà allegato alla documentazione sanitaria inviata dal CRT al CNT, nel caso di richiesta di parere tecnico, valutazioni pre-lista, notifica di rinnovi semestrali o di casi particolari;
- sarà compilato dal CRT nella *PARTE II* e re-inviato all'ASL unitamente al Mod.E112 eventualmente autorizzato;
- potrà essere utilizzato indifferentemente in formato elettronico o cartaceo;

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER PROSEGUIMENTO CURE POST TRAPIANTO e/o INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER TRAPIANTO ALL'ESTERO

PARTE I: da compilarsi a cura del Distretto Sanitario/ASL

L'assistito:

Cognome e Nome	
Data e Luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza	
Telefono	
Asl e Distretto di residenza	

Che ha effettuato il/i seguente/i trapianto d'organo:

Organo trapiantato	Data	Centro Trapianti	Nazione

In lista d'attesa per trapianto all'estero:

Organo	Data iscrizione lista	Centro Trapianti	Nazione

Richiede l'autorizzazione al Centro Riferimento Trapianti (CRT) per effettuare le seguenti prestazioni sanitarie connesse con il trapianto:

Centro estero	
Tipo prestazione	<input type="checkbox"/> Visita di controllo <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Es. laboratorio (allegare dettagli)</span>
	<input type="checkbox"/> Es. strumentali <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Terapia (allegare dettagli)</span>
	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico (specificare: _____) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Rinnovo semestrale</span>
	<input type="checkbox"/> Valutazione per inserimento in lista d'attesa <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Altro (specificare: _____)</span>
Data e durata previste	Dal: __/__/____ Al: __/__/____ Durata (giorni): _____
Richiesto accompagnatore	<input type="checkbox"/> si <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> no</span>

Si attesta che l'assistito ha già effettuato \_\_\_\_\_ controlli all'estero nell'anno in corso.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

PARTE II: da compilarsi a cura del CRT

Il CRT AUTORIZZA le seguenti prestazioni:

Visita:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Es. laboratorio:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Es. strumentali:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Terapia:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Int. chirurgico:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Valutaz. pre-lista:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altro:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	Rinnovo semestrale:	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Dal: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Al: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Per un periodo di giorni: \_\_\_\_\_ Accompagnatore:  si  no

Il CRT NON AUTORIZZA: \_\_\_\_\_

Note:

Il Responsabile del CRT \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### **5.9.9. Acconti per trapianto d'organo in ambito comunitario (Circolare Ministero Sanità n. 1000.1 comp. 3 / 11721 del 15 giugno 1991)**

L'interessato può presentare domanda alla propria Azienda ULSS per chiedere la concessione di un **acconto sulle spese per trapianto d'organo** che la Struttura estera pubblica o convenzionata, ubicata in ambito comunitario o in un Paese "convenzionato", pur erogando la prestazione in assistenza diretta **richiede** agli assistiti autorizzati con Documento S2 (ex E112) o similari per i Paesi "convenzionati", qualora tali spese siano particolarmente elevate in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare.

L'acconto erogabile all'assistito non può superare il 70% della spesa prevista.

La corresponsione dell'acconto è inoltre subordinata alla presentazione della domanda di concorso nelle spese strettamente sanitarie che rimangono a carico dell'interessato, pur assistito in forma diretta, di cui al punto 5.6.8.4., con riserva di integrare successivamente la domanda stessa con la documentazione relativa agli oneri effettivamente sostenuti.

## **5.10. Provvidenze della Regione Veneto a favore dei trapiantati d'organo e di midollo osseo e dei donatori d'organi da vivente (DGR Veneto n. 631 del 7 marzo 2006)**

### **5.10.1. Aventi diritto**

Dal 1° gennaio 2006 hanno diritto a questa assistenza integrativa regionale, presentando all'Azienda ULSS competente specifica **domanda** di "rimborso", i cittadini veneti che siano:

- trapiantati d'organo e di midollo osseo;
- trapiantandi d'organo e di midollo osseo;
- donatori d'organo (nel caso di trapianti di rene o di fegato da vivente);

purchè:

- inseriti nelle liste trapianti di altre Regioni italiane o all'estero;
- chiamati per l'effettuazione di trapianto di organo da parte di Strutture sanitarie pubbliche di altre Regioni italiane o all'estero;
- sottoposti a follow-up post trapianto.

### **5.10.2. Condizioni economiche per ottenere i benefici**

Il reddito IRPEF lordo del nucleo familiare dell'assistito non deve superare € 40.000,00 annui per i pazienti trapiantati e trapiantandi. Tale limite di reddito non si applica ai donatori d'organo nel caso di trapianti di rene e di fegato da vivente. A tali donatori è altresì riconosciuta l'esenzione dal "ticket" per le prestazioni connesse al prelievo.

### 5.10.3. Spese rimborsabili

**Spese di viaggio** dell'assistito e di un suo eventuale accompagnatore, nei limiti della tariffa ferroviaria di seconda classe o aerea in classe economica oppure, in caso di utilizzo di automezzo privato, secondo le vigenti tariffe ACI, sostenute in occasione di:

- esami preliminari, tipizzazioni di isto-compatibilità ed altri esami clinici o indagini che richiedano una altissima specializzazione;
- interventi di trapianto d'organo;
- controlli successivi all'intervento ed eventuale espianto.

**Spese di soggiorno** dell'assistito e di un suo accompagnatore nel periodo pre e post operatorio presso la locale sede del Centro trapianti. Tali spese di soggiorno (vitto e alloggio) vanno rimborsate entro il limite giornaliero di € 150,00 a seguito di presentazione di idonea documentazione fiscale.

## 5.11. Rilascio autorizzazione per parto di elezione in ambito comunitario

Il Ministero della Sanità con Circolare n. 1000/II/4652 del 23 dicembre 1996, sulla base di una Raccomandazione della Commissione Amministrativa della UE, ha autorizzato il rilascio del Documento S2 (ex E112) alle cittadine in gravidanza, iscritte al SSN, che intendano programmare il parto in uno Stato membro diverso da quello di residenza.

Si ricorda che le prestazioni "connesse alla gravidanza ed al parto" sono comprese fra le prestazioni "medicalmente necessarie" fruibili con la TEAM, a condizione però che l'evento parto non rappresenti il motivo della temporanea dimora in altro Stato membro. Evidentemente la TEAM copre solo il parto che si rende medicalmente necessario (per es. parto prematuro) durante la dimora per altri motivi in altro Stato membro.

A seguito della citata circolare ministeriale il rilascio del formulario viene però limitato alle seguenti categorie di donne aventi i requisiti di base per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in ambito comunitario da parte dell'Azienda ULSS competente:

- donne che desiderano partorire nello Stato membro ove risiede il marito;
- donne che desiderano ritornare per il parto nello Stato membro di origine per avere l'aiuto e l'appoggio delle loro famiglie;
- titolari di borse di studio che partoriscono nell'arco di tempo in cui svolgono le loro ricerche in altro Stato membro.

Nel caso in esame l'emissione del formulario non è subordinata alle disposizioni ministeriali od applicative regionali per il "trasferimento per cure"; in particolare non è necessario procedere all'acquisizione del parere del CRR.

Il formulario rilasciato non sostituisce la TEAM ma la integra esclusivamente per l'evento "parto di elezione".

Al momento del rilascio del formulario è opportuno che l'Azienda ULSS acquisisca agli atti una "auto-certificazione" contenente le motivazioni della richiesta.

Va compilata la SCHEDA TRS.01 per il conseguente utilizzo del sistema informatico TECAS/NSMI.



## 5.12. Ricorsi

In caso di **rigetto della domanda di autorizzazione** l'interessato ha facoltà di avvalersi di uno o più dei seguenti mezzi di impugnativa:

- ricorso al Direttore Generale dell'Azienda ULSS;
- ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) ed al Consiglio di Stato in sede di appello;
- ricorso straordinario al Presidente della Repubblica.

In caso di **rigetto della domanda di "rimborso"** delle spese l'interessato ha facoltà di ricorrere:

- alla magistratura ordinaria (giudizio di 1° grado);
- alla magistratura ordinaria di appello (giudizio di 2° grado);
- alla magistratura di Cassazione (giudizio di 3° grado).

## 5.13. Flussi informativi – TECAS/NSMI

Per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 8, comma 2, del DM Sanità 3 novembre 1989, riguardante l'acquisizione dei dati statistici relativi alle prestazioni di assistenza sanitaria all'estero che fino al 31 dicembre 2007 avveniva attraverso una scheda informativa cartacea denominata TRS.01, trasmessa dalle Aziende ULSS al Ministero della Salute ed alla Regione, è stato attivato dal gennaio 2008 a cura del Ministero della Salute in accordo con le Regioni, un programma informatico denominato TECAS/NSMI .

La scheda cartacea era originariamente costituita da una prima pagina suddivisa in tre parti contenenti rispettivamente:

- prima parte: dati identificativi del richiedente e dell'Azienda ULSS competente,
- seconda parte: parere/autorizzazione del Centro regionale di riferimento,
- terza parte: autorizzazione o reiezione della domanda da parte dell'Azienda ULSS,

e da ulteriori due pagine con l'indicazione delle patologie/terapie/prestazioni che potevano essere oggetto di autorizzazione ed i rispettivi codici ministeriali.

Il programma TECAS/NSMI non innova alcuno degli elementi soggettivi o oggettivi, di legittimità o di merito, che costituiscono la condizione per una decisione favorevole o contraria alla concessione dell'autorizzazione alle cure all'estero, né modifica sostanzialmente il contenuto della scheda cartacea TRS.01 ma rispetta la *privacy* dell'assistito in quanto i dati trasmessi alla Regione e al Ministero della Salute sono visibili con esclusione del nome e delle generalità dell'assistito: avvengono quindi in forma anonima ed a puro scopo statistico e di monitoraggio.

Per il buon esito dell'indagine statistica si rende necessario che gli operatori delle Aziende ULSS adetti alla trasmissione per via informatica dei dati al Ministero ed alla Regione, indichino nei campi obbligatori del programma informatico anche i codici a quattro caratteri relativi alle patologie/terapie/prestazioni di cui al DM Sanità 24 gennaio 1990 e successivi, così come attribuiti dal Ministero e riportati al precedente punto 5.4.

