



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
LA DIRETTRICE
KYRIAKOULA PETROPULACOS

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori di distretto
Ai Responsabili di Bilancio
Ai Referenti Mobilità
internazionale

delle Aziende USL
della Regione Emilia-Romagna

LORO SEDI

CIRCOLARE N.: 3

Oggetto: DPR 24/11/2017, n. 224 "Regolamento recante disciplina delle modalità applicative dell'art. 1, commi da 82 a 84 della legge 24/12/2012, n. 228, nonché delle procedure contabili, ai sensi dell'art. 1, comma 86 della legge di bilancio 24/12/2012, n. 228": trasferimento competenza assistenza indiretta alle AUSL

La legge di stabilità per l'anno 2013 (legge 28/12/2012, n. 228) 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 D.Lgs 30/12/1992, n. 502 e s.m.i, provvedano, a proprio carico, alla regolazione finanziaria dei flussi debitori e creditori connessi alla mobilità sanitaria internazionale.

Elemento dirimente posto a fondamento della ripartizione delle competenze attiene al dato della residenza in Italia che colloca in capo alla Regione le funzioni amministrative e finanziarie relative ai soggetti residenti, mentre risultano in capo allo Stato i compiti attinenti ai non residenti.

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7163
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/ / _____
INDICE LIV. 1 LIV. 2 LIV. 3 LIV. 4 ANNO NUM Sottofasc. _____
Classif. _____ Fascicolo _____ 2019 _____

Come anticipato con nota del 24 dicembre scorso prot. 760978 , in allegato alla presente si trasmettono gli indirizzi applicativi della normativa vigente in materia, ovvero del DPR 618 del 31/07/1980 e del DPR 224 del 24/11/2017, integrati con le indicazioni fornite nel tempo dal Ministero della Salute.

Tali indirizzi sono stati elaborati nell'ambito del Coordinamento delle regioni e condivisi con il Ministero della Salute.

Si comunica che al fine di garantire la continuità amministrativa, il Ministero della Salute fino al 07/02/2019 continua a rimborsare per conto delle Aziende USL gli oneri derivanti da questa tipologia di assistenza sanitaria all'estero.

Per tutte le richieste di rimborso che saranno presentate alle Rappresentanze diplomatiche dall' 08/02/2019 la competenza amministrativa e contabile è posta unicamente in capo alle Aziende Sanitarie Locali come specificato nel documento allegato alla presente.

Ringraziando per la collaborazione, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Kyriakoula Petropulacos



Allegati: allegati vari

Indirizzi per l'applicazione - D.P.R. 618/1980 e D.P.R. 224/2017

Dal 1 gennaio 1981, ai sensi del DPR 618 del 31/07/1980, i cittadini italiani e loro familiari che si rechino in uno Stato estero con il quale non vigono accordi di sicurezza sociale per svolgervi temporaneamente un'attività lavorativa possono usufruire di un'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Beneficiari dell'Assistenza (DPR 618/1980, art. 2 - nota prot. DGPROGS n. 21662/2018).

L'assistenza viene erogata, fatte salve le norme in materia contenute in accordi bilaterali o multilaterali tra l'Italia ed altri Stati:

A - Lavoratori privati

Lavoratori iscritti al Servizio Sanitario Nazionale i quali svolgano attività lavorativa all'estero, qualora tali soggetti non godano, mediante forme di assicurazione obbligatoria o volontaria, di prestazioni garantite da leggi locali o di prestazioni fornite dal datore di lavoro, o i livelli di tali prestazioni siano palesemente inferiori ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal DPCM 12/01/2017, purché appartenenti alle seguenti categorie:

