DAR-0005037-P-29/03/2022

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE
Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2022/26/CSR

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
29 Mar 2022
Prot. n. 2251/CSR

Al Ministero della salute
- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione Generale della programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze
- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano
(**CSR PEC LISTA 3**)

Oggetto: Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 2 del D.P.R. 24 novembre 2017, n. 224, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali*".

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE
Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Si trasmette, in allegato, la documentazione relativa allo schema di Accordo sul documento indicato in oggetto, inviato dal Ministero della salute con nota del 23 marzo 2022, al fine del previsto Accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni.

Al riguardo, si comunica che è convocata una riunione tecnica, in modalità videoconferenza, per il giorno 20 aprile 2022, alle ore 11.00, alla quale si chiede anche la partecipazione di rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 13.00 del 19 aprile p.v., agli indirizzi mail: l.ducci@palazzochigi.it e m.massacesi@palazzochigi.it i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all'incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine della comunicazione del link per la partecipazione alla riunione, che sarà aperta dalle ore 10.30 e raccomandando di inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento.

Detta documentazione sarà resa disponibile sul sito: www.statoregioni.it, codice sito: 4.10/2022/26.

Il Capo del Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Firmato digitalmente da SINISCALCHI ERMENEGILDA C=IT O=PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI

AC/LD

DAR-0004764-A-23/03/2022

Ministero della Salute
GAB
0005224-P-23/03/2022
I.3.b/2017/5
500126050

Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano
statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della programmazione sanitaria

OGGETTO: Schema di Accordo Stato-Regioni sul documento recante "Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali".

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto per l'inserimento all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Si specifica che sulla proposta in oggetto è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze in data 21 febbraio 2022.

IL CAPO DI GABINETTO
P. *Tiziana Coccoluto*

Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 2 del D.P.R. 24 novembre 2017, n. 224, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "*Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali*".

Rep. Atti n. ____/CSR

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del _____

VISTO l'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza permanente il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e, in particolare:

- l'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera d), il quale prevede, tra l'altro, che la Regione disciplina il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- l'articolo 18, comma 7, terzo periodo, il quale prevede che 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;

VISTI i Regolamenti comunitari relativi al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e, in particolare, il Regolamento CE 883/2004 e il relativo Regolamento di applicazione CE 987/2009;

VISTI gli articoli 1, comma 1, lettera m), e 35, comma 3, del predetto Regolamento CE 883/2004, nonché gli articoli 1, comma 2, lettera b); 3, comma 1, lettera a), e 66, comma 2 del predetto Regolamento di applicazione CE 987/2009, dal combinato disposto dei quali emerge che il Ministero della salute assolve sia i compiti di organismo di collegamento per i rimborsi delle prestazioni di malattia sia quelli di autorità statale competente per la definizione delle procedure amministrative contabili con i Paesi dell'Unione europea, dello Spazio Economico Europeo e della Svizzera;

CONSIDERATI gli Accordi di sicurezza sociale vigenti con Paesi non aderenti all'Unione europea, nell'ambito dei quali è attribuita al Ministero della salute la funzione di autorità competente e organismo di collegamento per gli adempimenti amministrativi contabili ivi previsti;

VISTO l'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013) e, in particolare:

- il comma 82, il quale prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2013, ferma restando la competenza di autorità statale del Ministero della salute in materia di assistenza sanitaria ai

cittadini italiani all'estero, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, nonché in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, le regioni devono farsi carico della regolazione finanziaria delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria internazionale, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

- il comma 83, il quale prevede che alla regolazione finanziaria di cui al comma 82 si provvede attraverso l'imputazione, tramite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai bilanci delle aziende sanitarie locali di residenza degli assistiti, dei costi e ricavi connessi rispettivamente all'assistenza sanitaria dei cittadini italiani all'estero e dei cittadini di Stati stranieri in Italia, da regolare in sede di ripartizione delle risorse per la copertura del fabbisogno sanitario standard regionale, attraverso un sistema di compensazione della mobilità sanitaria internazionale;
- il comma 84, il quale prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2013, sono altresì trasferite alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano le competenze in materia di assistenza sanitaria indiretta, di cui alla lettera b) del primo comma dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618. Con la medesima decorrenza è abrogata la citata lettera b) del primo comma dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica n. 618 del 1980;
- il comma 85, il quale prevede che al trasferimento delle funzioni di cui al comma 84, per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede con apposite norme di attuazione in conformità ai rispettivi statuti di autonomia;
- il comma 86, il quale prevede che le modalità applicative dei commi da 82 a 84 e le relative procedure contabili sono disciplinate con regolamento da emanare, entro il 30 aprile 2013 , ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTO l'articolo 2, comma 2 del D.P.R. 24 novembre 2017, n. 224, che prevede che con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano siano definite le regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale;

RITENUTO necessario individuare le regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale, definire i compiti e le responsabilità del Ministero, delle regioni e delle aziende sanitarie coinvolte nella gestione degli scambi di mobilità attiva e passiva, in relazione alle varie fasi previste, costituite dagli addebiti, dalle contestazioni, dalle risposte alle contestazioni, nonché le scadenze per ogni flusso e per ogni fase;

RITENUTO opportuno raccogliere in un unico strumento operativo regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale;

VISTA la nota pervenuta in data…….. con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di un Accordo in sede di Conferenza permanente, il documento recante regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale con riguardo alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'accordo sulla proposta del Ministero della salute;

ACQUISITO, quindi, nel corso della odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta in esame;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento allegato, parte integrante dell'Accordo stesso, recante: "*Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali*";

SI CONVIENE

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire integralmente i contenuti del presente Accordo entro 6 mesi dall'approvazione dello stesso.

2. Alle disposizioni del presente Accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Ministero della Salute

Regole e procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale in merito alla fatturazione e corretta imputazione delle prestazioni erogate per assistenza sanitaria nella UE e nei Paesi in cui vigono Convenzioni bilaterali

Sommario

PREMESSA 3

1 DEFINIZIONI, NORME E FUNZIONI 5

2 ADEMPIMENTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 5 DEL DPR 618/80 7

3 RIPARTIZIONE ONERI AI SENSI DEL DPR N. 224 DEL 24 NOVEMBRE 2017 9

4 PROCESSO FATTURE A CREDITO (MOBILITA' ATTIVA) 10

4.1 Fatturazione attiva con i Paesi dell'Unione Europea 10

4.2 Gestione fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo nazionale (ASPE -UE) 11

4.3 Contestazioni (ASPE-UE) 11

4.4 Controdeduzioni – Risposte alle contestazioni 12

4.5 Fatturazione attiva con i Paesi in Convenzione bilaterale 14

4.6 Gestione Fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo Nazionale (ASPEC) 15

5 PROCESSO FATTURE A DEBITO (MOBILITA' PASSIVA) 15

5.1 Fatturazione passiva con i Paesi dell'Unione Europea 15

5.2 Gestione fatturazioni per il tramite degli applicativi nazionali (aspe-ue) 16

5.3 Contestazioni (Aspe-Ue) 17

5.4 Fatturazione passiva con i Paesi in convenzione bilaterale 19

5.5 Gestione Fatturazioni per il tramite degli Applicativi Nazionali (Aspec) 19

5.6 Contestazioni (ASPEC) 20

6 RIEPILOGO DEI TEMPI DI GESTIONE DELLE FATTURE (ASPEC – ASPE-UE) 21

6.1 Fatturazione attiva 21

6.2 Fatturazione passiva (ASPEC – ASPE-UE) 22

7 MONITORAGGIO DEI SALDI DI MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE 24

7.1 I Rendiconti Contabili 24

8 ALLEGATI 26

8.1 LEGENDA CATEGORIE DI PRESTAZIONE 26

8.2 Articolo da 66 a 69 del Regolamento CE 987/09 28

8.3 DECISIONE S1 29

8.4 DECISIONE n. S11 32

8.5 DECISIONE N. S6 37

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE 37

8.6 CIRCOLARE 21662 DEL 16.07.2018 41

9 Schede Riepilogative Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale 46

9.1 Convenzione ARGENTINA 48

9.2 Convenzione AUSTRALIA 49
9.3 Convenzione BRASILE 50
9.4 Convenzione CAPOVERDE 51
9.5 Convenzione EX JUGOSLAVIA 52
9.6 Convenzione PRINCIPATO di MONACO 53
9.7 Convenzione SAN MARINO 54
9.8 Convenzione SANTA SEDE 55
9.9 Convenzione TUNISIA 56

PREMESSA

Il DPR n. 224 del 2017 prevede che con Intesa Stato-Regioni siano definite le regole e le procedure per la compensazione della mobilità sanitaria internazionale. Questo documento è l'esito delle attività del gruppo di lavoro interistituzionale Ministero della salute - Regioni nominato dalla Commissione Salute, istituito a tale scopo. Esso riassume le regole fissate per la fatturazione delle prestazioni sanitarie erogate ai sensi dei Regolamenti di Sicurezza Sociale e degli Accordi Bilaterali e del DPR 618/80, individuandone le relative competenze fra il Ministero della Salute e le Regioni e le Province autonome, anche al fine dell'attribuzione dei rispettivi costi e ricavi da operare in sede di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del SSN (FSN).

Principio fondante è che il cittadino europeo gode del diritto di libera circolazione all'interno dei Paesi della UE; affinché possa esercitare questo diritto è necessario che anche la sua salute sia tutelata dai rispettivi sistemi di sicurezza sociale. A tal fine debbono essere assicurate le prestazioni sanitarie in un altro Paese della UE alle stesse condizioni e con pari trattamento rispetto ai cittadini di quel Paese.

Mentre nel Regolamento 883/2004 vengono fissati i principi generali (al Titolo III per le prestazioni di malattia e maternità) di fruizione del diritto sopra citato, è nel Regolamento 987/2009, ossia nel Regolamento applicativo, che ne vengono fissati i criteri e che prevede che gli scambi della mobilità internazionale avvengono in forma elettronica tra gli organismi di collegamento. A partire dal 1° luglio 2019 è in vigore il progetto EESSI che, tramite l'infrastruttura RINA, dà attuazione a tale previsione.

In particolare, negli articoli da 66 a 69 del citato Regolamento di applicazione si definiscono gli ambiti operativi in cui debbono essere applicate le richieste di rimborso tra Stati per le prestazioni erogate per malattia e maternità e le modalità per la loro verifica e la definizione degli acconti, dei saldi e degli eventuali interessi di mora per ritardato pagamento.
La Commissione UE ha poi demandato ad alcune Decisioni il compito di meglio chiarire gli aspetti operativi di alcune di queste note richiamate dal Regolamento di applicazione.

Sono esclusi dai seguenti adempimenti i cittadini provenienti da Paesi UE sprovvisti di copertura sanitaria da parte dei loro Paesi (ENI) e che in Italia non abbiano un rapporto lavorativo tassato o una pensione contributiva erogata a carico di un ente previdenziale italiano, ai sensi dell'art. 32 del Regolamento CE 987/2009. Pertanto, sono da intendersi come non più attribuibili ulteriori rilasci di codifiche ENI a soggetti per i quali esclusivamente era stato previsto all'indomani dell'adesione alla UE dei Paesi neocomunitari una temporanea moratoria per accedere ai servizi sanitari in urgenza in sostituzione della copertura sanitaria dovuta a carico dei rispettivi Paesi UE di provenienza.
Le regioni potranno autonomamente continuare a rilasciare certificazioni a cittadini comunitari non iscritti al fine di garantire prestazioni sanitarie con carattere di urgenza o ogni altra prestazione che autonomamente vorranno riconoscere. Resta inteso che ogni onere derivante da tali prestazioni non potrà essere addebitato ai fini della rilevazione dei saldi di mobilità internazionale.

In particolare, nel presente documento si trattano le indicazioni contenute nelle Decisioni CE **S1** (riguardante la tessera europea di assicurazione malattia), **S11** (riguardante le procedure di rimborso al costo effettivo ed a forfait mensile), **S6** (concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza e la compilazione degli inventari).

In aggiunta al diritto di libera circolazione e di fruizione di prestazioni sanitarie previsto dai Regolamenti UE di sicurezza sociale, l'assistito italiano può ottenere alcune prestazioni di assistenza sanitaria anche nei paesi Extra UE con i quali l'Italia ha stipulato convenzioni bilaterali, alle condizioni e con le modalità previste dalle convenzioni stesse, riportate in allegato. Eventuali nuove convenzioni determineranno l'aggiornamento dei

soli allegati da effettuarsi con comunicazione scritta da parte del Ministero della Salute al coordinamento delle regioni.

Sono definiti nel presente documento anche le modalità di gestione dei costi derivanti dall'assistenza degli iscritti al SSN ancorché AIRE ai sensi del DPR 618/80.

1 DEFINIZIONI, NORME E FUNZIONI

Si richiamano alcune definizioni:

Regolamento 883/2004 - c.d. "Regolamento di base"
Art. 1):
Ai fini del presente regolamento si intende per:
…
m) "**autorità competente**", per ciascuno Stato membro, il ministro, i ministri o un'altra autorità corrispondente nella cui competenza rientrano, per tutto lo Stato membro di cui trattasi, o per una parte qualunque di esso, i regimi di sicurezza sociale;
…
q) "**istituzione competente**":
   i) l'istituzione alla quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni,
   ii) l'istituzione nei cui confronti l'interessato ha diritto a prestazioni o ne avrebbe diritto se egli, il suo familiare o i suoi familiari risiedessero nello Stato membro nel quale si trova tale istituzione;
   iii) l'istituzione designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione;
   iv) se si tratta di un regime relativo agli obblighi del datore di lavoro per le prestazioni di cui all'articolo 3, paragrafo 1, il datore di lavoro o l'assicuratore interessato o, in mancanza, l'organismo o l'autorità designata dall'autorità competente dello Stato membro in questione;
…
s) "**Stato membro competente**", lo Stato membro in cui si trova l'istituzione competente;

Regolamento 987/2009 - c.d. "Regolamento di applicazione" (del Regolamento di base)
Art. 2:
b) «**organismo di collegamento**»: qualsiasi organismo designato dall'autorità competente di uno Stato membro, per uno o più dei settori di sicurezza sociale di cui all'articolo 3 del regolamento di base, avente la funzione di rispondere alle domande di informazioni e di assistenza ai fini dell'applicazione del regolamento di base e del regolamento di applicazione e di assolvere i compiti attribuitigli dal titolo IV del regolamento di applicazione;
Art. 66:
2. I rimborsi di cui agli articoli 35 e 41 del regolamento di base tra le istituzioni degli Stati membri si effettuano tramite l'organismo di collegamento. Può esservi un organismo di collegamento separato per i rimborsi a norma dell'articolo 35 e dell'articolo 41 del regolamento di base.

Di seguito le funzioni di competenza del Ministero della Salute, delle Regioni e delle ASL.

Al **Ministero della Salute** - Direzione Generale della programmazione sanitaria**, sono affidate le funzioni** statali in materia di **assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero**, nonché in materia di assistenza transfrontaliera. Tali compiti sono dallo stesso svolti nella duplice e diversa attribuzione con cui è qualificato nella normativa comunitaria, di autorità competente ed organismo di collegamento. Nell'espletamento di tali funzioni il Ministero deve garantire il rispetto dei regolamenti di sicurezza sociale (Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/2009) e delle decisioni della Commissione amministrativa di cui agli artt. 71 e ss del "Regolamento di base" – in primis decisione S11 ed S 10 - su di essi fondate; questo tra l'altro in virtù della loro preminenza giuridica sulle fonti nazionali e regionali, giusta la disposizione dell'art. 10 della Costituzione (L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute"). Tale compito di garante del rispetto e della corretta applicazione degli accordi è altresì esercitato per l'attuazione degli Accordi bilaterali, dove il Ministero della Salute svolge le funzioni di Autorità competente e di Organismo di collegamento per le finalità del SSN. Ciò comporta che, pur non essendo assolutamente in discussione l'autonomia delle Regioni e loro ASL, le relative libertà trovano un limite nella necessaria conformità delle procedure e delle determinazioni alle previsioni normative della legislazione

comunitaria. Nello specifico, si deve sottolineare che il Ministero della Salute risponde di fronte alla Commissione Europea della corretta applicazione del predetto quadro giuridico comunitario anche rispetto a decisioni prese dalle istituzioni competenti quando queste non siano perfettamente conformi a tale quadro normativo. Pertanto il Ministero della Salute è il solo destinatario di richieste di chiarimenti della Commissione Europea e degli Organismi internazionali riferiti ai singoli accordi amministrativi, sull'operato delle ASL, chiarimenti che sono condivisi con le regioni e/o con le ASL laddove non adeguatamente fondati e giustificati – si pensi alle contestazioni - possono aprire la strada a procedure di messa in mora, financo procedure d'infrazione con conseguente possibilità di irrogazione a carico dello Stato italiano, di importanti sanzioni economiche.