Devono inoltre essere puntualmente indicati il mezzo di trasporto autorizzato, l'eventuale accompagnatore autorizzato e, in caso di diniego al trasferimento, la segnalazione di un Centro in Italia dove possono essere ottenute le prestazioni richieste "in forma adeguata alla particolarità del caso clini-

co” e tanto “tempestivamente” da non compromettere gravemente lo stato di salute dell’assistito ovvero da non precludere la possibilità dell’intervento o delle cure.

Al riguardo si rinvia alle modalità di utilizzo della scheda cartacea TRS.01 nell’iter procedurale autorizzatorio (v. punti 5.6.1. e 5.6.2).

Il programma TECAS/NSMI deve essere attivato per ogni pratica espletata, a prescindere dall’esito favorevole o di diniego.

#### **Avvertenza**

**Per l’inserimento in applicativo TECAS/NSMI delle autorizzazioni per la ricerca internazionale di donatore non consanguineo di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) da midollo osseo, sangue periferico o cordone ombelicale (v. punto 5.7.) nella indicazione del mezzo di trasporto (prestazione non attinente al caso) va selezionata la voce “altro”, il “periodo di cura” autorizzato può essere di 5 anni, rinnovabili ripetutamente di ulteriori 5 anni, se non è stato nel frattempo trovato un donatore, senza necessità di richiedere una nuova autorizzazione al Centro regionale di riferimento; nella richiesta sulla emissione del Documento S2 (ex E112) va selezionato NO.**

## 5.14. Allegati

### 5.14.1. Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....

di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente a ..... via ..... n.....

C.F. .... cittadinanza .....

telefono fisso ..... telefono cellulare .....

telefax ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS,

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione pubblici o privati convenzionati ubicati nei Paesi membri della Unione Europea, nei Paesi appartenenti allo Spazio Economico Europeo, nella Confederazione Svizzera e nei Paesi con i quali l'Italia intrattiene rapporti bilaterali di sicurezza sociale che contemplino l'istituto del "trasferimento per cure";
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

#### DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione

pubblico

privato convenzionato

denominato:

.....

ubicato nello Stato ..... città .....

via ..... n. .... telefono .....

telefax ..... e-mail .....

*continua sulla pagina seguente*

A tal fine richiede il rilascio del formulario ..... valido per ottenere l'assistenza in forma diretta presso Strutture pubbliche o private convenzionate del suddetto Stato.

Allega alla presente domanda:

1. proposta motivata di un medico specialista  pubblico  privato della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:

.....  
.....  
.....  
.....

- Dichiaro che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale.
- Trattandosi di persona  minorenne  maggiorenne non autosufficiente chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.
- Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:
  - volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
  - altre modalità (specificare) .....

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

## 5.14.2. Domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....

di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente a ..... via ..... n.....

C.F. .... cittadinanza .....

telefono fisso ..... telefono cellulare .....

telefax ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS,

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione privati non convenzionati ovunque ubicati all'estero;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure all'estero ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

### DOMANDA

di essere autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato denominato:

.....

ubicato nello Stato ..... città .....

via ..... n. .... telefono .....

telefax ..... e-mail .....

A tal fine richiede il rilascio dell'autorizzazione per ottenere l'assistenza in forma indiretta ("a rimborso") presso il suddetto Centro.

*continua sulla pagina seguente*

**Allega alla presente domanda:**

1. **proposta motivata di un medico specialista**  pubblico  privato **della branca specifica relativa al caso clinico ed operante esclusivamente in Italia;**

2. **la seguente documentazione sanitaria relativa al caso clinico:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Dichiara che il trasferimento all'estero avverrà con mezzo di trasporto normale.**

**Trattandosi di persona**  minorenni  maggiorenne non autosufficiente **chiede che il trasferimento all'estero avvenga con accompagnatore.**

**Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico chiede che il trasferimento all'estero avvenga con il seguente mezzo di trasporto speciale:**

volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale

**altre modalità (specificare)** .....

**Data** .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

**Firma** .....

**Documento di riconoscimento** .....

**rilasciato da** ..... **il** .....

*(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)*

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

*Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.*

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

*Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.*

**Data** .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

**Firma** .....

**5.14.3. Proposta specialistica da allegare alla domanda per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Il sottoscritto Dr. .... medico specialista  pubblico  privato  
della branca specialistica di .....  
specifica per il caso clinico relativo all'interessato, operante esclusivamente in Italia presso

.....  
.....  
sulla base della approfondita conoscenza del caso clinico

PROPONE

per il Sig. ....  
nato il ..... C.F.....  
affetto da .....

.....  
.....  
.....

il trasferimento all'estero per usufruire delle seguenti cure .....  
.....  
.....

in quanto non ottenibili in Italia tempestivamente ed in forma adeguata alla particolarità del caso clinico per le seguenti motivazioni:

- l'erogazione delle cure proposte richiede in Italia presso le Strutture pubbliche o convenzionate con il SSN un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza le cure stesse e tale da compromettere gravemente lo stato di salute dell'assistito ovvero da precludere la possibilità dell'intervento o delle cure;
- l'erogazione delle cure proposte, per la particolarità del caso clinico, richiede specifiche professionalità ovvero procedure tecniche o curative non praticate in Italia ovvero attrezzature non presenti nelle strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN;
- altri motivi da specificare:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*continua sulla pagina seguente*

Le cure proposte possono essere effettuate all'estero presso il Centro di altissima specializzazione denominato:

.....  
ubicato nello Stato ..... città .....  
via ..... n. .... telefono .....  
telefax ..... e-mail .....  
eventuale sito internet .....

Stanti le attuali condizioni generali dell'interessato esprime l'avviso che:

- il trasferimento all'estero possa avvenire con mezzo di trasporto normale;
- trattandosi di persona  minorenni  maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero debba avvenire con accompagnatore;
- in relazione alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero debba avvenire con il seguente mezzo di trasporto speciale:
  - volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
  - altre modalità (specificare) .....

Eventuali ulteriori informazioni utili: .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

In fede.

Data .....

Timbro.....

Firma leggibile.....



## 5.14.4. Ministero della Sanità - Ufficio attuazione del SSN

### Modello TRS.01 - Pagina 01 - Prima, Seconda e Terza Parte

<b>Prima Parte</b>			
Codice della Regione: _____	Codice della ASL: _____	Codice del Paese estero: _____	Città estera: _____
Cognome _____	Data di nascita _____		_____
Nome _____	Codice fiscale _____		_____
Sesso: _____	Nato/a a: _____	Sigla della provincia _____	Cittadinanza _____

<b>Seconda Parte</b>		<b>PARERE / AUTORIZZAZIONE DEL CENTRO REGIONALE DI RIFERIMENTO</b>
Visti i documenti trasmessi dalla competente USL, si esprime il seguente avviso:		
<input type="checkbox"/>	CONTRARIO alla concessione dell'autorizzazione per il seguente motivo: _____ _____	I Centri di cura disponibili in Italia per le cure richieste sono: 1) _____ 2) _____
<input type="checkbox"/>	Prestazione non compresa nei LEA	
<input type="checkbox"/>	FAVOREVOLE, visti i DD. MM. 24.01.90 e 30.08.91, al trasferimento per cure presso il seguente Centro estero di altissima specializzazione: _____	Codice della voce presente nei DD. MM. _____
<input type="checkbox"/>	Assistita in gravidanza	
Indicare le esigenze connesse al caso in esame:		
Accompagnatore:	<input type="checkbox"/> uno	<input type="checkbox"/> più di uno <input type="checkbox"/> NO
Trasporto da effettuare con:	<input type="checkbox"/> Volò di linea <input type="checkbox"/> Auto privata <input type="checkbox"/> Treno con servizio speciale <input type="checkbox"/> Nave	<input type="checkbox"/> Volò speciale <input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Aereo barellato <input type="checkbox"/> Eliambulanza
Timbro e firma del Responsabile del Centro Regionale di Riferimento		
Data _____	_____	

<b>Terza Parte</b>	Sulla base dei criteri fissati nei DD.MM. 03.11.89, 24.01.90 e 30.08.91, visto il parere / autorizzazione del Centro Regionale di Riferimento, vista la documentazione allegata,		
<input type="checkbox"/>	NON esistono i presupposti per l'autorizzazione.	(Timbro e firma del responsabile)	
	Data _____	_____	
<input type="checkbox"/>	SI AUTORIZZA il trasferimento all'estero per le cure:	_____ _____ _____	
Periodo autorizzato: dal _____ al _____ prorogato fino al _____			
Autorizzazione rilasciata per	<input type="checkbox"/> Inizio cure	<input type="checkbox"/> Proseguimento cure	<input type="checkbox"/> Invio campioni biologici
Viene emesso un Documento S2 (ex E112)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	Si autorizza inoltre l'accompagnatore:	<input type="checkbox"/> uno <input type="checkbox"/> più di uno <input type="checkbox"/> NO
Si autorizza inoltre il trasporto con:	<input type="checkbox"/> Volò di linea <input type="checkbox"/> Auto privata <input type="checkbox"/> Treno con servizio speciale <input type="checkbox"/> Nave	<input type="checkbox"/> Volò speciale <input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Aereo barellato	<input type="checkbox"/> Eliambulanza
Timbro e firma del Responsabile della U.S.L.			
Data _____	_____		

**5.14.5. Comunicazione di diniego al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Al Sig. ....

Via ..... n. ....

CAP ..... Località .....

e p. c.

Al Centro Regionale di Riferimento

.....

.....

Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere contrario e vincolante per questa Azienda ULSS espresso dal Centro Regionale di Riferimento di ..... branca specialistica di ..... in data ....., ns. prot. n. .... del ....., relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. .... del ....., questa Amministrazione Le comunica che non esistono i presupposti per concedere l'autorizzazione richiesta per i seguenti motivi:

.....  
.....  
.....

