



# **M.E.P.Sa. WORKING PAPER SERIES**

Working Paper n°4

## ***La mobilità internazionale***

Simona Alessia De Gasperi - Regione Piemonte  
e-mail:simonaalessia.degasperi@regione.piemonte.it

## Indice

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>2</b>
<b>2. L'Assistenza sanitaria per lo straniero in Italia.....</b>	<b>4</b>
2.A ISCRIZIONE OBBLIGATORIA.....	4
2.B ISCRIZIONE VOLONTARIA.....	9
2.C STRANIERI NON ISCRITTI AL SSN.....	10
2.D STRANIERI CHE ENTRANO IN ITALIA PER MOTIVI DI CURA.....	13
<b>3. L'assistenza sanitaria per gli italiani all'estero.....</b>	<b>15</b>
3.A ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI UE,SEE, SVIZZERA.....	15
3.B TEMPORANEO SOGGIORNO.....	19
3.C SOGGIORNO PER MOTIVI DI LAVORO.....	22
3.D RESIDENZA IN UE - SEE PER MOTIVI DIVERSI DAL LAVORO.....	25
3.E ASSISTENZA IN ITALIA AGLI ITALIANI PROVENIENTI DALL'ESTERO.....	28
3.F TRASFERIMENTO PER CURE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	30
<b>4. I flussi informativi e contabili di mobilità internazionale.....</b>	<b>33</b>
4.A.TESS.....	36
4.B TECAS.....	38
4.C ASPEC.....	40
<b>5. I dati contabili della Regione Piemonte.....</b>	<b>41</b>
5.A MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA NEGLI STATI UE - CONVENZIONATI:CITTADINI REGOLARMENTE PRESENTI.....	41
5.B. LE PRESTAZIONI SANITARIE A FAVORE DI STP.....	46
<b>6. Conclusioni.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Bibliografia.....</b>	<b>52</b>

## 1. Introduzione

La letteratura generalmente classifica in tre gruppi i fattori da considerare per la previsione e la pianificazione in sanità :

- ✓ il bisogno sanitario della popolazione che è in diretta corrispondenza da una parte con l'epidemiologia e i fattori di rischio, dall'altra con i cambiamenti demografici e dell'organizzazione sociale;
- ✓ la domanda di cure, che si traduce nella capacità di accesso alle cure dal punto di vista sociale, economico e culturale;
- ✓ la caratteristiche tecniche e organizzative del sistema sanitario che costituiscono l'insieme delle conoscenze e dell'operato dei professionisti.

Per quanto attiene specificatamente alla domanda di cure è necessario considerare che il suo soddisfacimento, a causa degli spostamenti degli assistiti, può avvenire sia sul territorio nazionale, sia sul altro territorio: la legge n. 833/1978 che ha dato vita al Servizio Sanitario Nazionale non riconosce, tuttavia, un diritto incondizionato alla copertura sanitaria in favore dei cittadini che si recano all'estero per motivi di lavoro, di svago, di famiglia, ecc.

In applicazione del principio di libera circolazione delle persone che sostiene l'Unione Europea le condizioni che regolano la mobilità sanitaria negli Stati membri sono specifiche.

Negli anni 50, i responsabili dell'elaborazione del Trattato costitutivo erano consapevoli delle differenze esistenti tra i regimi di sicurezza sociale dei diversi stati membri. Essi erano però interessati ad evitare che le disparità esistenti si frapponessero come ostacolo alla libera circolazione dei lavoratori e le disposizioni risultanti - vale a dire il Reg. 1408/71 e il Reg. 574/72 - si pongono nell'ottica di coordinare i regimi dei singoli Stati membri per tutelare i diritti dei cittadini in generale e, per quanto attiene alla materia

sanitaria, degli assistiti in particolare, in applicazione degli articoli 2, 7 e 51 del Trattato.

Queste norme di "coordinamento" (si badi, non di "armonizzazione" in quanto non si intende interferire sulla sovranità degli Stati perché, nel disegno federale dell'Unione Europea non si persegue la creazione di un unico sistema di protezione sociale su scala europea né l'obiettivo di uniformare gli attuali regimi) impattano unicamente su quelle parti della legislazione nazionale suscettibili di produrre effetti indesiderabili per chi si sposta all'interno dell'Unione.

Nel caso dell'assistenza sanitaria, ne discende che un lavoratore distaccato o un turista in temporaneo soggiorno, possono oggi godere di alcune delle prestazioni sanitarie nello Stato dell'Unione Europea in cui si recano, alle stesse condizioni dei cittadini di quello Stato, presentando la documentazione necessaria per attestare il diritto.

In prospettiva però la politica sanitaria dell'Unione Europea finirà per incidere in misura sempre maggiore sulla sovranità degli Stati membri, con disposizioni vincolanti, dal momento che il livello elevato di protezione che è perseguito dall'Unione potrà assorbire i livelli essenziali delle prestazioni previsti dall' art. 117 Cost.

Rispetto alla Carta europea dei pazienti del 2002 che ha individuato 14 diritti base degli assistiti per la difesa della salute (essi vanno dal diritto a servizi preventivi appropriati, al diritto di libera scelta fra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari, al diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, al diritto di reclamo fino a quello di risarcimento, per citarne alcuni) una recente indagine ha posto però in evidenza, per quanto ora di rilievo, oltre alle grandi diversità fra i Paesi dell'Unione, una "pagella" con punteggi complessivi che segnalano qualche nota dolente per l'Italia, soprattutto in termini di innovazione, di consenso alle cure, di accesso alle prestazioni e di tempi di attesa. E' in rapporto a

questa realtà che sono stati prodotti negli ultimi anni approfondimenti e proposte da diversi gruppi di lavoro e commissioni in sede sia nazionale che europea, piuttosto convincenti sulla necessità di preconstituire le basi per sviluppare un sistema di assistenza sanitaria "senza più confini per tutti gli europei", facendo però prima convergere verso l'alto i livelli essenziali di assistenza di tutti gli Stati dell'Unione.

Scopo di questo lavoro è di esaminare la normativa, le evoluzioni e le problematiche che sono legate all'istituto della mobilità sanitaria internazionale sia essa attiva (vale a dire relativa alle prestazioni sanitarie erogate da strutture sanitarie italiane a favore di cittadini stranieri presenti in Italia a qualsiasi titolo), sia essa passiva (vale a dire relative prestazioni sanitarie usufruite da cittadini italiani all'estero), per la sempre maggiore rilevanza che questa assume per il SSN.

Sarà dedicata attenzione anche agli sviluppi dei flussi informativi ed economici che la rappresentano ed in particolare si analizzeranno alcuni dati relativi alla Regione Piemonte.

## **2. L'assistenza sanitaria per lo straniero in ITALIA**

### **2.A - ISCRIZIONE OBBLIGATORIA**

L'art. 34 del D.lg. 25.07.1998 n. 286 (TU delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero) ed il relativo art. 42 del Regolamento di attuazione (DPR 31.08.1999 n. 394) affermano l'obbligo e le modalità dell'iscrizione al SSN dei seguenti soggetti:

- ✓ stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
- ✓ stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per lavoro subordinato, lavoro autonomo, motivi familiari, asilo politico, asilo

umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione e affidamento, acquisto di cittadinanza, motivi di salute.

L'obbligo di iscrizione al SSN è previsto altresì per :

**Motivi di culto** - I religiosi provvisti di dichiarazione della Curia da cui si evinca che gli stessi non percepiscono alcun salario, se non sotto forma di assegni di sostentamento, pertanto fiscalmente a reddito zero, vengono equiparati ai lavoratori dipendenti e quindi sono iscritti al SSN obbligatoriamente. In caso di permesso di soggiorno per motivi di studio, in carenza della predetta dichiarazione della Curia, i religiosi restano soggetti all'iscrizione volontaria.

**Detenuti e internati** - L' art. 43, comma 6 del Regolamento di attuazione disciplina l'addebito allo Stato delle spese relative a prestazioni sanitarie erogate dal SSN a profughi e sfollati, per effetto di specifiche disposizioni di legge o in attuazione di quanto previsto dall'art. 20, comma 1 del T.U. : in questi casi si dovrà pertanto procedere alla rilevazione sia dei soggetti beneficiari, che delle prestazioni erogate dall'ASL.

Si fa presente, infine, che a seguito dell'emanazione del D.lg. n. 230/1999 "Riordino della medicina penitenziaria", la tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati, compresi quelli di cittadinanza straniera, rientra nella competenza del SSN. Tale normativa, dopo aver affermato parità di trattamento e piena eguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i cittadini stranieri, in possesso o meno del permesso di soggiorno, ivi compresi i detenuti in semilibertà o con forme alternative di pena.

In base all'art. 1, comma 6 della suddetta legge, tutti i detenuti e gli internati sono altresì esclusi dal sistema della compartecipazione alla spesa per le prestazione erogate. Il SSN assicura in particolare ai detenuti e agli internati: interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale, particolari forme di assistenza in caso di gravidanza e di maternità, assistenza pediatrica e servizi di puericoltura ai

figli delle donne detenute o internate che, durante la prima infanzia, convivono con le madri negli istituti penitenziari.

**Gravidanza** - Allo stato attuale vengono rilasciati dalla Questura dei tagliandi o dei permessi di soggiorno per cure mediche sia a persone che si trovano in stato di gravidanza sia a persone che hanno già partorito o che devono provvedere al figlio neonato. Tale permesso consente l'iscrizione obbligatoria al SSN con la durata fino ad un massimo di sei mesi dalla nascita del figlio e non è rinnovabile.

**Figli minori di stranieri iscritti al S.S.N.** - Fin dalla nascita è assicurata l'assistenza sanitaria ai minori figli di stranieri iscritti al SSN per sei mesi e nelle more della regolarizzazione del permesso di soggiorno. I genitori devono esibire per l'iscrizione il certificato di nascita o un'autocertificazione rilasciata da uno dei genitori dalla quale risulti luogo e data di nascita del minore.

### Cittadini comunitari

In relazione alle modifiche introdotte dalla Direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, attuata nel nostro paese con D.lg. 6.02.2007 n. 30, ai cittadini di Stati membri dell'UE, è riconosciuto, per i primi tre mesi, il diritto di soggiornare liberamente senza particolari restrizioni o formalità, salvo il possesso di un documento d'identità valido per l'espatrio, secondo la legislazione dello Stato membro di cui hanno la cittadinanza : l'assistenza sanitaria è garantita per le prestazioni necessarie ed urgenti dal possesso della TEAM rilasciata dallo Stato di appartenenza. Per periodi superiori ai tre mesi il diritto di soggiorno è riconosciuto nei confronti dei cittadini dell'Unione che esercitano un'attività lavorativa in Italia, o che dispongano di risorse economiche sufficienti per la permanenza, oltre che di un'assicurazione sanitaria o altro titolo di copertura dei rischi.

Per l'iscrizione obbligatoria al SSN deve essere esibito indipendentemente dalla durata del soggiorno:

1. il certificato di iscrizione all'Anagrafe Comunale : nel caso il Comune rilasci al l'interessato una attestazione, comprovante la presentazione dell'istanza d'iscrizione all'anagrafe, l'iscrizione al SSR dovrà essere temporanea (max 90 giorni).
2. una posizione contributiva ovvero copia del contratto di lavoro e dichiarazione, anche sotto forma di autocertificazione, relativa all'assenza di eventuali obblighi di iscrizione presso Istituzioni di altri Stati membri.

L'assistenza spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti e viene assicurata fin dalla nascita ai minori figli di stranieri iscritti al SSN, nelle more dell'iscrizione al Servizio stesso : quale titolo di soggiorno del familiare del cittadino dell'Unione, non avente la cittadinanza di uno Stato membro è confermata la validità della "Carta di soggiorno di familiare di un cittadino dell'Unione" rilasciata dalla Questura.

### **Cittadini extracomunitari**

Documentazione da esibire all'atto della prima iscrizione:

- ✓ permesso di soggiorno in originale in corso di validità;
- ✓ certificato di residenza o stato di famiglia oppure autocertificazione.

In attesa del permesso di soggiorno la documentazione da esibire è la seguente:

1. tagliando rilasciato dalla Questura o dalle Poste Italiane;
2. passaporto in corso di validità;
3. dichiarazione sostitutiva attestante il domicilio e la composizione del nucleo familiare.