Di seguito sono schematizzate le **funzioni esercitate dalle Regioni** nell'ambito della gestione dei flussi di mobilità internazionale; le Regioni che si sono dotate di una struttura organizzativa specifica possono svolgere le attività demandandole ad uno specifico soggetto (azienda, ente etc.):

- La Regione esercita in generale un ruolo di interfaccia fra le aziende sanitarie del territorio di competenza e gli uffici del Ministero della Salute che si occupano di mobilità internazionale al fine di garantire la circolarità delle informazioni necessarie al corretto funzionamento dei processi ed alla risoluzione delle criticità interpretative che possono emergere nella gestione quotidiana delle pratiche.
- In relazione ai flussi di mobilità internazionale attiva gestiti dalle aziende erogatrici direttamente sui sistemi ASPE UE ed ASPE C, la Regione effettua un controllo di coerenza fra l'entità degli accrediti finali attribuiti dalle rendicontazioni del Ministero e pubblicati nel sistema e le risultanze delle registrazioni sui flussi informativi.
- In relazione ai flussi di mobilità internazionale passiva attribuiti alle aziende di residenza sui sistemi ASPE UE ed ASPE C, la Regione effettua un controllo di coerenza fra l'entità degli addebiti finali attribuiti dalle rendicontazioni del Ministero e pubblicati nel sistema e l'importo totale delle fatture registrate a carico delle aziende di assistenza.
- La Regione effettua un controllo di coerenza fra gli importi addebitati in sede di riparto a titolo di saldo della mobilità internazionale e le risultanze dei prospetti di addebito/accredito generati da ASPE e pubblicati nel sistema dagli uffici del Ministero Salute.
- In relazione agli accordi bilaterali con paesi che non utilizzano il sistema ASPE C per lo scambio delle richieste di rimborso, la Regione raccoglie dalle aziende eroganti i rendiconti sulle prestazioni erogate e li invia al Ministero affinché vengano trasmessi al paese debitore.
- In relazione alla casistica ex D.P.R 224/2017 art.4, relativa all'assistenza diretta erogata a propri assistiti da altri paesi non comunitari, la Regione effettua un controllo di coerenza sui rendiconti trimestrali di addebito e conseguentemente sull'entità dell'importo che confluisce nel riparto.
- In relazione ai regolamenti comunitari, nel caso di assistiti portatori di formulario S1 e residenti in Italia, la Regione provvede ad addebitare tramite l'azienda di residenza, gli importi relativi alle prestazioni erogate da altre aziende italiane e ad essa addebitate in prima istanza attraverso la mobilità infraregionale ed interregionale.
- La Regione coopera altresì con l'ASL di residenza per recuperare tutte le prestazioni erogate nella stessa ASL di residenza, per il successivo addebito alle istituzioni estere.

Le **funzioni delle Aziende Sanitarie** nell'ambito della gestione dei flussi di mobilità internazionale sono di seguito schematizzate:

- in relazione agli accordi bilaterali con paesi dove gli scambi si effettuano su ASPE C le aziende sanitarie inviano (aziende sanitarie erogatrici) e ricevono (aziende sanitarie di residenza) le fatture da ASPE C ed effettuano controlli amministrativi e contabili su di esse contestando eventualmente gli addebiti ricevuti.
- In relazione agli accordi bilaterali con paesi dove gli scambi vengono effettuati fuori da ASPE C, le aziende sanitarie erogatrici inviano rendiconti periodici alla Regione ai fini dell'invio della fatturazione tramite il Ministero al paese debitore. Le aziende sanitarie di residenza ricevono le fatture cartacee tramite il Ministero dal paese debitore ed effettuano controlli amministrativi e contabili su di esse contestando eventualmente gli addebiti ricevuti.
- In relazione ai paesi comunitari e convenzionati le aziende sanitarie competenti rilasciano i modelli portabili che consentono ai soggetti di usufruire dell'assistenza sanitaria all'estero nei casi previsti dalla normativa
- In relazione ai Paesi comunitari e convenzionati, le aziende sanitarie di residenza dei soggetti eseguono l'istruttoria con il centro di riferimento regionale per il rilascio del modello S2 o modello equivalente che consente l'assistenza programmata e controllano la relativa fatturazione di addebito.
- In relazione al sistema ASPE, le Aziende sanitarie addebitano alle istituzioni estere tutte le prestazioni erogate nel proprio ambito territoriale dietro presentazione di una Team estera o di altri documenti esteri attestanti il diritto
- In relazione ai paesi comunitari con scambi sul sistema ASPE UE, le aziende sanitarie di erogazione addebitano le prestazioni attraverso la mobilità infraregionale ed interregionale alle aziende sanitarie italiane di residenza che provvedono poi ad inserire sul sistema ASPE le fatture per il rimborso, da parte del paese di assistenza del soggetto, di tutti i costi sostenuti comprensivi degli addebiti da parte di altre aziende. Per la mobilità internazionale passiva, le aziende sanitarie di competenza controllano le fatture a debito ed eventualmente contestano gli addebiti.
- In relazione alla casistica ex D.P.R.618/1980, le aziende sanitarie di competenza per l'assistito residente in assistenza indiretta verificano la documentazione ed effettuano il rimborso.
- In relazione alla casistica ex D.P.R.224/2017, art.4, le aziende sanitarie di competenza per l'assistito residente in assistenza diretta controllano i rendiconti trasmessi dalla Regione.
- L'azienda sanitaria erogante la prestazione provvede alla fatturazione diretta al paziente o alla rispettiva assicurazione nel caso questo sia solvente o comunque privo di tutele in termini di diritto all'assistenza sanitaria.

2 ADEMPIMENTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DEGLI ARTT. 3 E 5 DEL DPR 618/80

In riferimento all'assistenza assicurata tramite convenzioni da stipulare con istituti pubblici di sicurezza sociale dello stato estero o con enti, istituti o medici privati in grado di coprire i livelli di prestazione garantite dai LEA ai sensi dell'artt. 3 e 5 del DPR 618/80 la competenza alla stipula delle convenzioni è attribuita al

Ministero di concerto con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale; i costi derivanti dalle fattispecie sopra indicate sono così ripartite al comma 1 art. 4 del regolamento (DPR 224/17):

a) ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le provincie autonome, per i soggetti residenti

b) Al bilancio dello stato qualora siano riferiti a soggetti non residenti in Italia

Per gli aspetti pratici di applicazione delle procedure amministrative e contabili si rimanda alla nota del Ministero della Salute n. 21662 del 16 luglio 2018 allegata.

La trasmissione dei file tra Ministero della Salute e Regioni e Provincie Autonome avverrà con modalità informatiche tali da garantire il rispetto della normativa sulla privacy.

3 RIPARTIZIONE ONERI AI SENSI DEL DPR N. 224 DEL 24 NOVEMBRE 2017

Il DPR n. 224 del 24 novembre 2017 dà attuazione a quanto previsto nel **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** e più recentemente richiamate dalla legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013), in merito all'attribuzione dei saldi di mobilità sanitaria internazionale alle ASL per il tramite delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

In particolare, viene definita all' Art. 2:

1. L'imputazione economica delle partite debitorie e creditorie connesse alla mobilità sanitaria nei Paesi dell'Unione europea, negli altri Paesi dello Spazio economico europeo, in Svizzera e nei Paesi con i quali sono conclusi accordi in materia di assistenza sanitaria, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 18, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ***compete alle aziende sanitarie locali*** *ed è definita* ***per il tramite delle rispettive regioni e province autonome di appartenenza****, fatto salvo quanto previsto dal comma 4, lettera b), del presente articolo.*
…

…

4. I costi connessi alla mobilità sanitaria di cui al comma 1 sono imputati:
a) ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, qualora siano riferiti ai propri residenti;
b) al bilancio dello Stato, se i costi della mobilità sanitaria siano riferiti a soggetti ***non residenti*** *in Italia.*

5. I ricavi connessi alla mobilità sanitaria, di cui al comma 1, erogata a soggetti che non risultano a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della normativa nazionale vigente, sono imputati ai bilanci delle aziende sanitarie locali, tramite le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Qualora dovesse essere richiesto il pagamento di interessi di mora, sarà cura del Ministero verificarne le motivazioni e individuare il soggetto responsabile al fine di attribuire il costo aggiuntivo al bilancio di competenza. Nel caso in cui come soggetto responsabile venga individuata una Azienda Sanitaria Locale o una Regione o Provincia Autonoma, la verifica andrà condivisa e approvata con la Regione o Provincia Autonoma interessata.

4 PROCESSO FATTURE A CREDITO (MOBILITA' ATTIVA)

4.1 Fatturazione attiva con i Paesi dell'Unione Europea

La TEAM o eventuale Certificato sostitutivo provvisorio ed alcuni Formulari (E106/S1/SED 072, E109/S1/SED 072, E120/S1/SED 072, E121/S1/SED 072, E112/S2/SED 010, E123/DA1/SED DA002) vengono di norma rilasciati dalla istituzione competente del paese di provenienza del cittadino dell'Unione prima della partenza verso un altro Paese UE, in modo da poter essere utilizzati già all'arrivo nel Paese di destinazione, o comunque, in caso di bisogno di assistenza sanitaria. Qualora il cittadino dell'Unione si trovi in Italia privo di attestato e, quindi, nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto, l'assistito è titolare della fattura di addebito – l'Asl provvede alla fatturazione diretta al cittadino - per le prestazioni rese. Al momento della presentazione di un certificato sostitutivo provvisorio della EHIC che garantisca sulla copertura economica delle prestazioni rese nei periodi in cui l'evento si è verificato, allora tale fattura potrà essere annullata (soltanto dopo che la copertura assicurativa per i periodi necessari sia pervenuta dall'istituzione estera competente.)
Gli attestati possono essere richiesti alla istituzione estera competente, dichiarata dal cittadino dell'Unione, anche dalla ASL in sostituzione dell'assistito[1] (se la durata della permanenza dell'assistito lo consenta)[2].
Nel caso di richiesta all'istituzione estera di un attestato a copertura di prestazioni medicalmente necessarie erogate a soggetto sprovvisto di copertura assicurativa andrà sempre richiesto il certificato sostitutivo provvisorio della TEAM/EHIC, anche nel caso l'assistito presenti tardivamente la TEAM/EHIC, perché questa non garantisce che l'assistito straniero ne avesse effettivamente diritto nel suo Paese al momento in cui la prestazione è stata erogata, e non si sia iscritto, ad esempio, alla sua mutualità successivamente a questa prestazione, non riportando la EHIC la data di inizio della validità.
Affinché si possa richiedere rimborso delle prestazioni sanitarie erogate a cittadini dell'Unione, occorre che le stesse prestazioni vengano fatturate al più presto all'Istituzione estera competente e comunque non oltre i 12 mesi seguenti il semestre civile in cui la prestazione è stata iscritta nella contabilità della ASL[3]. Ai sensi del Regolamento 987/09 per data di iscrizione in contabilità si deve intendere l'anno ed il semestre indicato nel quadro 1 della fattura all'atto in cui questa viene inoltrata al paese estero. È necessario che quando tali prestazioni vengano rese ad assistiti esteri non iscritti al SSN, in temporaneo soggiorno, il prestatore di cure richieda all'assistito, immediatamente all'inizio delle cure, la TEAM/EHIC, che provvederà a fotocopiare unitamente ad un documento di riconoscimento dell'assistito. Al termine della erogazione delle prestazioni l'erogatore delle cure trasmetterà, nel più breve tempo possibile, alla ASL territorialmente competente, copia della documentazione di supporto (TEAM/EHIC e documento di riconoscimento) unitamente alla tariffazione della prestazione resa. La ASL potrà quindi procedere alla richiesta di rimborso per il tramite dell'applicativo di fatturazione ASPE messo a disposizione dal Ministero della Salute, a che a sua volta trasmetterà alla Istituzione estera competente. A tal fine occorre prendere visione del capitolo relativo allo scadenzario alla fatturazione previsto.
La struttura erogatrice deve conservare agli atti una fotocopia dell'attestato di diritto per eventuali future necessità.

---

[1] *Rif. Decisione S1/2009, art. (5)*

[2] *Per la richiesta dei formulari all'Istituzione estera la ASL userà il mod. E107 o S071 per richiedere E106, E109, E120, E121/S1/S072 o S009 per richiedere E112/S2 o il SED S044 per richiedere la TEAM o il certificato sostitutivo. Qualora la durata del soggiorno non consenta di ottenere i formulari, le prestazioni <u>andranno pagate direttamente dall'assistito</u> che potrà richiedere il rimborso al rientro nel suo paese. Qualora previsto, il ticket deve essere pagato anche in presenza di attestato e <u>resta a carico del paziente</u>.*

[3] *Rif. Reg. 987/2009, art. 67 punto 1)*

4.2 Gestione fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo nazionale (ASPE -UE)

- La ASL carica le fatture al costo, in ASPE-UE, per le prestazioni rese ad assistiti comunitari.
- MdS a scadenza semestrale (giugno e dicembre) effettua il download delle fatture e le trasmette all'Organismo di collegamento del Paese UE competente per via elettronica (trasmissione delle fatture via server europeo sTesta) o per via cartacea a seconda di come il Paese estero è organizzato a riceverle ed a trattarle; unitamente alla spedizione suddetta, MdS invia la nota di credito cartacea, tramite Raccomandata, ai Paesi UE.
- Il Paese estero notifica a MdS la data di ricezione delle fatture o le eventuali osservazioni in merito alla qualità del dato trasmesso. Da questa data decorrono le tempistiche successive per il pagamento delle fatture, non contestate, entro 18 mesi o contestate, fino a 36 mesi da questa data.
- Per le fatture non oggetto di contestazione il Paese estero effettua il pagamento su capitolo dello Stato n. 3620 intestato al MEF.
- Per le fatture in contestazione, MdS riceve oggi i documenti esclusivamente cartacei dai Paesi esteri e provvede a inserire nell'applicativo ASPE-UE le contestazioni pervenute, allegando anche il documento cartaceo. Trasmette quindi le fatture in contestazione alla ASL per il tramite della Regione. Da quel momento vengono assegnati 90 giorni, in caso di non risposta o non lavorazione della contestazione nei tempi a disposizione per la lavorazione ASPE-UE considera la contestazione al credito come accettata e procede allo storno della richiesta.
- Nel caso in cui le risposte alle contestazioni siano prive di documentazione allegata da produrre ai Paesi esteri a giustificazione del credito, ovvero laddove la risposta addotta dalla Asl sia non supportabile da MdS presso il Paese estero debitore, l'operatore MdS ritrasmette nuovamente la fattura in contestazione alla ASL per una integrazione o revisione. Per ogni riproposizione di una fattura in contestazione successiva alla prima, la Regione-Asl ha soli 30 giorni per chiudere l'iter.
- L'intero iter della risposta a contestazione al Paese estero deve avvenire entro 12 mesi dalla ricezione della contestazione da parte di MdS, in caso di ritardo, o di risposta non pertinente (Esempio: lo Stato Estero chiede l'attestato di diritto e la ASL inoltra a MdS il Mod. S044 o S071, che invece, costituiscono richiesta di attestati), la contestazione si intende accettata ed il credito perso definitivamente.
- Alle volte occorrono più scambi tra i due Organismi di collegamento per arrivare alla definizione di tutte le fatture che compongono una singola richiesta (semestre), tutte le contestazioni debbono essere definite entro i 36 mesi dalla data di ricezione da parte del Paese debitore della nota di credito.
- Anche i pagamenti delle fatture di cui siano state definite le contestazioni al netto di quelle fatture di cui si sia concordato l'eventuale annullamento, pervengono sul cap. dello Stato n. 3620 intestato al MEF.

4.3 Contestazioni (ASPE-UE)

Nel caso in cui l'Istituzione competente del Paese estero abbia contestato in tutto o in parte l'importo fatturato per l'assistenza erogata ad un suo assistito, occorre richiamare anche in questo caso la Decisione S11 del 9 dicembre 2020 all'art. 2 con i seguenti 3 commi:

1. Le richieste di rimborso delle prestazioni erogate dietro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), di un documento che la sostituisca o di altri documenti attestanti il diritto alle prestazioni, possono essere respinte e rinviate all'istituzione creditrice qualora, ad esempio, la richiesta:

— sia incompleta e/o compilata in modo non corretto;

— riguardi prestazioni che non sono state erogate entro il periodo di validità della TEAM (o del documento attestante il diritto alle prestazioni) presentata dalla persona che ha ricevuto le prestazioni.

2. Se le prestazioni sono state erogate durante il periodo di validità del documento presentato dal beneficiario, la richiesta di rimborso non può essere respinta con la motivazione che la persona non è più assicurata presso l'istituzione che ha emesso la TEAM o il documento attestante il diritto alle prestazioni.

3. Un'istituzione tenuta a rimborsare i costi delle prestazioni erogate dietro presentazione di una TEAM può chiedere che l'istituzione presso cui la persona era correttamente iscritta nel periodo di erogazione delle prestazioni, rimborsi alla prima istituzione i costi di tali prestazioni, oppure, nel caso in cui la persona ha utilizzato la TEAM senza averne diritto, risolvere la questione con la persona interessata.

A maggior dettaglio si riassumono i motivi di contestazione, elencati nel SED S087 (per il costo effettivo) , previsti a termine dei nuovi Regolamenti di sicurezza sociale, con evidenziata la rispettiva area di competenza per l'individuazione e la risposta prevista per la controparte.