- 1) lavoratori iscritti al Servizio Sanitario Nazionale occupati temporaneamente all'estero alle dipendenze o in rapporto di compartecipazione o di associazione con imprese o datori di lavoro, ivi compresi i ministri del culto cattolico o di altri culti che svolgano attività connesse al proprio ministero, i religiosi e le religiose del clero che svolgano attività lavorativa presso terzi, i collaboratori familiari al servizio personale di agenti o funzionari delle rappresentanze diplomatiche o consolari. Per l'individuazione della categoria di "lavoratore subordinato" è necessario fare riferimento all'art. 2094 del codice civile e agli artt. 2549 e ss che individuano la categoria di lavoratore legato al datore di lavoro dal contratto di associazione in partecipazione;
- 2) lavoratori autonomi ivi compresi i liberi professionisti, che svolgano all'estero un'attività lavorativa per periodi di tempo limitato. Per l'individuazione della categoria di "lavoratore autonomo" è necessario fare riferimento agli artt. 2222 e ss del codice civile;
- 3) titolari di borse di studio presso Università o fondazioni estere. Si ricorda che questi soggetti sono assimilati ai dipendenti pubblici ai fini dell'erogazione dell'assistenza all'estero. In questa categoria sono ricompresi i vincitori di stage a seguito di graduatoria per l'assegnazione
- 4) familiari dei soggetti di cui ai precedenti numeri che seguano il lavoratore all'estero o lo raggiungano anche per brevi periodi.

Con sentenza della Corte Costituzionale 309/1999 punto 4 viene esteso l'elenco dei lavoratori aventi diritto, ricomprendendo tutti coloro che sono assoggettati al regime fiscale per redditi da lavoro o assoggettati a regime contributivo obbligatorio.

L'assistenza sanitaria in territorio estero compete anche durante i viaggi dell'interessato da o per l'Italia, ovvero durante i viaggi e la permanenza per ragioni di lavoro in località estere diverse da quelle di lavoro. (art. 2, comma 2 DPR 618/80).

Per i lavoratori privati il Ministero della Salute/ASL può, nei casi di dubbia legittimità, verificare tramite le rappresentanze consolari la effettiva permanenza all'estero degli stessi e la consistenza del loro nucleo familiare (art. 2, comma 5 DPR 618/80).

In caso in cui l'attività lavorativa all'estero abbia durata maggiore di 30 giorni, come già chiarito dal Ministero della Salute con telegramma del 22/02/1994, si dovrà provvedere alla sospensione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta c/o l'Azienda Sanitaria Locale di residenza (così come previsto dall'art. 7 della L. 07/08/1982, n. 526 e dai CCNL della categoria).

B - Dipendenti pubblici

Dipendenti pubblici, con attività di servizio all'estero ed in particolare:

- 1) ai dipendenti dello Stato, compresi i contrattisti italiani e impiegati a contratto a legge italiana, anche se non pubblici dipendenti e ancorché prestino la propria opera per missioni di breve durata presso rappresentanze diplomatiche, uffici consolari, delegazioni permanenti o speciali del Governo italiano all'estero, ovvero partecipino per conto del Governo stesso a commissioni, conferenze, trattative o riunioni fuori del territorio nazionale anche presso organismi internazionali;
- 2) al personale militare italiano, anche di leva, in servizio all'estero ed a quello imbarcato su navi o aeromobili italiani, che abbiano bisogno di trattamento sanitario in territorio estero;
- 3) al personale docente o non docente, di ruolo e non di ruolo, compresi gli incaricati locali, in servizio presso le istituzioni scolastiche e culturali italiane all'estero;
- 4) al personale dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato che svolga attività anche temporanea di servizio fuori del territorio della Repubblica;
- 5) al personale degli enti pubblici che presti la propria opera presso delegazioni o uffici degli enti stessi all'estero;
- 6) agli esperti, ai tecnici ed al personale di cui agli articoli 17, 18, 21, 26 e 33 della legge 9/02/1979, n. 38, sulla cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, salvo quanto previsto dall'art. 20, comma 2, della legge stessa;
- 7) alle persone incaricate della direzione di uffici consolari nonché agli esperti di cui all'art. 168 del D.P.R. 05/01/1967, n. 18;
- 8) ai familiari dei soggetti di cui ai numeri precedenti, esclusi quelli dei contrattisti stranieri, che li seguano all'estero o li raggiungano anche per brevi periodi.