Le comunica altresì che Lei ha la facoltà di avvalersi di uno o più dei seguenti mezzi di impugnativa:

- ricorso al Direttore Generale dell'Azienda ULSS, entro 15 giorni dal ricevimento della presente comunicazione;
- ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR) ed al Consiglio di Stato in sede di appello, da presentare a termini di legge;
- ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, da presentare a termini di legge.

Data .....

Timbro.....

Firma del Dirigente Responsabile

Eventuali allegati

.....

### 5.14.6. Comunicazione di autorizzazione al trasferimento per cure presso Centri di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta ("a rimborso") (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Al Sig. ....

Via ..... n. ....

CAP ..... Località .....

e p. c.

Al Centro Regionale di Riferimento

.....

.....

Sulla base della normativa in epigrafe richiamata, così come successivamente modificata ed integrata, visto il parere favorevole e vincolante per questa Azienda ULSS espresso dal Centro Regionale di Riferimento di ..... branca specialistica di ..... in data ....., ns. prot n. .... del ....., relativamente alla Sua domanda di trasferimento per cure presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, ns. prot. n. .... del ....., questa Amministrazione Le comunica l'autorizzazione al trasferimento all'estero per le cure richieste in assistenza indiretta ("a rimborso") presso il seguente Centro di altissima specializzazione:

.....  
da fruire nel periodo autorizzato dal ..... al .....

Conformemente alle esigenze connesse al caso clinico in esame ed al conseguente parere del Centro Regionale di Riferimento

- Il trasferimento all'estero è autorizzato con mezzo di trasporto normale.
- Trattandosi di persona  minorenni  maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è autorizzato con accompagnatore.
- Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è autorizzato con il seguente mezzo di trasporto speciale:
  - volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
  - altre modalità (*specificare*) .....

Questa Amministrazione Le comunica altresì che Ella dovrà anticipare le spese per le prestazioni autorizzate e fruite all'estero, per le quali potrà richiedere il "concorso nelle spese" a questa Azienda ULSS nei termini previsti dagli articoli 6 e 7 del DM Sanità 3 novembre 1989 e successive modificazioni ed integrazioni che viene in tal caso applicato.

Data .....

Timbro .....

Firma del Dirigente Responsabile

Eventuali allegati

.....

**5.14.7. Domanda per ottenere il “concorso nelle spese” sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all’estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....  
di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... n. ....  
C.F. .... cittadinanza .....  
telefono fisso ..... telefono cellulare .....  
telefax ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all’estero in un Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato con nota Vs. prot. n. .... del .....

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso in via ordinaria del “concorso nelle spese” sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all’estero, privato non convenzionato, in assistenza in forma indiretta;
- più dettagliate informazioni sono riportate in calce al modello;
- nel caso l’interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale “autocertificazione” ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

**DOMANDA**

ai sensi dell’articolo 6 del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso del “concorso nelle spese” sostenute per cure all’estero presso il Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato denominato:

.....  
ubicato nello Stato ..... città .....  
via ..... n. .... telefono .....  
telefax ..... e-mail .....

*continua sulla pagina seguente*

segue dalla pagina precedente

**Allega alla presente domanda:**

1. n. .... fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa alle prestazioni usufruite:

.....  
.....  
.....  
.....

- Dichiaro che il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale.
- Trattandosi di persona  minorenni  maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore autorizzato.
- Stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale autorizzato:
- volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
- altre modalità (specificare) .....

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

continua sulla pagina seguente

## ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

Al rientro in Italia l'assistito o un suo delegato presenta all'Azienda ULSS **domanda di "rimborso"** delle spese sostenute presentando le **fatture quietanzate** o titoli equipollenti secondo le norme e gli usi locali, **in originale**, unitamente alla **documentazione sanitaria** relativa alle prestazioni fruite (copia cartella clinica, referti, ecc.).

In via ordinaria possono essere considerate al fine del "rimborso" solo le **spese di carattere strettamente sanitario**, ovvero quelle riferite alle sole prestazioni sanitarie (spese sostenute per gli onorari professionali, degenza, diagnostica strumentale e di laboratorio, farmaci, protesi ed endoprotesi, ecc.) oltre alle **spese di trasporto o di viaggio**, con esclusione, in caso di ricovero ospedaliero, di quelle di confort alberghiero non comprese nella retta di degenza e quelle di soggiorno nella località estera prima e dopo il ricovero.

Tali spese sono rimborsate nella misura dell'80% se sostenute presso centri di natura pubblica ovvero presso centri di natura privata senza scopo di lucro le cui tariffe siano approvate e controllate dalle locali autorità sanitarie competenti. Tali condizioni (natura pubblica o mancanza di scopo di lucro e tariffe approvate e controllate) devono essere certificate dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute presso centri diversi sono sempre rimborsate nella misura dell'80%, con il limite, però, che il "rimborso" non potrà comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe avuto diritto per analoghe prestazioni fruite presso centri di natura pubblica o senza scopo di lucro di cui innanzi. A tal fine l'assistito deve produrre idonea certificazione vistata dalle locali rappresentanze diplomatiche o consolari italiane.

Le spese (sempre di carattere strettamente sanitario) per prestazioni libero-professionali richieste dall'assistito o dalla Struttura ospedaliera, comprese quelle fruite in regime di ricovero ospedaliero, sono rimborsate nella misura del 40%.

Nel caso però che il regime amministrativo locale preveda che tutte le prestazioni erogate dai medici curanti in regime di ricovero ospedaliero siano tariffate a parte come prestazioni libero professionali, la misura del "rimborso" sale all'80%.

Le misure del "rimborso" appena definite si applicano alle spese sostenute **al netto delle quote di partecipazione (ticket) ma al lordo degli oneri fiscali** eventualmente in uso nel Paese di destinazione nei confronti dei propri assistiti.

Al solo fine del concorso nelle spese sostenute sono considerate spese di carattere strettamente sanitario anche le spese per il **trasporto** o le spese per il **viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore.

Si parla di **trasporto** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore nei casi in cui l'infermo, per necessità derivanti dall'evento sanitario o ad esso conseguenti, non sia in grado di viaggiare con normali mezzi pubblici ma abbia bisogno di volo di linea, di volo speciale, di ambulanza, di auto privata o pubblica resa confortevole, di treno con servizio speciale o di altro mezzo speciale.

In tal caso, se il mezzo di trasporto "speciale" è stato preventivamente autorizzato dal Centro Regionale di Riferimento (CRR), le spese sostenute sono rimborsate nella misura dell'80%, previa presentazione di una dichiarazione rilasciata in tal senso dalla Struttura estera.

Si parla di **viaggio** dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore autorizzato quando vengono utilizzati normali mezzi di trasporto.

Nel caso il CRR abbia autorizzato il viaggio aereo con volo di linea il "rimborso" avviene nella misura dell'80% della spesa sostenuta per il biglietto aereo in classe turistica, per l'infermo e per l'eventuale accompagnatore autorizzato.

Nel caso in cui sia stato autorizzato il viaggio con il mezzo aereo ma l'assistito abbia utilizzato un mezzo diverso perché ritenuto al momento più opportuno, le relative spese sono rimborsate nella misura dell'80% delle spese effettivamente sostenute per un importo comunque non superiore all'80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica calcolata sia per l'assistito che per l'accompagnatore autorizzato.

In tutti gli altri casi le spese di viaggio dell'assistito e dell'eventuale accompagnatore (minori di anni 18 e maggiorenni non autosufficienti) sono rimborsate nella misura dell'80% della tariffa ferroviaria o marittima più economica.

**5.14.8. Domanda per ottenere un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 6, comma 13 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....

di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente a ..... via ..... n.....

C.F. .... cittadinanza .....

telefono fisso ..... telefono cellulare .....

telefax ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS e regolarmente autorizzato con nota Vs. prot. n. .... del ..... al trasferimento per cure all'estero, in assistenza in forma indiretta, presso il Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato denominato:

.....

ubicato nello Stato ..... città .....

via ..... n. .... telefono .....

telefax ..... e-mail .....

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di un acconto sulle spese di particolare entità da sostenere per fruire di prestazioni regolarmente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, privato non convenzionato, in assistenza in forma indiretta;
- sul prevedibile rimborso del "concorso nelle spese" spettante all'interessato possono essere concessi, a domanda dell'interessato, prima della partenza dall'Italia o durante il soggiorno all'estero, acconti che non possono, in nessun caso, superare il 70% del prevedibile "rimborso" spettante;
- gli acconti possono essere concessi su valutazione sia della particolare entità della prevedibile spesa che delle modalità di pagamento in uso presso la Struttura estera ed a tal fine l'assistito può presentare appositi preventivi relativi a spese sanitarie, di trasporto o di viaggio a dimostrazione della entità e delle modalità di pagamento richieste dalla Strutture estera;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi deve fruire delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

*continua sulla pagina seguente*

### DOMANDA

ai sensi dell'articolo 6, comma 13, del DM Sanità 3 novembre 1989, stante la particolare entità delle spese da sostenere come risulta dagli allegati preventivi, un acconto su tali spese nella misura del 70% di quanto preventivato.

Dichiara che:

- il trasferimento all'estero avverrà / è avvenuto con mezzo di trasporto normale;
- trattandosi di persona  minorenni  maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero avverrà / è avvenuto con accompagnatore autorizzato;
- stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero avverrà / è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale autorizzato:
  - volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
  - altre modalità (specificare) .....

Allega alla presente domanda n. .... preventivi sulle spese sanitarie, di trasporto o di viaggio da sostenere e sulla dimostrazione delle modalità di pagamento richieste.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

#### **Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

#### **Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....



**5.14.9. Domanda per ottenere il “concorso nelle spese” sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all’estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 2 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989 - DM 30 agosto 1991, articolo 2)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....  
di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... n.....  
C.F. .... cittadinanza .....  
telefono fisso ..... telefono cellulare .....  
telex ..... e-mail .....  
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS  
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso del “concorso nelle spese” sostenute per fruire di prestazioni non preventivamente autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all’estero, privato non convenzionato, in assistenza in forma indiretta e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al modello;
- la domanda e la relativa documentazione deve essere presentata alla competente Azienda ULSS entro tre mesi dall’effettuazione della relativa spesa a pena di decadenza dell’eventuale diritto al rimborso;
- nel caso l’interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale “autocertificazione” ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazione con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

DICHIARA

di aver usufruito di cure all’estero senza preventiva autorizzazione, stante la eccezionale gravità ed urgenza, presso il Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato denominato:

.....  
ubicato nello Stato ..... città .....  
via ..... n. .... telefono .....  
telex ..... e-mail .....