SED 087 Contestazione di un credito individuale (COC)
Articolo 62, articolo 66, paragrafo 1, e articolo 67 del regolamento (CE) n. 987/2009

Questo documento non ci riguarda
Manca o non è conosciuto il codice dell'istituzione
Mancano o non sono noti alcuni elementi di identificazione (cognome, nome, data di nascita, PIN)
Manca il documento attestante il diritto alla prestazione o non si conosce quale sia
Manca o è incompleto il periodo del ricovero ospedaliero
L'istituzione non è in grado di stabilire se la persona sia assicurata
Il periodo delle prestazioni in natura non è coperto dal periodo di diritto alla prestazione
I costi vanno liquidati mediante importo forfettario
La persona non è iscritta nel documento attestante il diritto alla prestazione
Non è stata accusata ricevuta del documento attestante diritto alla prestazione
Doppia fattura
Il diritto alla prestazione si è estinto il
Il diritto alla prestazione è insorto nello Stato di residenza il
L'interessato percepisce una pensione prevalente da un altro Stato
Apparentemente le prestazioni riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il
Le prestazioni non riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il
La persona percepisce una pensione nello Stato di residenza dal
La persona è deceduta il
La persona è titolare di un proprio diritto a prestazioni nello Stato di residenza
Riduzione dell'importo del credito

4.4 Controdeduzioni – Risposte alle contestazioni

SED 088 Risposta relativa alla contestazione di un credito individuale (RPY_COC)
Articolo 62, articolo 66, paragrafo 1, e articolo 67 del regolamento (CE) n. 987/2009

(B) Accettiamo la contestazione e operiamo riduzione della fattura
(A) La contestazione non è pervenuta nei termini
(B) Vengono integrati i dati mancanti dell'S080
(B)Vengono corretti i dati inesatti del DA010

(B) Nessuna doppia fatturazione
(B) La persona non percepisce una pensione nello Stato di residenza
(B) Il diritto primario alla prestazione nello Stato di residenza decorre dal
(B) Il familiare non ha diritto a prestazioni nello Stato di residenza
(A) I costi non vanno liquidati mediante importo forfettario
(B) Il familiare è ora iscritto nel documento attestante il diritto alla prestazione
(B) In base alla documentazione allegata, la fattura deve essere pagata
(B) Si allega il documento attestante il diritto alla prestazione
(B) Si allegano i documenti da voi richiesti

Legenda:

(A) Controdeduzione operata da MdS
(B) Controdeduzione operata da ASL

4.5 Fatturazione attiva con i Paesi in Convenzione bilaterale

Nell'applicativo di fatturazione ASPEC sono oggi presenti le sole Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale riferite ai seguenti Paesi:

Bosnia – Erzegovina (Convenzione ex Jugoslavia)
Capo Verde
Macedonia (Convenzione ex Jugoslavia)
Repubblica di San Marino
Tunisia

Gli attestati di diritto previsti per i soggetti le cui categorie sono definite dai singoli accordi bilaterali, vengono rilasciati dalla istituzione competente del paese di provenienza di quell'assistito prima della sua partenza verso l'Italia, in modo da poter essere utilizzati già all'arrivo nel nostro Paese, o comunque, in caso di bisogno di assistenza sanitaria, laddove la relativa Convenzione bilaterale espressamente lo preveda. Qualora l'assistito proveniente da tali Paesi si trovi in Italia privo di attestato di diritto e quindi, nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto, l'assistito sarà il solo titolare della fattura di addebito – l'Asl dovrà provvedere pertanto ad identificare l'assistito ed a rilasciargli la fattura per i servizi sanitari prestati.
Nelle sole Convenzioni di sicurezza sociale con la Repubblica di San Marino è prevista l'assistenza sanitaria in forma indiretta. Gli aventi diritto possono pertanto richiedere la tariffazione per il successivo rimborso da parte della loro Istituzione Competente. Per le restanti Convenzioni bilaterali, ciò non è previsto.
Gli attestati possono essere richiesti alla istituzione estera competente, dichiarata da quell'assistito estero, anche dalla ASL in sostituzione dell'assistito laddove la Convenzione bilaterale stessa lo preveda (vedi paesi in allegato) e se la durata della permanenza dell'assistito nel nostro Paese lo consenta.
Nelle Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale attualmente gestite non è previsto un termine temporale per l'inserimento delle fatture né per la gestione ultima delle contestazioni e quindi per la definizione dei saldi.
Appare comunque ragionevole uniformare le procedure di fatturazione attiva a quelle gestite in ASPE-UE al fine di poterne tenere meglio traccia nella gestione dei saldi di mobilità internazionale.
La ASL potrà quindi inserire la richiesta di rimborso per il tramite dell'applicativo di fatturazione ASPEC messo a disposizione dal Ministero della Salute, e che a sua volta trasmetterà all'Organismo estero designato.
La ASL creditrice deve conservare agli atti le copie dell'attestato di diritto per eventuali futuri rilievi e per soddisfare future richieste di chiarimenti che possano insorgere dal Paese estero

La Convenzione di sicurezza sociale con l'Australia non prevede scambi di fatture tra i due Paesi, ciascun Paese assiste gli iscritti identificati dalla Tessera Sanitaria dell'altro Paese (Medicare australiana o TS italiana) a proprie spese, esclusivamente per le cure urgenti.
Per questi assistiti non è pertanto previsto rimborso dall'altro Paese.

Le Convenzioni di Sicurezza sociale con Argentina e Brasile sono di fatto Convenzioni quiescenti. Nelle more di una definizione di accordi con questi Paesi al fine di tracciare la casistica ed i relativi importi, le regioni dovranno inviare al Ministero della Salute, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di competenza, i crediti secondo le modalità concordate tra Ministero e Regioni.

La Convenzione di sicurezza sociale con il Principato di Monaco avviene di regola per compensazione escluse le urgenze. È il Principato di Monaco che emette il rimborso a compensazione delle partite attive e passive.

La Convenzione di sicurezza sociale con lo Stato del Vaticano, ad oggi ancora senza movimentazioni di fatture, prevede infine il rimborso da parte dello Stato del Vaticano per gli infortuni sul lavoro a prestatori d'opera.

4.6 Gestione Fatturazioni attive per il tramite dell'applicativo Nazionale (ASPEC)

- La ASL carica le fatture al costo o a forfait mensile (dove previsto dalla relativa Convenzione bilaterale) , in ASPEC, per le prestazioni rese ad assistiti beneficiari di una Convenzione bilaterale.
- MdS a scadenza semestrale (giugno e dicembre) effettua il download delle fatture e le trasmette all'Organismo di collegamento del Paese in Convenzione bilaterale per via cartacea o nel solo caso della Repubblica di San Marino per via elettronica. Unitamente alle fatture della spedizione suddetta, MdS invia la nota di credito cartacea, riepilogativa dell'ammontare del numero di fatture trasmesse e del loro importo complessivo, tramite Raccomandata.
- Il Paese estero notifica a MdS la data di ricezione delle fatture o le eventuali osservazioni in merito alla qualità del dato trasmesso.
- Per le fatture non oggetto di contestazione il Paese estero effettua il pagamento su capitolo dello Stato n. 3620 intestato al MEF.
- Per le fatture in contestazione, MdS riceve i documenti esclusivamente cartacei dai Paesi esteri interessati dagli scambi e provvede a inserire nell'applicativo ASPEC le contestazioni pervenute, allegando anche il documento cartaceo. Trasmette quindi le fatture in contestazione alla ASL per il tramite della Regione. Da quel momento vengono assegnati 90 giorni, in caso di non risposta o non lavorazione della contestazione nei tempi a disposizione per la lavorazione ASPEC considera la contestazione al credito come accettata e procede allo storno della richiesta.
- Nel caso in cui le risposte alle contestazioni siano prive di documentazione allegata da produrre ai Paesi esteri a giustificazione del credito, ovvero laddove la risposta addotta dalla Asl sia non supportabile da MdS presso il Paese estero debitore, l'operatore MdS ritrasmette nuovamente la fattura in contestazione alla ASL per una integrazione o revisione. Per ogni riproposizione di una fattura in contestazione successiva alla prima, la Regione-Asl ha soli 30 giorni per chiudere l'iter.
- Alle volte occorrono più scambi tra i due Organismi di collegamento per arrivare alla definizione di tutte le fatture che compongono una singola richiesta (semestre) da parte del Paese debitore della nota di credito, **per i Paesi in Convenzione bilaterale non è stato definito un termine per la conclusione delle procedure di rimborso nelle rispettive Convenzioni.**
- Anche i pagamenti delle fatture di cui siano state definite le contestazioni al netto di quelle fatture di cui si sia concordato l'eventuale annullamento, pervengono sul cap. dello Stato n. 3620 intestato al MEF.

5 PROCESSO FATTURE A DEBITO (MOBILITA' PASSIVA)

5.1 Fatturazione passiva con i Paesi dell'Unione Europea

Le fatture a debito provengono dai Paesi esteri o in formato elettronico, con una codifica concordata a livello comunitario o in formato cartaceo.
Nel primo caso le fatture vengono immediatamente caricate nell'applicativo di fatturazione ASPE, nel secondo caso vengono da MdS trasmesse ad una società esterna che ne converte i dati in formato elettronico compatibile con lo standard europeo.
In questo secondo caso, le fatture verranno acquisite sull'applicativo ASPE per le successive lavorazioni dopo dei controlli di verifica sulla qualità del dato trasposto dalla società di data entry. Questi controlli fanno si che le fatture arrivino alla lavorazione presso le ASL con tempi differiti rispetto alla loro notifica iniziale da parte del Paese estero e di cui il MdS si fa garante.

Successivamente all'acquisizione di queste fatture da parte dell'applicativo di fatturazione, vengono effettuate in automatico delle prime operazioni di congruenza sulle fatture introdotte, di fatto rifiutando le fatture inserite fuori dai periodi previsti dai Regolamenti di sicurezza sociale o mancanti delle informazioni obbligatorie previste.
Quindi le fatture con attestato TEAM/EHIC, vengono trasmesse all'Agenzia delle Entrate che per il tramite del sistema TS, restituisce la ASL storicizzata competente al momento dell'erogazione delle prestazioni, giacche altrimenti tutte le TEAM riportano come Istituzione competente 500001 SSN-MIN SALUTE.
Per ASL competente è da intendere la ASL alla quale l'interessato è iscritto al momento della domanda di prestazioni (art. 1, lett. q), del Regolamento n. 883/2004), ovvero la ASL di residenza
A questo punto le fatture vengono trasmesse per il tramite di ASPE alle Regioni e da loro alle ASL per le verifiche di merito. Queste verifiche debbono concludersi entro i 90 giorni dalla loro notifica alla Regione di competenza. Le fatture a debito o le controdeduzioni del Paese estero a contestazioni mosse in precedenza dalla ASL su fatture a debito provenienti dai Paesi esteri, che non venissero lavorate entro i 90 giorni a disposizione, tornano automaticamente a MdS come accettate e liquidabili.

5.2 Gestione fatturazioni per il tramite degli applicativi nazionali (aspe-ue)

- Lettera di notifica del debito da parte del Paese estero
    a. download delle fatture relative da casella europea dedicata sTesta
       oppure:
    b. ricezione delle fatture in cartaceo (per i Paesi non informatizzati) e invio delle stesse al service di data entry per la creazione di un file da caricare in ASPE.
- Verifica di MdS sulla qualità dei dati prima del caricamento in ASPE e notifica al Paese estero, entro due mesi, di avvenuto ricevimento delle fatture. Da questa data decorrono i 18 mesi entro i quali si deve provvedere al pagamento delle fatture non contestate.
- Caricamento in Aspe delle fatture di cui ai punti precedenti a) e b), attraverso la funzione Gestione Accoglienza Flussi (GAF) con emissione dell'applicativo di ricevuta di avvenuto upload.
- A caricamento avvenuto, attraverso la funzione Controllo Date, Aspe verifica la presenza di fatture non pagabili perché pervenute dopo un anno solare dall'iscrizione in contabilità da parte dello Stato creditore (quadro 1 della fattura). A controllo date effettuato, con la funzione "Inoltro a Sistema TS" le fatture aventi per attestato di diritto la TEAM (EHIC) vengono trasmesse a SOGEI per imputare i relativi modelli E125 alla ASL corretta.
- Terminato il processo di attribuzione delle fatture alle ASL di competenza, avviene l'inoltro della contestazione allo Stato estero da parte di MdS dei modelli E125 con dati obbligatori non presenti o di quelle fatture per le quali non è stato possibile riconoscere alcuna Istituzione italiana competente.
- Inoltro delle fatture validate tramite ASPE alle Regioni da parte di MdS. Da questo momento decorrono 90 giorni per la lavorazione delle fatture. Le Regioni, a loro volta, trasmettono le fatture alle ASL di competenza.
- Se la Asl accetta le fatture ed acconsente alla loro liquidazione ovvero, se è il sistema ad accettarle in automatico per decorrenza dei termini di lavorazione, le fatture tornano in carico a Mds e vengono liquidate ai Paesi creditori entro 18 mesi dalla data di notifica di avvenuta ricezione.
- Se la Asl contesta le fatture, le trasmette via ASPE a MdS per il tramite della Regione motivando la contestazione ed allegando l'idonea documentazione giustificativa da produrre al Paese estero. Tali contestazioni vengono trasmesse allo Stato estero esclusivamente in formato cartaceo entro i 18 mesi dalla data in cui si è notificata la ricezione del debito al Paese estero.
- In caso di ri-trasmissione alla ASL da parte di Mds di una fattura in contestazione o in errata attribuzione, il periodo di tempo per il completamento della lavorazione è di 30 giorni.
- In caso di accoglimento della contestazione da parte del Paese estero, MdS provvede ad annullare la fattura e il relativo importo a debito. Se l'annullamento dell'importo del modello E125 è solo parziale,

la fattura lavorata viene trasmessa da MdS alla ASL per il tramite della Regione, per essere parzialmente sanata entro 30 giorni.

- Se lo Stato estero risponde alla contestazione entro 12 mesi dalla data di contestazione con delle controdeduzioni, MdS le inserisce in ASPE con gli allegati ricevuti e inoltra la fattura lavorata alla Asl tramite la Regione, per essere sanata entro 30 giorni. Eventuali successive contestazioni vanno ri-trasmesse al Paese estero entro 12 mesi e comunque entro e non oltre i 36 mesi dalla notifica iniziale di notifica di avvenuta ricezione di introduzione del debito.
- Se lo Stato estero non risponde entro 12 mesi dalla contestazione, le fatture sono annullate e il debito si riduce.
- Tutta la procedura deve concludersi entro 36 mesi dalla data di ricezione della lettera di notifica del debito dello Stato estero

5.3 Contestazioni (Aspe-Ue)

Le contestazioni alle fatture a debito vengono effettuate su due livelli:

- Da MdS (non validate o contestate da MdS), anche sulla base dei riscontri automatici che ne fa l'applicativo di fatturazione:
  Questo primo tipo di contestazioni si basa sull'effettiva presenza dei dati obbligatori, nonché sulla verifica del rispetto da parte dell'Istituzione creditrice dei tempi utili alla fatturazione (se trattasi di vecchi o nuovi Regolamenti, se esistono accordi contabili bilaterali che prevedono tempistiche diverse, o situazioni particolari quali ad esempio una riproposizione di fatture da Parte del Paese estero nel rispetto di una nota di richiesta pervenuta nei tempi previsti, ma accompagnata da fatture non lavorabili per motivi tecnici o materiali) e se l'attestato sia congruo alla tipologia di prestazione fatturata (ad esempio se il Paese creditore è tra quelli che fatturano alcune prestazioni sulla base del forfait mensile, rif. allegato 3 al Reg. 987/09, abbia fatturato nostri assistiti con modello S1 o E121, utilizzando invece il costo effettivo); L'ultimo tipo di controllo verrà fatto sulla duplicazione della fattura, ossia se la stessa fattura è già stata avanzata dal Paese estero per lo stesso soggetto, negli stessi periodi, con lo stesso attestato, per la stessa tipologia di prestazioni e per lo stesso importo.

- Dalla Regione o dalla ASL per la parte di merito (contestazioni o errate attribuzioni):
  A seguire i primi controlli di competenza di MdS alle fatture, alle ASL viene richiesta la conferma dell'effettiva emissione dell'attestato da cui trae origine la fattura, che le prestazioni fatturate siano comprese nella data di validità dell'attestato di cui trattasi, e che in caso di TEAM/EHIC l'attribuzione della competenza al rimborso delle spese, rilevata dal sistema TS, venga confermata dalla ASL che diversamente porrà la fattura in errata attribuzione (ossia la fattura dovrà comunque essere pagata al Paese estero, ma la ASL dovrà produrre una idonea documentazione giustificativa, da allegare alla contestazione in cui si evidenzi chiaramente la competenza contabile di altra ASL, contro deducendo la competenza certificata dal sistema TS dell'Agenzia delle Entrate).

Oltre questi esistono ulteriori motivi pertinenti di contestazioni possibili, come, ad esempio, la legislazione applicabile, la residenza, ecc...