Inoltre si specificano due ipotesi ricorrenti :

a) in caso di svolgimento di attività lavorativa:



- ✓ se il permesso di soggiorno è rilasciato per motivi di lavoro la scadenza della tessera sanitaria dovrà coincidere con quella del permesso di soggiorno medesimo;
  - ✓ in presenza della ricevuta rilasciata dalla Questura, la validità temporanea della tessera sanitaria è estesa a sei mesi e comunque sino alla data di definizione della pratica in corso, inoltre il cittadino extracomunitario dovrà fornire : per il lavoratori dipendenti la dichiarazione sottoscritta dal datore di lavoro o busta paga; per i lavoratori autonomi la dichiarazione dei redditi se presenti sul territorio da oltre un anno da cui risultino anche i familiari (eventualmente a carico) in detrazione o presentazione di dichiarazione sostitutiva attestante l'attività svolta; per i disoccupati la certificazione rilasciata dal centro per l'impiego.
- b) in caso di ricongiungimento familiare:
- ✓ se il permesso di soggiorno è rilasciato per ricongiungimento familiare, la scadenza dovrà coincidere con quella del permesso di soggiorno medesimo;
  - ✓ in presenza della ricevuta rilasciata dalla Questura, la validità temporanea della tessera sanitaria è estesa a mesi sei, e comunque sino alla data di definizione della pratica in corso, ed il congiunto dovrà presentare la dichiarazione di cui sopra.

Nel caso di rinnovo del permesso di soggiorno la validità della tessera sanitaria sarà prorogata di sei mesi, e comunque sino alla definizione della pratica di rinnovo, mentre nel caso di scadenza del permesso di soggiorno in fase di regolarizzazione del permesso stesso, si garantisce la continuità assistenziale con il medico già scelto anche in deroga al massimale, per un arco temporale massimo di sei mesi

#### **Diritti e doveri dei cittadini obbligatoriamente iscritti al SSN**

L'art. 34 del T.U. afferma parità di diritti e doveri dei cittadini stranieri, iscritti obbligatoriamente al SSN, con i

cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza sanitaria erogata e alla sua validità temporale.

In ordine a tale affermata parità :

1. il D.lg. n. 446/1997, che ha istituito l'IRAP ed un'addizionale regionale all'IRPEF, ha abolito, con decorrenza 01.01.1998, i contributi di assicurazione obbligatoria al SSN, procedendo quindi ad una fiscalizzazione dei contributi stessi;
2. viene ribadita la parità di trattamento in ordine all'erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale, già affermata precedentemente dalla Legge 25.01.1990 n. 8 e dalla Legge 05.02.1992 n. 104.

## **2.B - ISCRIZIONE VOLONTARIA**

Possono iscriversi volontariamente al SSN:

- ✓ stranieri con regolare permesso di soggiorno con validità superiore a 3 mesi per motivi diversi rispetto a quelli che danno diritto all'iscrizione obbligatoria;
- ✓ personale accreditato c/o rappresentanze diplomatiche dipendenti stranieri delle organizzazioni internazionali operanti in Italia;
- ✓ titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva;
- ✓ personale religioso (non rientrante nelle fattispecie previste per l'iscrizione obbligatoria);
- ✓ altre categorie residuali che possono essere individuate per esclusione con riferimento a quanto sopra precisato in materia di iscrizione obbligatoria.

Non possono iscriversi volontariamente al SSN i cittadini stranieri in possesso di permesso di soggiorno per motivi di turismo, per affari e cure, mentre, invece l'assistenza spetta anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Si ricorda che per gli stranieri studenti o collocati alla pari l'iscrizione volontaria non può essere estesa ai familiari a carico.

## **2.C - STRANIERI NON ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

L'art. 35 del T.U. ed il relativo art. 43 del Regolamento di attuazione disciplinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie sia agli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, non tenuti all'iscrizione obbligatoria né iscritti volontariamente al SSN, sia agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (stranieri con permesso di soggiorno scaduto, clandestini ecc.).

### **A) Stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale**

Agli stranieri non iscritti al SSN vengono assicurate nelle strutture sanitarie pubbliche equiparate o private accreditate:

1. le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital), per le quali devono essere corrisposte le relative tariffe regionali al momento della dimissione;
2. le prestazioni sanitarie di elezione previo pagamento delle relative tariffe regionali.

Per le prestazioni d'emergenza rimaste insolute l'ASL, l'ASO, il Presidio ex art 42,43 L. 833/78 e la Struttura privata accreditata, devono rivolgersi direttamente per il relativo rimborso alla Prefettura, competente per territorio.

### **B) Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP)**

L'art. 35 del T.U. e l'art. 43 del Regolamento di attuazione disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno: in particolare si prevede che agli stranieri sopraindicati sono assicurate, nelle strutture pubbliche del SSN, le seguenti prestazioni sanitarie:

- 1) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
- 2) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva ed esattamente:

- ✓ tutela della gravidanza e della maternità ai sensi della Legge n. 405/1975 e Legge n. 194/1978 e del D.M. 6.03.1995 e s.m.i.;
- ✓ tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20.11.1989, ratificata con Legge n. 176/1991;
- ✓ vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
- ✓ interventi di profilassi internazionale;
- ✓ profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- ✓ tossicodipendenza: a favore dei suddetti stranieri si applicano, infine, le disposizioni di cui al DPR n. 309/1990 e s.m.i.

In ordine alla tipologia di prestazioni previste dall'art. 35, comma 3 del T.U. si chiarisce che:

a - per **cure urgenti** si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

b - per **cure essenziali** si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

### **Contribuzione**

L'art. 35 del T.U. afferma che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai cittadini non iscritti, che pertanto sono a totale carico dei medesimi. Il comma 4 prevede tuttavia che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa (ticket) che dovranno essere comunque corrisposte a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Lo stato di indigenza del soggetto, come previsto dall'art. 43, comma 4, del Regolamento di attuazione, viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi.

Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è tuttavia esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.

In conformità a quanto stabilito dal suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione, anche le quote di partecipazione alla spesa (ticket) eventualmente non versate sono da riconoscersi nell'ambito delle risorse regionali assegnate alle ASL.

L'attivazione del percorso per il conseguimento della certificazione attestante la patologia esente è esclusivamente demandata al medico del Centro ISI (Centro immigrazione Salute Immigrati) depositario dell'intera documentazione sanitaria relativa ai soggetti non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP).

### **Figli Minori Di Stranieri Irregolari**

La Convenzione di New York è diretta a garantire in senso ampio la tutela della salute del minore al di là dei limiti entro i quali è assicurata la tutela sanitaria degli stranieri adulti non in regola con le norme di soggiorno, infatti prevede per tutti i minori di 18 anni il diritto al godimento del miglior stato di salute possibile e a beneficiare dei servizi medici e di riabilitazione ( vedi iscrizione STP).

In caso di bambino nato da genitore STP, al fine di garantire la tutela della salute del minore, l'iscrizione dovrà essere effettuata per 6 mesi eventualmente rinnovabili, con presentazione di certificazione sanitaria di struttura pubblica o pediatra di libera scelta.

### **Spese a carico del Ministero degli Interni**

L'ultimo comma dell'art. 35 del Testo unico prevede, in caso di mancato pagamento delle prestazioni da parte degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno (STP), che la spesa sostenuta per le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, previste dal comma 3 dello stesso articolo, sia a carico del Ministero dell'Interno.

L'ASR, il Presidio ex art. 42, 43 L. 833/78 o la Struttura privata accreditata che ha erogato la prestazione, avrà cura, pertanto, di richiedere direttamente alla Prefettura territorialmente competente il rimborso relativo all'onere delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, erogate in regime di ricovero, compreso il ricovero diurno (day hospital), od in via ambulatoriale a favore di questi soggetti.

Nel caso di stranieri regolarmente soggiornanti per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute, l' ASR, il Presidio ex art. 42,43 L. 833/78 o la Struttura privata accreditata che ha erogato la prestazione deve rivolgersi direttamente per il relativo rimborso alla Prefettura, competente per territorio. Sono invece escluse dalla competenza del Ministero dell'Interno tutte le prestazioni ospedaliere di profilassi, diagnosi e cura che si riferiscono ad eventi morbosi correlati agli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

### **2.D - STRANIERI CHE ENTRANO IN ITALIA PER MOTIVI DI CURA**

Sono previste tre distinte fattispecie.

#### **1 - Straniero che chieda il visto di ingresso per motivo di cure mediche.**

Ai fini del rilascio del visto da parte dell'Ambasciata italiana o del Consolato territorialmente competente deve essere presentata dall'interessato la seguente documentazione:

- ✓ dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa;
- ✓ attestazione dell'avvenuto deposito, a favore della struttura prescelta, di una somma a titolo cauzionale in euro o in dollari statunitensi, pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste;
- ✓ documentazione comprovante, anche attraverso la dichiarazione di un garante, la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie, di quelle di vitto e alloggio, fuori dalla struttura sanitaria, e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.

## **2 - Straniero che venga trasferito per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari.**

Ai sensi dell'art. 12, comma 2, lett. c) del D.lg. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i., tale intervento si concretizza nell'autorizzazione all'ingresso per cure in Italia, da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero degli Affari Esteri, di cittadini stranieri residenti in paesi privi di strutture sanitarie idonee ed adeguate.

L'individuazione dei soggetti beneficiari di tale intervento rientra nell'ambito della discrezionalità politica dei due Ministri. Il Ministero della Salute, sulla base della documentazione acquisita, provvede ad individuare le strutture che si ritengono idonee all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste ed a rimborsare direttamente alle stesse strutture l'onere delle relative prestazioni sanitarie: non si può far luogo al rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno al di fuori della struttura sanitaria.

## **3 - Straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni,**

Ai sensi dell'art. 32, comma 15 della legge 27.12.1997, n. 449 le Regioni, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad

esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della Sanità, le ASR ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di :

- ✓ cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico - specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;
- ✓ cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del SSN.

### **3. L' assistenza sanitaria per gli italiani all'estero**

#### **3.A - ASSISTENZA SANITARIA NEI PAESI U.E. , S.E.E. e in SVIZZERA**

La libera circolazione delle persone costituisce uno dei quattro pilastri della Comunità Europea. I responsabili dell'elaborazione del trattato negli anni 50 erano consapevoli delle differenze esistenti tra i regimi di sicurezza sociale dei diversi stati membri. Essi erano interessati ad evitare che le disparità esistenti si frapponessero come ostacolo alla libera circolazione dei lavoratori e le disposizioni risultanti vale a dire il Regolamento CEE n. 1408/71 e il Regolamento CEE n. 574/72 coordinano i regimi dei singoli Stati membri per tutelare i diritti dei lavoratori (e delle altre categorie interessate).

Le norme di coordinamento non interferiscono sulla sovranità degli Stati e non cercano di creare un sistema di protezione sociale su scala europea o di proporre l'uniformità degli attuali regimi, ma interessano unicamente quelle parti della legislazione nazionale suscettibili di produrre effetti indesiderabili per chi si sposta all'interno dell'Unione.

Queste norme, pertanto, si basano sui seguenti principi:



- ✓ può essere applicabile una sola legislazione per evitare che il soggetto non sia assicurato in nessun Stato oppure che sia coperto in più Stati;
- ✓ parità di trattamento per evitare qualsivoglia discriminazione;
- ✓ mantenimento dei diritti acquisiti, con conseguente esportazione dei benefici ai richiedenti,
- ✓ rispetto dei diritti in fase di acquisizione in modo tale da consentire il cumulo dei periodi di assicurazione, occupazione o residenza nel calcolo dei diritti alla pensione

E' d'importanza fondamentale che i regimi di sicurezza sociale interni all'Unione non impediscano la libera circolazione dei lavoratori e degli altri cittadini ed il coordinamento infatti consente alle persone che si spostano all'interno dell'Unione di acquisire e far valere i diritti previsti dai regolamenti europei.