Dichiara inoltre che la preventiva autorizzazione non è stata ottenuta per i seguenti motivi:

.....  
.....  
.....

*continua sulla pagina seguente*

segue dalla pagina precedente

Dichiara infine che:

- il trasferimento all'estero è avvenuto con mezzo di trasporto normale;
- trattandosi di persona  minorenni  maggiorenne non autosufficiente il trasferimento all'estero è avvenuto con accompagnatore;
- stanti le esigenze connesse alla gravità del caso clinico il trasferimento all'estero è avvenuto con il seguente mezzo di trasporto speciale:
- volo di linea  volo speciale  auto privata  ambulanza  treno con servizio speciale
- altre modalità (specificare) .....

sostenendo la spesa come da documentazione allegata.

#### DOMANDA

ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del DM Sanità 3 novembre 1989, 1989 il rimborso del "concorso nelle spese" sanitarie e di trasporto o viaggio sostenute.

Allega alla presente domanda:

1. n. .... fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali;
2. la seguente documentazione sanitaria relativa alle prestazioni usufruite comprovante la eccezionale gravità ed urgenza del caso clinico:  
.....  
.....
3. la documentazione comprovante di essere in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture accreditate, pubbliche o private, con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria;
4. la documentazione comprovante di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

#### **Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

#### **Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

continua sulla pagina seguente

## ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

**Deroga dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione (articolo 7, comma 2, DM Sanità 3 novembre 1989 e articolo 2 DM 30 agosto 1991).**

Si prescinde dalla obbligatorietà di preventiva autorizzazione per le **prestazioni di comprovata eccezionale gravità ed urgenza**, ivi comprese quelle usufruite **dai cittadini che si trovino già all'estero, alla inderogabile condizione** che l'assistito compri la sussistenza, al momento del trasferimento all'estero, dei presupposti normalmente richiesti per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria e preventiva.

Tali presupposti si riferiscono a prestazioni che non possono essere ottenute in Italia tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

L'assistito deve inoltre dimostrare di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria e preventiva.

Le domande di "concorso nelle spese" sostenute all'estero in assistenza indiretta in carenza di preventiva autorizzazione devono essere presentate all'Azienda ULSS competente entro 3 mesi dall'effettuazione della relativa spesa, a pena di decadenza del diritto. Tale termine decorre dalla data di effettuazione dell'ultima spesa relativa allo stesso evento sanitario, ovvero dalla data dell'ultima quietanza o ricevuta ammessa "a rimborso".

In tali casi alla domanda di "rimborso" delle spese sostenute dovrà essere allegata, oltre alla documentazione ordinaria:

- la dimostrazione di essere in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture accreditate, pubbliche o private, con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria,
- la dimostrazione di essersi attivato, prima di recarsi all'estero, per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure in via ordinaria.

Da quanto sopra discende che i casi di deroga dall'obbligatorietà di preventiva autorizzazione sono del tutto eccezionali.

Rientrano in essi prevalentemente i casi di trapianto d'organo per i quali può ipotizzarsi:

- l'improvvisa chiamata da parte della Struttura estera dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre il tempo previsto, il quale sia in attesa in Italia dell'autorizzazione al trasferimento per cure, regolarmente inoltrata;
- l'imprevisto ricovero per l'intervento dell'assistito, in lista nazionale trapianti da oltre il tempo previsto, che si trovi già all'estero per accertamenti, tipizzazione, ecc. e che abbia già inoltrato in Italia la domanda per trasferimento per cure;

più in generale, anche al di fuori dei trapianti, tutti i casi in cui le ingravescenti condizioni di salute di un assistito, in lista di attesa in Italia presso almeno due Strutture pubbliche o private accreditate con il SSN, da un periodo di tempo superiore a quello massimo previsto per ottenere l'autorizzazione in via ordinaria, rendano necessarie procedure diagnostiche e terapeutiche da effettuarsi in tempi inferiori a quelli necessari alla Azienda ULSS per la conclusione del procedimento di autorizzazione preventivo.

Non possono invece rientrare i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie acute, impreviste e imprevedibili che si manifestano durante un soggiorno all'estero e che sono "coperti" dalla TEAM in ambito comunitario, da formulari similari rilasciati per il temporaneo soggiorno nei Paesi "convenzionati", dall'attestato ex articolo 15 DPR 618/80 per il lavoratori aventi diritto o da apposite polizze assicurative negli altri Paesi.

Non rientrano neppure i casi di prestazioni erogate all'estero per patologie già esistenti prima del trasferimento all'estero ma per le quali non risulti assolutamente comprovata la impossibilità di erogazione "**tempestiva**" ed "**adeguata**" anche in Italia.

La valutazione sulla sussistenza dei presupposti e delle condizioni per usufruire dell'assistenza presso Centri di altissima specializzazione all'estero ed il parere sulle spese rimborsabili viene dato, a posteriori, dal Centro Regionale di Riferimento (CRR) competente al quale l'Azienda ULSS trasmette tutta la documentazione.

Ulteriore documentazione sanitaria e di spesa prodotte dall'interessato dovranno essere inviate alla Regione solo se verranno espressamente richieste.

### Avvertenza

**(Circolare Ministero Sanità n. 33 del 12 dicembre 1989 – Deroche alle procedure)**

**La deroga di cui trattasi può essere applicata anche nei casi di assistenza diretta presso Centri pubblici o convenzionati ubicati in ambito comunitario o nei Paesi "convenzionati".**

**In tali casi l'Azienda ULSS può, previa valutazione della sussistenza dei presupposti da parte del CRR con le modalità e procedure previste per l'assistenza indiretta, rilasciare a posteriori il Documento S2 (ex E112) oppure analogo formulario per i Paesi "convenzionati", su richiesta dell'interessato o della Istituzione estera. In alternativa può procedere, su richiesta dell'assistito al suo rientro in Italia, al rimborso delle spese sostenute secondo le tariffe di rimborso applicate dall'Istituzione estera che ha erogato le prestazioni, all'uopo interpellata.**

**5.14.10. Domanda per ottenere il rimborso delle spese, rimaste a carico dell'assistito dopo il rimborso ordinario, sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma indiretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 3 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)**

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....

di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente a ..... via ..... n. ....

C.F. .... cittadinanza .....

telefono fisso ..... telefono cellulare .....

telex ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero in un Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato con nota Vs. prot. n. .... del .....

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese rimaste a carico dell'assistito, dopo aver ottenuto il rimborso in via ordinaria del "concorso nelle spese" sostenute per fruire di prestazioni autorizzate presso un Centro di altissima specializzazione all'estero, privato non convenzionato, in assistenza in forma indiretta e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

**DOMANDA**

ai sensi dell'articolo 7, comma 3, del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso in deroga delle spese rimaste a proprio carico dopo il rimborso ottenuto in via ordinaria, sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione privato non convenzionato denominato:

.....  
ubicato nello Stato ..... città .....

via ..... n. .... telefono .....

telex ..... e-mail .....

*continua sulla pagina seguente*

segue dalla pagina precedente

La richiesta è motivata dal fatto che tali spese rimaste a proprio carico sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del proprio nucleo familiare.

Dichiara che il proprio nucleo familiare ai fini fiscali è costituito da:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

e che il reddito complessivo dichiarato nell'anno (*indicare l'ultimo anno utile*) .....  
è stato di € ..... (in lettere ..... )

Allega alla presente domanda:

1. n. .... fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali, di spese sanitarie e non strettamente sanitarie non ammesse a rimborso in via ordinaria;
2. la seguente eventuale documentazione a supporto della domanda:

.....  
.....

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

continua sulla pagina seguente

## ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

### Deroga sull'ammontare dei "rimborsi" per prestazioni fruitive in assistenza indiretta

(articolo 7, comma 3, DM Sanità 3 novembre 1989)

Se le spese complessive (**anche non strettamente sanitarie**) che restano a carico dell'assistito dopo applicazione del regime ordinario dei "rimborsi" sono particolarmente elevate, in senso assoluto ma soprattutto in relazione al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito, tanto da comprometterne le condizioni economiche, è possibile presentare **DOMANDA** alla propria Azienda ULSS per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione ed al reddito complessivo del nucleo familiare.

La fattispecie in oggetto attribuisce un potere di apprezzamento alla Regione in quanto l'ulteriore valutazione sulle spese residuali da ammettere a concorso in deroga al regime ordinario, coinvolge, appunto, sia le spese strettamente sanitarie che non strettamente sanitarie sostenute dall'assistito.

Potrebbero pertanto essere prese in considerazione per il "rimborso", ad esempio, le spese sostenute per la permanenza all'estero in strutture alberghiere o comunque onerose, allorché tale permanenza si sia resa necessaria per ottenere ravvicinate prestazioni in day-hospital od ambulatoriali incluse nel programma terapeutico iniziale.

Nella valutazione delle deroghe sui "rimborsi" la Regione del Veneto si attiene ai seguenti principi:

- le spese residuali (anche non strettamente sanitarie) rimaste a carico dell'assistito devono essere debitamente documentate e di per sé particolarmente elevate;
- se l'interessato documenta spese per le quali è richiesta preventiva specifica autorizzazione, che nel caso specifico è mancata, le spese in questione vanno considerate solo nei limiti previsti dal regime ordinario di concorso nelle spese;
- nella valutazione della onerosità di tali spese deve tenersi conto anche del reddito complessivo del nucleo familiare il quale in questo caso rappresenta una delle componenti essenziali;
- devono essere escluse dalla deroga le spese residuali di limitato importo (indicativamente inferiori al 10% del reddito complessivo annuo del nucleo familiare).