L'assistenza sanitaria prevista per le categorie di assistiti come sopra individuati è estesa anche ai familiari del titolare del diritto. Con nota al Coordinamento DGPROGS/728 del 10/01/2019 il Ministero ha chiarito che il diritto all'assistenza per i familiari, che seguono o raggiungono anche temporaneamente il titolare con sede di lavoro all'estero è limitato,

fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni specifiche che disciplinano il trattamento normativo ed economico del lavoratore distaccato all'estero (D.Lgs. 62/1998), ai seguenti soggetti:

- coniuge, non separato legalmente o consensualmente, tranne che la permanenza all'estero dello stesso non sia dovuta all'affidamento dei figli;
- figli ed altri familiari conviventi ed al seguito, individuati secondo le disposizioni di cui all'art. 4 del DL 02/07/1982, n. 402, convertito in legge 03/09/1982, n. 627 (riferito al testo unico in materia di assegni familiari).

In caso di rientro temporaneo in Italia i titolari di modello ex art. 15 non residenti in Italia, come già chiarito con telegramma del Ministero della Salute del 22/02/1994 e specificato con nota prot. DGPROG 728/2019, per l'assistenza sanitaria sul territorio che necessita una prescrizione possono utilizzare lo strumento della visita occasionale. In tale eventualità l'Azienda Sanitaria Locale di temporanea dimora provvede al pagamento della visita occasionale al medico convenzionato, sulla base delle tariffe vigenti, e, successivamente ne richiede il rimborso al Ministero della Salute.

Analogamente, in caso di rientro temporaneo in Italia anche dei titolari di modello ex art. 15 residenti in Italia, per l'assistenza sanitaria sul territorio che necessita di una prescrizione, possono utilizzare lo strumento della visita occasionale. In tale eventualità l'Azienda Sanitaria Locale di temporanea dimora provvede al pagamento della visita occasionale al medico convenzionato, sulla base delle tariffe vigenti, e, successivamente ne richiede il rimborso all'Azienda Sanitaria Locale di effettiva residenza dell'utente.

In caso di temporanei soggiorni non brevi (da intendersi per un periodo superiore ai 30 giorni solari) e in caso di rientro definitivo sul territorio i titolari di modello ex art. 15 residenti in Italia, devono recarsi alla propria Azienda Sanitaria Locale di residenza per provvedere alla scelta del medico di medicina generale a seguito della sospensione dall'elenco degli assistibili.

Condizioni per beneficiare dell'assistenza da parte dei lavoratori privati

A - Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale

L'attività lavorativa all'estero ai fini del diritto all'assistenza sanitaria presuppone, in ogni caso, che il lavoratore conservi la propria residenza in Italia. Infatti, l'art. 2, comma 1, lettera A) del DPR 618/80 prevede espressamente il requisito dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Onde non ingenerare comportamenti di tipo opportunistico, l'assistenza all'estero è riconosciuta nelle sole ipotesi di iscrizione obbligatoria e non nelle ipotesi di iscrizione volontaria Servizio Sanitario Nazionale.

L'assistenza spetta ai cittadini italiani all'estero qualora tali soggetti "non godano, mediante forme di assicurazione obbligatoria o volontaria, di prestazioni garantite da leggi locali o prestazioni fornite dal datore di lavoro".

B - Temporaneità dell'attività lavorativa all'estero

Per tutte le categorie di lavoratori dipendenti si deve fare espresso riferimento alla temporaneità dell'occupazione all'estero, fatto salva l'ipotesi dei titolari di borse di studio per i quali la temporaneità è insita nella particolare natura del beneficio, ovviamente limitato nel tempo.