Si riporta l'elenco dei modelli europei in vigore e che non sono stati abrogati dall'introduzione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) entrata in vigore in ambito europeo dal 1° giugno 2004 ai sensi delle Decisioni n. 189,190 e 191 emesse in data 18.06.2003 della Commissione Amministrativa dell'UE per la Sicurezza Sociale dei Lavoratori Migranti :

E001 eventuali comunicazioni ad un istituzione estera;

E105 per familiari del lavoratore da prendere in considerazione per il calcolo delle prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro;

E106 diritto alle prestazioni in natura per malattia e maternità dei lavoratori distaccati e famigliari in paese diverso da quello competente;

E107 domanda di attestato di diritto a prestazioni sanitarie;

E108 notifica della sospensione o soppressione del diritto alle prestazioni sanitarie. Chiusura del diritto aperto con altro modello (E106, E109 ecc);

- E109 per l'iscrizione di famigliari residenti in uno Stato dell'UE, SEE di titolare di avente diritto residente in un altro di questi Stati;
- E112 ricoveri programmati in uno Stato dell'UE o SEE;
- E115 domanda di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro
- E116 rapporto medico in caso di inabilità al lavoro per malattia e maternità, infortunio sul lavoro e malattia professionale;
- E117 concessione di prestazioni in denaro per inabilità al lavoro;
- E118 notifica di non riconoscimento/cessazione dell'inabilità al lavoro;
- E119 attestato per il diritto dei disoccupati / loro famigliari;
- E120 attestato per il diritto dei titolari di pensione-rendita e per i loro famigliari;
- E121 per l'iscrizione dei titolari di pensione-rendita e dei famigliari a carico e per la tenuta degli inventari;
- E123 diritto alle prestazioni sanitarie in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- E125 addebito individuale delle spese effettive;
- E126 richiesta tariffe per il rimborso delle prestazioni;
- E127 addebito delle spese a forfait

La convenzione con la Svizzera prevede che gli italiani frontalieri (residenti in Italia che lavorano in Svizzera, i titolari di pensione svizzera assicurati obbligatoriamente contro le malattie in svizzera che hanno la residenza in Italia, i famigliari delle predette categorie, ed i famigliari dei lavoratori residenti in Svizzera ed assicurati obbligatoriamente in Svizzera) possano scegliere di essere esentati dall'obbligo di assicurarsi in Svizzera contro le malattie se dimostrano che in Italia, dove risiedono con regolare permesso di soggiorno, beneficiano della copertura assicurativa contro le malattie. A tale scopo è sufficiente allegare alla domanda da indirizzare all'Organismo di collegamento svizzero una fotocopia della tessera di iscrizione al SSN italiano. La Decisione CEE n. 174 del 20.04.1999 precisa che l'art 22 bis del Regolamento CEE n.

1408/1971 si applica nei confronti di qualsiasi cittadino di uno Stato membro assicurato secondo la legislazione di uno Stato membro a prescindere dal tipo di assicurazione sia essa volontaria, obbligatoria o facoltativa : pertanto i cittadini svizzeri assicurati in Italia anche con regime volontario hanno diritto all'emissione della TEAM.

Se durante un soggiorno in uno degli Stati membri della UE o SEE o in Svizzera e, per una qualsiasi ragione, non è stato possibile utilizzare la TEAM, il Regolamento CEE 1408/1971 (art. 34) ha previsto che l'Istituzione del Paese di appartenenza chieda all'Istituzione del Paese ove è avvenuta la prestazione se la legislazione di quel paese prevede o meno, e in che misura, un rimborso per quel tipo di spesa. La richiesta viene avanzata attraverso il mod. E126 al quale devono essere allegate copie delle fatture relative alle spese sostenute. L'ASL rimborsa nella misura indicata sul mod. E126 dall'Istituzione del Paese dove è stata sostenuta la spesa.

La Spagna non dispone di tariffe di rimborso e, quindi, non deve essere inoltrata la domanda di tariffazione delle prestazioni: nella fattispecie è necessario che l'ASL faccia ricorso all'applicazione del medesimo Regolamento (art. 34, paragrafo 5) procedendo al rimborso delle prestazioni determinato in base alle tariffe italiane (quelle fissate dalla Regione o dagli Accordi Collettivi Nazionali) al netto dei ticket, ove previsti dalla normativa vigente e tenendo conto altresì dei criteri previsti dal citato Regolamento e dei limiti fissati nella Decisione n 176/1999 (tetto massimo di 1.000=. euro).

Le prestazioni effettuate presso Strutture private non accreditate in forza di scelta elettiva e non di effettiva contingenza non sono rimborsabili a carico del SSN.

Negli Stati membri ove esiste l'assistenza sanitaria in forma indiretta (principalmente in Francia e in Svizzera) i rimborsi delle spese sostenute con richiesta di pagamento immediato dovranno essere richieste direttamente alle Istituzioni competenti del Paese di temporaneo soggiorno e solo in seguito al diniego di

tale richiesta, il rimborso potrà essere richiesto all'ASL di residenza.

### **3.B - TEMPORANEO SOGGIORNO**

#### **1 ) Temporaneo soggiorno in stati UE,SEE e dal 01.06.2002 Svizzera**

Dal 1° novembre 2004 il modello E111 è stato sostituito dalla TEAM che permette di usufruire delle prestazioni sanitarie coperte in precedenza anche dai modelli E110, E119 ed E128.

L'emissione e la distribuzione della TEAM a tutti gli iscritti al SSN viene realizzata da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze. La TEAM viene rilasciata con validità 5 anni a tutte le persone in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati sopra indicati che hanno la residenza in Italia ed anche alle persone con cittadinanza appartenente ai paesi terzi extracomunitari: infatti per i soggetti extracomunitari dall'1.06.2003 si applicano le norme dei regolamenti CEE n 1408/71 e n 574/72 a condizione che soggiornino legalmente in Italia, oppure che soggiornino legalmente in uno degli Stati della UE e che risultino assicurati al sistema di sicurezza sociale italiano. L'unica eccezione per tali soggetti è che non possono utilizzare la TEAM negli Stati SEE (Islanda, Liechtenstein e Norvegia) e in Svizzera.

La TEAM apre il diritto, sul territorio di un altro Stato membro, alle cure sanitarie nel caso in cui lo stato di salute della persona necessita di cure medicalmente necessarie (pertanto con copertura maggiore rispetto alle cure urgenti assicurate dal mod. E111) ricordando che le prestazioni vengono erogate in base al principio di parità di trattamento con i cittadini del Paese ospitante.

Tuttavia se lo scopo del viaggio (o del soggiorno) all'estero è quello di ricevere delle cure specifiche, la TEAM non copre questo tipo di prestazioni. Nel caso in cui sia necessario trasferirsi in un altro Stato per cure occorre essere preventivamente autorizzati attraverso la propria ASL di residenza dai Centri Regionali di Riferimento (mod. E112).

I cittadini, in caso di necessità per ottenere le cure nel Paese estero, possono rivolgersi direttamente ai prestatori di cura della località estera : le cure sanitarie vengono erogate, generalmente in forma diretta in base alle stesse regole che lo Stato di temporaneo soggiorno applica ai propri assicurati residenti, per cui ove sia previsto il pagamento del ticket per una determinata prestazione, questo resta a carico dell'assistito e non si può pretenderne il rimborso al rientro in patria. Qualora per una qualsiasi ragione non sia stato possibile utilizzare la TEAM, al rientro in Italia si può chiedere alla propria ASL di residenza il rimborso delle spese sanitarie pagate in proprio ( mod. E126).

Sia le regole comunitarie che statali non prevedono il rimborso delle spese di trasporto dell'ammalato dall'estero all'Italia. Pertanto coloro che essendosi recati all'estero per motivi turistici o comunque diversi da motivi di lavoro qualora dovessero ritrovarsi in questa necessità non hanno alcun diritto al rimborso per tali spese.

### **Rilevazione della spesa**

La spesa viene rilevata al costo con compilazione semestrale di mod. E 125

## **2 ) Temporaneo soggiorno negli stati convenzionati bilateralmente con l'Italia**

Il sistema di mobilità internazionale extra - UE è disciplinato da trattati internazionali distinti per ciascun paese ed aventi come destinatari prevalentemente i lavoratori, i pensionati, i familiari a carico, i cittadini in temporaneo soggiorno.

A differenza della disciplina dei regolamenti comunitari, raramente i destinatari si identificano con tutti gli iscritti ai rispettivi sistemi sanitari.

Questi accordi bilaterali prevedono varie forme di tutela a favore dei destinatari, quali le prestazioni sanitarie, anche per temporaneo soggiorno, previdenziali (di competenza del Ministero del Lavoro, Inps, ecc) e di assistenza sul luogo di lavoro : attori esterni al processo di gestione di questi adempimenti sono

il Ministero degli Affari Esteri (per il coordinamento dei lavori di costituzione e modifica delle convenzioni esistenti) e il Ministero dell'Economia e delle Finanze (per la quantificazione degli oneri).

L'assistenza sanitaria è regolata dal preventivo rilascio di autorizzazioni ("attestati di diritto") da parte delle istituzioni competenti (nella realtà italiana sono generalmente le ASL): in conformità a detti attestati viene erogata l'assistenza verso gli aventi diritto.

Le regole generali sia per ottenere il rilascio dell'attestato dall'ASL che per ottenere le cure all'estero (in forma diretta e solo per cure urgenti o impreviste) sono le stesse indicate nell'ipotesi che si tratti di Stato membro dell'UE. Anche per gli Stati convenzionati le norme non prevedono la copertura delle spese per il trasferimento dell'infermo da una località estera all'Italia.

L'assistenza in forma indiretta non è prevista in alcun caso e in particolare è esclusa esplicitamente dalla Convenzione con la Croazia, per cui, qualora la prestazione fruita presso una struttura sanitaria croata sia stata pagata dal cittadino italiano direttamente alla struttura, nonostante la presentazione di attestato di diritto all'erogazione della prestazione in forma diretta (vale a dire a titolo gratuito) al rientro in Italia questa non può essere rimborsata.

L'ipotesi si verifica molto spesso anche in Brasile, Argentina ed in alcuni Stati Balcanici (ex Jugoslavia) non ancora completamente organizzati.

Gli Stati con i quali sono in vigore Accordi bilaterali con l'Italia per i quali, a prescindere dal motivo del soggiorno all'estero, è prevista la copertura delle cure urgenti in forma diretta con l'indicazione a fianco del relativo modulo e delle categorie dei beneficiari (settori di appartenenza) derivanti dalla particolarità di ciascuna convenzione sono: Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Croazia, Ex-Jugoslavia (da intendere: Jugoslavia, Macedonia, Bosnia Erzegovina, Serbia -

Montenegro, Voivodina, Kosovo), Principato di Monaco, San Marino, Tunisia.

Su indicazione ministeriale si evidenzia che in alcuni stati (Bosnia, Serbia, Montenegro, Brasile, Argentina), la convenzione può non venire applicata e pertanto si consiglia di stipulare anche un'assicurazione privata.

**Rilevazione della spesa:**

La spesa viene rilevata al costo con compilazione semestrale di mod. E125

**3) Temporaneo soggiorno all'estero per motivi di studio**

Il formulario E128 previsto per questa categoria è stato soppresso dall' 1.06.2004 e pertanto da tale data questa categoria di beneficiari deve utilizzare la TEAM.

Nel caso trasferiscano la residenza anagrafica dall'Italia nello Stato in cui si frequenta il corso decade dal diritto del rilascio della TEAM, in conseguenza della cancellazione dagli elenchi degli assicurati alla Azienda Sanitaria Locale.

**Rilevazione della spesa:**

La spesa viene rilevata al costo con compilazione semestrale di mod. E125

**3.C - SOGGIORNO PER MOTIVI DI LAVORO**

**1) Residenza per motivi di lavoro in Stati UE, SEE e Svizzera**

I lavoratori che trasferiscono la residenza (intesa come abituale dimora ai sensi dell'art. 1 lett. h) del Reg. CEE n. 1408/1971) all'estero per motivi di lavoro, hanno diritto al rilascio del formulario E106.

I lavoratori subordinati (sia del settore pubblico che del settore privato) ed i lavoratori autonomi che si recano in temporaneo soggiorno in uno Stato UE, SEE e in Svizzera per motivi di lavoro utilizzano ,in conseguenza della soppressione del formulario E128, la TEAM.

Anche i lavoratori dei trasporti internazionali utilizzano la TEAM in conseguenza della soppressione del mod. E110.

La TEAM assicura al lavoratore ed ai famigliari che l'accompagnano l'assistenza sanitaria in forma diretta ed, in ogni caso, in base alle stesse regole e livelli riconosciuti al lavoratore residente. Il rilascio del mod. E106 ha validità annuale, rinnovabile per l'intera durata dell'occupazione all'estero, ed è subordinato all'acquisizione di debita documentazione consistente in:

- ✓ formulario E101 (rilasciato da un Istituto previdenziale) richiesto annualmente per l'intera durata del distacco. Il formulario attesta che il lavoratore resta assicurato alla legislazione sociale italiana per tutto il periodo dello svolgimento del lavoro all'estero;
- ✓ formulario E102 (redatto dal datore di lavoro su modello fornito da un Istituto previdenziale) richiesto per il secondo anno di distacco;
- ✓ autorizzazione dello Stato estero alla prosecuzione del regime di sicurezza sociale italiano notificata per il tramite del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 17 del reg. CEE n. 1408/1971.

Per la particolare fattispecie dei lavoratori occupati in Italia ma residenti all'estero è necessaria la dichiarazione del datore di lavoro.

**Rilevazione della spesa :**

Compilazione semestrale mod. E125 con addebito della quota capitaria corrisposta al Medico di base e addebito al costo delle prestazioni in natura rese.

L'ASL rilascia al possessore del mod. E106 un modulo da presentare al Medico di Base per ogni prescrizione per le modalità di compilazione della ricetta (lo stesso modulo viene rilasciato anche in presenza di mod. E120-E123-E112).