Una volta che la Regione ha espresso il suo parere sul concorso delle spese sostenute rimaste a carico dell'assistito, lo comunica all'Azienda ULSS che liquida all'assistito il "rimborso" eventualmente concesso, con oneri a proprio carico e secondo le procedure in uso.

### 5.14.11. Domanda per ottenere il rimborso delle spese sanitarie rimaste a carico dell'assistito presso un Centro di altissima specializzazione all'estero in assistenza in forma diretta (DM Sanità 3 novembre 1989, articolo 7, comma 4 - Circolare ministeriale n. 33 del 12 dicembre 1989)

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....

di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....

residente a ..... via ..... n.....

C.F. .... cittadinanza .....

telefono fisso ..... telefono cellulare .....

telefax ..... e-mail .....

regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS e regolarmente autorizzato al trasferimento per cure all'estero presso un Centro di altissima specializzazione pubblico o privato convenzionato con Formulario ..... rilasciato in data .....

adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di rimborso delle spese strettamente sanitarie rimaste a carico dell'assistito, sostenute per fruire di prestazioni presso un Centro di altissima specializzazione all'estero pubblico o privato convenzionato, in assistenza in forma diretta, regolarmente autorizzate con rilascio del Formulario ..... e che più dettagliate informazioni sono riportate in calce al presente modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi ha fruito delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

#### DOMANDA

ai sensi dell'articolo 7, comma 4, del DM Sanità 3 novembre 1989 il rimborso in deroga delle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a proprio carico, sostenute per cure all'estero presso il Centro di altissima specializzazione pubblico o privato convenzionato denominato

.....

ubicato nello Stato ..... città .....

via ..... n. .... telefono .....

telefax ..... e-mail .....

*continua sulla pagina seguente*

segue dalla pagina precedente

La richiesta è motivata dal fatto che tali spese rimaste a proprio carico sono particolarmente elevate in valore assoluto e soprattutto in relazione al reddito complessivo del proprio nucleo familiare.

Dichiara che il proprio nucleo familiare ai fini fiscali è costituito da:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

e che il reddito complessivo dichiarato nell'anno (*indicare l'ultimo anno utile*) .....  
è stato di € ..... (in lettere..... )

Allega alla presente domanda:

1. n. .... fatture quietanzate o titoli equipollenti in originale, secondo le norme e gli usi locali, di spese strettamente sanitarie rimaste a proprio carico;
2. la seguente eventuale documentazione a supporto della domanda:  
.....  
.....

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

**Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

**Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

continua sulla pagina seguente



## ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO

### Deroga per il concorso nelle spese per prestazioni fruite in assistenza diretta

(articolo 7, comma 4, DM Sanità 3 novembre 1989)

I trasferimenti per cure all'estero, previsti dai Regolamenti comunitari e da alcuni degli Accordi bilaterali di sicurezza sociale intrattenuti dall'Italia con vari Paesi, riguardano solo le prestazioni che le Istituzioni sanitarie estere erogano **in forma diretta** nelle Strutture pubbliche o private convenzionate ai propri assicurati. In tal caso le prestazioni vengono erogatate dalle suddette Istituzioni a parità di condizioni e di trattamento con i propri assistiti.

Con l'assistenza in forma diretta restano a carico dell'assistito che si reca all'estero le spese sostenute per:

- onorari corrisposti ai sanitari che abbiano svolto la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento, se tali onorari sono soggetti a tariffazione separata;
- tickets previsti dalla legislazione locale;
- spese per il viaggio, anche se in ambulanza o con altro mezzo speciale, e per l'accompagnatore;
- spese di soggiorno in attesa di ricovero e dopo la dimissione;
- spese di confort alberghiero eventualmente sostenute durante la degenza (telefono, TV, stanza singola, ecc.) se oggetto di tariffazione separata.

La normativa citata introduce una deroga alla regola generale, in virtù della quale possono essere concessi concorsi nelle **sole spese di carattere strettamente sanitario** che restano a carico dell'assistito, qualora le predette spese siano **particolarmente elevate** in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dell'assistito stesso.

Giova rimarcare che tale deroga concessa per le prestazioni fruite in assistenza diretta si riferisce esclusivamente alle spese di carattere strettamente sanitario (primi tre punti dei cinque innanzi riportati) e non a tutte le spese sostenute (anche di carattere non strettamente sanitario) rimaste a carico dell'assistito.

Pertanto anche la valutazione della **particolare onerosità** delle spese poste direttamente a carico dell'assistito in assistenza diretta viene effettuata con esclusivo riferimento alle sole spese di carattere strettamente sanitario e non al complesso di tutte le spese direttamente sostenute.

È pertanto possibile presentare **domanda alla propria Azienda ULSS** per ottenere il "rimborso" totale o parziale di tali spese di carattere strettamente sanitario, documentate in originale e quietanzate, completando il modello di domanda con le informazioni relative alla composizione del nucleo familiare ed al reddito complessivo prodotto dai componenti del nucleo familiare, come risulta nell'ultimo anno utile.

La **Regione**, cui spetta la valutazione, in sede di determinazione dell'eventuale concorso in tali spese si attiene ai seguenti criteri:

- le richieste prese in considerazione devono essere significative sotto il profilo sanitario e particolarmente rilevanti sotto il profilo economico;
- le spese strettamente sanitarie che sono state poste a carico dell'assistito devono essere tali da compromettere le condizioni economiche del nucleo familiare;
- per tale motivo vanno escluse dalla deroga le spese rimaste a carico dell'assistito di importo inferiore al 10% del reddito complessivo del nucleo familiare;
- si potrà procedere alla concessione del concorso nelle spese di carattere strettamente sanitario rimaste a carico dell'assistito nei termini seguenti:
  - a) quanto ad **onorari professionali** corrisposti a sanitari che abbiano svolta la propria opera in regime libero-professionale, anche se in costanza di ricovero, nella Struttura per la quale è stato autorizzato il trasferimento e dove è stato utilizzato il modello comunitario (E 112 o S2) o similari per i Paesi "convenzionati", a condizione che siano fatturati separatamente: sino al 40% dell'esborso, entro il limite massimo di € 7.746,85=;
  - b) quanto ai **tickets** previsti dalla legislazione locale sino all'80% dell'esborso;
  - c) quanto a **spese di viaggio**, anche se in autoambulanza, per l'assistito e per l'accompagnatore autorizzato sino all'80% dell'esborso.

## 5.14.12. Domanda per ottenere l'autorizzazione per la ricerca di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) presso un Registro italiano o straniero tramite l'Ospedale Galliera di Genova

Fac-simile, a titolo puramente indicativo.

Alla Azienda ULSS n. ....  
di .....

Il sottoscritto ..... nato il .....  
residente a ..... via ..... n. ....  
C.F. .... cittadinanza .....  
telefono fisso ..... telefono cellulare .....  
telefax ..... e-mail .....  
regolarmente iscritto al SSN negli elenchi degli assistiti di codesta Azienda ULSS,  
adeguatamente informato e preso atto che:

- il presente modello di domanda deve essere utilizzato per la richiesta di autorizzazione alla ricerca di Cellule Staminali Emopoietiche (midollari, cordonali o da sangue cordonale) geneticamente compatibili, presso un Registro italiano o straniero tramite il Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, istituito e gestito presso l'Ospedale Galliera di Genova, internazionalmente conosciuto come Italian Bone Marrow Donors Registry (I.B.M.D.R.) e che ulteriori informazioni sono riportate in calce al presente modello;
- nel caso l'interessato sia di minore età od incapace la domanda va sempre compilata con i dati di chi necessita delle cure ma va sottoscritta da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore o dal curatore;
- quanto dichiarato nella presente domanda assume valore di contestuale "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e/o 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, con perdita dei benefici e conseguenze anche penali in caso di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dagli articoli 75 e 76 del citato DPR;

### DOMANDA

di essere autorizzato alla ricerca ed al reperimento di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) geneticamente compatibili, provenienti da midollo osseo o da sangue periferico di donatore adulto o da cordone ombelicale, presso un Registro italiano o straniero per il tramite del Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo (I.B.M.D.R.) istituito presso l'Ospedale Galliera di Genova.

Allega alla presente domanda la documentazione relativa all'avvio dell'attivazione della ricerca CSE, tramite l'I.B.M.D.R., da parte dello specialista della Struttura ospedaliera pubblica autorizzata.

Allegati:

.....  
.....

*continua sulla pagina seguente*

segue dalla pagina precedente

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per la sottoscrizione della domanda con contestuale "autocertificazione":

Firma .....

Documento di riconoscimento .....

rilasciato da ..... il .....

(da allegare in copia qualora la presente domanda venga inoltrata per posta o telefax)

\*\*\*

### **Informativa (articolo 13 del DL.vo 196 del 30 giugno 2003)**

Quanto dichiarato ai fini del rilascio del presente attestato assume valore di "autocertificazione" ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000. I dati personali verranno utilizzati su cartaceo o per via informatica esclusivamente per dar seguito al relativo procedimento amministrativo il cui responsabile è anche il responsabile del trattamento dei dati.

### **Consenso (articolo 23 del DL.vo n. 196 del 30 giugno 2003)**

Preso atto dell'Informativa di cui sopra il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data .....

Firma leggibile dell'interessato o di chi esercita la potestà genitoriale o del tutore o del curatore valida per il consenso al trattamento dei dati personali.

Firma .....

## **ULTERIORI INFORMAZIONI PER L'INTERESSATO**

Il Registro nazionale italiano dei donatori di midollo osseo, internazionalmente conosciuto come Italian Bone Marrow Donors Registry (I.B.M.D.R.), istituito e gestito presso l'Ospedale Galliera di Genova, strettamente collegato con i Registri istituiti a livello regionale o interregionale, non dispone di un numero sufficientemente ampio di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), sia da donatore adulto che da cordone ombelicale, per far fronte alle esigenze nazionali. Ciò comporta la frequente necessità di ricorrere alla ricerca internazionale nei Registri stranieri, europei ed americani.