(A) Questo documento non ci riguarda
(A) Manca o non è conosciuto il codice dell'istituzione
(A) Mancano o non sono noti alcuni elementi di identificazione (cognome, nome, data di nascita, PIN)
(A) Manca il documento attestante il diritto alla prestazione o non si conosce quale sia
(A) Manca o è incompleto il periodo del ricovero ospedaliero
(B) L'istituzione non è in grado di stabilire se la persona sia assicurata

(B) Il periodo delle prestazioni in natura non è coperto dal periodo di diritto alla prestazione
(A) I costi vanno liquidati mediante importo forfettario
(B) La persona non è iscritta nel documento attestante il diritto alla prestazione
(B) Non è stata accusata ricevuta del documento attestante diritto alla prestazione
(D) Doppia fattura
(B) Il diritto alla prestazione si è estinto il
(B) Il diritto alla prestazione è insorto nello Stato di residenza il
(B) L'interessato percepisce una pensione prevalente da un altro Stato
(B) Apparentemente le prestazioni riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il
(B) Le prestazioni non riguardano un infortunio sul lavoro verificatosi il
(B) La persona percepisce una pensione nello Stato di residenza dal
(B) La persona è deceduta il
(B) La persona è titolare di un proprio diritto a prestazioni nello Stato di residenza
(C) Riduzione dell'importo del credito

Legenda:

(A) Contestazione operata da MdS
(B) Contestazione operata da ASL
(C) MdS o ASL a seconda se trattasi di un errato conteggio o di una parziale contestazione
(D) MdS o ASL a secondo della competenza nella gestione dell'assistito

5.4 Fatturazione passiva con i Paesi in convenzione bilaterale

Le fatture a debito provengono dai Paesi esteri o in formato elettronico, con un tracciato concordato tra i due Paesi (San Marino, Capoverde), o in formato cartaceo (tutti gli altri).
Nel primo caso le fatture vengono immediatamente caricate nell'applicativo di fatturazione ASPE, nel secondo caso vengono da MdS trasmesse ad una società esterna che ne converte i dati in formato elettronico compatibile con il tracciato previsto in ASPEC.
In questo secondo caso, le fatture verranno acquisite sull'applicativo ASPEC per le successive lavorazioni dopo dei controlli di verifica sulla qualità del dato trasposto dalla società di data entry. Questi controlli fanno si che le fatture arrivino alla lavorazione presso le ASL con tempi differiti rispetto alla loro notifica iniziale da parte del Paese estero e di cui il MdS si fa garante.
Successivamente all'acquisizione di queste fatture da parte dell'applicativo di fatturazione, vengono effettuate in automatico delle prime operazioni di congruenza sulle fatture introdotte, di fatto rifiutando le fatture mancanti delle informazioni obbligatorie previste.
Per ASL competente è da intendere la ASL che ha rilasciato l'attestato di diritto nell'altro Paese, ovvero la ASL di residenza dell'interessato
A questo punto le fatture vengono trasmesse per il tramite di ASPE alle Regioni e da loro alle ASL per le verifiche di merito. Queste verifiche debbono concludersi entro i 90 giorni dalla loro notifica alla Regione di competenza. Le fatture a debito o le controdeduzioni del Paese estero a contestazioni mosse in precedenza dalla ASL su fatture a debito provenienti dai Paesi esteri, che non venissero lavorate entro i 90 giorni a disposizione, tornano automaticamente a MdS come accettate e liquidabili.

5.5 Gestione Fatturazioni per il tramite degli Applicativi Nazionali (Aspec)

- Lettera di notifica del debito da parte del Paese estero
    a. Ricezione delle fatture download pervenute su supporto digitale
        oppure:
    b. ricezione delle fatture in cartaceo (per i Paesi con cui non si effettuano scambi di natura telematica dei dati) e invio delle stesse al service di data entry per la creazione di un file da caricare in ASPEC.
- Verifica di MdS sulla qualità dei dati prima del caricamento in ASPEC e notifica al Paese estero, entro due mesi, di avvenuto ricevimento delle fatture.
- Caricamento in ASPEC delle fatture di cui ai punti precedenti a) e b), attraverso la funzione Gestione Accoglienza Flussi (GAF) con emissione dell'applicativo di ricevuta di avvenuto upload.
- A caricamento avvenuto, attraverso la funzione Controllo Date, ASPEC verifica la presenza di fatture non pagabili.
- Per le fatture che non abbiano superato i controlli di qualità del dato comunicato, avviene l'inoltro della contestazione allo Stato estero da parte di MdS.
- Vengono quindi inoltrate le fatture validate tramite ASPEC alle Regioni da parte di MdS. Da questo momento decorrono 90 giorni per la lavorazione delle fatture. Le Regioni, a loro volta, trasmettono le fatture alle ASL di competenza.
- Se la Asl accetta le fatture ed acconsente alla loro liquidazione ovvero, se è il sistema ad accettarle in automatico per decorrenza dei termini di lavorazione, le fatture tornano in carico a Mds e queste vengono liquidate ai Paesi creditori.
- Se la Asl contesta le fatture, le trasmette via ASPEC a MdS per il tramite della Regione motivando la contestazione ed allegando l'idonea documentazione giustificativa da produrre al Paese estero. Tali contestazioni vengono trasmesse allo Stato estero esclusivamente in formato cartaceo.
- In caso di ri-trasmissione alla ASL da parte di Mds di una fattura in contestazione o in errata attribuzione, il periodo di tempo per il completamento della lavorazione è di 30 giorni.

- In caso di accoglimento della contestazione da parte del Paese estero, MdS provvede ad annullare la fattura e il relativo importo a debito. Se l'annullamento dell'importo del modello E125 è solo parziale, la fattura lavorata viene trasmessa da MdS alla ASL per il tramite della Regione, per essere parzialmente sanata entro 30 giorni.
- Se lo Stato estero risponde alla contestazione con delle controdeduzioni, MdS le inserisce in ASPEC con gli allegati ricevuti e inoltra la fattura lavorata alla Asl tramite la Regione, per essere sanata entro 30 giorni. Eventuali successive contestazioni vanno ri-trasmesse al Paese estero.
- Se lo Stato estero non risponde, le fatture sono annullate e il debito si riduce.

5.6 Contestazioni (ASPEC)

Le contestazioni alle fatture a debito vengono effettuate su due livelli:

- Da MdS (non validate o contestate da MdS), anche sulla base dei riscontri automatici che ne fa l'applicativo di fatturazione:
  Questo primo tipo di contestazioni si basa sull'effettiva presenza dei dati obbligatori, o se l'attestato sia congruo alla tipologia di prestazione fatturata; l'ultimo tipo di controllo verrà fatto sulla duplicazione della fattura, ossia se la stessa fattura è già stata avanzata dal Paese estero per lo stesso soggetto, negli stessi periodi, con lo stesso attestato, per la stessa tipologia di prestazioni e per lo stesso importo.

- Dalla Regione o dalla ASL per la parte di merito (contestazioni o errate attribuzioni):
  A seguire i primi controlli di competenza di MdS alle fatture, alle ASL viene richiesta la conferma dell'effettiva emissione dell'attestato da cui trae origine la fattura, che le prestazioni fatturate siano comprese nella data di validità dell'attestato di cui trattasi.

Controdeduzioni – Risposte alle contestazioni

(B) Accettiamo la contestazione e operiamo riduzione della fattura
(B) Vengono integrati i dati mancanti nel modello di fatturazione
(B) Nessuna doppia fatturazione
(B) La persona non percepisce una pensione nello Stato di residenza
(B) Il diritto primario alla prestazione nello Stato di residenza decorre dal
(B) Il familiare non ha diritto a prestazioni nello Stato di residenza
(A) I costi non vanno liquidati mediante importo forfettario
(B) Il familiare è ora iscritto nel documento attestante il diritto alla prestazione
(B) In base alla documentazione allegata, la fattura deve essere pagata
(B) Si allega il documento attestante il diritto alla prestazione
(B) Si allegano i documenti da voi richiesti

Legenda:

(A) Controdeduzione operata da MdS
(B) Controdeduzione operata da ASL

6 RIEPILOGO DEI TEMPI DI GESTIONE DELLE FATTURE (ASPEC – ASPE-UE)

6.1 Fatturazione attiva

Per la gestione dei crediti inerenti la mobilità sanitaria in ambito internazionale, finalizzate ad un più efficace monitoraggio della relativa spesa, si riepilogano le tempistiche di inserimento c/o gli applicativi del NSIS denominate ASPE-UE ed ASPE-C

I fase - Addebito iniziale

AZIENDE SANITARIE LOCALI

La fonte dati sono i flussi nazionali ed eventuali ulteriori flussi regionali di rendicontazione delle seguenti prestazioni:

- flusso A: ricoveri ospedalieri e day hospital
- flusso B: medicina generale
- flusso C: specialistica ambulatoriale erogata da strutture ospedaliere/territoriali
- flusso D: farmaceutica
- flusso E: cure termali
- flusso F: somministrazione diretta di farmaci
- flusso G: trasporti con ambulanza ed elisoccorso
- eventuali altre attività

Così come previsto dal Reg. 987/2009 art. 67 e della Decisione S11/2020, le ASL (o le Regioni per conto delle ASL qualora l'implementazione degli applicativi avvenga a livello centrale) inseriscono negli applicativi di mobilità internazionale tutte le fatture a credito per le prestazioni erogate dalle Strutture sanitarie del proprio territorio ad assicurati in carico ad istituzioni estere, muniti di attestato di diritto, a diverso titolo presenti sul territorio nazionale con le seguenti tempistiche:

- entro la data del 31/05 di ogni anno le fatture relative a prestazioni erogate nel I semestre anno solare precedente
- entro la data del 30/11 di ogni anno le fatture relative alle prestazioni erogate nel II semestre dell'anno solare precedente.

Rimane valida la possibilità per l'ASL di inserimento negli applicativi di mobilità internazionale (ASPE-Ue, ASPE-C e di seguito piattaforma EESSI) di fatture attive relative a prestazioni erogate in semestri di anni precedenti qualora ricevano in ritardo dalla Cassa mutua estera l'attestato di diritto comprovante il credito richiesto.

REGIONI

Le Regioni **entro la data del 2/06 e del 2/12 di ogni anno** validano (e/o trasmettono qualora l'implementazione degli applicativi avvenga a livello centrale) al Ministero le fatture a credito inserite negli applicativi di mobilità internazionale dalle ASL del proprio territorio secondo le scadenze come sopra riportate.

MINISTERO DELLA SALUTE

Il Ministero della Salute **entro la data del 30/06 e del 31/12 di ogni anno** effettua il download delle fatture inserite dalle ASL/Regioni negli applicativi di mobilità internazionale e le trasmette unitamente ad una nota di accompagnamento all'Organismo di collegamento del Paese estero competente per via elettronica o per via cartacea a seconda di come il Paese estero è organizzato a riceverle ed a trattarle.

II fase - Controdeduzioni dell'addebito iniziale

Il Ministero provvede al caricamento delle contestazioni cartacee ricevute dagli Stati esteri debitori **sugli applicativi di fatturazione ed al loro inoltro alle ASL interessate per il tramite delle rispettive regioni**.
Le Regioni/ASL hanno a disposizione **90 giorni dalla data di ricevimento per mezzo degli applicativi di mobilità internazionale** per la verifica della contestazione ricevuta e per trasmettere al Ministero della Salute la propria relativa controdeduzione a cui (se dovuta) sarà allegata idonea documentazione.
Nelle ipotesi si trattasse di seconda/successiva riproposizione di una contestazione da parte del Paese estero, il termine per le verifiche successive a disposizione delle Regioni/ASL si riduce a **30 giorni dalla data di ricevimento,** per consentire al Ministero della Salute di chiudere l'iter della contestazione della fattura entro i dodici mesi dalla sua prima notifica.
Nel caso di decorrenza dei termini senza che le Regioni/ASL abbiano controdedotto le fatture in contestazione, sarà il sistema stesso a porle in stato di annullamento, al fine di aggiornare la reportistica sui saldi contabili.

Il Ministero della Salute il 15 ottobre e il 15 gennaio di ogni anno effettua il download del report, dagli applicativi di mobilità internazionale, contenente l'ammontare dei crediti vantati dalle ASL/Regioni relativi agli anni precedenti per garantire la coerenza con la colonna della tabella C di Riparto del FSN, ed invia tale report alle Regioni per il tramite dei singoli Referenti regionali della mobilità internazionale che, comunque, hanno la disponibilità di tali report in qualunque periodo dell'anno.

6.2 Fatturazione passiva (ASPEC – ASPE-UE)

I fase - Addebito iniziale

Il Ministero della salute provvede immediatamente al caricamento diretto delle fatture pervenute in via digitale; provvede inoltre alla trasposizione da cartaceo a digitale. Alla conclusione di questi processi provvede all'inoltro alle Asl competenti per il tramite delle loro Regioni, delle fatture passive, così come ricevute dalle casse mutue estere e soltanto dopo aver espletato il controllo in merito al diritto temporale di pagamento del debito (fatture non pagabili perché pervenute dopo un anno solare dall'iscrizione in contabilità da parte dello Stato creditore (quadro 1 della fattura) e del ritorno della verifica sul Sistema TS - SOGEI (per le fatture aventi per attestato di diritto la TEAM (EHIC).

II fase - Contestazione dell'addebito iniziale

Le Regioni/ASL hanno a disposizione **90 giorni dalla data di ricevimento per mezzo degli applicativi di mobilità internazionale** per trasmettere al Ministero della Salute gli esiti delle verifiche ed eventualmente contestare al Paese estero le fatture a debito ricevute per le prestazioni erogate ai propri residenti assistiti in strutture site sul territorio di tali stati corredate (se dovuta) da idonea documentazione.
Il Ministero trasmette ai Paesi esteri entro 30gg dalla data di ricevimento per mezzo degli applicativi di mobilità internazionale tutte le contestazioni alle fatture passive ricevute dalle Regioni/ASL, soltanto se corredate di validi attestati giustificativi e per i soli motivi previsti nell'elenco delle pagine 9 e 12 del presente documento (non altri).
Nel caso in cui il Paese estero non abbia concordato (in tutto od in parte) il motivo della contestazione iniziale mossa dalla Regione/ASL e la fattura sia ri-trasmessa alle Regioni/ASL per una seconda/successiva verifica, il termine per le analisi successive a disposizione delle Regioni/ASL si riduce a **30 giorni dalla data di ricevimento,** per consentire al Ministero della Salute di chiudere l'iter della contestazione della fattura entro i dodici mesi dalla sua prima notifica.
Nel caso di decorrenza dei termini senza che le Regioni/ASL abbiano verificato/contestato le fatture ricevute quale addebito passivo, sarà il sistema stesso a porle in stato di accettazione, al fine di aggiornare la reportistica sui saldi contabili.

Il Ministero della Salute il 15 ottobre e il 15 gennaio di ogni anno effettua il download del report, dagli applicativi di mobilità internazionale, contenente l'ammontare dei debiti delle ASL/Regioni relativi agli anni precedenti per garantire la coerenza con la colonna della tabella C di Riparto del FSN, ed invia tale report alle Regioni per il tramite dei singoli Referenti regionali della mobilità internazionale che, comunque, hanno la disponibilità di tali report in qualunque periodo dell'anno.

7 MONITORAGGIO DEI SALDI DI MOBILITÀ SANITARIA INTERNAZIONALE

7.1 I Rendiconti Contabili

I rendiconti contabili sono le risultanze di una serie di interrogazioni accessibili nella sezione dedicata degli applicativi NSIS di fatturazione internazionale che sono a disposizione del Ministero della Salute, delle Regioni e Province Autonome e delle ASL per monitorare l'andamento della spesa e dei ricavi per assistenza sanitaria erogata in regime internazionale.
Partendo dalle fatture (modelli S080/E125 o affini, se trattasi di un Paese cui si applica una convenzione bilaterale) introdotte dalle ASL e dagli Stati esteri, mettendo a fattor comune i vari attestati previsti dai Regolamenti UE o dalle Convenzioni bilaterali di sicurezza sociale e aggregati per "categoria di prestazione" cui queste fatture si ricollegano, vengono definite le partite creditorie, debitorie e i relativi saldi.

Ai fini della contabilizzazione della mobilità internazionale attiva e passiva, come prescritto dagli artt. 20 e 29, lett. h) del D.Lgs. n. 118/2011, si prende quale riferimento la matrice della mobilità, approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento. I relativi costi e ricavi dovranno essere contabilizzati nelle apposite voci del modello CE ministeriale dedicate alle prestazioni sanitarie rese in mobilità attiva e passiva internazionale

Chiave di lettura dei Rendiconti Contabili

I rendiconti vengono aggiornati con cadenza mensile.
La rendicontazione viene ricavata dai soli dati presenti in fattura, pertanto, le fatture vengono **aggregate per data di erogazione della prestazione**, non consentendone una diversa rappresentazione come ad es. per data di inserimento a sistema o per data di effettivo pagamento della fattura.
Le rendicontazioni sono dinamiche, pertanto fatture inserite o eliminate in anni successivi per prestazioni erogate in anni precedenti vanno a modificare le rendicontazioni precedentemente rappresentate per quegli anni.
Le fatture attive sono rendicontate a partire dal mese successivo a quando le fatture sono state trasmesse dal Ministero della Salute, in qualità di organismo di collegamento, ai rispettivi Paesi esteri, ovvero alla fine del semestre nel quale esse sono state caricate dalle ASL.
Analogamente per i debiti, le fatture passive sono rendicontate a partire dal mese successivo a quando le fatture sono state inserite a sistema dal Ministero della Salute, in qualità di organismo di collegamento, per le verifiche di merito di Regioni /ASL.
L'accettazione delle contestazioni o l'annullamento delle fatture sia per le partite attive che passive aggiorna i rendiconti dal mese successivo il loro inserimento sul sistema di fatturazione.

Nel report condiviso con le Regioni sono quindi presenti le seguenti colonne:
Regione: (qui le regioni che hanno un dato filtrato possono cliccare per accedere alla funzione drill per conoscere il dettaglio per ASL);
Categoria di prestazione: Trasferimento per cure, Temporaneo soggiorno, Iscritti a carico di altro Paese (vedasi tabella riepilogativa seguente per il dettaglio degli attestati relativi);
Crediti: insieme delle fatture attive aggregate dagli applicativi di fatturazione NSIS (ASPE-UE, ASPEC e per i dati storici TESS);
Debiti: insieme delle fatture passive aggregate dagli applicativi di fatturazione NSIS (ASPE-UE, ASPEC e per i dati storici TESS);
Saldi: differenza algebrica tra crediti e debiti.