Ai lavoratori distaccati all'estero da imprese italiane o straniere aventi sede legale in Italia, per i quali siano versati regolarmente i contributi, al momento del loro temporaneo rientro in Italia, spetta ai sensi dell'art. 12 comma 2, DPR n. 618/1980



l'assistenza sanitaria da parte dell'ASL di temporanea dimora in condizioni di parità con il cittadino italiano residente.

## **2) Residenza per motivi di lavoro negli Stati in cui vigono Accordi bilaterali con l'Italia**

I lavoratori che risiedono per motivi di lavoro negli Stati Convenzionati fruiscono dell'assistenza sanitaria in forma diretta o indiretta a seconda di quando previsto dalla specifica Convenzione di regolazione.

Argentina : mod. DPR 618/80 - solo ai lavoratori distaccati;

Australia : mod. I/AUS - solo temporaneo soggiorno per massimo 6 mesi : per periodi superiori equiparazione di trattamento con i cittadini residenti, mod. DPR 618/80 se impossibile applicare la Convenzione bilaterale;

Brasile : mod. I/B2 - solo lavoratori del settore privato, mod. DPR 618/80 - solo lavoratori degli altri settori e con cittadinanza non italiana (assistenza indiretta);

Capoverde : mod. 106 - lavoratori italiani e capoverdini, mod. DPR 618/80 lavoratori con cittadinanza non italiana (indiretta);

Croazia : mod. 106 - lavoratori italiani e croati, mod. DPR 618/80 lavoratori con cittadinanza non italiana (indiretta);

Ex Jugoslavia: mod. 7 - lavoratori del settore privato, mod. DPR 618/80 lavoratori di altri settori e con cittadinanza non italiana;

Principato di Monaco: mod. I/MC 7 - lavoratori italiani e monegaschi, mod. DPR 618/80 - lavoratori con cittadinanza italiana (assistenza indiretta);

San Marino : mod. I/SMAR 5 - tutti i lavoratori assicurati al SSN dei due stati ;

Tunisia : mod. I/TN8 - lavoratori italiani e tunisini, mod. DPR 618/80 - lavoratori con altra cittadinanza (indiretta)

## **3) Distacco per motivi di lavoro in altri Stati con i quali non sono in vigore convenzioni bilaterali**

Tra le varie forme di assistenza sanitaria all'estero quella garantita dal DPR n. 618 del 31.07.1980 è forse la più

particolare. Con questa normativa il legislatore ha inteso garantire ai cittadini italiani, ai lavoratori di qualsiasi cittadinanza residenti in Italia ed iscritti nelle ASL, che si recano all'estero in distacco lavorativo per brevi periodi, copertura assistenziale in qualsiasi Paese del Mondo.

Nel caso di Stati UE, SEE, Svizzera o Stati per i quali vigono Accordi Bilaterali per motivi di lavoro, il DPR n. 618 è comunque applicabile in favore di quei cittadini appartenenti a categorie non protette dai suddetti accordi.

Occorre infine sottolineare che l'attestato da compilarsi in triplice copia non rappresenta condizione indispensabile per usufruire del diritto qualora l'iscrizione al SSN possa comunque essere dimostrata.

Le modalità per il rilascio prevedono la presentazione da parte del lavoratore dipendente dell'attestazione dell'impresa per cui lavora con indicazione dello Stato estero presso cui presterà la propria attività e la durata di tale permanenza e da parte del lavoratore autonomo della domanda di auto-distacco dimostrando, attraverso esibizione del Mod. Unico (o autocertificazione) di essere in regola con i versamenti fiscali per l'assistenza sanitaria.

In caso di necessità il lavoratore presenterà al Consolato italiano competente, unitamente alle fatture relative alle spese sanitarie sostenute, la domanda di rimborso che dovrà essere presentata entro tre mesi dall'effettuazione della spesa: saranno le Rappresentanze consolari a trasmettere al Ministero della Salute le domande di rimborso e sarà lo stesso Ministero a decidere e a provvedere al rimborso.

### **3.D - RESIDENZA IN UE - SEE PER MOTIVI DIVERSI DAL LAVORO**

Il D.lg. n. 30 del 06.02.2007 (in vigore dall'11 aprile 2007), dà attuazione alla direttiva comunitaria n. 2004/38, la quale, nel far venire meno la carta di soggiorno quale titolo abilitante al soggiorno dei cittadini dell'Unione presso gli Stati membri e

prevede che i singoli ordinamenti interni possano richiedere nei loro confronti "l'iscrizione presso le autorità competenti".

Tale facoltà è stata esercitata dal nostro Stato attraverso la specifica disciplina dell'iscrizione anagrafica dei cittadini dell'Unione, che viene subordinata non solo all'accertamento della dimora abituale dell'istante, ma anche alla verifica della sussistenza delle condizioni previste dal decreto legislativo per l'esercizio del diritto di soggiorno in Italia.

Il diritto di soggiorno è riconosciuto nei confronti dei cittadini dell'Unione che esercitano un'attività lavorativa in Italia, o che dispongano di risorse economiche sufficienti per la permanenza in Italia, oltre che di un'assicurazione sanitaria o altro titolo di copertura dei rischi, ovvero che seguano un corso di studi o di formazione professionale.

Il decreto disciplina inoltre il diritto di soggiorno dei familiari dei cittadini aventi un autonomo diritto di soggiorno, sopraindicati, a seconda che siano o meno cittadini dell'Unione.

Mentre per i primi tre mesi di soggiorno non sono previste condizioni o formalità, per periodi di soggiorno superiori ai tre mesi sono prescritte tre distinte procedure: quella relativa ai cittadini dell'Unione aventi un autonomo diritto di soggiorno; quella relativa ai cittadini dell'Unione, familiari dei cittadini aventi un autonomo diritto di soggiorno; quella relativa ai familiari dei cittadini dell'Unione, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro.

La Legge che ha dato vita al SSN assicura l'assistenza sanitaria in Italia a tutti i cittadini che hanno la residenza in Italia: di conseguenza, fatta eccezione per i casi sotto indicati e per i casi di distacco per lavoro, è regola generale che tutti coloro che trasferiscono la residenza dall'Italia verso un altro Stato perdono il diritto all'assistenza sanitaria, sia in Italia che all'estero, e ciò avviene automaticamente all'atto della cancellazione presso l'anagrafe comunale.

L'iscrizione all'AIRE (Anagrafe Italiani Residenti all'Estero) o il diritto di voto in Italia non aprono un diritto illimitato all'assistenza sanitaria in Italia .

I Pensionati (titolari di sola pensione italiana) ed i famigliari conviventi quando trasferiscono (o hanno già) la residenza in uno dei paesi della UE, SEE o in uno degli Stati con i quali è in vigore un accordo bilaterale (Stati convenzionati) conservano il diritto all'assistenza sanitaria con onere a carico dell'Italia. Anche i famigliari a carico del pensionato italiano ed i familiari a carico del lavoratore con contratto di diritto italiano, quando trasferiscono (o possiedono) la residenza in uno dei Paesi della UE ,della SEE o in uno degli Stati con i quali è in vigore un Accordo bilaterale (Stati convenzionati) diverso da quello di residenza del pensionato o del lavoratore capofamiglia, conservano il diritto all'assistenza sanitaria con onere a carico dell'Italia.

Per ottenere questo beneficio è necessario richiedere alla ASL di ultima residenza in Italia il previsto modulo.

Si riporta di seguito l'elenco degli Stati nei quali è prevista la copertura sanitaria con onere a carico dell'Italia con diritto a ricevere le prestazioni a livello pari a quelle riconosciute ai cittadini residenti in quello Stato:

UE - SEE -Svizzera : mod. E121 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico, mod. E109 - familiari residenti all'estero di lavoratore di diritto italiano occupato in paese diverso (tutti i settori);

Argentina : mod. I/RA2 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico;

Brasile : mod. I/B2 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico, mod. I/B3 - familiari residenti nell'altro stato di lavoratore occupato in Italia (settore privato);

Capoverde : mod. 121 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico, mod. 109 - familiari residenti nell'altro stato di lavoratore occupato in Italia (tutti i settori);

Croazia : mod. 121 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico, mod. 109 - familiari residenti nell'altro stato di lavoratore occupato in Italia (tutti i settori);

Ex Jugoslavia: mod. 12 - titolari di pensione e familiari a carico (settore privato), mod. 5 - familiari residenti nell'altro Stato di lavoratore occupato in Italia (settore privato);

Principato di Monaco: mod. MIC/4 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico (settore privato), mod. MIC/5 - familiari residenti nell'altro stato di lavoratore occupato in Italia (settore privato);

San Marino : mod. I/SMAR5 - familiari residenti nell'altro Stato di lavoratore occupato in Italia (tutti i settori), mod. I/SMAR11 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico;

Tunisia : mod. I/TN9 - titolari di pensione contributiva e familiari a carico (settore privato), mod. ITN/10 - familiari residenti nell'altro stato di lavoratore occupato in Italia (settore privato).

**Rilevazione della spesa :**

I possessori di questi modelli hanno diritto all'iscrizione all'assicurazione e malattia con la scelta del medico di fiducia. La spesa è rilevata con una fatturazione "a forfait" mediante il mod. E127. Attualmente la fatturazione è effettuata dal Ministero della Salute.

**3.E - ASSISTENZA IN ITALIA AGLI ITALIANI PROVENIENTI DALL'ESTERO**

**1 - Lavoratori di diritto italiano residenti all'estero che rientrano temporaneamente o definitivamente sul territorio nazionale.**

I lavoratori di diritto italiano del settore pubblico e privato, i loro familiari durante il periodo di permanenza all'estero rimangono assicurati in Italia in quanto mantengono il regime previdenziale italiano. Ne consegue che in caso di rientro temporaneo in Italia hanno diritto all'assistenza sanitaria da parte della ASL di temporanea dimora ai sensi del DPR n. 618/1980 (art. 12) indipendentemente dall'eventuale iscrizione nell'elenco

previsto per i residenti all'estero (AIRE). A tal fine è necessario possedere un numero di iscrizione al SSN o codice fiscale nonché presentare alla ASL di temporanea dimora la documentazione comprovante l'attività di lavoro all'estero.

I lavoratori di diritto italiano del settore pubblico e privato, i loro familiari hanno diritto alle prestazioni garantite alla generalità dei cittadini, con gli stessi limiti e modalità.

Il medico di base per il quale è stata operata la sospensione ai sensi della Legge n. 526/1982 (art. 7) viene ripristinato per il periodo di permanenza in Italia compatibilmente a quanto previsto dal CCNL dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Qualora la brevità del rientro risulti incompatibile con i tempi previsti per la re-iscrizione nell'elenco del proprio medico di base, si dovrà far ricorso allo strumento della "visita occasionale": l'assistito chiede il rimborso alla ASL di appartenenza dell'onere della prestazione corrisposta al proprio medico.

In caso di rientro definitivo dall'estero, i lavoratori di diritto italiano del settore pubblico e privato e i loro familiari devono provvedere soltanto all'iscrizione negli elenchi dell'ASL di nuova residenza.

## **2 - Cittadini italiani residenti in Stati UE /SEE/ Svizzera in temporaneo soggiorno in Italia**

I cittadini italiani iscritti AIRE residenti in Stati della UE, della SEE e in Svizzera, in temporaneo soggiorno in Italia, per motivi diversi dal lavoro o studio, devono avere con sé la TEAM rilasciata dall'Istituzione estera presso la quale sono assicurati.

Qualora il cittadino italiano sia sprovvisto della TEAM o, per qualsiasi ragione non sia stato possibile utilizzare il certificato sostitutivo della tessera, è previsto il rimborso delle spese sanitarie sostenute in proprio in base alle tariffe dello Stato membro di temporaneo soggiorno (Italia) da parte

dell'istituzione del luogo di residenza (art. 34 reg. CEE n. 574/1972).

### **3- Cittadini italiani emigrati all'estero in Stati non in convenzione**

I cittadini italiani che trasferiscono (o hanno trasferito) la residenza in uno Stato con il quale non è in vigore alcuna convenzione con l'Italia perdono il diritto all'assistenza sanitaria, sia in Italia che all'estero, all'atto della cancellazione dall'anagrafe comunale e della iscrizione all'AIRE.

Tuttavia, ai cittadini con lo stato di emigrato ed ai titolari di pensione corrisposta da Enti Previdenziali italiani, che rientrano temporaneamente in Italia, sono riconosciute, a titolo gratuito, le prestazioni ospedaliere urgenti e per un periodo massimo di 90 giorni per ogni anno solare, qualora gli stessi non abbiano una copertura assicurativa, pubblica o privata, per le suddette prestazioni sanitarie.