Sul piano pratico tale ricerca per individuare il donatore non consanguineo di CSE da midollo o da sangue periferico o di CSE da cordone ombelicale ed il relativo prelievo avviene tramite il Registro italiano di Genova, il quale, risultata vana la ricerca presso i Registri italiani, trasmette agli altri Registri internazionali attivi le caratteristiche genetiche del paziente interessato.

Per ottenere l'autorizzazione all'esecuzione delle prestazioni finalizzate al reperimento di CSE e alla copertura delle spese a carico del SSN l'interessato deve presentare all'Azienda ULSS di appartenenza:

- domanda di autorizzazione per la ricerca di CSE (midollari, cordonali o da sangue periferico) presso un Registro italiano o straniero;
- documentazione relativa all'avvio dell'attivazione della ricerca CSE, tramite l'I.B.M.D.R., da parte dello specialista della Struttura ospedaliera pubblica autorizzata.

Gli oneri per la prestazione sono posti a carico dell'Azienda ULSS competente tramite la mobilità sanitaria.




# **Parte Seconda**

## **FORMULARI**



## 6. MODELLI PER I CITTADINI COMUNITARI

### 6.1. Documenti portabili UE

S1 

Coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale

**Iscrizioni per la copertura sanitaria**  
Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (\*)

#### AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato che comprova che voi e i membri della vostra famiglia avete diritto alle prestazioni in natura (vale a dire assistenza sanitaria, trattamento medico ecc.) di malattia, maternità e prestazioni equivalenti di paternità nel vostro paese di residenza. I familiari sono coperti soltanto se soddisfano alle condizioni stabilite nella legislazione del paese di residenza.

L'attestato deve essere presentato quanto prima all'istituzione sanitaria nel luogo di residenza (\*\*).

Per un elenco delle istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

#### 1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome

1.3 Nome

1.4 Cognome alla nascita (\*\*\*)

1.5 Data di nascita

1.6 Indirizzo nel paese di residenza

1.6.1 Via, n.

1.6.3 Codice postale

1.6.2 Città

1.6.4 Codice paese

1.7 Status

1.7.1 Assicurato

1.7.2 Familiare dell'assicurato

1.7.3 Pensionato

1.7.4 Familiare del pensionato

1.7.5 Richiedente la pensione o rendita

#### 2. PRESTAZIONI IN DENARO PER L'ASSISTENZA DI LUNGO PERIODO

2.1 Il possessore riceve prestazioni in denaro per l'assistenza di lungo periodo

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 17, 22, 24, 25, 26 e 34, e 987/2009 articoli 24 e 26.

(\*\*) Per Spagna, Svezia e Portogallo il certificato deve essere presentato rispettivamente alla sede provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'istituzione dell'assicurazione sociale e all'istituzione dell'assicurazione sociale del luogo di residenza.

(\*\*\*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S1



## Iscrizioni per la copertura sanitaria

### 3. DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO

(da compilarsi se il possessore ha diritto ad assistenza sanitaria sulla base dell'assicurazione di un'altra persona)

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 3.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente      |                      |
| 3.2 Cognome   |                      |
| 3.3 Nomi  |                      |
| 3.4 Cognome alla nascita (*)  |                      |
| 3.5 Data di nascita   |                      |
| 3.6 Indirizzo dell'assicurato se diverso da quello riportato al punto 1.6 |                      |
| 3.6.1 Via, n.   | 3.6.3 Codice postale |
| 3.6.2 Città   | 3.6.4 Codice paese   |

### 4. COPERTURA ASSICURATIVA DA/A:

- |                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| 4.1 Data d'inizio | 4.2 Data finale |
|-------------------|-----------------|

### 5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 5.1 Denominazione                              |                 |
| 5.2 Via, n.                                    |                 |
| 5.3 Città                                      |                 |
| 5.4 Codice postale                             | 5.5 Sigla paese |
| 5.6 Numero di identificazione dell'istituzione |                 |
| 5.7 Fax ufficio n.                             |                 |
| 5.8 Telefono ufficio n.                        |                 |
| 5.9 E-mail                                     |                 |
| 5.10 E-mail                                    |                 |
| 5.11 Firma                                     |                 |

TIMBRO

(\*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.





## Diritto alle cure programmate

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (\*)

### AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potreste eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali.

La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

### 1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome

1.3 Nomi

1.4 Cognome alla nascita (\*\*)

1.5 Data di nascita

1.6 Indirizzo attuale

1.6.1 Via, n.

1.6.3 Codice postale

1.6.2 Città

1.6.4 Codice paese

### 2. TIPO E LUOGO DELLE CURE

2.1 Cure

2.2 Luogo delle cure

2.3 Periodo previsto delle cure

2.3.1 Data di inizio

2.3.2 Data finale

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(\*\*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

S2



## Diritto alle cure programmate

### 3. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

3.1 Denominazione

3.2 Via, n.

3.3 Città

3.4 Codice postale

3.5 Sigla paese

3.6 Numero di identificazione dell'istituzione

3.7 Fax ufficio n.

3.8 Telefono ufficio n.

3.9 E-mail

3.10 E-mail

3.11 Firma

TIMBRO

S3



## Cure mediche di un ex lavoratore frontaliere nel paese dove ha lavorato in precedenza

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (\*)

### AVVERTENZE PER L' INTERESSATO

Questo è l'attestato che vi dà diritto a certe cure mediche nel paese in cui avete lavorato in precedenza. Se presentate l'attestato alle istituzioni sanitarie del paese in cui soggiornate riceverete cure mediche alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese. Per un elenco delle istituzioni sanitarie si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

### 1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome

1.3 Nomi

1.4 Cognome alla nascita (\*\*)

1.5 Data di nascita

1.6 Indirizzo attuale

1.6.1 Via, n.

1.6.3 Codice postale

1.6.2 Città

1.6.4 Codice paese

1.7 Numero d'identificazione personale nello Stato membro in cui si è lavorato in precedenza

1.8 Status

1.8.1 Ex lavoratore frontaliere

1.8.2 Familiare di un ex lavoratore frontaliere

### 2. ASPETTI PARTICOLARI DELLE CURE

La persona summenzionata ha diritto a

2.1 continuare di un trattamento iniziato nel paese in cui ha lavorato in precedenza, vale a dire (\*\*\*)

2.1.1 natura della cura / della malattia

2.2 cura nel paese dove ha lavorato in precedenza (\*\*\*)

(\*) Regolamento (CE) n. 883/2004, articolo 28, e 987/2009, articolo 29.

(\*\*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.

(\*\*\*) Indicate lo Stato membro dove avete lavorato in precedenza.

S3



## Cure mediche di un ex lavoratore frontaliere nel paese dove ha lavorato in precedenza

### 3. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

3.1 Denominazione

3.2 Via, n.

3.3 Città

3.4 Codice postale

3.5 Sigla paese

3.6 Numero di identificazione dell'istituzione

3.7 Fax ufficio n.

3.8 Telefono ufficio n.

3.9 E-mail

3.10 E-mail

3.11 Firma

TIMBRO

DA1



## Diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Regolamenti (CE) 883/04 e 987/09 (\*)

### AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Il presente documento è destinato a un assicurato che si sposta verso, risiede o soggiorna in uno Stato membro dell'UE diverso da quello in cui è assicurato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Dovete presentare questo documento all'istituzione responsabile dell'assistenza sanitaria/degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nello Stato di residenza o di soggiorno per acquisire titolo a prestazioni sanitarie. Potete avere eventualmente diritto a un rimborso supplementare conformemente ai tassi di rimborso nazionali del luogo di soggiorno.

L'istituzione responsabile dell'assistenza sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni di assistenza sanitaria si rinvia a: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

### 1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente			
1.2 Cognome			
1.3 Nomi			
1.4 Cognome di nascita (**)			
1.5 Data di nascita			
1.6 Qualifica			
<input type="checkbox"/>	1.6.1 Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/>	1.6.2 Lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/>			1.6.3 Disoccupato
1.7 Indirizzo nel paese di residenza/soggiorno			
1.7.1 Via, n.		1.7.3 Codice postale	
1.7.2 Città		1.7.4 Sigla paese	

### 2. IL TITOLARE PUÒ RICEVERE PRESTAZIONI IN NATURA

<input type="checkbox"/>	2.1.1 per un infortunio sul lavoro	<input type="checkbox"/>	2.1.2 per una malattia professionale
2.2 Periodo previsto del trattamento			
<input type="checkbox"/>	2.2.1 per un periodo stabilito nelle disposizioni della legislazione del suo paese di residenza		
<input type="checkbox"/>	2.2.2 data d'inizio	data di fine	
<input type="checkbox"/>	2.2.3 per un massimo di tre mesi	<input type="checkbox"/>	2.2.4 per un periodo illimitato

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articolo 36, e 987/2009, articolo 33.

(\*\*) Informazione fornita all'istituzione dal titolare se questi non è noto all'istituzione.

DA1



## Diritto alla copertura sanitaria a titolo dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

### 3. IL TITOLARE HA DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA A MOTIVO DI

- 3.1 L'infortunio sul lavoro sofferto 3.1.1 in data  
3.1.2 che ha avuto le seguenti conseguenze
- 3.2 La malattia professionale diagnosticata 3.2.1 in data  
3.2.2 che ha avuto le seguenti conseguenze
- 3.3 L'autorizzazione che abbiamo concesso all'interessato a mantenere il diritto a prestazioni  
in natura nel (Stato) in cui si reca
- 3.3.1 per prendervi la residenza  3.3.2 per ricevere un trattamento medico

### 4. LA RELAZIONE DEL NOSTRO MEDICO D'UFFICIO

- 4.1 è allegata in busta sigillata  4.2 può essere ottenuta a richiesta
- 4.3 è stata inviata  
4.3.1 in data 4.3.2 a
- 4.4 non è stata compilata

### 5. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

- 5.1 Denominazione
- 5.2 Via, n.
- 5.3 Città
- 5.4 Codice postale 5.5 Sigla paese
- 5.6 Numero di identificazione dell'istituzione
- 5.7 Fax ufficio n.
- 5.8 Telefono ufficio n.
- 5.9 E-mail
- 5.10 E-mail
- 5.11 Firma

TIMBRO

A1



## Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato

Regolamenti (CE) n.883/2004 e n. 987/2009 (\*)

### AVVERTENZE PER L'INTERESSATO

Il presente certificato riguarda la legislazione di sicurezza sociale applicabile e certifica che Lei non ha nessun obbligo di pagare i contributi in un altro Stato.