L’inserimento della colonna categoria di prestazione si rende necessario in attuazione del disposto del DPR 224 del 24 novembre 2017 che pone in carico allo Stato i costi per l’assistenza all’estero dei soggetti non residenti: fondandosi, infatti, il riparto del FSN sul modello di allocazione delle risorse con l'attribuzione alle Regioni di quote pro-capite per ciascun cittadino residente, le prestazioni sanitarie a favore di soggetti non residenti in Italia sono a totale carico del Ministero della Salute. Nello specifico:

1 - se le prestazioni sono erogate in un Paese Ue/SEE/Svizzera /Paesi convenzionati a un soggetto residente all’estero titolare di un modello di assistenza di mobilità internazionale, il costo di queste prestazioni sarà sottratto dal Ministero della Salute dal debito nei confronti dalle Casse mutue straniere da imputare alle Regioni così come risultante dal rendiconto contabile risultante dalla piattaforma NSIS;

2 - se le prestazioni sono erogate in Italia ad un soggetto residente all’estero che rientra temporaneamente sul territorio ed è titolare di un modello HIC perché residente in un Paese Ue/SEE/Svizzera, il costo di queste prestazioni sarà riconosciuto come credito alle regioni erogatrici in fase di riparto annuale della mobilità sanitaria internazionale

3 - se le prestazioni sono erogate in Italia ad un cittadino italiano residente all’estero che rientra temporaneamente sul territorio e che, ai sensi del DM 01/02/1996, ha diritto, a titolo gratuito, alle prestazioni ospedaliere urgenti per un periodo massimo di 90 giorni per ogni anno solare (qualora siano privi di una copertura assicurativa, pubblica o privata) il costo di queste prestazioni sarà riconosciuto come credito alle regioni erogatrici in fase di riparto annuale della mobilità sanitaria internazionale

4 - se le prestazioni sono erogate in Italia ad un soggetto residente all’estero, titolare di attestato ex art. 15 del DPR 618/80, che rientra temporaneamente sul territorio nazionale e che ha diritto all'assistenza sanitaria così come previsto dall'art. 12 del DPR 618/80 ed in ogni caso alle prestazioni erogabili secondo i LEA il costo di queste prestazioni sarà riconosciuto come credito alle regioni erogatrici in fase di riparto annuale della mobilità sanitaria internazionale

La regolazione finanziaria dei suddetti saldi e dei successivi conguagli annuali verso le Regioni e Province autonome, seguirà le modalità descritte all’art. 2 del DPR 224/17. In particolare, per i punti 2,3,4 la modalità di rendicontazione ai fini della regolazione finanziaria sarà concordata tra Ministero e Regioni.

8 ALLEGATI

8.1 LEGENDA CATEGORIE DI PRESTAZIONE

CATEGORIA PRESTAZIONE	ATTESTATO	CONVENZIONE	APPLICATIVO NSIS
TRASFERIMENTO PER CURE	CHI4	SVIZZERA	ASPEC-TESS
	E112	UE	ASPE-UE-TESS
	E114	UE	ASPE-UE-TESS
	HR112	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR12	CROAZIA	ASPEC-TESS
	ISMAR8bis	SAN MARINO	ASPEC-TESS
	MIC9	PRINCIPATO MONACO	TESS
	OBR8	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	S010	UE	ASPE-UE
	S2	UE	ASPE-UE
	SM8B	SAN MARINO	ASPEC-TESS
TEMPORANEO SOGGIORNO	AUS1	AUSTRALIA	TESS
	CV11	CAPOVERDE	ASPEC-TESS
	E111	UE	ASPE-UE - TESS
	E119	UE	ASPE-UE - TESS
	E128	UE	ASPE-UE - TESS
	EHIC	UE	ASPE-UE
	HR11	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR111	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR11	CROAZIA	ASPEC-TESS
	IRA1	ARGENTINA	TESS
	ISMAR8	SAN MARINO	ASPEC-TESS
	ITN11	TUNISIA	ASPEC-TESS
	MIC8	PRINCIPATO MONACO	TESS
	OBR7	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	REPL	UE	ASPE-UE
	TEAM	UE	ASPE-UE
	TEAM/EHIC	UE	ASPE-UE
	TN11	TUNISIA	ASPEC-TESS
ISCRITTI A CARICO DI ALTRO PAESE (TRASFERIMENTO DI RESIDENZA)	12	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	5	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	CHI3	SVIZZERA	ASPEC-TESS
	CV06	CAPOVERDE	ASPEC-TESS
	E106	UE	ASPE-UE - TESS
	E109	UE	ASPE-UE - TESS
	E110	UE	ASPE-UE - TESS
	E120	UE	ASPE-UE - TESS
	E121	UE	ASPE-UE - TESS
	E122	UE	ASPE-UE - TESS
	EAI4	AUSTRIA	TESS
	EIA4	AUSTRIA	TESS
	HR06	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR09	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR106	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR109	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR121	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR21	CROAZIA	ASPEC-TESS
	ISMAR5	SAN MARINO	ASPEC - TESS
	ISMAR11	SAN MARINO	ASPEC-TESS
	IT12	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	ITN10	TUNISIA	ASPEC-TESS
	ITN8	TUNISIA	ASPEC-TESS
	ITN9	TUNISIA	ASPEC-TESS
	MIC7	PRINCIPATO MONACO	TESS
	OBR12	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	OBR5	EX JUGOSLAVIA	ASPEC-TESS
	S072	UE	ASPE-UE
	S1	UE	ASPE-UE

INFORTUNIO SUL LAVORO O MALATTIA PROFESSIONALE	DA1	UE	ASPE-UE
	E123	UE	ASPE-UE - TESS
	HR123	CROAZIA	ASPEC-TESS
	HR23	CROAZIA	ASPEC-TESS
	TN14	TUNISIA	ASPEC-TESS
CATEGORIE DIVERSE			

8.2 Articolo da 66 a 69 del Regolamento CE 987/09

Articolo 66
Procedura di rimborso tra istituzioni

1. Il rimborso tra gli Stati membri interessati si effettua quanto più tempestivamente possibile. Ogni istituzione interessata è tenuta a rimborsare i crediti entro i termini menzionati nella presente sezione, non appena è in grado di farlo. Una contestazione relativa a uno specifico credito non deve essere di ostacolo al rimborso di uno o più altri crediti.

2. I rimborsi di cui agli articoli 35 e 41 del regolamento di base tra le istituzioni degli Stati membri si effettuano tramite l'organismo di collegamento. Può esservi un organismo di collegamento separato per i rimborsi a norma dell'articolo 35 e dell'articolo 41del regolamento di base.

Articolo 67
Termini di presentazione e di pagamento dei crediti

1. I crediti stabiliti sulla base delle spese effettivamente sostenute devono essere presentati all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore entro i dodici mesi seguenti la fine del semestre civile durante il quale tali crediti sono stati iscritti nella contabilità dell'istituzione creditrice.

2. I crediti a forfait di un anno civile sono presentati all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore entro i dodici mesi seguenti il mese durante il quale i costi medi per l'anno interessato sono stati pubblicati nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Gli inventari di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento di applicazione sono presentati entro la fine dell'anno seguente l'anno di riferimento.

3. Nel caso di cui all'articolo 6, paragrafo 5, secondo comma, del regolamento di applicazione, il termine di cui ai paragrafi 1 e 2 del presente articolo non decorre prima dell'individuazione dell'istituzione competente.

4. I crediti presentati dopo i termini di cui ai paragrafi 1 e 2 del presente articolo non sono presi in considerazione.

5. I crediti sono pagati all'organismo di collegamento dello Stato membro creditore di cui all'articolo 66 del regolamento di applicazione dall'istituzione debitrice entro i diciotto mesi seguenti la fine del mese durante il quale sono stati presentati all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore. Questa disposizione non si applica ai crediti che l'istituzione debitrice ha respinto in tale periodo per motivi pertinenti.

6. Le contestazioni relative a un credito sono risolte al più tardi entro i 36 mesi seguenti il mese durante il quale il credito è stato presentato.

7. La commissione di controllo dei conti agevola la chiusura definitiva dei conti nei casi in cui non sia stata possibile giungere ad una composizione nel periodo di cui al paragrafo 6 e, su richiesta giustificata di una delle parti, formula un parere in merito aduna contestazione entro i sei mesi seguenti il mese in cui è stata adita.

Articolo 68
Interessi di mora e anticipi

1. A decorrere dalla fine del periodo di diciotto mesi di cui all'articolo 67, paragrafo 1, del regolamento di applicazione, l'istituzione creditrice può applicare un interesse sui crediti da liquidare, a meno che l'istituzione debitrice, entro sei mesi dalla fine del mese in cui è stato introdotto il credito, non abbia versato un anticipo pari almeno al 90 % del credito totale introdotto a norma dell'articolo 67, paragrafi 1 o 2, del regolamento di applicazione. Sulle parti di credito non coperte dall'anticipo l'interesse può essere applicato soltanto a decorrere dalla fine del periodo di trentasei mesi di cui all'articolo 67, paragrafo 6, del regolamento di applicazione.

2. L'interesse è calcolato sulla base del tasso di riferimento applicato dalla Banca centrale europea alle sue principali operazioni di rifinanziamento. Il tasso di riferimento applicabile è quello in vigore il primo giorno del mese in cui il pagamento è esigibile.

3. Nessun organismo di collegamento è obbligato ad accettare un anticipo secondo quanto previsto al paragrafo 1. Tuttavia, se un organismo di collegamento declina tale offerta, l'istituzione creditrice non è più autorizzata ad applicare un interesse di mora per quanto riguarda i crediti di cui trattasi diversi da quelli contemplati nella seconda frase del paragrafo 1.

Articolo 69
Rendiconti annuali

1. La commissione amministrativa stabilisce la situazione dei crediti per ogni anno civile, ai sensi dell'articolo 72, lettera g), del regolamento di base, sulla scorta della relazione della commissione di controllo dei conti. A tale scopo, gli organismi di collegamento comunicano alla commissione di controllo dei conti, entro i termini e secondo le modalità da essa fissati, l'importo dei crediti presentati, liquidati o contestati (posizione creditrice) da una parte, e l'importo dei crediti ricevuti, liquidati o contestati(posizione debitrice) dall'altra.

2. La commissione amministrativa può procedere ad ogni verifica utile al controllo dei dati statistici e contabili che servono alla determinazione della situazione annuale dei crediti di cui al paragrafo 1, in particolare per accertare la conformità di tali dati alle norme fissate nel presente titolo.

8.3 DECISIONE S1

del 12 giugno 2009

riguardante la tessera europea di assicurazione malattia
(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)
(2010/C 106/08)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE,

visto l'articolo 72, lettera a), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale[4], ai sensi del quale la commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa e di interpretazione derivante dalle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale[5],

visto l'articolo 19 del regolamento (CE) n. 883/2004 riguardante il diritto della persona assicurata e dei suoi familiari, che dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente, alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora,

visto l'articolo 27, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 883/2004,

visto l'articolo 25, lettere A) e C), del regolamento (CE) n. 987/2009,

considerando quanto segue:

(1) Il Consiglio europeo di Barcellona, tenutosi il 15 e 16 marzo 2002, ha deciso «che la tessera europea di assicurazione malattia sostituirà gli attestati attualmente necessari per beneficiare dei trattamenti sanitari in un altro Stato membro. A tal fine la Commissione presenterà una proposta prima del Consiglio europeo di primavera del 2003. La tessera semplificherà le procedure ma non modificherà i diritti e gli obblighi esistenti.» (punto 34).

(2) Poiché l'uso delle tessere sanitarie e di previdenza sociale differisce ampiamente da uno Stato membro all'altro, la tessera europea di assicurazione malattia avrà, in un primo tempo, un formato che permetta la lettura ad occhio nudo dei dati necessari alla fornitura delle cure sanitarie e al rimborso delle spese. Tali informazioni possono anche essere inserite in un supporto elettronico. In un secondo tempo, si provvederà a generalizzare l'uso del supporto elettronico.

(3) La tessera europea di assicurazione malattia sarà conforme a un modello unico definito dalla commissione amministrativa, che dovrà permettere sia di facilitare l'accesso alle cure sanitarie sia di impedire l'uso illegittimo, abusivo o fraudolento della tessera.

(4) Le istituzioni dello Stato membro fissano il periodo di validità delle tessere europee di assicurazione malattia da essi rilasciate. Il periodo di validità della tessera europea di assicurazione malattia terrà conto della presunta durata dei diritti dell'assicurato.

(5) In circostanze eccezionali, va rilasciato un certificato sostitutivo provvisorio di durata limitata. Per «circostanze eccezionali» si può intendere il furto o la perdita della tessera europea di assicurazione malattia nonché una partenza improvvisa che non permetta il rilascio di una tessera vera e propria. Il certificato sostitutivo provvisorio può essere richiesto dall'assicurato o dall'istituzione dello Stato di dimora.

(6) La tessera europea di assicurazione malattia andrà usata in tutte le situazioni di dimora temporanea durante le quali un assicurato abbia bisogno di cure sanitarie, indipendentemente dal fatto che lo scopo della dimora sia turistico, professionale o di studio. La tessera europea di assicurazione malattia non può tuttavia essere usata quando lo scopo della dimora all'estero è solo quello di ottenere cure sanitarie.

(7) In conformità all'articolo 76 del regolamento (CE) n. 883/2004, gli Stati membri devono mettere in atto procedure per evitare che, quando una persona cessi di aver diritto a prestazioni sanitarie in natura per conto di uno Stato membro e acquisisca il diritto a prestazioni in natura per conto di un altro Stato, continui a usare la tessera europea di assicurazione malattia rilasciata dall'istituzione del primo Stato membro oltre la data a partire dalla quale non ha più diritto a prestazioni in natura per conto di esso.

(8) La validità della tessera europea di assicurazione malattia rilasciata prima dell'entrata in vigore dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 permane fino alla data di scadenza su di essa indicata.
Procedendo secondo le modalità stabilite all'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,

DECIDE:

Principi generali

1. La tessera europea di assicurazione malattia attesta che un assicurato, o un pensionato, e i membri della sua famiglia, che dimorino in uno Stato membro diverso da quello competente, hanno diritto alle prestazioni in natura che si rendono necessarie sotto il profilo medico tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora.

[4] *GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.*

[5] *GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.*

La tessera europea di assicurazione malattia non può essere usata se lo scopo della dimora temporanea è quello di ottenere un trattamento sanitario.

2. La tessera europea di assicurazione malattia è individuale e rilasciata solo a nome del suo titolare.

3. L'istituzione che rilascia la tessera europea di assicurazione malattia ne fissa il periodo di validità.

4. Le prestazioni in natura fornite dall'istituzione dello Stato membro di dimora in base a una tessera europea di assicurazione malattia valida saranno rimborsate dall'istituzione competente secondo le disposizioni in vigore. Una tessera europea di assicurazione malattia è valida quando il periodo di validità su di essa indicato non è scaduto.
   L'istituzione competente non può rifiutare il rimborso del costo delle prestazioni invocando il fatto che l'interessato abbia cessato di essere assicurato presso l'istituzione che ha rilasciato la tessera europea di assicurazione malattia, se tali prestazioni sono state corrisposte al titolare della tessera o del certificato sostitutivo provvisorio nel periodo di validità di tali attestati.

5. Se circostanze eccezionali impediscono il rilascio di una tessera europea di assicurazione malattia, l'istituzione competente rilascerà un certificato sostitutivo provvisorio dotato di un periodo di validità limitato. Il certificato sostitutivo provvisorio può essere richiesto dall'assicurato o dall'istituzione dello Stato di dimora.

6. La tessera europea di assicurazione malattia e il certificato sostitutivo provvisorio devono essere conformi al modello unico che soddisfa le caratteristiche tecniche fissate dalla decisione della commissione amministrativa.

Dati da indicare sulla tessera europea di assicurazione malattia

7. La tessera europea di assicurazione malattia conterrà i seguenti dati:
   — cognome e nome del titolare della tessera,
   — numero d'identificazione personale del titolare della tessera o, se tale numero non esiste, numero dell'assicurato da cui derivano i diritti del titolare della tessera,
   — data di nascita del titolare,
   — data di scadenza della tessera,
   — codice ISO dello Stato membro che rilascia la tessera,
   — numero d'identificazione e acronimo dell'istituzione competente,
   — numero d'ordine della tessera.

Modalità d'uso della tessera europea di assicurazione malattia

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

9. Nello Stato membro di dimora, la tessera europea di assicurazione malattia attesta il diritto del suo titolare a prestazioni sanitarie in natura divenute necessarie sotto il profilo medico e corrisposte durante la dimora temporanea in un altro Stato membro affinché il titolare della tessera non sia costretto, prima della fine del periodo di dimora previsto, a rientrare nello Stato competente o di residenza per ottenervi il trattamento di cui ha bisogno.
   Le prestazioni hanno lo scopo di permettere all'assicurato di continuare la sua dimora in condizioni medico/sanitarie sicure.

10. La tessera europea di assicurazione malattia non copre prestazioni sanitarie in natura se lo scopo della dimora è quello di ricevere il trattamento medico.

11. La tessera europea di assicurazione malattia garantisce che il titolare della tessera riceve nello Stato membro di dimora lo stesso trattamento (procedure e tariffe) di un assicurato del sistema di assicurazione malattia di tale Stato.