Per ottenere le prestazioni ospedaliere urgenti è necessario presentare un attestato rilasciato dal Consolato competente che attesta lo stato di emigrato. In mancanza dell'attestato del consolato, può essere sottoscritta una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, in cui si dichiara, oltre al proprio stato di emigrato, che non si è in possesso di una copertura assicurativa pubblica o privata contro le malattie.

### **3.F - TRASFERIMENTO PER CURE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Il SSN italiano è strutturato in modo da assicurare a tutti i cittadini residenti le prestazioni in forma diretta, cioè gratuite, erogate sul territorio nazionale dalle strutture pubbliche o private accreditate.

La legge n. 595/1985 stabilisce i criteri di fruizione di prestazioni assistenziali presso Centri di Altissima Specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani : l'assistenza sanitaria all'estero, preventivamente autorizzata, è consentita, in via di eccezione, solo per le prestazioni di altissima specializzazione che non siano ottenibili nel nostro

paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico.

Hanno costituito primi atti regolamentari della norma il DM 24.01.1990 e il DM 30.08.1991 : serve ricordare che sono considerati di alta specializzazione i ricoveri per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione che richiedono specifiche professionalità di personale, non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature di elevata tecnologia.

I requisiti di tempestività ed adeguatezza necessari per ottenere l'autorizzazione ad usufruire di prestazioni presso centri esteri possono risultare sia congiunti che disgiunti :

- ✓ è considerata prestazione non ottenibile tempestivamente la prestazione per la cui erogazione le Strutture pubbliche o private convenzionate con il SSN richiedono un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe lo stato di salute dell'interessato ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o delle cure;
- ✓ è considerata non ottenibile in forma adeguata alla particolarità del caso clinico la prestazione che gli ospedali pubblici o privati accreditati non possono erogare per la carenza di uno o più dei predetti elementi che qualificano l'alta specializzazione (specifiche professionalità del personale, non comuni procedure tecniche o curative, attrezzature ad elevata tecnologia).

Le procedure per richiedere l'autorizzazione al trasferimento per cure sono le seguenti:

1. l'interessato, o chi per esso, deve presentare domanda all'ASL di appartenenza corredata dalla proposta di un medico specialista nonché dall'ulteriore documentazione eventualmente prescritta da disposizioni regionali;
2. la proposta del medico specialista deve essere adeguatamente motivata in ordine all'impossibilità di fruire delle prestazioni in Italia tempestivamente o in forma adeguata al



- caso clinico. Si precisa che la proposta, per essere valida, non è necessario che debba essere fatta esclusivamente da un medico specialista pubblico, pertanto è valida anche la proposta fatta da un medico specialista privato;
3. l'istanza o la proposta del medico deve contenere l'indicazione della struttura estera prescelta per la prestazione;
  4. l'ASL provvede, secondo modalità stabilite dalla Regione, alla trasmissione della domanda e della documentazione al Centro di Riferimento Regionale territorialmente competente per patologia (CRR);
  5. il CRR, valutata la sussistenza dei presupposti sanitari per usufruire delle prestazioni richieste ( impossibilità di fruirle tempestivamente in Italia, ovvero in forma adeguata alla particolarità del caso clinico ) presso la struttura estera, comunica all'ASL competente il proprio parere motivato in ordine all'autorizzazione richiesta;
  6. l'ASL, acquisito il parere del CRR, provvede o meno al rilascio dell'autorizzazione dandone comunicazione all'interessato ed al Centro predetto;
  7. in caso di accoglimento della domanda, se la struttura estera è privata, l' ASL rilascia apposita autorizzazione scritta e l'assistenza viene erogata in forma indiretta. Se la struttura è pubblica o privata convenzionata, l' ASL provvede a rilasciare un formulario E 112, se è per uno Stato comunitario, oppure un formulario analogo se si tratta di uno Stato convenzionato e l'assistenza viene erogata in forma diretta;
  8. le cure di mantenimento o di controllo, anche se riferite ad una precedente autorizzazione, devono essere preventivamente autorizzate dal CRR, per cui, ogni qualvolta si presenta questa necessità, deve essere presentata domanda di autorizzazione secondo le stesse procedure sopra indicate.

In caso di rigetto della domanda di autorizzazione l'interessato ha facoltà di avvalersi dei seguenti mezzi di impugnativa:

- ✓ ricorso al CRR in caso di parere negativo dello stesso, al Direttore Generale della ASL in tutti gli altri casi;
- ✓ ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale;
- ✓ ricorso straordinario al Presidente della Repubblica;
- ✓ ricorso in appello al Consiglio di Stato.

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)

#### **4.I flussi informativi e contabili di mobilità internazionale**

L' art. 18, comma 7 del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i. stabilisce che *"... (omissis) A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale "*.

Questa disposizione fino al 2006 non è mai stata attuata.

La Commissione Salute della Conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella riunione dell' 8.11.2006 ha condiviso l'esigenza di riorganizzare i rapporti tra Stato e Regioni in materia di mobilità internazionale e di definire i rapporti contabili connessi all'applicazione dell'art. 18, comma 7 del D.lg. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.. Nella consapevolezza che il fenomeno è destinato ad aumentare in considerazione dell'adozione della tessera sanitaria, ha approvato che a partire dal 2007 i crediti e i debiti siano imputabili alle ASL attraverso le Regioni : per i

debiti/crediti fino al 2006 le Regioni hanno chiesto che le somme disponibili accantonate nei vari bilanci dello Stato concorrano alla copertura del saldo complessivo. La Commissione ha inoltre confermato l'incarico al gruppo di lavoro della mobilità internazionale per quanto riguarda le modalità d'attuazione.

La legge n. 296 del 27.12.2006 (finanziaria per l'anno 2007) all'art. 1, comma 796 stabilisce che :*" Per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007- 2009, in attuazione del protocollo di intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella riunione del 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione: (omissis) d) al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento a carico dello Stato ... omissis 7) sono autorizzate, a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano"*.

La legge finanziaria per l'anno 2007, pertanto, attua il dispositivo dell'art. 18, comma 7 del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. e la gestione contabile della mobilità internazionale passa a partire dall'anno 2007 dal livello centrale a quello locale.

L'ultimo Accordo tra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome in materia di mobilità internazionale è l'Atto rep. n. 2204 del 3.02.2005 con cui è stata

regolata la compensazione, tra le Regioni della mobilità sanitaria con l'estero per il biennio 2000-2001.

Dai dati analitici di ogni ASL per ciascuno degli anni 2000 e 2001, forniti dalla Direzione Generale per i Rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali attraverso il Sistema Informativo, sono stati sintetizzati per regione gli importi che hanno concorso a formare l'ammontare che il Ministero della Salute ha versato agli Stati esteri.

Tale compensazione, come già era avvenuto per il quadriennio 1995-1999, è stata effettuata ristorando le regioni con saldo positivo con prelievo a carico di quelle a saldo negativo in proporzione all'ammontare passivo dello stesso, ottenendo quindi una distribuzione a somma zero : la compensazione per cassa è stata effettuata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in occasione della prima successiva erogazione di somme alle regioni.

Regione	Anno 2000			Anno 2001			Totale saldi negativi biennio	Totale saldi positivi biennio	Quota da sottrarre a ogni regione
	Crediti	Debiti	Saldo	Crediti	Debiti	Saldo			
Piemonte	691.603	5.215.811	<b>-4.524.208</b>	897.313	4.674.215	<b>-3.776.902</b>	-8.301.110	0	-810.678
valle d'Aosta	156.218	313.237	<b>-157.019</b>	230.698	368.405	<b>-137.707</b>	-294.726	0	-28.783
Lombardia	2.000.231	7.029.031	<b>-5.028.800</b>	1.688.607	6.196.505	<b>-4.507.898</b>	-9.536.698	0	-931.344
P.A. Bolzano	6.698.324	2.939.856	<b>3.758.468</b>	6.395.927	3.565.830	<b>2.830.097</b>	0	6.588.565	0
P.A. Trento	1.109.294	982.263	<b>127.031</b>	1.264.658	598.861	<b>665.797</b>	0	792.828	0
Veneto	3.924.470	3.319.954	<b>604.516</b>	3.460.554	2.903.439	<b>557.115</b>	0	1.161.631	0
Friuli V.G.	1.774.792	1.931.199	<b>-156.407</b>	2.008.476	1.814.891	<b>193.585</b>	0	37.178	0
Liguria	1.154.713	2.277.121	<b>-1.122.408</b>	1.348.892	2.914.281	<b>-1.565.389</b>	-2.687.797		-262.488
Emilia Romagna	3.857.498	2.835.856	<b>1.021.642</b>	3.914.744	2.735.943	<b>1.178.802</b>	0	2.200.444	0
Toscana	2.006.448	3.271.090	<b>-1.264.642</b>	1.932.153	2.493.383	<b>-561.230</b>	-1.825.872	0	-178.313
Umbria	544.215	904.285	<b>-360.070</b>	643.884	745.146	<b>-101.262</b>	-461.332	0	-45.053
Marche	679.385	1.440.889	<b>-761.504</b>	669.046	1.148.926	<b>-479.880</b>	-1.241.384	0	-121.232
Lazio	504.364	6.140.432	<b>-5.636.068</b>	568.423	5.709.002	<b>-5.140.579</b>	-10.776.647	0	-1.052.437
Abruzzo	649.200	1.750.421	<b>-1.101.221</b>	662.848	1.625.659	<b>-962.811</b>	-2.064.032	0	-201.571
Molise	225.866	399.591	<b>-173.725</b>	335.695	490.893	<b>-155.199</b>	-328.924	0	-32.122
Campania	574.570	17.515.417	<b>-16.940.847</b>	514.266	17.835.384	<b>-17.321.118</b>	-34.261.965	0	-3.345.989
Puglia	1.143.990	6.629.614	<b>-5.485.624</b>	824.590	6.365.407	<b>-5.540.816</b>	-11.026.440	0	-1.076.831
Basilicata	38.059	554.820	<b>-516.761</b>	22.505	618.210	<b>-595.704</b>	-1.112.465	0	-108.642
Calabria	493.253	3.155.216	<b>-2.661.963</b>	544.492	2.948.632	<b>-2.404.140</b>	-5.066.103	0	-494.751
Sicilia	1.883.325	11.521.918	<b>-9.638.593</b>	1.774.704	11.341.737	<b>-9.567.032</b>	-19.205.625	0	-1.875.602
Sardegna	277.879	1.364.584	<b>-1.086.705</b>	370.808	1.483.676	<b>-1.112.868</b>	-2.199.573	0	-214.808
<b>TOTALE</b>	<b>30.387.697</b>	<b>81.492.605</b>	<b>-51.104.908</b>	<b>30.073.285</b>	<b>78.578.424</b>	<b>-48.505.140</b>	<b>-110.390.693</b>	<b>10.780.645</b>	<b>-10.780.645</b>

(fonte: Allegato A - Intesa Stato - Regioni n. 2204/2005).

#### **4.A - TESS (Telematica Europea per la Sicurezza Sociale)**

Il sistema di Mobilità Sanitaria Internazionale si colloca come parte del più vasto sistema di assistenza a carico dello Stato ed ha lo scopo di tutelare, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria, i nostri cittadini che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e della Svizzera.

Sulla base delle indicazioni fornite dai Regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 1408/71 e n. 574/72 e successive integrazioni e nell'ambito delle iniziative finalizzate alla semplificazione ed alla velocizzazione delle procedure amministrative per la gestione dell'assistenza all'estero di competenza statale è stato avviato dall'UE a partire dal 1999 il progetto Build5 nell'ambito del programma TESS che prevede, attraverso la predisposizione di una rete tra le istituzioni degli Stati Membri, lo scambio dei modelli ElXX in modo standard per via telematica ed il conseguente superamento del supporto cartaceo. Dall'anno 2005 tutte le ASL italiane sono collegate al programma TESS.

Il Ministero della Salute, è l'istituzione competente ad effettuare i pagamenti, previa verifica e controllo da parte delle ASL di residenza della regolarità delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini italiani durante il soggiorno all'estero. Il Ministero della Salute, a sua volta, per conto delle ASL, chiede agli Stati esteri il rimborso dei crediti relativi all'assistenza fornita a cittadini stranieri in Italia: debiti e crediti vengono imputati alle ASL competenti di residenza degli assistiti e, in sede di assegnazione della quota di Fondo sanitario nazionale alle Regioni, si tiene conto della compensazione debiti - crediti.

Il Ministero riceve mediamente dalle 350.000 alle 500.000 fatture all'anno : i documenti contabili si riferiscono a crediti ("al costo" ed "a forfait") e a debiti ("al costo" ed "a forfait") concernenti introduzioni di debiti e crediti, da e per i Paesi Esteri, contestazioni, rigetti, accettazioni, annullamenti, e conseguenti corrispondenze con tutte le ASL e gli Organismi esteri

di collegamento, emissione di decreti di pagamento, acquisizione di rimborsi ed elaborazione di rendiconti contabili.