Prima di lasciare il paese presso il quale Lei è assicurato per andare a lavorare in un altro Stato, si accerti di avere i documenti che Le danno il diritto di ricevere le necessarie prestazioni in natura (ad es. cure mediche, trattamento ospedaliero e altro) nello Stato in cui si recherà a lavorare.

- Se soggiurerà solo temporaneamente nello Stato in cui si recherà a lavorare, richieda all'istituzione di assistenza sanitaria la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM - EHIC). Dovrà presentare questa Tessera all'Istituzione che le fornirà assistenza sanitaria qualora avesse bisogno delle prestazioni in natura durante il suo soggiorno.
- Se dovesse andare a vivere nello Stato in cui si recherà a lavorare, dovrà chiedere all'Istituzione di assistenza sanitaria il modello S1 e presentarlo quanto prima alla competente istituzione di assistenza sanitaria del paese in cui si recherà a lavorare (\*\*).

Inoltre, l'istituzione di sicurezza sociale dello Stato in cui soggiurerà le erogherà provvisoriamente anche le prestazioni speciali in caso di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

### 1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

1.1	Numero di identificazione personale	<input type="checkbox"/> Donna	<input type="checkbox"/> Uomo
1.2	Cognome/i		
1.3	Nome/i		
1.4	Cognome alla nascita (***)		
1.5	Data di nascita	1.6	Nazionalità
1.7	Luogo di nascita		
1.8	Indirizzo nel paese di residenza		
1.8.1	Via, n.	1.8.3	Codice postale
1.8.2	Città	1.8.4	Sigla paese
1.9	Indirizzo nel paese di soggiorno		
1.9.1	Via, n.	1.9.3	Codice postale
1.9.2	Città	1.9.4	Sigla paese

### 2. STATO MEMBRO DI CUI SI APPLICA LA LEGISLAZIONE

2.1	Stato membro	2.3	Data fine
2.2	Data inizio		
<input type="checkbox"/>	2.4 Il certificato vale per la durata dell'attività		
<input type="checkbox"/>	2.5 La determinazione è provvisoria		
<input type="checkbox"/>	2.6 Il regolamento n. 1408/71 rimane applicabile sulla base dell'articolo 87, paragrafo 8, del regolamento n. 883/2004		

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli da 11 a 16, e n. 987/2009, articolo 19.

(\*\*) Per Spagna, Svezia e Portogallo, il certificato deve essere presentato rispettivamente alla Direzione provinciale dell'Istituto nazionale della sicurezza sociale (INSS), all'Istituto delle assicurazioni sociali e all'Istituto di sicurezza sociale, del luogo di residenza.

(\*\*\*) Informazione fornita all'istituzione dall'interessato quando non è nota all'istituzione.

A1



## Certificato relativo alla legislazione di sicurezza sociale applicabile all'interessato

### 3. CERTIFICAZIONE DELLA SUA POSIZIONE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 3.1 Lavoratore subordinato distaccato  | <input type="checkbox"/> 3.2 Lavoratore subordinato che lavora in due o più Stati          |
| <input type="checkbox"/> 3.3 Lavoratore autonomo distaccato   | <input type="checkbox"/> 3.4 Lavoratore autonomo che lavora in due o più Stati             |
| <input type="checkbox"/> 3.5 Dipendente pubblico  | <input type="checkbox"/> 3.6 Agente contrattuale   |
| <input type="checkbox"/> 3.7 Marittimo  | <input type="checkbox"/> 3.8 Lavoratore subordinato e lavoratore autonomo in paesi diversi |
| <input type="checkbox"/> 3.9 Dipendente pubblico in un paese e lavoratore subordinato o autonomo in uno o più altri paesi | <input type="checkbox"/> 3.10 Eccezione  |

### 4. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO / LAVORATORE AUTONOMO

#### NELLO STATO DI CUI SI APPLICA LA LEGISLAZIONE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4.1.1 Lavoratore subordinato | <input type="checkbox"/> 4.1.2 Lavoratore autonomo |
| 4.2 Codice datore di lavoro/lavoratore autonomo       |  |
| 4.3 Nome o ragione sociale                            |  |
| 4.4 Sede legale                                       |  |
| 4.4.1 Via, n.   | 4.4.2 Sigla paese                                  |
| 4.4.3 Town  | 4.4.4 Codice postale                               |

### 5. INFORMAZIONI SUL DATORE DI LAVORO / LAVORATORE AUTONOMO NEGLI ALTRI STATI MEMBRI

5.1 Nome/i o ragione/i sociale/i e codice/i della/e impresa/e o della/e nave/i dove Lei sarà occupato

5.2 Indirizzo/i o nome/i della/e impresa/e o della/e nave/i dove Lei sarà occupato

5.3 Oppure indirizzo temporaneo nello Stato di occupazione/lavoro autonomo

2/3



A1



Certificato relativo alla legislazione di sicurezza  
sociale applicabile all'interessato

6. ISTITUZIONE CHE COMPLETA IL FORMULARIO

6.1	Denominazione	
6.2	Via, n.	
6.3	Città	
6.4	Codice postale	6.5 Sigla paese
6.6	Numero di identificazione dell'istituzione	
6.7	Fax ufficio n.	
6.8	Telefono ufficio n.	
6.9	E-mail	
6.10	E-mail	
6.11	Firma	

TIMBRO

## 6.2. Documenti elettronici strutturati UE

S009

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



### **Richiesta di documento attestante il diritto – trattamento programmato all'estero al di fuori dello Stato membro di residenza**

*articolo 20 e articolo 27, paragrafo 3, del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 26 del regolamento  
(CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo dell'interessato**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. Richiesta di autorizzazione per cure programmate**

- Le cure non sono previste a norma della legislazione del nostro Stato membro  
L'interessato non può essere sottoposto a cure nel
- nostro Stato membro entro un lasso di tempo accettabile dal punto di vista medico

**5. Informazioni supplementari**

5.1 Caratteristiche delle cure	[255].....
5.2 Data della richiesta di autorizzazione dell'interessato	[DD/MM/YYYY].....
5.3 Luogo cure programmate	
5.3.1 Via	[155].....
5.3.2 Città	[65].....
5.3.3 Codice postale	[25].....
5.3.4 Regione	[65].....
5.3.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
5.4 Nome del fornitore/erogatore	[155].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Risposta alla richiesta di documento attestante il diritto – cura programmata al di fuori dello Stato membro di residenza

articolo 20 e articolo 27, paragrafo 3, del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 26 del regolamento  
(CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>I. Numeri della pratica</b>	
I.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
I.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato*	
2.1.1 Cognome/i*	[155].....
2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo dell'interessato**

3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

**4. In relazione al vs.\***

4.1 SED

[25].....

4.2 Dal

[DD/MM/YYYY].....

**5. Autorizzazione cure programmate\*** è concessa non è concessa**6. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione**

6.1 Decorrenza

[DD/MM/YYYY].....

6.2 Termine

[DD/MM/YYYY].....

**7. Motivo del diniego della proroga del documento attestante il diritto alla prestazione**

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure sono comprese tra le prestazioni previste a norma  
 della legislazione dello Stato membro di residenza e possono essere prestate entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure sono comprese tra le prestazioni previste a norma  
 della legislazione dello Stato membro competente e possono essere prestate entro un lasso di tempo giustificabile dal punto di vista medico

L'autorizzazione non è concessa in quanto le cure non sono comprese tra le prestazioni previste a norma della legislazione dello Stato membro competente

 Altri motivi**8. Informazioni supplementari**

8.1 Caratteristiche delle cure

[255].....

8.2 Luogo cure programmate

8.2.1 Via

[155].....

8.2.2 Città

[65].....

8.2.3 Codice postale

[25].....

8.2.4 Regione

[65].....

8.2.5 Paese

[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

8.3 Il documento attestante il diritto alla prestazione è allegato

 Sì No**Firma dell'istituzione mittente:**

Data

[DD/MM/YYYY].....

Firma

Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Modifica o annullamento del documento attestante il diritto alla prestazione

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....



**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona il cui diritto a prestazioni è revocato o modificato)**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

**4. Familiare**

4.1 Cognome/i\* [155].....  
 4.2 Nome/i\* [155].....  
 4.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....  
 4.4 Sesso  
 F  
 M  
 Non noto  
 4.5 Cognome/i alla nascita [155].....  
 4.6 Nome/i alla nascita [155].....

4.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

4.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....  
 4.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

4.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

4.8.1 Luogo di nascita [155].....  
 4.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....  
 4.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....  
 4.8.4 Nome del padre [155].....  
 4.8.5 Nome della madre [155].....

**5. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione**

5.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....  
 5.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**6. Assenza di diritto alla prestazione**

## 6.1 Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni

- Non assicurato nel nostro Stato membro dal  
 Non ha diritto a prestazioni di malattia da parte del nostro Stato membro dal  
 Risiede nel nostro Stato membro dal  
 Non risiede più nel vostro Stato membro dal  
 Deceduto il  
 Assicurato in un altro paese sulla base di una  
 pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]  
 Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Non assicurato nel nostro Stato membro dal" o " Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Risiede nel nostro Stato membro dal" o " Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Non risiede più nel vostro Stato membro dal" o " Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

6.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Deceduto il" :

6.3 Deceduto il [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

6.4 Codice ISO del paese di assicurazione [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo dell'assenza del diritto a prestazioni" = "Altri motivi" :

6.5 Altri motivi [255].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Risposta relativa alla modifica o annullamento del documento attestante il diritto alla prestazione

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>I. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona il cui diritto a prestazioni è revocato o modificato)**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Paese [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. In relazione al vs.\***

4.1 SED [25].....

4.2 Dal [DD/MM/YYYY].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

**5. Familiare**

5.1 Cognome/i\* [155].....

5.2 Nome/i\* [155].....

5.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

5.4 Sesso

 F M Non noto

5.5 Cognome/i alla nascita [155].....

5.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.8.4 Nome del padre [155].....