In assenza di specifica normativa la temporaneità deve essere intesa applicando, in via analogica, i criteri della normativa vigente nell'ambito dell'Unione Europea e, quindi, va limitata in generale ad un periodo non superiore a 2 anni.

Come già consentito dalla normativa comunitaria, tuttavia, per i lavoratori che si recano all'estero alle dipendenze di imprese italiane o straniere aventi sede o rappresentanze legate all'Italia (distaccati), la temporaneità va riferita a tutta la durata del distacco.

Forme dell'assistenza (DPR 618/1980, art. 3)

All'erogazione dell'assistenza sanitaria si provvede sia in forma diretta, sia in forma indiretta.

A - Forma diretta di erogazione dell'assistenza

Le prestazioni sanitarie all'estero possono essere erogate a carico del SSN in forma diretta mediante convenzioni da stipularsi da parte del Ministero della Salute con istituti pubblici di sicurezza sociale dello Stato estero o con enti, istituti o medici privati, che assicurino i livelli di prestazioni garantiti dal Piano Sanitario Nazionale.

Per i dipendenti pubblici residenti all'estero in zone di confine viene riconosciuta la possibilità di optare, limitatamente all'assistenza ospedaliera e riabilitativa, per strutture esistenti in territorio italiano.

La competenza alla stipula delle convenzioni è attribuita in via esclusiva al Ministero della Salute di concerto con il Ministero Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (c.d. MAECI).

B - Forma indiretta di erogazione dell'assistenza

Le prestazioni sanitarie all'estero possono essere erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale in forma indiretta mediante il rimborso delle spese sostenute dall'assistito per sé o per i propri familiari aventi diritto, nei casi in cui non sia stato possibile stipulare le convenzioni previste e richiamate nel punto precedente, ovvero le stesse per qualsiasi motivo siano cessate o sospese. Parimenti si provvederà al rimborso quando, per comprovati motivi di urgenza o di necessità, l'assistito non abbia potuto far ricorso alle istituzioni o ai sanitari.

Rilascio dell'attestato ex art. 15 DPR 618/1980 ed onere contabile delle prestazioni usufruite all'estero (DPR 224/2017 art. 3, commi 1 e 2 - nota prot. DGPROGS n. 21662/2018)

L'art. 3, comma 2 del DPR 224/2017 pone come esclusiva competenza dell'Azienda Sanitaria Locale il rilascio dell'attestato previsto dall'art. 15 del DPR 618/80 con il quale si accerta il diritto alla copertura sanitaria per i soggetti residenti nel proprio territorio.

Alla luce del nuovo dispositivo risulta, implicitamente abrogato l'onere previsto di trasmissione trimestrale al Ministero della Salute di copia degli attestati rilasciati.

I costi connessi all'assistenza sanitaria in forma indiretta all'estero, relativi al rimborso delle spese sostenute dall'assistito residente in Italia in un Comune del territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale sia per sé, sia, eventualmente, per i propri familiari aventi diritto, sono imputati nel proprio bilancio alla voce CE ministeriale BA1300 - B.2.A.14.2) "Rimborsi per cure all'estero".

Per quanto attiene, invece, la disciplina riguardante i non residenti in Italia aventi diritto a tale assistenza, resta confermato il rilascio dell'attestato previsto dall'art. 15 del DPR

618/80 da parte delle Amministrazioni già individuate dalla medesima norma (Amministrazione - Ente Pubblico di appartenenza, Consolato territorialmente competente, o dall'ASL emittente il modello S1 per lavoratori transfrontalieri o distaccati) che continueranno ad inviare trimestralmente al Ministero della Salute copia delle attestazioni rilasciate.

I costi connessi all'assistenza sanitaria in forma indiretta all'estero, relativi al rimborso delle spese sostenute dall'assistito non residente in Italia sono imputati al bilancio dello Stato a cui è riservata la relativa regolazione finanziaria.