La movimentazione delle pratiche si svolge seguendo un procedimento complesso e laborioso, che può impegnare da diversi mesi a più anni : come dato indicativo si rappresenta che nell'anno 2005 l'ufficio ministeriale, in campo UE e SEE, ha saldato partite debitorie e creditorie per un volume complessivo dare/avere di circa 250 milioni di euro .

### **Problemi aperti**

L'introduzione della TEAM, non riportando la ASL competente, ma solo il codice regionale crea problematiche nell'individuazione dell'azienda a cui imputare il debito, e impone quindi la istituzione di uffici regionali che siano in grado di smistare alle proprie ASL le innumerevoli fatture provenienti dagli Stati esteri, ricevute dal Ministero della Salute

Con riferimento alla gestione contabile, un più efficace monitoraggio della spesa sanitaria e quindi una migliore verifica e controllo delle proprie partite debitorie e creditorie sulla base dei rendiconti contabili, da parte delle ASL, potrebbe apportare notevoli benefici, alle casse regionali. Da verifiche incrociate effettuate e da dati statistici sui flussi di mobilità internazionale non risulta corrispondenza tra prestazioni sanitarie erogate agli stranieri e fatture di accredito inviate al Ministero per la richiesta di rimborso da parte degli Stati esteri: evidentemente non tutte le prestazioni sanitarie erogate vengono fatturate. Compito della Regione è di attivarsi affinché le ASL siano esortate non solo a fatturare le prestazioni sanitarie erogate, ma altresì ad effettuare un più pregnante e efficace controllo sulle fatture a debito, ciò per evitare un danno economico non solo alle proprie casse, ma anche all'Erario ( gli altri Stati europei fatturano tutto, anche prestazioni di minimo importo).

Il Ministero della Salute stima, per l'anno 2006, in circa € 28.000.000, per anno, il gettito proveniente dall'attuale controllo delle fatture. Pertanto, una maggiore attenzione da

parte di molte ASL (la maggior parte delle quali, invero, lamenta una carente organizzazione dei propri uffici, sia in termini di risorse che di strutture informatiche) nella fatturazione dei crediti e nella contestazione dei debiti e un incremento di risorse umane degli uffici ministeriali, unitamente ad un'implementazione dei programmi informatici, sicuramente potrebbe raddoppiare il gettito predetto.

Il Ministero aveva fissato un termine (1 aprile 2006) oltre il quale non sarebbero più stati accettati invii di fatture in formato cartaceo, alcune ASL non sono ancora collegate ed altre, pur essendo collegate, non utilizzano il sistema.

Con il programma dei rendiconti contabili sia le ASL che le Regioni e le Province Autonome avrebbero migliore conoscenza della propria esposizione contabile nei confronti dell'estero, visualizzando i saldi "in tempo reale" tra crediti introdotti e debiti richiesti dagli Stati esteri, il tutto senza costi aggiuntivi per le amministrazioni interessate.

#### **4.B - TECAS (Trasferimenti all'Estero per Cure di Altissima Specializzazione)**

La mobilità sanitaria internazionale riveste particolare importanza ed attualità soprattutto per quanto riguarda la richiesta di cure elettive all'estero. In sede europea è aperto un ampio dibattito per delineare una strategia diretta a permettere a tutti i cittadini di esercitare il diritto di ottenere cure in altri Stati membri sulla base di principi delineati anche dalla Corte di Giustizia Europea.

In termini socio - economici, il ricorso alle cure all'estero per altissima specializzazione si caratterizza per la maggior dimensione e rilevanza : il Ministero della Salute ritiene fondamentale creare e condividere con le Regioni un nuovo sistema di monitoraggio dei flussi di mobilità in ambito comunitario e internazionale.

Il progetto TECAS è un programma informatico di collegamento in rete con tutte le Istituzioni coinvolte realizzato nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e scaturisce da esigenze di :

- ✓ acquisizione informatica completa dei dati personali presenti sul modello cartaceo (TRS) relativi alle richieste di autorizzazione per prestazioni sanitarie di altissima specializzazione in ambito UE, nei Paesi convenzionati ed in Paesi non convenzionati;
- ✓ collegamento dei dati tra il modello TRS , eventuale modello di attestazione del diritto e fatture estere;
- ✓ certezza di spesa imputata al Ministero della Salute attraverso la creazione di un collegamento tra autorizzazioni e fatture;
- ✓ coinvolgimento attivo on line in tempo reale, con opportuni livelli di sicurezza e visibilità degli utenti del sistema (ASL, CRR, Regioni Ministero della Salute) per lo scambio di informazioni;
- ✓ analisi tempestiva ed affidabile dei dati afferenti le cure di altissima specializzazione all'estero da condividere con le Istituzioni coinvolte per la parte di competenza;
- ✓ verifica dei presupposti per il rilascio delle autorizzazioni in materia di trapianti con collegamento in rete con il Centro Nazionale Trapianti.

### **Problemi aperti**

E' necessario un più severo controllo sulle autorizzazioni per i ricoveri all'estero che devono essere accordati nei casi di comprovata necessità, così come richiesto dalla normativa vigente: ad esempio occorre trovare adeguate soluzioni per cercare di eliminare le liste d'attesa, uno tra i motivi per i quali ci si reca all'estero con notevoli oneri per il SSN, atteso che le tariffe all'estero sono notoriamente più alte di quelle italiane.

E' bene inoltre che l'assistito possa avere le maggiori informazioni possibili riguardo la struttura estera, cioè sulla possibilità o meno che alcune prestazioni siano a suo carico o se



deve pagare eventuali ticket : ad esempio, è sarebbe bene rammentare agli assistiti italiani che si recano in Austria con modello E112, che in molte strutture, soprattutto quelle del Tirolo, non è garantito un trattamento compreso nella "classe tariffaria generale" (trattamento che non è garantito neanche agli stessi assistiti austriaci) e, quindi, se si ha necessità di ricevere la prestazione in modo immediato, occorre stipulare un contratto privato, accedendo alla c.d. "classe speciale", con il quale l'assistito si impegna al pagamento a suo carico dei costi del trattamento . Il modello E112, infatti, copre solo una parte della degenza, mentre l'onere maggiore viene accollato all'assistito.

#### **4.C - ASPEC (Assistenza Sanitaria per i Paesi Convenzionati)**

Nell'ambito della mobilità internazionale si è recentemente avviato un tavolo progettuale tra Ministero della Salute e Regioni, allo scopo di valutare le opportunità e le modalità di realizzazione di un applicativo a supporto della trattazione dei rapporti economico-finanziari derivante dall'applicazione degli accordi bilaterali in materia di assistenza sanitaria con Stati non appartenenti all'Unione Europea.

Il progetto ASPEC è un nuovo applicativo che nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario che si pone gli obiettivi di :

- ✓ utilizzare tecnologie più rapide ed affidabili in maniera tale da ridurre i tempi di trasmissione tra i vari attori preposti al controllo delle relative fatture e facilitare comunque la loro comunicazione;
- ✓ monitoraggio del fenomeno ed analisi della sua complessità.

#### **Problemi aperti**

Risulta difficile standardizzare con una procedura informatica un procedimento così complesso e per il quale sono previste disposizioni normative così diverse per ogni accordo bilaterale : ciò richiede un elevato numero e una qualità d'informazioni aggiuntive che comporta un investimento che appare troppo oneroso

per poter affrontare in toto il problema della mobilità extra - UE.

Alla data odierna le Regioni hanno avviato una fase sperimentale che prevede l'utilizzo dell'applicativo solamente per alcune Convenzioni (Croazia, Principato di Monaco, ex-Jugoslavia, San Marino, Tunisia) ed è in corso la valutazione circa la possibilità di poter utilizzare i consolidati flussi informativi utilizzati per lo scambio tra le Regione delle prestazioni relative alla mobilità interregionale opportunamente implementati di tutti i dati necessari alla fatturazione internazionale.

## **5. I dati contabili della Regione Piemonte**

### **5.A - MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA NEGLI STATI UE - CONVENZIONATI: CITTADINI REGOLARMENTE PRESENTI**

Al fine di valutare l'entità del fenomeno della mobilità internazionale, si riportano i rendiconti contabili relativi all'anno 2005, posto che il Ministero della Salute ha provveduto a regolare con le Regioni i flussi contabili fino al 2001.

I dati riguardano solo la mobilità con in Paesi UE, non esistendo ad oggi, a livello Regionale nessuna rilevazione per i flussi di mobilità con Stati Convenzionati: i dati relativi 2006 non sono sembrati significativi e, quindi si è scelta la base dati relativi all'anno 2005 aggiornata al 31.12.2006, ma, anche in questo caso, non vi è certezza circa la completezza dell'informazione e circa la possibilità di leggere trend.

La causa di questa incertezza risiede in elementi intrinseci alla metodologia stessa della rilevazione e precisamente:

- ✓ la rendicontazione viene effettuata per data di competenza dell'effettiva prestazione e non per anno di introduzione da parte della ASL che quindi dovrebbero essere puntuali nella loro gestione di implementazione di tale procedura di rendicontazione per creare una sorta di "quadratura" con il proprio bilancio;
- ✓ le rendicontazioni sono dinamiche, pertanto le fatture inserite adesso per prestazioni erogate in anni precedenti

vanno a modificare le rendicontazioni precedentemente comunicate per quegli anni : non è fissato a priori un termine perentorio oltre il quale le ASL non possono più introdurre crediti, ma questa scadenza è fissata una tantum dal Ministero della Salute in base a sue valutazioni / accordi con gli Stati esteri;

- ✓ i crediti sono quelli riferiti a quando le fatture, precedentemente inserite a sistema dalle ASL, vengono poi dal Ministero della Salute trasmessi agli Stati esteri (es. una fattura inserita dalla ASL a gennaio viene trasmessa allo Stato estero dal Ministero della Salute a marzo, pertanto comparirà nell'aggiornamento dei rendiconti di aprile). Il Ministero della Salute trasmette le fatture agli Stati esteri con cadenza trimestrale per gli Stati di maggior flusso (Francia, Germania e Belgio) e con cadenze minori per gli altri Stati, sino ad arrivare ad una sola spedizione l'anno per tutti quegli Stati che movimentano un numero esiguo di fatture (es Islanda, Lussemburgo...); in tal caso l'aggiornamento delle rendicontazioni avverrà sempre un mese dopo la trasmissione di dette fatture allo Stato estero;
- ✓ anche per l'introduzione dei debiti vale la stessa dinamicità, per cui saldi positivi possono risultare sia da una diminuzione dei debiti contratti / da un maggior numero di crediti introdotti , sia, più semplicemente, dalla mancata notificazione da parte dello Stato estero dei suoi crediti per cui le contabilità non si sono ancora assestate.

La tab. 1 di riepilogo per tutte le regioni della fatturazione della mobilità internazionale per l'anno 2005, per i motivi sopra citati, non permette alcuna conclusione di tipo stringente salvo rilevare che al consistente numero di fatture attive emesse da P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Toscana corrisponde un importo totale in valore assoluto elevato, cosa che non avviene per Lazio, Molise, Calabria, Sicilia (tante fatture con importi poco elevati). La Lombardia ha un risultato negativo

eclatante, ma questo potrebbe essere spiegato con un ritardo di fatturazione da parte delle ASL del territorio .