5.8.5 Nome della madre [155].....

**6. Informazioni sulla decorrenza/sul termine del diritto alla prestazione**

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....

6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



### Modifica o cancellazione di iscrizione

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Cittadinanza [list ISO3166-1-alpha-2 code].....



Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

### 3. Familiare

3.1 Cognome/i\* [155].....  
 3.2 Nome/i\* [155].....  
 3.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....  
 3.4 Sesso  
 F  
 M  
 Non noto  
 3.5 Cognome/i alla nascita [155].....  
 3.6 Nome/i alla nascita [155].....

3.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

3.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....  
 3.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

3.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

3.8.1 Luogo di nascita [155].....  
 3.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....  
 3.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....  
 3.8.4 Nome del padre [155].....  
 3.8.5 Nome della madre [155].....

### 4. Decorrenza/Termine iscrizione

4.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....  
 4.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**5. Motivo della revoca o della modifica**

5.1 Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione

- Non assicurato in questo Stato membro dal  
 Risiede nel vostro paese dal  
 Risiede in altro Stato membro  
 Deceduto il  
 Assicurato in un altro paese sulla base di una  
 pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]  
 Altri motivi

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Non assicurato in questo Stato membro dal" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Risiede nel vostro paese dal" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Risiede in altro Stato membro" o "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

5.2 Data [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Deceduto il" :

5.3 Deceduto il [DD/MM/YYYY].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Assicurato in un altro paese sulla base di una pensione [cfr. regolamento n. 883/2004, art. 24, par. 2, lett. b)]" :

5.4 Codice ISO del paese di assicurazione [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

Si prega di compilare le voci che seguono se "Motivo della modifica o della revoca del documento attestante il diritto alla prestazione" = "Altri motivi" :

5.5 Altri motivi [255].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Risposta a richiesta di informazioni su modifica o cancellazione di iscrizione

Articoli 17, 22, 24, 25 e 26 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>I. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato*	
2.1.1 Cognome/i*	[155].....
2.1.2 Nome/i*	[155].....
2.1.3 Data di nascita*	[DD/MM/YYYY].....
2.1.4 Sesso	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Non noto
2.1.5 Cognome/i alla nascita	[155].....
2.1.6 Nome/i alla nascita	[155].....
2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale	
2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente	[65].....
2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria	[65].....
2.1.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:	
<input type="checkbox"/> Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale	
2.1.8.1 Luogo di nascita	[155].....
2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita	[155].....
2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita	[155].....
2.1.8.4 Nome del padre	[155].....
2.1.8.5 Nome della madre	[155].....
2.2 Informazioni supplementari sull'interessato	
2.2.1 Cittadinanza	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona il cui diritto a prestazioni è revocato o modificato)**

3.1 Indirizzo	
3.1.1 Via	[155].....
3.1.2 Città	[65].....
3.1.3 Codice postale	[25].....
3.1.4 Regione	[65].....
3.1.5 Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
3.2 Residenza in questo paese dal	[DD/MM/YYYY].....

**4. In relazione al vs.\***

4.1 SED [25].....

4.2 Dal [DD/MM/YYYY].....

Se il presente documento riguarda un familiare, compilare le voci che seguono

**5. Familiare**

5.1 Cognome/i\* [155].....

5.2 Nome/i\* [155].....

5.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

5.4 Sesso

 F M Non noto

5.5 Cognome/i alla nascita [155].....

5.6 Nome/i alla nascita [155].....

5.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale

5.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

5.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

5.8 Se non disponete del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

5.8.1 Luogo di nascita [155].....

5.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

5.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

5.8.4 Nome del padre [155].....

5.8.5 Nome della madre [155].....

**6. Decorrenza/Termine iscrizione**

6.1 Decorrenza [DD/MM/YYYY].....

6.2 Termine [DD/MM/YYYY].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Richiesta periodi - Tipo di rischio assicurato: malattia e maternità

*Articolo 6 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 12, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero del caso presso l'istituzione mittente*	[65].....
1.2 Numero del caso presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo della persona**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Stato [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

**4. Richiesta**

4.1 In qualità di istituzione competente, nella cui legislazione l'acquisizione, il mantenimento, la durata o il recupero del diritto alle prestazioni di malattia, maternità e paternità assimilate\*

in contanti

in natura

4.2 sono subordinati al maturare dei relativi periodi, vi chiediamo di confermare i periodi di assicurazione, di occupazione, di attività lavorativa autonoma o di residenza maturati sotto la vostra legislazione dall'interessato.

4.2.1 Dal\* [DD/MM/YYYY].....

4.2.2 Fino al [DD/MM/YYYY].....

**5. Tipo di prestazione in questione\***

Malattia

Maternità

Paternità

**6. Informazioni supplementari**

6.1 Ulteriori informazioni [500].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....

Firma Timbro



La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Risposta a richiesta periodi Tipo di rischio assicurato: malattia e maternità

*Articolo 6 del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 12, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero del caso presso l'istituzione mittente*	[65].....
1.2 Numero del caso presso l'istituzione destinataria*	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo dell'interessato**

3.1 Indirizzo

3.1.1 Via [155].....

3.1.2 Città [65].....

3.1.3 Codice postale [25].....

3.1.4 Regione [65].....

3.1.5 Stato [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

3.2 Residenza in questo paese dal [DD/MM/YYYY].....

<b>4. In risposta al vostro S040 del</b>	
4.1 del (inserire la data)*	[DD/MM/YYYY].....
4.2 Informazioni*	<p>Vi informiamo che la persona interessata non ha</p> <input type="checkbox"/> maturato alcun periodo a norma della nostra legislazione
	<p>Confermiamo che i periodi richiesti sono stati</p> <input type="checkbox"/> maturati dalla persona interessata a norma della nostra legislazione

<b>5. Periodo assicurazione</b> ↻	
5.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
5.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....
5.3 Tipo di assicurazione	<input type="checkbox"/> Obbligatoria <input type="checkbox"/> Volontaria <input type="checkbox"/> Assicurazione facoltativa continuata

<b>6. Periodo occupazione</b> ↻	
6.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
6.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

<b>7. Periodo attività lavorativa autonoma</b> ↻	
7.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
7.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

<b>8. Periodo residenza</b> ↻	
8.1 Dal	[DD/MM/YYYY].....
8.2 Fino al	[DD/MM/YYYY].....

<b>9. Informazioni supplementari</b>	
9.1 Ulteriori informazioni	[500].....

<b>Firma dell'istituzione mittente:</b>	
Data	[DD/MM/YYYY].....
Firma	Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Richiesta documento attestante il diritto alla prestazione - residenza temporanea

*Articolo 19 e articolo 27, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 25 del regolamento (CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**3. Indirizzo (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)**

3.1 Via [155].....

3.2 Città [65].....

3.3 Codice postale [25].....

3.4 Regione [65].....

3.5 Stato [list ISO3166-1-alpha-2 code].....

**4. Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)**

- Lavoratore  
 Familiare del lavoratore  
 Lavoratore frontaliero  
 Family member of frontier worker  
 Pensionato  
 Familiare di pensionato  
 Persona non attiva  
 Familiare di persona non attiva  
 Richiedente una pensione

Si prega di compilare le voci che seguono se "Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione)" = "Familiare del lavoratore" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Family member of frontier worker" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare di pensionato" o " Status (della persona per la quale è richiesto un documento attestante il diritto alla prestazione) = "Familiare di persona non attiva" :

**5. Familiare**

- 5.1 Cognome [155].....  
 5.2 Nome/i [155].....  
 5.3 Data di nascita [DD/MM/YYYY].....  
 5.4 Sesso  
 F  
 M  
 Non noto  
 5.5 Cognome alla nascita [155].....

**6. Decorrenza/Termine del diritto alla prestazione\***

- 6.1 Data di inizio [DD/MM/YYYY].....  
 6.2 Data finale [DD/MM/YYYY].....

**Firma dell'istituzione mittente:**

Data [DD/MM/YYYY].....  
 Firma Timbro

La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale



## Documento attestante il diritto alla prestazione - residenza temporanea

*Articolo 19 e articolo 27, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 883/2004; articolo 25 del regolamento  
(CE) n. 987/2009*

<b>Numero di allegati:</b>	[integer].....
<b>Data dell'invio:</b>	[DD/MM/YYYY].....

<b>Istituzione mittente:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....
<b>Istituzione destinataria:</b>	
Codice paese*	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Codice istituzione*	[25].....
Denominazione dell'istituzione*	[155].....
Viat	[155].....
Città	[65].....
Codice postale	[25].....
Regione	[65].....
Paese	[list ISO3166-1-alpha-2 code].....
Telefono	[65].....
Fax	[65].....
E-mail	[255].....

<b>1. Numeri della pratica</b>	
1.1 Numero della pratica presso l'istituzione mittente	[65].....
1.2 Numero della pratica presso l'istituzione destinataria	[65].....

**2. Interessato**

2.1 Interessato\*

2.1.1 Cognome/i\* [155].....

2.1.2 Nome/i\* [155].....

2.1.3 Data di nascita\* [DD/MM/YYYY].....

2.1.4 Sesso

 F M Non noto

2.1.5 Cognome/i alla nascita [155].....

2.1.6 Nome/i alla nascita [155].....

2.1.7 Se in possesso del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato con numero di identificazione personale (PIN)

2.1.7.1 Numero identificazione personale presso l'istituzione mittente [65].....

2.1.7.2 Numero di identificazione personale presso l'istituzione destinataria [65].....

2.1.8 Se non si dispone del numero di identificazione personale dell'interessato, si prega di compilare le voci che seguono:

 Identificazione dell'interessato senza numero di identificazione personale

2.1.8.1 Luogo di nascita [155].....

2.1.8.2 Cognome del padre alla nascita [155].....

2.1.8.3 Cognome della madre alla nascita [155].....

2.1.8.4 Nome del padre [155].....

2.1.8.5 Nome della madre [155].....

2.2 Informazioni supplementari sull'interessato

2.2.1 Nazionalità [list ISO3166-1-alpha-2 code].....