Cooperazione tra istituzioni per evitare abusi nell'utilizzo della tessera europea di assicurazione malattia

12. Se una persona cessa di avere diritto a prestazioni sanitarie in natura secondo la legislazione di uno Stato membro e acquisisce il diritto a prestazioni in natura secondo la legislazione di un altro Stato, le istituzioni degli Stati membri interessati cooperano perché l'assicurato cessi di usare la tessera europea di assicurazione malattia rilasciata dall'istituzione del primo Stato membro a partire dalla data in cui ha perso il diritto a prestazioni in natura per conto di esso.
   L'istituzione del secondo Stato membro rilascerà eventualmente una nuova tessera europea di assicurazione malattia.

13. La presente decisione sarà pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Essa si applica a decorrere dalla data di entrata in vigore del regolamento (CE) n. 987/2009.

La presidente della commissione amministrativa
Gabriela PIKOROVÁ

8.4 DECISIONE n. S11

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE
del 9 dicembre 2020
riguardante le procedure di rimborso relative all'attuazione degli articoli 35 e 41 del regolamento (CE) n. 883/2004
(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)
(2021/C 236/04)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE,

visto l'articolo 72, lettera a), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (1), ai sensi del quale la commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa e d'interpretazione derivante dalle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento (CE) n. 987/2009(2),

visti gli articoli 35 e 41 del regolamento (CE) n. 883/2004,

visti gli articoli 66, 67 e 68 del regolamento (CE) n. 987/2009,

deliberando secondo le modalità stabilite dall'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,
considerando quanto segue:

(1) I costi delle prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro per conto di un'istituzione di un altro Stato membro vanno rimborsati integralmente.

(2) I rimborsi fra le istituzioni, se non altrimenti concordato, devono essere effettuati rapidamente e in modo efficiente così da evitare l'accumulo di crediti non liquidati per lunghi periodi.

(3) L'accumulo di crediti può ostacolare il funzionamento efficiente del sistema dell'Unione e compromettere i diritti dei singoli.

(4) La decisione n. S1 della Commissione amministrativa ha stabilito che all'istituzione del luogo di dimora vanno rimborsati i costi delle cure sanitarie erogate dietro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia valida.

(5) Avere presente l'obiettivo delle disposizioni finanziare per accelerare le procedure è considerato necessario al fine di stabilire i termini per l'avvio della procedura di cui all'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento (CE) n. 987/2009.

(6) L'applicazione di buone pratiche stabilite di comune accordo contribuirebbe al regolamento rapido ed efficiente dei rimborsi fra le istituzioni,

DECIDE:

A. **Rimborso in base alle spese effettivamente sostenute (articolo 62 del regolamento (CE) n. 987/2009)**

Articolo 1

L'istituzione che chiede un rimborso in base alle spese effettivamente sostenute presenta la richiesta al più tardi entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 987/2009 (di seguito «regolamento di applicazione»). L'istituzione che riceve la richiesta di rimborso ne garantisce il pagamento entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 5, del regolamento di applicazione, ma anche prima di tale termine se ne ha la possibilità.

Articolo 2

4. Le richieste di rimborso delle prestazioni erogate dietro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), di un documento che la sostituisca o di altri documenti attestanti il diritto alle prestazioni, possono essere respinte e rinviate all'istituzione creditrice qualora, ad esempio, la richiesta:

— sia incompleta e/o compilata in modo non corretto;
— riguardi prestazioni che non sono state erogate entro il periodo di validità della TEAM (o del documento attestante il diritto alle prestazioni) presentata dalla persona che ha ricevuto le prestazioni.

5. Se le prestazioni sono state erogate durante il periodo di validità del documento presentato dal beneficiario, la richiesta di rimborso non può essere respinta con la motivazione che la persona non è più assicurata presso l'istituzione che ha emesso la TEAM o il documento attestante il diritto alle prestazioni.

6. Un'istituzione tenuta a rimborsare i costi delle prestazioni erogate dietro presentazione di una TEAM può chiedere che l'istituzione presso cui la persona era correttamente iscritta nel periodo di erogazione delle prestazioni, rimborsi alla prima istituzione i costi di tali prestazioni, oppure, nel caso in cui la persona ha utilizzato la TEAM senza averne diritto, risolvere la questione con la persona interessata.

Articolo 3

L'istituzione debitrice non può effettuare verifiche inerenti la conformità della richiesta all'articolo 19 e all'articolo 27, paragrafo 1, del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo che vi siano validi motivi di sospettare comportamenti abusivi, come indicato dalla giurisprudenza della Corte di giustizia(3). L'istituzione debitrice è quindi tenuta ad accettare le informazioni addotte a motivazione del credito e a rimborsare quanto richiesto. Qualora si sospettino comportamenti abusivi, l'istituzione debitrice può respingere la richiesta per motivi pertinenti, come previsto dall'articolo 67, paragrafo 5, del regolamento di applicazione.

Articolo 4

Ai fini dell'applicazione degli articoli 2 e 3, se l'istituzione debitrice mette in dubbio l'esattezza dei fatti addotti a motivazione del credito, spetta all'istituzione creditrice riesaminare la correttezza della richiesta ed eventualmente ritirare la richiesta o rettificare l'importo del credito.

Articolo 5

Non vengono prese in considerazione le richieste presentate dopo il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 1, del regolamento di applicazione.

B. **Rimborso in base ad importi forfettari (articolo 63 del regolamento di applicazione)**

Articolo 6

L'inventario di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento di applicazione viene presentato all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore entro la fine dell'anno seguente l'anno di riferimento; le richieste di rimborso di crediti riferite a tale inventario vengono presentate allo stesso organismo appena possibile dopo la pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* degli importi forfettari annui per persona, comunque entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 2, del regolamento di applicazione.

Articolo 7

Se possibile, l'istituzione creditrice presenta all'istituzione debitrice le richieste di rimborso di crediti relative a un dato anno civile in un'unica soluzione.

Articolo 8

L'istituzione debitrice che riceve la richiesta di un rimborso determinato in base a importi forfettari assicura il pagamento del credito entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 5, del regolamento di applicazione, ma anche prima di tale termine non appena è in grado di provvedere.

Articolo 9

Non vengono prese in considerazione le richieste inoltrate dopo il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 2, del regolamento di applicazione.

Articolo 10

Una richiesta di rimborso determinata in base a importi forfettari può essere respinta e rinviata all'istituzione creditrice qualora, ad esempio:

— sia incompleta e/o compilata in modo non corretto;

— riguardi un lasso di tempo non coperto da un'iscrizione dimostrata da un valido documento attestante il diritto alle prestazioni.

Articolo 11

Se l'istituzione debitrice mette in dubbio l'esattezza degli elementi a supporto della motivazione del credito, spetta all'istituzione creditrice riesaminare la correttezza della richiesta ed eventualmente ritirare la richiesta o rettificare l'importo del credito.

C. **Pagamento dei crediti (articolo 67 del regolamento di applicazione)**

Articolo 12

1. In linea con l'articolo 67, paragrafo 5, del regolamento di applicazione, nessun credito può essere contestato trascorsi 18 mesi dalla fine del mese nel quale la relativa richiesta è stata presentata all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore.

2. Se l'organismo di collegamento dello Stato membro creditore non ha risposto e presentato la documentazione richiesta entro i 12 mesi dalla fine del mese nel quale la contestazione è stata ricevuta dall'organo di collegamento dello Stato membro

creditore, la contestazione si considera accettata dallo Stato membro creditore e il credito o le sue parti pertinenti sono ritenuti definitivamente respinti.

D. Anticipi e interessi di mora (articolo 68 del regolamento di applicazione)

Articolo 13

Se si versa un anticipo a norma dell'articolo 68 del regolamento di applicazione, l'importo dell'anticipo viene determinato separatamente per le domande di rimborso di crediti in base alle spese effettivamente sostenute (articolo 67, paragrafo 1, del regolamento di applicazione) e per le domande di rimborso in base a importi forfettari (articolo 67, paragrafo 2, del regolamento di applicazione).

Articolo 14

1. Un anticipo a norma dell'articolo 68, paragrafo 1, del regolamento di applicazione costituisce almeno il 90 % dell'importo totale del credito inizialmente vantato dall'organismo di collegamento dello Stato membro creditore.

2. Se lo Stato membro creditore ha dichiarato in linea generale di accettare anticipi, questi ultimi si considerano automaticamente accettati. La commissione di controllo dei conti redige un elenco degli Stati membri che hanno dichiarato di accettare gli anticipi.

3. Gli Stati membri che non hanno dichiarato in linea generale di accettare anticipi si esprimono di volta in volta in relazione ad ogni specifica offerta di anticipo entro sei mesi dalla fine del mese nel quale è stata presentata la richiesta di rimborso. In assenza di una risposta entro il termine indicato, gli anticipi valgono come accettati e vanno versati.

Articolo 15

1. Nel liquidare un credito per il quale è già stato versato un anticipo l'istituzione debitrice è tenuta a corrispondere unicamente la differenza tra l'importo accertato del credito e l'anticipo.

2. Se l'importo del credito è inferiore all'anticipo definito in base all'importo originario del credito, lo Stato membro creditore può:

a) restituire allo Stato membro debitore l'importo incassato in eccesso. Tale operazione di liquidazione viene effettuata dall'organismo di collegamento dello Stato membro creditore quanto prima e comunque entro sei mesi dalla fine del mese nel quale l'importo del credito è stato definito; o

b) convenire con lo Stato membro debitore che l'importo in eccesso sia restituito mediante compensazione di un credito successivo. Il documento accompagnatorio indica puntualmente l'importo versato in eccesso da compensare su un credito successivo.

3. Gli interessi prodotti da un anticipo non riducono il debito dello Stato membro debitore e costituiscono una partita attiva dello Stato membro creditore.

Articolo 16

1. Gli interessi di mora applicati a norma dell'articolo 68, paragrafo 1, del regolamento di applicazione si calcolano su base mensile secondo la seguente formula:

$$I = \left[PV\left(1+\frac{i}{12}\right)^{n}\right] - PV$$

nella quale:

— I = interessi di mora,

— PV («valore presente») = valore del pagamento tardivo; tale valore corrisponde all'importo ancora insoluto del credito, non liquidato entro i termini di cui all'articolo 67, paragrafi 5 e 6, del regolamento di applicazione, né parzialmente estinto da un anticipo a norma dell'articolo 68, paragrafo 1, del medesimo regolamento. Il valore presente comprende solo il credito (o le quote dello stesso) che gli Stati debitore e creditore abbiano riconosciuto valido, anche nel caso che la totalità del credito, o parte di esso, sia stata oggetto di contestazione.

— i = tasso di interesse annuo stabilito dalla Banca centrale europea per le proprie operazioni di rifinanziamento principali, vigente il primo giorno del mese in cui il pagamento è dovuto.

— *n* = durata (in mesi), a decorrere dal primo mese dopo i termini di cui all'articolo 68, paragrafo 1, del regolamento di applicazione e fino al mese (incluso) precedente il mese dell'effettiva ricezione del pagamento. Tale durata non viene sospesa dalla procedura di cui all'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione.

2. La richiesta di interessi di mora viene presentata dall'organismo di collegamento dello Stato membro creditore all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore entro i sei mesi successivi al mese nel quale viene effettuato il pagamento tardivo.

3. Non vengono prese in considerazione le richieste di interessi di mora presentate dopo il termine di cui al paragrafo 2.

Articolo 17

1. Gli interessi di mora vengono versati all'organismo di collegamento dello Stato membro creditore entro dodici mesi dalla fine del mese nel quale è stata presentata richiesta all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore.

2. Su richiesta giustificata di una delle parti, nei casi in cui non sia stato possibile giungere a una composizione in merito agli interessi di mora richiesti entro i termini di cui al paragrafo 1, la commissione di controllo dei conti agevola la chiusura finale dei conti. La commissione di controllo dei conti presenta il proprio parere motivato entro i sei mesi successivi al mese nel quale essa è stata adita.

E. Disposizioni varie

Articolo 18

1. Ai fini dei pagamenti oggetto della presente decisione, vale come data di pagamento la data di valuta dell'operazione registrata dall'istituto bancario dell'organismo di collegamento dello Stato membro creditore.

2. L'organismo di collegamento dello Stato membro debitore conferma la ricezione di ogni richiesta di pagamento presentata entro due mesi dalla data di ricevimento. Tale conferma indica la data in cui la richiesta è stata ricevuta.

3. Due o più Stati membri, o le loro autorità competenti o i loro organi di collegamento, possono rinunciare al rimborso o prevedere altre modalità di rimborso delle voci oggetto della presente decisione.

4. Il parere della commissione di controllo dei conti, espresso a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione, può esimere dall'effettuare il rimborso o prevedere altre modalità di rimborso delle voci oggetto della presente decisione, tenendo conto del principio di buona cooperazione tra le autorità e le istituzioni degli Stati membri.

F. Liquidazione definitiva dei crediti

Articolo 19

1. I crediti contestati che non sono stati liquidati entro il periodo indicato all'articolo 67, paragrafo 6, del regolamento di applicazione e per i quali nessuna parte ha avviato la procedura di cui all'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione entro 24 mesi dalla fine di tale periodo, sono considerati obsoleti. Durante questo periodo di 24 mesi entrambe le parti continuano a perseguire una risoluzione definitiva di questi casi fino all'avvio della procedura a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione.

2. In deroga al paragrafo 1, per l'avvio della procedura a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione si applicano i termini seguenti:

a) i crediti contestati presentati dall'1° maggio 2010 al 31 dicembre 2013 sono considerati obsoleti se nessuna parte avvia la procedura a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione entro 24 mesi dall'entrata in vigore della presente decisione;
b) i crediti contestati presentati dall'1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2015 sono considerati obsoleti se nessuna parte avvia la procedura a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione entro 36 mesi dall'entrata in vigore della presente decisione;
c) i crediti contestati presentati dall'1° gennaio 2016 al 31 dicembre 2017 sono considerati obsoleti se nessuna parte avvia la procedura a norma dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione entro 48 mesi dall'entrata in vigore della presente decisione.

3. I paragrafi 1 e 2 si applicano solo ai crediti soggetti alle regole di procedura in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 66, 67 e 68 del regolamento di applicazione.

4. Gli organismi di collegamento degli Stati membri possono concordare bilateralmente la liquidazione definitiva dei crediti per le istituzioni rientranti nella rispettiva sfera di competenza. Tali accordi possono anche comprendere soluzioni generali, senza prendere in considerazione i singoli casi.

G. Disposizioni finali

Articolo 20

1. Le istituzioni instaurano tra di loro una buona cooperazione e agiscono come se applicassero la propria legislazione.

2. La presente decisione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Essa si applica a decorrere dal primo giorno successivo alla pubblicazione per tutte le richieste di rimborso basate su spese effettivamente sostenute iscritte nella contabilità dello Stato membro creditore dopo l'entrata in vigore del regolamento (CE) n. 987/2009, nonché per tutte le richieste di rimborso basate sugli importi forfettari pubblicati nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea dopo l'entrata in vigore del regolamento (CE) n. 987/2009.

3. La presente decisione sostituisce la decisione S9 del 20 giugno 2013(4)

4. In deroga al paragrafo 2, l'articolo 12, paragrafo 2, e l'articolo 18, paragrafo 2, si applicano alle richieste di cui al paragrafo 2 presentate all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore dopo il 27 settembre 2013.

La presidente della commissione amministrativa
Moira KETTNER

8.5 DECISIONE N. S6

COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE
del 22 dicembre 2009
concernente l'iscrizione nello Stato membro di residenza ai sensi dell'articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009 e la compilazione degli inventari di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento (CE) n. 987/2009
(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)
(2010/C 107/04)

LA COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI SICUREZZA SOCIALE

visto l'articolo 72, lettera a), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale[6], nell'ambito del quale la commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa e d'interpretazione relativa al regolamento (CE) n. 883/2004 ed al regolamento (CE) n. 987/2009[7],

visto l'articolo 35, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004 suindicato,

visto gli articoli 24 e 64, paragrafi 4 e 6, del regolamento (CE) n. 987/2009 e l'articolo 74 del regolamento di (CE) n. 883/2004, procedendo secondo le modalità stabilite all'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,

DECIDE:

Le norme in materia d'iscrizione, conformemente all'articolo 24 del regolamento (CE) n. 987/2009 (di seguito «regolamento di applicazione») e di tenuta di un inventario di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento di applicazione sono le seguenti:

I. **Iscrizione di cui all'articolo 24 del regolamento di applicazione**

1. Ai fini dell'applicazione dell'articolo 24 del regolamento di applicazione, è stabilita la seguente procedura.
   L'istituzione competente, su richiesta della persona interessata, trasmette un documento pertinente ai sensi degli articoli 17, 22, 24, 25 o 26 del regolamento (CE) n. 883/2004 (di seguito «regolamento di base») e dell'articolo 24, paragrafo 1, del regolamento di applicazione (di seguito «documento attestante il diritto alle prestazioni») alla persona interessata, che deve presentare tale documento all'istituzione del luogo di residenza al momento di iscriversi per ottenere prestazioni in natura.

   Su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza, l'istituzione competente trasmette un documento attestante il diritto alle prestazioni a tale istituzione.

   L'istituzione competente informa l'istituzione del luogo di residenza circa eventuali modifiche o cancellazioni del documento attestante il diritto alle prestazioni. L'istituzione destinataria deve confermare o contestare la modifica o la cancellazione all'istituzione mittente.