Tabella 1 Anno 2005 - Riepilogo fatturazione mobilità internazionale per Regione

Regione	CREDITI (A)		DEBITI (B)		SALDO (A-B)	
	N. fatture	Imp. fatture Euro	N. fatture	Imp. fatture Euro	Saldo in Euro	%
Piemonte	381	421.158,43	319	464.400,95	-43.242,52	-2,55
Valle d'Aosta	304	335.749,64	9	16.874,34	318.875,30	18,77
Lombardia	674	756.993,96	19.149	6.289.061,81	5.532.067,85	-325,62
P.A. Bolzano	4.313	2.856.885,96	1.625	425.772,75	2.431.113,21	143,1
P.A. Trento	883	630.485,93	92	54.232,30	576.253,63	33,92
Veneto	369	564.858,79	330	207.814,21	357.044,58	21,02
Friuli Venezia Giulia	465	603.036,39	166	84.094,82	518.941,57	30,55
Liguria	68	76.539,27	77	107.641,98	-31.102,71	-1,83
Emilia Romagna	2.097	1.742.005,44	311	410.794,93	1.331.210,51	78,36
Toscana	908	1.246.919,70	218	154.254,51	1.092.665,19	64,32
Umbria	188	330.547,69	47	51.197,30	279.350,39	16,44
Marche	224	371.066,99	115	108.088,17	262.978,82	15,48
Lazio	930	252.219,60	278	211.131,02	41.088,58	2,42
Abruzzo	486	169.073,21	47	160.184,78	8.888,43	0,52
Molise	826	253.179,77	33	14.994,91	238.184,86	14,02
Campania	321	69.768,18	113	57.428,10	12.340,08	0,73
Puglia	502	96.679,03	26	2.306,01	94.373,02	5,55
Basilicata	1	37,72	0	0	37,72	0
Calabria	895	154.435,56	61	127.787,60	26.647,96	1,57
Sicilia	994	269.246,33	73	63.845,72	205.400,61	12,09
Sardegna	188	120.812,27	78	90.342,74	30.469,53	1,79
Ministero Salute	0	0	2.350	518.809,85	-518.809,85	-30,54
S.A.S.N. Genova	0	0	21	1.717,13	-1.717,13	-0,1
<b>Totale Italia</b>	<b>16.017</b>	<b>11.321.699,86</b>	<b>25.538</b>	<b>9.622.775,93</b>	<b>1.698.923,93</b>	<b>100</b>

Fonte dati: Ministero della Salute

Il Piemonte presenta un risultato negativo che è stato analizzato nella sua composizione per ASL (tab. 2) e separatamente, sia per i crediti che per i debiti, nell'articolazione per Stato estero e modello internazionale di riferimento.

Anche in questi casi non si possono trarre conclusioni decisive salvo rilevare quanto segue :

- ✓ i crediti derivano per il 44,93% dalla Francia e questo può giustificarsi con la posizione geografica di contiguità con il territorio piemontese e con i flussi turistici;

✓ i debiti derivano dalla sola fatturazione di Austria e Svizzera che da sola ricopre l'86,03% della mobilità passiva internazionale: non potendo argomentare sui valori assoluti, è comunque da rilevare la ricorrenza della fatturazione con mod. E112 relativi ad autorizzazioni di cure elettive di residenti piemontesi presso Centri di Altissima Specializzazione.

Tabella 2 Anno 2005 - Riepilogo fatturazione mobilità internazionale Regione Piemonte - Per ASL e per tutti i modelli

Anno	Regione	CREDITI (A)		DEBITI (B)		SALDO (A-B)	
		N. fatture	Imp. fatture	N. fatture	Imp. fatture	Saldo in Euro	%
2005	101 - TORINO I	84	180.192,91	71	57.327,28	122.865,63	-284,13
2005	102 - TORINO II	6	1.152,09	13	36.776,60	-35.624,51	82,38
2005	103 - TORINO III	0	0	27	26.841,01	-26.841,01	62,07
2005	104 - TORINO IV	25	29.337,82	7	3.580,63	25.757,19	-59,56
2005	105 - COLLEGNO	24	7.703,85	45	102.919,96	-95.216,11	220,19
2005	106 - CIRIE'	11	55.658,39	0	0	55.658,39	-128,71
2005	107 - CHIVASSO	0	0	1	80,08	-80,08	0,19
2005	108 - CHIERI	59	11.192,36	0	0	11.192,36	-25,88
2005	109 - IVREA	32	20.263,17	2	232,65	20.030,52	-46,32
2005	110 - PINEROLO	33	32.553,26	1	219,37	32.333,89	-74,77
2005	111 - VERCELLI	0	0	2	60,56	-60,56	0,14
2005	112 - BIELLA	32	18.756,75	1	9,65	18.747,10	-43,35
2005	113 - NOVARA	14	51.496,76	33	21.592,21	29.904,55	-69,16
2005	114 - OMEGNA	0	0	94	177.709,12	-177.709,12	410,96
2005	115 - CUNEO	3	195	1	23,17	171,83	-0,40
2005	116 - MONDOVI'	48	8.127,91	0	0	8.127,91	-18,80
2005	117 - SAVIGLIANO	0	0	1	158,1	-158,1	0,37
2005	118 - ALBA	0	0	9	35.213,93	-35.213,93	81,43
2005	119 - ASTI	0	0	4	754,68	-754,68	1,75
2005	121 - CASALE MONF.TO	3	389,26	7	901,95	-512,69	1,19
2005	122 - NOVI LIGURE	7	4.138,90	0	0	4.138,90	-9,57
<b>Totale Regione Piemonte</b>		<b>381</b>	<b>421.158,43</b>	<b>319</b>	<b>464.400,95</b>	<b>-43.242,52</b>	<b>100,00</b>

Fonte dati: Ministero della Salute

Si è quindi provveduto ad estrapolare dalla base dati 2005 i soli importi relativi ai modelli E112: in questo modo emerge chiaramente che il saldo di mobilità internazionale per l'Italia diventa passivo (tab. 3), mentre per il Piemonte rimane sempre negativo e peggiora sensibilmente (tab. 4). Questa indicazione, anche se non conclusiva, dovrebbe comunque indurre le Regioni ad iniziare ad interrogarsi circa le cause che portano al massiccio ricorso da parte dei cittadini italiani a prestazioni sanitarie

elettive presso Centri esteri (liste d'attesa troppo lunghe, ineguatezza delle prestazioni erogate ...)

Tabella 3

Anno 2005 - Riepilogo fatturazione mod E112 per Regione

Anno	Regione	CREDITI (A)		DEBITI (B)		SALDO (A-B)	
		Num. fatture	Imp. Fatture	Num. fatture	Imp. fatture	Saldo in Euro	%
2005	Piemonte	2	4.764,60	90	216.336,10	-211.571,50	<b>3,720</b>
2005	Valle d'Aosta	0	0,00	3	366,22	-366,22	<b>0,006</b>
2005	Lombardia	1	2.713,47	15854	4.792.807,42	-4.790.093,95	<b>84,222</b>
2005	P.A. Bolzano	6	3.132,35	17	70.180,50	-67.048,15	<b>1,179</b>
2005	P.A. Trento	2	390,18	9	8.023,47	-7.633,29	<b>0,134</b>
2005	Veneto	2	145,91	31	44.522,77	-44.376,86	<b>0,780</b>
2005	Friuli Venezia Giulia	1	21.535,00	3	5.916,59	15.618,41	<b>-0,275</b>
2005	Liguria	0	0,00	6	17.091,34	-17.091,34	<b>0,301</b>
2005	Emilia Romagna	3	6.010,17	135	308.609,47	-302.599,30	<b>5,320</b>
2005	Toscana	3	9.344,80	40	74.484,93	-65.140,13	<b>1,145</b>
2005	Umbria	1	3.000,00	24	37.154,43	-34.154,43	<b>0,601</b>
2005	Marche	0	0,00	43	51.718,72	-51.718,72	<b>0,909</b>
2005	Lazio	0	0,00	36	62.726,63	-62.726,63	<b>1,103</b>
2005	Abruzzo	0	0,00	7	12.163,31	-12.163,31	<b>0,214</b>
2005	Molise	0	0,00	2	166,00	-166,00	<b>0,003</b>
2005	Campania	0	0,00	7	3.455,51	-3.455,51	<b>0,061</b>
2005	Puglia	3	215,82	6	204,61	11,21	<b>0,000</b>
2005	Basilicata	0	0,00	0	0,00	0,00	<b>0,000</b>
2005	Calabria	0	0,00	9	27.827,23	-27.827,23	<b>0,489</b>
2005	Sicilia	3	2.683,44	3	4.717,45	-2.034,01	<b>0,036</b>
2005	Sardegna	0	0,00	5	1.267,82	-1.267,82	<b>0,022</b>
2005	Ministero Salute	0	0,00	8	1.653,79	-1.653,79	<b>0,029</b>
<b>Totale Italia</b>		<b>27</b>	<b>53.935,74</b>	<b>16.338</b>	<b>5.741.394,31</b>	<b>-5.687.458,57</b>	<b>100,000</b>

Fonte dati: Ministero della Salute

Tabella 4

Anno 2005 - Riepilogo fatturazione mod E112 Regione Piemonte - Per ASL

Anno	Codice ASL	CREDITI (A)		DEBITI (B)		SALDO (A-B)	
		Num. fatture	Imp. Fatture	Num. fatture	Imp. fatture	Saldo in Euro	%
2005	101 - TORINO I	2	4.764,60	28	30.226,97	-25.462,37	<b>12,03</b>
2005	102 - TORINO II	0	0	5	5.130,10	-5.130,10	<b>2,42</b>
2005	103 - TORINO III	0	0	5	9.038,21	-9.038,21	<b>4,27</b>
2005	104 - TORINO IV	0	0	3	950,65	-950,65	<b>0,45</b>
2005	105 - COLLEGNO	0	0	22	80.890,05	-80.890,05	<b>38,23</b>
2005	113 - NOVARA	0	0	12	17.339,34	-17.339,34	<b>8,20</b>
2005	114 - OMEGNA	0	0	8	63.638,01	-63.638,01	<b>30,08</b>
2005	118 - ALBA	0	0	4	8.873,22	-8.873,22	<b>4,19</b>
2005	121 - CASALE MONF.TO	0	0	3	249,55	-249,55	<b>0,12</b>
<b>Totale Regione Piemonte</b>		<b>2</b>	<b>4.764,60</b>	<b>90</b>	<b>216.336,10</b>	<b>-211.571,50</b>	<b>100,00</b>

Fonte dati: Ministero della Salute

### 5.B - LE PRESTAZIONI SANITARIE A FAVORE DI STP

L'analisi delle prestazioni erogate a favore di soggetti Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP) in Regione Piemonte può essere più stringente : la fonte dati sono i flussi informativi regionali e questi sono completi e disponibili sia per l'anno 2005 sia per l'anno 2006 perché tali flussi vengono chiusi contabilmente entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di competenza.

Dalla tab. 5 si rileva che se gli episodi di ricovero quasi raddoppiano nel periodo 2005-2006, il case - mix degli interventi si è notevolmente abbassato visto il ridotto incremento della valorizzazione dei relativi DRG : questo si verifica sia nel caso di prestazioni a carico del SSR, sia per i casi di prestazioni a carico del Ministero degli Interni ( le c.d. prestazioni "necessarie ed urgenti").

Tabella 5 Regione Piemonte : prestazioni ospedaliere (RO + DH) a favore di STP

tipo azienda	1=pub 2=priv	onere degenza	Anno 2005		Anno 2006		%. Casi	% Importo
			casi	importo	casi	importo		
ASL	1	A carico SSR	1.004	2.694.503	1.910	2.928.238	90,24	8,67
ASL	1	A carico Ministero dell'Interno	807	2.846.026	1.165	3.739.797	44,36	31,40
<b>ASL</b>	<b>1</b>	<b>TOTALE</b>	<b>1.811</b>	<b>5.540.529</b>	<b>3.075</b>	<b>6.668.034</b>	<b>69,80</b>	<b>20,35</b>
ASL	2	A carico SSR	1	7.947	31	149.627	3.000,00	1.782,74
ASL	2	A carico Ministero dell'Interno	0	0	4	14.540		
<b>ASL</b>	<b>2</b>	<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>7.947</b>	<b>35</b>	<b>164.167</b>	<b>3.400,00</b>	<b>1.965,70</b>
<b>ASL</b>	<b>TOTALE</b>		<b>1.812</b>	<b>5.548.476</b>	<b>3.110</b>	<b>6.832.201</b>	<b>71,63</b>	<b>23,14</b>
ASO	1	A carico SSR	1.081	3.061.976	2.135	3.453.801	97,50	12,80
ASO	1	A carico Ministero dell'Interno	539	2.457.122	865	3.247.577	60,48	32,17
<b>ASO</b>	<b>TOTALE</b>		<b>1.620</b>	<b>5.519.098</b>	<b>3.000</b>	<b>6.701.378</b>	<b>85,19</b>	<b>21,42</b>
PRESIDI	1	A carico SSR	8	91.165	11	72.498	37,50	-20,48
PRESIDI	1	A carico Ministero dell'Interno	0	0	8	36.946		
<b>PRESIDI</b>	<b>TOTALE</b>		<b>8</b>	<b>91.165</b>	<b>19</b>	<b>109.444</b>	<b>137,50</b>	<b>20,05</b>
TOTALE		A carico SSR	2.094	5.855.591	4.087	6.604.163	95,18	12,78
TOTALE		A carico Ministero dell'Interno	1.346	5.303.148	2.042	7.038.861	51,71	32,73
<b>TOTALE</b>			<b>3.440</b>	<b>11.158.739</b>	<b>6.129</b>	<b>13.643.024</b>	<b>78,17</b>	<b>22,26</b>

Fonte dati: Regione Piemonte - CSI Piemonte

Per le prestazioni specialistiche (tab. 6) si rileva la tendenza opposta : una riduzione in valore assoluto del numero delle prestazioni ed un aumento del valore economico sostenuto dal SSR.