Rimborso delle prestazioni usufruite all'estero da residenti in Italia

A - Prestazioni erogate in forma diretta (DPR 224/2017, art. 4, commi 3/4/5/6 - nota prot. DGPROGS n. 21662/2018).

La Rappresentanza diplomatica provvede ai pagamenti delle convenzioni stipulate dal Ministero della Salute (ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera a), artt. 4 e 5 del DPR 618/80) avvalendosi di fondi ad esso trimestralmente accreditati dal Ministero della Salute.

La Rappresentanza diplomatica è vincolata a trasmettere i relativi rendiconti entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre con l'indicazione della Regione di appartenenza per i soggetti residenti in Italia. È condizione essenziale l'osservanza di detto termine, atteso che i rendiconti rappresentano partite debitorie dello Stato assoggettati a tempi e procedure contingentati ai fini della riassegnazione delle somme.

il Ministero della Salute è tenuto ad inoltrare il rendiconto alle Regioni entro 15 giorni dal ricevimento dello stesso.

Il Ministero della Salute decorsi 90 giorni dal ricevimento del predetto rendiconto senza alcuna contestazione da parte delle Regioni in merito alla corretta e legittima imputazione dei pagamenti comunica al Ministero dell'Economia e Finanze le somme da recuperare distintamente per ogni Regione risultata debitrice: i recuperi vengono operati in sede di riparto delle risorse destinate alla copertura del fabbisogno sanitario standard del Servizio Sanitario Nazionale.

Si riporta di seguito il link al sito del Ministero della salute "se parto per"

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=897&area=Assistenza%20sanitaria&menu=italiani

B - Prestazioni erogate in forma indiretta

Domanda di rimborso (DPR 224/2017 art. 3, commi 3 e 4 - nota prot. DGPROGS n. 21662/2018 -nota prot. DGPROGS n. 728/2019)

La domanda di rimborso è presentata dall'avente diritto, in via esclusiva, alla Rappresentanza diplomatica entro e non oltre 3 mesi dalla data di effettuazione della relativa spesa a pena la decadenza dal diritto al rimborso.

Al fine del computo del termine di decadenza devono essere calcolati 3 mesi tra la data di presentazione della domanda di rimborso e la data di effettuazione della spesa sanitaria o dell'ultima spesa relativa ad un ciclo di cure da riferire ad un unico evento morboso.

Sono fatti salvi i casi in cui l'interessato dimostra di non aver potuto rispettare il termine perentorio di 3 mesi per motivi di forza maggiore.

Per le malattie di lunga durata o a decorso cronico e per le prestazioni usufruite 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.

La Rappresentanza diplomatica inoltra tempestivamente all'Azienda Sanitaria Locale di residenza la richiesta di rimborso. La richiesta, pena l'irricevibilità della stessa, deve essere corredata dalla seguente documentazione:

1 - attestato ex art. 15 DPR 618/80 (FAC-SIMILE ALLEGATO 1): si tratta dell'attestato rilasciato al lavoratore, prima della partenza dall'Italia, dall'Azienda Sanitaria Locale per i cittadini residenti in Italia, per i non residenti in Italia è rilasciato dalla Amministrazione/Ente pubblico di appartenenza o dalla Rappresentanza italiana all'estero;

2 - domanda di rimborso (FAC-SIMILE ALLEGATO 2)

3 - parere di congruità (FAC-SIMILE ALLEGATO 3): il parere di congruità è riferito alla ricorrenza dei requisiti di cui all'art. 7, comma 1 del DPR 618/80 (valutazione delle spese che devono ritenersi congrue in relazione ai prezzi, tariffe ed onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali).