   L'istituzione del luogo di residenza informa l'istituzione competente dell'iscrizione della persona interessata nonché di eventuali modifiche o cancellazioni di tale iscrizione. Le informazioni vanno trasmesse non appena siano disponibili le informazioni indispensabili a tal fine presso l'istituzione del luogo di residenza. L'istituzione destinataria deve confermare o contestare tali modifiche o cancellazioni all'istituzione mittente.

2. La data a partire dalla quale il costo delle prestazioni in natura è rimborsabile ai sensi degli articoli 35 e 41 del regolamento di base e degli articoli 62 e 63 del regolamento di applicazione è:

   a) la data di apertura del diritto alle prestazioni in natura, ai sensi della normativa dello Stato competente, registrata nel documento attestante diritto alla prestazione;

   b) la data di cambiamento di residenza o di iscrizione, ove quest'ultima sia successiva alla data di cui alla precedente lettera a) e sia registrata nel documento rilasciato dall'istituzione del luogo di residenza conformemente all'articolo 24, paragrafo 2, del regolamento di applicazione.

   Se i membri della famiglia dell'assicurato, il pensionato o uno dei membri della sua famiglia hanno ancora diritto a prestazioni come conseguenza dell'esercizio di un'attività professionale o della percezione di un reddito sostitutivo, ai sensi della normativa del suo Stato di residenza o di un altro Stato membro, a titolo prioritario, in conformità dei regolamenti, l'iscrizione inizia il giorno successivo alla data di cessazione di tale diritto.

3. La data a partire dalla quale il costo delle prestazioni in natura cessa di essere rimborsato ai sensi degli articoli 35 e 41 del regolamento di base e degli articoli 62 e 63 del regolamento di applicazione è la data di cancellazione dell'iscrizione comunicata dall'istituzione del luogo di residenza all'istituzione competente oppure la data di cancellazione del documento attestante il diritto alle prestazioni comunicata dall'istituzione competente all'istituzione del luogo di residenza.
   Tale data, che deve figurare nel documento di cancellazione, è la data a partire dalla quale il documento attestante il diritto alle prestazioni non è più utilizzabile, in particolare:

6 *GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.*

7 *GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.*

i) la data di decesso o la data in cui l'interessato va a risiedere in un altro Stato membro;

ii) la data di apertura del diritto alle prestazioni in natura ai sensi della normativa dello Stato di residenza o di un altro Stato membro ai sensi dei regolamenti in caso di esercizio di un'attività professionale o di attribuzione di una pensione o di una rendita;

iii) la data in cui i membri della famiglia non soddisfano più le condizioni in materia di diritto alle prestazioni in natura in qualità di membri della famiglia ai sensi della normativa dello Stato membro di residenza.

Spetta a tutte le istituzioni nazionali fare il possibile per ridurre al minimo il periodo tra il termine ultimo del diritto alle prestazioni o l'iscrizione e la data di comunicazione del documento di cancellazione. In particolare, la determinazione della residenza dell'assicurato deve essere verificata conformemente all'articolo 11 del regolamento di applicazione.

II. **Inventario di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento di applicazione**

Membri della famiglia dell'assicurato, pensionati e/o membri delle loro famiglie

1. L'istituzione del luogo di residenza dello Stato membro indicato nell'allegato 3 del regolamento di applicazione calcola l'importo fisso delle prestazioni in natura erogate ai membri della famiglia dell'assicurato conformemente all'articolo 17 del regolamento di base e ai pensionati e/o membri delle loro famiglie conformemente agli articoli 24, 25 o 26 del regolamento di base sulla scorta di un inventario tenuto a tal fine aggiornato in base alle proprie informazioni o a quelle fornite dall'istituzione competente per quanto riguarda l'apertura, la sospensione o la chiusura del diritto alle prestazioni.

   Gli inventari di cui all'articolo 64, paragrafo 4, del regolamento di applicazione indicano il numero di importi fissi mensili dovuti con riguardo ad un anno specifico per ogni membro della famiglia dell'assicurato, per il pensionato e/o per ogni membro della sua famiglia.

2. Per il calcolo del numero delle quote forfettarie mensili, il periodo durante il quale l'interessato può richiedere prestazioni, viene conteggiato in mesi.

   Il numero dei mesi viene ottenuto calcolando come mese civile intero quello contenente la data utilizzata come inizio per il conteggio degli importi fissi.

   Il mese civile nel corso del quale il diritto termina non viene conteggiato, a meno che tale mese non sia completo.

   Se il periodo complessivo è inferiore a un mese, viene conteggiato come un mese.

   Qualora una persona passi da un gruppo d'età a un ' altro durante il periodo in questione, il mese in cui si verifica la modifica del gruppo di età è conteggiato totalmente nel gruppo di età più alto.

III. **Disposizioni finali**

La presente decisione è pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. Essa si applica dalla data di entrata in vigore del regolamento di applicazione.

Il presidente della commissione amministrativa
Lena MALMBERG

Commento ai punti 3 e 4 della Decisione S11

Regolamento CE 883/2004, art. 35):
1. Le prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro per conto dell'istituzione di un altro Stato membro in base al presente capitolo danno luogo a rimborso integrale.
2. Il rimborso di cui al paragrafo 1 è determinato e effettuato ai sensi delle norme previste nel regolamento di applicazione, previa giustificazione delle spese effettivamente sostenute o su base forfettaria per gli Stati membri le cui strutture giuridiche o amministrative sono tali da rendere impraticabile il rimborso sulla base delle spese effettivamente sostenute.
3. Due o più Stati membri, e le loro autorità competenti, possono prevedere altre modalità di rimborso oppure rinunciare ad ogni rimborso fra le istituzioni che rientrano nella loro sfera di competenza.

Articoli 3 e 4 della Decisione S11/2020

L'**articolo 3 della Decisione S11** stabilisce che l'istituzione debitrice **non può effettuare verifiche relative alla fondatezza delle informazioni su cui si basa la richiesta di rimborso**, ma deve accettare che si tratti di "prestazioni medicalmente necessarie" - di cui agli artt. 19 e 27 (1) del Reg. CE 883/2009 - ottenute durante una "dimora temporanea" in altro Stato membro, a meno che non vi siano validi motivi per sospettare un abuso. In tale ultimo caso è possibile, ai sensi dell'art. 67 (5) del Reg. CE 987/2009, respingere ("contestare") la richiesta di rimborso adducendo come motivo l'esistenza di abusi, che naturalmente andranno adeguatamente dimostrati.
Quindi, in linea di principio, **l'entità del rimborso è irrilevante come motivo di contestazione**, si devono avere più che validi motivi che si tratti di cure programmate c.d. mascherate da cure medicalmente necessarie. La prova è molto ardua e le norme comunitarie non ci aiutano molto ad eccezione dell'art. 76 del Reg. 883/04 viene riconosciuta la massima cooperazione e collaborazione tra Stati ai fini della corretta applicazione dei regolamenti di sicurezza sociale. Pertanto, si ritiene che per spirito di collaborazione gli Stati possano richiedere maggiori informazioni (tranne che richiedere documentazione sanitaria come, ad esempio, cartelle cliniche) per cercare di risolvere casi particolari. Ad esempio, può essere richiesta all'istituzione straniera una dichiarazione dalla quale risulti che le cure effettivamente sono state considerate necessarie e contestualmente richiedere all'assistito una dichiarazione che non si è recato all'estero per ricevere delle cure.

L'**articolo 4 della Decisione S11** stabilisce che se l'istituzione debitrice esprime dubbi sull'esattezza dei fatti su cui si basa una richiesta, spetta all'istituzione creditrice riconsiderare se la fattura è stata emessa correttamente ed, eventualmente, annullare o ricalcolare il credito.
In base a questa norma, pertanto, il debitore non può annullare da sé una richiesta di rimborso ma spetta sempre all'istituzione creditrice l'ultima parola su un suo credito.

Cessazione attestati di diritto

Con l'entrata in vigore dei nuovi Regolamenti di sicurezza sociale Reg. CE 883/04 e Reg. CE 987/09, la Commissione ha adottato alcune Decisioni che forniscono ulteriori precisazioni ai fini della corretta interpretazione della nuova normativa. Queste Decisioni hanno abrogato quelle dei precedenti Regolamenti di sicurezza sociale Reg. CE 1408/71 e Reg. CE 574/72, adattandole alla nuova normativa. Ad esempio, la **Decisione S6,** che riguarda l'iscrizione nello Stato di residenza ai sensi dell'art. 24 del Reg. di applicazione, dove viene peraltro auspicata la volontà delle Istituzioni di "**fare il possibile per ridurre al minimo il periodo tra il termine ultimo del diritto alle prestazioni o l'iscrizione e la data di comunicazione del documento di cancellazione**", demandando di fatto ad una futura norma la disciplina della c.d. "retroattività" dei diritti.

Negli accordi bilaterali non vengono disciplinati invece i tempi di gestione delle contestazioni ma esclusivamente nelle convenzioni che ne fanno menzione i tempi massimi per rimborsare le prestazioni erogate.

8.6 CIRCOLARE 21662 DEL 16.07.2018

0021662-16/07/2018-DGPROGS-MDS-P

Ministero della Salute
DGPROGS
0021662-P-16/07/2018
289736271

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio *8*
Funzioni statali in materia di assistenza sanitaria internazionale
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
Tel. 0039 06.59941

DPROGS Uff. 8/

A tutti i Ministeri

Agli Assessorati Regionali alla sanità

Agli Assessorati alla Sanità delle Province autonome di Trento e Bolzano

Al Coordinamento Regionale
Regione Piemonte

All'ICE-Agenzia per la promozione all'estero e l'internazionalizzazione delle imprese italiane

LORO SEDI

e p.c.

All'UCB

SEDE

OGGETTO: DPR 24 novembre 2017, n. 224 "Regolamento recante disciplina delle modalità applicative dei commi da 82 a 84 della legge 24 dicembre 2012, n. 228, nonché le relative procedure contabili, ai sensi dell'articolo 1 comma 86 della Legge di bilancio 24 /12/2012, n.228".

Indicazioni applicative: articolo 3 e 4

Quadro Normativo

Come è noto la legge 24 dicembre 2012, n.228 (legge di stabilità 2013) **all'art. 1 comma 82** ha confermato al Ministero della Salute, quale autorità statale, la competenza in materia di assistenza sanitaria ai lavoratori di diritto italiano in soggiorno all'estero per attività di lavoro e in materia di assistenza transfrontaliera disponendo, altresì, che le Regioni in applicazione dell'art.18 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, provvedano a proprio carico alla regolazione finanziaria dei flussi debitori e creditori connesse alla mobilità sanitaria internazionale.

La legge di bilancio n. 228 al **comma 84** ha, inoltre, trasferito alle Regioni e alle Province autonome la competenza in materia di assistenza sanitaria indiretta che assicura, a determinate condizioni, il rimborso di spese sanitarie sostenute dagli aventi diritto per attività di lavoro all'estero ai sensi dell'articolo 3, lettera b) del DPR 618 /80, disposizione, di conseguenza, abrogata.

Il Regolamento DPR 24 novembre 2017, n. 224, emanato in attuazione della citata legge 228/12, al fine di delineare l'ambito delle competenze fra Stato e Regione, attua il trasferimento di funzioni amministrative e delimita le competenze di natura economica- finanziaria disciplinando le rispettive responsabilità finanziarie, riguardanti i flussi debitori e creditori derivanti dalla mobilità sanitaria sia in ambito UE che internazionale.

Elemento dirimente posto a fondamento della ripartizione delle competenze attiene al dato della residenza in Italia che colloca in capo alle Regioni e Province autonome le funzioni amministrative e finanziarie relativi ai soggetti residenti, mentre risultano a carico dello Stato i compiti attinenti ai non residenti.

La materia dell'assistenza all'estero, dunque, si allinea pienamente al quadro normativo disegnato dal riordino attuato dal Decreto legislativo 502/92, di cui si richiama con particolare riguardo l'art. 12, comma 3.

Il nuovo assetto ordinamentale ha confermato l'impianto tracciato dal DPR 31 luglio 1980, n. 618 "*Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero*", al quale occorre far riferimento per gli istituti giuridici anche non espressamente richiamati nel corpo regolamentare.

In particolare, i soggetti beneficiari dell'assistenza sanitaria sono individuati dalle tipologie indicate all'art.2 lettera a) e lettera b) del citato DPR 618 e successive modifiche.

Posto quanto premesso, si forniscono indicazioni applicative in merito agli articoli 3 e 4 del Regolamento che ha disciplinato le seguenti fattispecie:

A - Procedure amministrative e contabili in materia di assistenza indiretta – (articolo 3)

B- Imputazione economica e regolazione finanziaria degli ulteriori costi relativi all'assistenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618 (articolo 4)

A- Articolo 3 " Procedure amministrative e contabili in materia di assistenza indiretta"

L'articolo 3, **comma 1,** del Regolamento in parola reca le procedure amministrative e contabili in materia di assistenza indiretta in base al principio della residenza dei soggetti aventi diritto, al fine dell'attribuzione degli oneri inerenti ai rimborsi di spese sanitarie sostenute all'estero:

lettera a) qualora i costi siano riferiti a iscritti al SSN residenti nel territorio nazionale sono imputati a carico dei bilanci delle ASL;

lettera b) qualora i soggetti non siano residenti in Italia i costi sono imputati al bilancio dello Stato a cui è riservata la relativa regolazione finanziaria.

Le Regioni a statuto speciale e le Province di Trento e Bolzano provvederanno in conformità ai propri statuti.

Il successivo **comma 2,** pone di esclusiva competenza della ASL il rilascio, per i soggetti ivi residenti, dell'attestato ex art. 15 DPR 618/80, con il quale si accerta il diritto alla copertura sanitaria, all'uopo i richiedenti sono tenuti a presentare documentazione idonea o certificante l'attività di lavoro all'estero.

Alla luce del nuovo quadro dispositivo risulta, implicitamente, abrogato l'onere previsto dall'art. 2 comma 4 del DPR 618/80, ove si prevede la trasmissione trimestrale al Ministero della Salute degli attestati in menzione, da parte delle Unità Sanitarie Locali.

Per quanto attiene, invece, la disciplina riguardante i non residenti aventi diritto resta confermato sia il rilascio del predetto attestato da parte delle Amministrazioni individuate dall'art. 15 DPR 618/80 che il

correlato invio al Ministero della Salute, in considerazione anche delle disposizioni del DPR 28 dicembre 2000, n.445 e successive modifiche e integrazioni.

Le domande di rimborso sono presentate dall'avente diritto, in via esclusiva, alle Rappresentanze diplomatiche e le medesime devono, oltre a rispondere agli elementi individuati **al comma 3,** contenere la seguente documentazione:

- Documentazione sanitaria inerente alle prestazioni sanitarie usufruite all'estero;
- Fatture o scontrini in originale e relativa quietanza;

Il termine di presentazione, fissato in tre mesi, è tassativo a pena di decadenza dal diritto al rimborso, salvo i casi in cui l'interessato dimostri di non aver potuto rispettare i termini per causa di forza maggiore.

Ai fini del computo del termine di decadenza, infatti, devono essere calcolati, per ciascun beneficiario delle prestazioni, tre mesi dalla data di effettuazione della spesa sanitaria o dell'ultima spesa relativa ad un ciclo di cure da riferire ad un unico evento morboso.

Per le malattie di lunga durata o a decorso cronico e per le prestazioni fruite in gravidanza e dal minore in età pediatrica può essere avanzata un'unica domanda di rimborso, relativamente alle spese sostenute nell'ambito di un semestre o per un periodo massimo di un anno.

Al **comma 4,** del suddetto art.3 del Regolamento, in materia di adempimenti posti a carico dell'Ufficio Consolare si fa espresso riferimento alle procedure disciplinate dall'articolo 7, comma 1 del DPR 618/80:

- parere motivato relativamente alle spese in merito alla congruità o meno in relazione ai prezzi e alle tariffe ed onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali;
- inoltro, tempestivo, della domanda di rimborso dell'interessato, con espressa indicazione del luogo di residenza in Italia e riferimento alla ASL di appartenenza.

Il parere, inoltre, deve recare espressa indicazione che il lavoratore interessato non goda di prestazioni garantite da leggi locali o fornite dal datore di lavoro, in tal senso potrà essere acquisita una espressa dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro.

Le procedure ricadenti sulle ASL in materia di rimborsi, disciplinate **dai commi 5 e 7,** del suddetto art.3 del Regolamento, richiamano le procedure dell'art. 7 del DPR 618/80 e prevedono che l'azienda sanitaria valuti i requisiti e la documentazione di seguito indicata:

- attestato ex art.15;
- termini di decadenza;
- ammissibilità prestazioni sanitarie: prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), DPCM 12 gennaio 2017, (G.U. n.65 del 18/3/2017);
- fatture e/o scontrini in originale e quietanze;
- parere di congruità.

Il provvedimento di autorizzazione al rimborso potrà essere liquidato in misura pari alla richiesta o in misura ridotta ovvero disporre la reiezione della domanda per la carenza dei predetti requisiti. Le ASSLL nell'ambito della propria autonomia organizzativa potranno assegnare, se necessario, un termine per la correzione o l'integrazione della documentazione prescritta.

La misura del rimborso è, in ogni caso, diminuita della quota di partecipazione alla spesa sanitaria per singola prestazione di importo pari a quello fissato in caso di prestazione usufruibile in territorio nazionale. Restano esclusi, naturalmente, gli assistiti che hanno diritto alle esenzioni per le fasce di età previste, per patologia (cronica o rara), per stato di invalidità ovvero per casi particolari quali gravidanza, vaccinazioni, accertamento diagnosi HIV ed altre.