Tabella 6 Regione Piemonte : prestazioni specialistiche (C + C2) a favore di STP

tipo azienda	1=pub 2=priv	onere degenza	Anno 2005			Anno 2006			% Casi	% Importo netto
			Totale prestazioni			Totale prestazioni				
			quantità	importo lordo	importo netto	quantità	importo lordo	importo netto		
ASL	1	A carico SSR	137.989	1.985.472	1.857.913	111.656	1.887.413	1.764.327	-23,58	-5,20
<b>ASL</b>	<b>1</b>	<b>TOTALE</b>	<b>137.989</b>	<b>1.985.472</b>	<b>1.857.913</b>	<b>111.656</b>	<b>1.887.413</b>	<b>1.764.327</b>	<b>-23,58</b>	<b>-5,20</b>
ASL	2	A carico SSR	0	0	0	3.954	94.290	80.743		
<b>ASL</b>	<b>2</b>	<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3.954</b>	<b>94.290</b>	<b>80.743</b>		
<b>ASL</b>	<b>TOTALE</b>		<b>137.989</b>	<b>1.985.472</b>	<b>1.857.913</b>	<b>115.610</b>	<b>1.981.704</b>	<b>1.845.070</b>	<b>-19,36</b>	<b>-0,19</b>
ASO	1	A carico SSR	43.364	674.863	631.791	61.614	1.036.324	956.517	29,62	34,88
<b>ASO</b>	<b>TOTALE</b>		<b>43.364</b>	<b>674.863</b>	<b>631.791</b>	<b>61.614</b>	<b>1.036.324</b>	<b>956.517</b>	<b>29,62</b>	<b>34,88</b>
PRESIDI	1	A carico SSR	399	12.140	10.724	2.015	33.749	28.253	80,20	64,03
<b>PRESIDI</b>	<b>TOTALE</b>		<b>399</b>	<b>12.140</b>	<b>10.724</b>	<b>2.015</b>	<b>33.749</b>	<b>28.253</b>	<b>80,20</b>	<b>64,03</b>
<b>TOTALE</b>			<b>181.752</b>	<b>2.672.475</b>	<b>2.500.428</b>	<b>179.239</b>	<b>3.051.777</b>	<b>2.829.840</b>	<b>-1,40</b>	<b>12,43</b>

Fonte dati: Regione Piemonte - CSI Piemonte

Questi andamenti parrebbero confermare anche per la Regione Piemonte le statistiche elaborate a livello nazionale circa l'aumento della popolazione straniera irregolare presente sul territorio nazionale ed il relativo bisogno di prestazioni sanitarie (cfr. studio ASSR su immigrati e assistenza sanitaria svolto sull'analisi delle SDO 2004) .

Per la Regione Piemonte una spiegazione del fenomeno potrebbe derivare da un migliore funzionamento dei Centri Informazione Salute Immigrati (ISI) istituiti presso quasi tutte le ASL con compiti di informazione, promozione, educazione sanitaria ed organizzazione delle prestazioni.

## 6. CONCLUSIONI

Nell'ultimo triennio l'istituto della mobilità sanitaria internazionale ha visto perfezionare importanti cambiamenti.

Le principali novità hanno riguardato l'allargamento degli Stati membri dell'UE, l'ampliamento delle prestazioni beneficiabili,



l'accesso diretto, l'introduzione della tessera europea di assistenza malattia (TEAM), la proposta di direttiva che amplia la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie all'estero ed, infine, a livello nazionale il ruolo del Ministero della Salute e delle Regioni.

### **L'allargamento degli Stati membri dell'Unione Europea**

L'allargamento dell'UE ha portato i suoi membri da 15 a 25 prima e poi a 27 (con Romania e Bulgaria), accogliendo Stati con un reddito pro capite sensibilmente inferiore a quello dei 15 precedenti e, quindi, con un sistema sanitario più debole : ciò costituisce di per sé un nodo intricato per chi sta propugnando un sistema sanitario senza più confini per i pazienti europei, anche per le prestazioni programmabili ed a prescindere dall'alta specialità delle stesse.

L'entrata nell'Unione della Romania e Bulgaria ha fatto emergere queste difficoltà. Questi nuovi cittadini comunitari presenti sul territorio italiano sono sprovvisti di TEAM per il ritardo di funzionamento dei loro Organismi di collegamento e sono altresì privi di qualsiasi altro tipo di assicurazione malattia : quindi paradossalmente se fino al 1° gennaio 2007 potevano usufruire delle prestazioni sanitarie garantite dal SSN a tutti gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (STP), da tale data essi sono diventati cittadini europei in regola con le norme sull'ingresso, ma sono privi di qualsiasi copertura sanitaria se non svolgono una regolare attività lavorativa sul territorio italiano e non hanno regolarizzato la loro posizione sul territorio.

Solo con un'interpretazione autentica del T.U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero (D.lg. 286/1998 ) fornita dal Ministero degli Interni di concerto con il Ministero della Salute, con la motivazione di non interrompere la continuità delle cure e di applicare la legislazione più favorevole (l'art.1, comma 2 del D.lg. assicura infatti l'applicazione delle norme in esso contenute anche ai cittadini comunitari nel caso in cui siano ad

essi più favorevoli), ha consentito alle Strutture italiane di prorogare fino al 31.12.2007 l'utilizzo del codice STP già attribuito a tutti i cittadini bulgari/romeni alla data del 31.12.2006 con oneri a carico del Ministero degli Interni . E' da rilevare che la soluzione è solo transitoria e il problema rimane aperto, soprattutto per le disparità di trattamento che implicitamente viene ad innescare nei confronti dei cittadini bulgari/romeni che rimangono esclusi non avendo richiesto nel corso del 2006 il tesserino STP oppure essendo entrati sul territorio italiano dopo la data convenzionale del dicembre 2006 e che si dichiarino privi di assistenza sanitaria nel loro paese d'origine .

### **L'allineamento dei diritti e l'accesso diretto**

Il Regolamento del Parlamento europeo n. 631/2004 ha semplificato notevolmente le procedure d'accesso da parte dei cittadini stranieri ai servizi degli Stati comunitarie ed ha introdotto, tra l'altro, due principi fondamentali : l'allineamento dei diritti e l'accesso.

Secondo il principio dell'allineamento dei diritti, a tutte le persone assicurate, in caso di temporaneo soggiorno in un altro Stato UE, viene erogato un livello uniforme di assistenza a prescindere dalla categoria di appartenenza (es. pensionati, studenti, lavoratori ...): è venuta altresì meno la distinzione tra "cure immediatamente necessarie" e cure "necessarie" che fino ad ora differenziava i diritti delle diverse categorie

In base al principio dell'accesso diretto ai prestatori di cure è venuto meno l'obbligo, previsto in diversi Stati (come ad es. l'Italia) di presentare preventivamente l'attestato di diritto alla istituzione del luogo di dimora (in Italia all'ASL) per ottenere in cambio un altro documento utile per accedere ai prestatori di cure: ora è sufficiente l'esibizione della TEAM per soddisfare diritto di ottenere le cure secondo le stesse regole vigenti per i residenti.

E' da rilevare che come avviene per tutti i processi migliorativi sorgono difficoltà tra l'enunciazione del principio e la sua diretta attuazione.

### **L'introduzione della Tessera Europea di Assicurazione Malattia**

La sostituzione di alcuni formulari della serie E lxx con la TEAM consente l'accesso in forma diretta alle prestazioni medicalmente necessarie presso le Strutture pubbliche/private convenzionate: si è già chiarito che per prestazioni in forma indiretta s'intendono le cure sanitarie fornite a titolo gratuito, salvo il pagamento delle eventuali compartecipazioni alla spesa previste dalla legislazione dello stato ospitante che restano a carico dell'assistito.

Se questa informazione può già costituire un problema per il cittadino che si reca all'estero e che non riceve opportune indicazioni (dal Ministero/Regione/ASL/agenzie di viaggio), è altresì vero che spesso, a causa della diversa organizzazione dei servizi nazionali e/o per mancanza d'informazione da parte degli operatori sanitari, la TEAM non viene ancora riconosciuta come titolo giuridico per l'ottenimento delle prestazioni: a un recente questionario del Ministero della Salute inviato a tutte le ASL piemontesi è emerso che in Francia ed in Germania ancora nel 2006 si erano verificati casi di rifiuto di TEAM italiane, casi risolti solo con l'intervento del Ministero della Salute presso gli Organismi di collegamento europei.

Per l'Italia, infine a livello nazionale, non riportando la TEAM l'indicazione dell'ASL competente, ma solo il relativo codice regionale, esistono difficoltà nell'individuazione dell'azienda a cui imputare il debito, e s'impone agli uffici regionali il compito di smistare alle proprie ASL le provenienti dagli Stati esteri, ricevute dal Ministero della Salute.

### **La proposta di direttiva europea**

A livello di UE a metà del 2006 si è aperto un dibattito circa l'opportunità di una nuova Direttiva in materia sanitaria essendo comune a tutti gli Stati membri l'esigenza di un approccio specifico al settore : i sistemi sanitari in Europa condividono

valori e principi comuni, che ne costituiscono gli elementi di base e l'accesso all'assistenza sanitaria viene considerato come un diritto fondamentale. Offrire a tutti la possibilità di avere accesso senza alcun tipo di discriminazione ad una fornitura equilibrata ed adeguata di assistenza sanitaria di livello elevato rappresenta una delle attività principali delle autorità pubbliche, che valutano le proprie esigenze e conseguentemente organizzano i propri sistemi.

Il problema che si vuole affrontare è come mantenere e migliorare ulteriormente un livello elevato di protezione sanitaria, coesione sociale, protezione sociale e giustizia sociale indicato nel Trattato della CE, conciliando contemporaneamente i principi economici fondamentali dell'UE e i valori ed i principi comuni che sono alla base dei diversi SSN nell'Unione.

Inoltre, la direttiva dovrebbe chiarire in quali circostanze l'assistenza sanitaria fornita in un altro Stato membro deve essere rimborsata dal Paese di origine.

Il diritto del paziente al rimborso è vitale e deve essere valutato con attenzione : solo dove vi è una maggiore chiarezza i pazienti possono essere trattati in base alle esigenze e senza alcuna discriminazione, e solo in tal caso è possibile prevedere e mantenere la sostenibilità finanziaria dei sistemi nazionali. La distinzione tra cura ospedaliera e non ospedaliera, ad esempio, ha dimostrato di essere molto complessa, e deve essere valutata ed elaborata con attenzione.

### **Il ruolo del Ministero della Salute e delle Regioni**

Il Ministero della salute in questo ultimo triennio sta cercando di realizzare compiutamente i flussi informativi relativi alla mobilità sanitaria internazionale sia essa attiva, sia essa passiva coinvolgendo sempre più le Regioni soprattutto con la creazione di tavoli di lavoro: tutti i processi migliorativi dei sistemi informativi nazionali non bastano, tuttavia, a garantire il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e questi sono spesso dettati spesso più da ragioni economiche che da riflessioni

circa i flussi migratori o il funzionamento del SSN medesimo (cfr. i trasferimenti per cure all'estero)

E' necessario rilevare, comunque, che il Ministero della Salute ritiene che gli "uffici di coordinamento regionali" (non sempre esistenti né formalmente né sostanzialmente in ogni Regione) dovrebbero occuparsi di mobilità sanitaria internazionale non solo al fine di una migliore e più puntuale gestione contabile, ma anche per fornire adeguato supporto ed ausilio agli assistiti che si spostano negli Stati esteri.

Sarebbe infatti opportuno che le Regioni svolgessero un ruolo d'ausilio nel fornire informazioni più dettagliate eventualmente integrando quelle fornite dalle ASL, agli assistiti che si recano all'estero per assicurare loro una maggiore tutela dei propri diritti (ad es. con adeguati mezzi di informazione, fornire agli assistiti i dati della propria ASL (numero di telefono o fax) affinché in caso di mancata accettazione di un qualsiasi attestato di diritto, ultimamente la TEAM si possa avere un referente da contattare).

La concreta applicazione infine dell' art. 18, comma 7 del D.lg. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i. e la gestione a livello di riparto del FSN dei saldi mobilità internazionale convincerà probabilmente le Regioni ad affrontare compiutamente la questione della mobilità internazionale.

## **7. Bibliografia essenziale**

**Regione Piemonte** - Manuale dell'assistenza all'estero.

**Materiale e circolari del Ministero della Salute**, Direzione Generale Rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali - Ufficio II.

**Articoli pubblicati dal Sole 24 Ore** negli anni 2004 - 2005 - 2006 - 2007.

**"La pianificazione in sanità pubblica "** di **F. Paccaud** in C. Cislighi (a cura di) "Gli scenari della Sanità", Franco Angeli, Milano 2006 (cit.: 41-54).