In materia di assistenza farmaceutica con riguardo all'introduzione del ticket si applicano le norme regionali emanate ai sensi della legge 23/12/2000, n. 388 (legge finanziaria 2001) e della legge 16/11/2001, n.405.

Ulteriori modalità di rimborso potranno essere definite in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Il Ministero della Salute, ai sensi del **comma 6** dello stesso articolo, continua ad applicare le procedure dell'art. 7 del citato DPR 618/80 per quanto attiene ai rimborsi riguardanti i non residenti aventi diritto.

B- Articolo 4 "Imputazione Economica e regolazione finanziaria degli ulteriori costi relativi all'assistenza sanitaria di cui al DPR 618/1980"

Il provvedimento Regolamentare n. 224/17 all'articolo 4, ha, poi, disciplinato l'imputazione economica e la regolazione finanziaria riguardante i costi connessi all'assistenza diretta di cui si fa espresso riferimento alle fattispecie individuate dal DPR 618/80:

- Articolo 3 lettera a) assistenza assicurata tramite convenzioni da stipulare con istituti pubblici di sicurezza sociale dello Stato estero o con enti, istituti o medici privati in grado di coprire i livelli di prestazioni garantite dai LEA;
- Articolo 5 Assistenza sanitaria mediante convenzioni con istituti pubblici dello Stato estero o con enti, istituti e medici privati riconosciuti dallo Stato in grado di assicurare livelli di prestazioni equivalenti ai LEA in tutto il territorio dello Stato;
- Articolo 9 Assistenza per i lavoratori frontalieri.

La competenza alla stipula delle Convenzioni è attribuita al Ministero della Salute di concerto con il MAECI.

I costi derivanti dalle fattispecie sopra indicate sono così ripartite al **comma 1 dell'articolo 4 del Regolamento:**

lettera a) i costi sono imputati ai bilanci delle Aziende sanitarie locali, tramite le Regioni e le Province autonome, per i soggetti residenti;

lettera b) al bilancio dello Stato qualora siano riferiti a soggetti non residenti in Italia.

Il **comma 2** disciplina la regolazione finanziaria per il tramite del capitolo di spesa 4391, per quanto concerne i costi collegati all'assistenza sanitaria all'estero; provvedendo, altresì, ad assoggettare al medesimo capitolo, i costi posti a carico dello Stato per i casi ricadenti *sub* artt. 5 e 9 del DPR 618/80.

Ai sensi del **comma 3** le Rappresentanze diplomatiche provvedono a pagare, in esecuzione delle Convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera a) e degli articoli 4 e 5 del DPR 618/80, avvalendosi dei fondi accreditati, trimestralmente, dal Ministero della Salute. Le Rappresentanze sono vincolate a trasmettere i relativi rendiconti, entro trenta giorni dalla scadenza del trimestre, con l'indicazione della regione o provincia di appartenenza per i soggetti residenti in Italia.

E' condizione essenziale l'osservanza di detto termine, atteso che i rendiconti rappresentano partite debitorie delle Stato assoggettati a tempi e procedure contingentati ai fini della riassegnazione delle somme.

Ai sensi dei **commi 4 e 5** il Ministero della Salute è tenuto ad inoltrare il rendiconto, di cui al precedente comma 3, alle Regioni entro quindici giorni dal ricevimento dello stesso. Il Ministero, decorsi novanta giorni dal ricevimento del predetto rendiconto senza alcuna contestazione da parte delle stesse in merito alla corretta e legittima imputazione dei pagamenti, comunica al Ministero dell'Economia e delle finanze le somme da recuperare distintamente per ogni regione e provincia autonoma risultata debitrice.

In ordine al **trasferimento d'infermo** da paesi nei quali l'assistenza viene assicurata sia in forma diretta che indiretta, **il comma 11** richiama la procedura dell'art. 6 del DPR 618/80 disponendo che

l'imputazione economica e la regolazione finanziaria dei costi segua la ripartizione prevista nei commi 1 e 2 dell'articolo 4 del Regolamento.

Regime transitorio

In considerazione di quanto fin qui esposto ed al fine di garantire la continuità amministrativa e di consentire alle aziende sanitarie ed alle regioni di adottare le necessarie misure organizzative, il Ministero della Salute, fino al 7/2/2019, continuerà a rimborsare per conto delle ASL gli oneri di cui agli articoli 3 e 4 del Regolamento n. 224/2017, provvedendo ad imputare i relativi costi ai bilanci delle Aziende Sanitarie Locali, per il tramite delle Regioni e Province autonome.

In sede di ripartizione delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno sanitario standard del Servizio Sanitario nazionale si provvederà alla regolazione finanziaria delle somme da recuperare per gli anni dal 1/1/2013 al 7/2/2019, cosi come previsto agli artt. 1 e 2 del Regolamento in parola.

Si richiama, infine, l'attenzione del Ministero degli Affari Esteri e della cooperazione internazionale sulla circostanza che a decorrere dall'8/2/2019 le Rappresentanze diplomatiche saranno tenute a trasmettere la richiesta di rimborso e correlata documentazione alle Aziende Sanitarie Locali di residenza del richiedente.

Alle Amministrazioni e Enti in indirizzo si chiede di portare a conoscenza di tutti gli organismi interessati la presente nota.

Il Direttore Generale
Dott. Andrea Urbani

Referente:
Direttore Ufficio VIII
Dott. Alessio Nardini- 06-59945219
e.mail: a.nardini@sanita.it

9.1 Convenzione ARGENTINA

è limitata all'assistenza sanitaria solo per i pensionati e loro familiari

a) decorrenza : 1/1/1984 - ratifica: legge 18 gennaio 1983 n. 32

b) campo di applicazione

- persone protette : solo i titolari di pensione e loro familiari (di tutte le categorie)

  esclusioni : tutte le altre categorie di lavoratori

c) rischi protetti : malattia

d) situazioni protette : - titolari di pensione (e familiari) in temporaneo soggiorno nell'altro Stato (I/RA-1);

- titolari di pensione (e familiari) residenti nel territorio dell'altro Stato (I/RA-2

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

9.2 Convenzione AUSTRALIA

Non prevede scambi di fatturazioni tra i due Paesi – ciascun Paese nei limiti della Convenzione offre assistenza in urgenza in forma gratuita agli assistiti

e) decorrenza : 1/9/1988 – ratifica: legge 7 giugno 1988

f) campo di applicazione

persone protette: - tutti i cittadini italiani (e australiani) che hanno diritto all'assistenza sanitaria;

- personale rappresentanze diplomatiche (e familiari conviventi)

g) rischi protetti: malattie impreviste cure necessarie (urgenti in forma diretta);

h) situazioni protette: temporaneo soggiorno per un periodo non superiore a 6 mesi (prorogabile se interviene malattia)

distacco: ammesso

esclusioni: rimborso delle spese in forma indiretta

i) modalità particolari: il cittadino australiano dovrà esibire alla USL
- passaporto
- certificato di residenza in Australia (se è straniero)
- tessera "medicare Card" oppure autocertificazione di iscrizione al Medicare in Australia

il cittadino italiano dovrà esibire
- passaporto
- un attestato di diritto rilasciato dalla USL su carta intestata oppure in sostituzione un'autocertificazione

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

9.3 Convenzione BRASILE

a) decorrenza: 26/2/1965 - Accordo di emigrazione fra Italia e Brasile del 9.12.1960 ratificato con legge n. 509 del 2.3.1965
Protocollo aggiuntivo all'Accordo di emigrazione del 9.12.60 firmato il 30.04.1974 e ratificato con legge n. 236 del 30.01.1977
Norme di applicazione del protocollo aggiuntivo all'Accordo di emigrazione del 9.02.1960, sottoscritto il 30.01.1974

b) campo di applicazione

persone protette: - lavoratori subordinati ed assimilati settore privato e lavoratori autonomi assimilati ai lavoratori subordinati

- pensionati delle predette categorie
- familiari a carico delle predette categorie

esclusioni: pubblici dipendenti

c) rischi protetti: malattia- maternità
infortuni e malattie professionali (riguarda solo i lavoratori)

d) situazioni protette: - Temporaneo soggiorno per tutte le persone sopra indicate (IB/2)
- Trasferimento di residenza del pensionato e dei familiari a carico (IB/2)
- Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (IB/3)
- Distacco (IB/2 a seguito presentazione mod. IB/1 rilasciato dall'INPS)

esclusioni: trasferimento per cure

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

9.4 Convenzione CAPOVERDE

j) decorrenza : **1/11/1983** – ratifica: legge 25 gennaio 1983 n. 34; Accordo amministrativo per l'applicazione della convenzione del 7.5.1987.

k) campo di applicazione

persone protette: - cittadini dei due Stati ed i profughi e gli apolidi residenti in uno dei due Stati che siano
- lavoratori subordinati (pubblici o privati) ed autonomi;
- titolari di pensione (delle predette categorie);
- familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza.

l) rischi protetti: malattia- maternità;
infortuni e malattie professionali.

m) situazioni protette : - Temporaneo soggiorno - cure urgenti (111)
- Trasferimento per cure (112)
- Infortuni sul lavoro (123)
- Distacco del lavoratore (106 previo rilascio 101 da parte dell'INPS)
- Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (109)
- Residenza del titolare di pensione (e familiari) nell'altro Stato (121)

e) altra modulistica - sospensione/cessazione del diritto: 108
- notifica ricovero ospedaliero: 113
- concessione protesi e grandi apparecchi:114

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

9.5 Convenzione EX JUGOSLAVIA

Serbia Montenegro - Macedonia – Bosnia-Erzegovina

n) decorrenza: 10/10/1958 – ratifica: legge 11 giugno 1960 n. 885

o) campo di applicazione

persone protette: - lavoratori subordinati del settore privato ed autonomi assimilati
- pensionati delle predette categorie
- familiari a carico delle predette categorie

p) rischi protetti: malattia- maternità
infortuni e malattie professionali

q) situazioni protette: - Temporaneo soggiorno - cure urgenti (mod. 7)
- Trasferimento per cure nell'altro Stato, a condizione che, dopo che si è verificato l'evento, sia stata rilasciata la relativa autorizzazione preventiva (mod. 8)
- Distacco ((mod. 7 - previo rilascio mod. 1 da parte dell'INPS)
- Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (mod. 5)
  - per cessazione diritto (mod. 6)
- Titolare di pensione (e familiari) residente nell'altro Stato (mod. 12)
  - per cessazione diritto (mod.6)

e) esclusioni: rimborso delle spese in forma indiretta.

Avvertenza importante: Per gli Stati sopra indicati la USL rilascia, a richiesta, i formulari (indicati tra parentesi alla lett. d) previo accertamento dell'appartenenza alla categoria delle persone e delle situazioni protette. Tuttavia è necessario avvertire che potrebbe capitare che i formulari non vengano accettati dalle istituzioni locali per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta (cioè a titolo gratuito). Qualora si dovesse verificare questa circostanza, e quindi venisse preteso il pagamento delle prestazioni, queste spese non possono essere rimborsate dalla USL in quanto questa procedura (assistenza in forma indiretta) non è prevista dalla Convenzione e pertanto resteranno a carico dell'interessato. L'unico caso in cui queste spese sono rimborsabili è quando il soggiorno all'estero è dovuto a motivi di lavoro (DPR 31.7.1980 n. 618).

9.6 Convenzione PRINCIPATO di MONACO

r) decorrenza : 1/10/1985 – ratifica: legge 5 marzo 1985 n. 130

s) campo di applicazione

persone protette: - cittadini dei due Stati ed i profughi e gli apolidi residenti in uno dei due Stati che siano
- lavoratori subordinati privati ed assimilati (autonomi);
- titolari di pensione (delle predette categorie);
- familiari a carico (delle predette categorie) in base alla legislazione di residenza.

limitazioni: i dipendenti pubblici ed i pensionati di tale categoria, in applicazione dello articolo 11 della Convenzione, hanno diritto alla copertura della malattia e della maternità solo per:
- temporaneo soggiorno (cure urgenti);
- trasferimento per cure (autorizzazione preventiva)

esclusioni: agenti diplomatici e consolari (coloro che sono occupati presso questi ultimi possono optare).

t) rischi protetti: malattia- maternità;
infortuni e malattie professionali.

u) situazioni protette: - Temporaneo soggiorno - cure urgenti (MIC/8)
- Lavoratori in temporaneo soggiorno (MIC/6)
- Trasferimento per cure (MIC/9)
- Infortuni sul lavoro (MIC/ 8)
- Frontalieri (1MC/IM; 2MC/IM; 3MC/IM)
- Distacco del lavoratore (MIC/ 7 previo rilascio MIC/1 da parte dell'INPS)
- Familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (MIC/5)
- Trasferimento del titolare di pensione (e familiari) nell'altro Stato (MIC/4)

e) altra modulistica
- sospensione/cessazione del diritto. I/MC10; I/MC10 bis.
- notifica ricovero ospedaliero: I/MC13.
- concessione protesi e grandi apparecchi: I/MC 14

NB E' escluso il rimborso delle prestazioni in forma indiretta fatta eccezione per i lavoratori distaccati per motivi di lavoro (DPR 618/80).

9.7 Convenzione SAN MARINO

v) decorrenza: 10/7/1974 – ratifica: legge 26 luglio n. 432; legge 31.1.1996 n. 48

w) campo di applicazione

persone protette: - tutti i lavoratori e le persone assicurate al SSN a prescindere dalla loro cittadinanza

- pensionati
- disoccupati
- familiari a carico

x) rischi protetti: malattia maternità
infortuni e malattie professionali

y) situazioni protette: - temporaneo soggiorno (ISMAR/8)
- trasferimento per cure (ISMAR/8 Bis)
- distacco (ISMAR/5 previo rilascio ISMAR/1 da parte dell'INPS)
- trasferimento di residenza titolare pensione (ISMAR/11)
- familiare di lavoratore che risiede nel territorio dell'altro Stato (ISMAR/5)
- tariffazione delle prestazioni urgenti sostenute direttamente dall'assicurato (ISMAR 13)

9.8 Convenzione SANTA SEDE

(è limitata solo agli infortuni sul lavoro e malattie professionali)

a) **decorrenza**: 1°/01/2004 – ratifica: legge 19 Agosto 2003. n. 244; Accordo Amministrativo per applicazione della Convenzione del 16 giugno 2000.

b) **campo di applicazione**

persone protette: lavoratori (indipendentemente dalla loro cittadinanza) soggetti alla tutela assicurativa contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

c) **rischi protetti**: infortuni sul lavoro e malattie professionali

esclusioni: assistenza sanitaria per malattie comuni

d) **situazione protetta**: distacco del lavoratore nell'altro Stato: (mod. 123 previa emissione certificato di distacco rilasciato dall'INPS). Inoltre la USL dovrà chiedere alla sede INAIL competente una certificazione che il lavoratore da distaccare è assicurato in base al DPR n° 1124 del 30/6/75 e successive modificazioni ed integrazioni

e) **modulistica**: 001; 107; 113; 114; 123; 125.

f) **sistema di addebito delle spese**: in base al costo effettivo (gli addebiti sono emessi solo da parte italiana in quanto la Santa Sede non dispone sul proprio territorio di strutture ospedaliere.)

Organismo di collegamento: Fondo Assistenza Sanitaria (F.A.S.)
00120 Città del Vaticano

9.9 Convenzione TUNISIA

z) decorrenza: 1/6/1987 - legge 7 ottobre 1986 n. 735.

aa) campo di applicazione

persone protette: - lavoratori subordinati ed assimilati, autonomi
- familiari aventi diritto delle predette categorie
- titolari di pensione delle predette categorie
- superstiti delle predette categorie(di qualsiasi nazionalità)

esclusioni: pubblici dipendenti, agenti diplomatici o consolari di carriera ed altro personale delle missioni diplomatiche di ruolo.

(gli altri lavoratori, assunti dalle ambasciate o consolati in Italia, sono assicurati obbligatoriamente al

S.S.N.; questi lavoratori possono optare per la legislazione tunisina se sono in possesso della

cittadinanza italiana).

bb) rischi protetti: malattia- maternità
infortuni e malattie professionali

cc) situazioni protette: - Temporaneo soggiorno limitato solo ai lavoratori occupati nel territorio dell'altro Stato ed ai familiari che risiedono con il lavoratore (ITN/11). In termini più semplici, ciò significa che possono ottenere il mod. ITN/11 solamente i lavoratori tunisini occupati in Italia ed i lavoratori italiani occupati in Tunisia

- Distacco: fino a 36 mesi (ITN- 8 previo rilascio ITN/4 da parte dell'INPS). Per i distaccati italiani, i familiari a carico sono determinati in base alla legislazione italiana – proroga distacco (ITN5)

- Familiari di lavoratori che risiedono nel territorio dell'altro Stato (ITN/10). I predetti familiari non hanno diritto all'assistenza sanitaria in caso di soggiorno temporaneo nell'altro Stato - cessazione/sospensione diritto (ITN13)

- Infortuni e malattie professionali (ITN/14)

- Titolari di pensione a carico di uno solo dei due Stati che risiedono nel territorio dell'altro Stato e loro familiari (ITN9) hanno diritto all'assistenza sanitaria solo nello Stato di residenza, con esclusione, quindi, del rilascio del mod. I/ TN 11 per temporaneo soggiorno nell'altro Stato. Sospensione/cessazione diritto (ITN13)
- Protesi e grandi apparecchi: (ITN12)
- Diritto di opzione: (ITN/7)

esclusioni (oltre quelle sopra indicate): - assistenza indiretta
- trasferimento per cure