4 - indicazione del luogo di residenza in Italia e riferimento dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza dell'avente diritto e dei familiari a carico. Il Ministero ha chiarito (nota DGPROGS n. 728/2019) che la norma afferente al DPR 618/80, non impone il supplemento d'istruttoria con richiesta di completamento o integrazione di documenti che spetta all'istante presentare, salvo i casi in cui l'Amministrazione ne ravvisi la necessità, in sede d'istruttoria delle pratiche di rimborso, di acquisire elementi di chiarimento per la definizione della pratica stessa.

5 - documentazione sanitaria inerente alle prestazioni usufruite all'estero: in merito a tale documentazione il Ministero della Salute ha chiarito quanto segue:

- la certificazione medica con diagnosi è richiesta in quanto la semplice elencazione del tipo di prestazioni fruite è dirimente ai fini dell'individuazione dell'evento sanitario occorso. L'esigenza di dover operare in tale senso nasce dalla necessità di poter accertare talune patologie per le quali non è prevista la partecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket) o, al contrario, per individuare dei livelli di assistenza sanitaria non previsti dal Servizio Sanitario nazionale, al fine di effettuare un'equa valutazione che altrimenti verrebbe a penalizzare l'assistito, sia allo scopo di conseguire una corretta gestione della spesa pubblica che eviti abusi

- secondo l'orientamento della Corte dei Conti - Ufficio controllo atti del Ministero della Salute- l'esigenza della tutela del segreto sanitario segna il passo rispetto all'interesse patrimoniale dell'assistito. La facoltà di appellarsi al segreto professionale e al diritto alla riservatezza risulta superata dall'interesse del paziente a svincolare il sanitario dall'obbligo del segreto, e quindi a documentare il proprio stato di salute.

6 - fatture e/o scontrini delle spese sanitarie in originale corredate di quietanza di pagamento: l'acquisizione delle ricevute di spesa potrà avvenire in forma digitale, fermo restando che occorrerà acquisire la dichiarazione di conformità agli originali di spesa da

restando che occorrerà acquisire la dichiarazione di conformità agli originali di spesa da parte della Rappresentanza diplomatica italiana all'estero, con l'assicurazione che gli stessi originali siano conservati presso gli archivi della rappresentanza;

7 - indicazione del domicilio presso il quale l'avente diritto desidera ricevere il rimborso (art. 8, c. 2 - DPR 618/80);

8 - indicazione dell'indirizzo / casella posta elettronica non certificata e/o posta elettronica certificata a cui dovranno essere trasmesse eventuali comunicazioni;

9 - consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali

Il consenso dovrà essere riferito sia alla trasmissione della documentazione di cui ai punti precedenti all'Azienda Sanitaria Locale, sia all'utilizzo delle informazioni da parte degli Uffici della medesima Aziende ai fini della valutazione della documentazione presentata e della quantificazione del rimborso.

Il cittadino, per agevolare l'attività dell'Azienda Sanitaria Locale deve trasmettere la traduzione in lingua italiana, certificata dalla Rappresentanza diplomatica, conforme al testo redatto in lingua straniera, dei documenti sanitari e di spesa, qualora gli stessi siano redatti in lingua diversa dall'inglese o dal francese.

Rimborso effettuato dall'Azienda Sanitaria Locale di residenza (DPR 224/2017 art. 3, commi 5/6/7 - nota prot. DGPROGS n. 21662/2018 - nota prot. DGPROGS n. 728/2019)

L'Azienda Sanitaria Locale ricevuta la documentazione dalla Rappresentanza diplomatica deve valutare la seguente documentazione e la sussistenza dei seguenti requisiti:

- esistenza dell'attestato ex art. 15 del DPR 618/80
- termini di decadenza dell'attestato ex art. 15 del DPR 618/80
- ammissibilità delle prestazioni sanitarie che devono essere ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal DPCM 12/01/17
- presenza delle fatture e/o scontrini in originale o in forma digitale laddove è previsto le relative quietanze
- parere di congruità della Rappresentanza diplomatica

L'Azienda Sanitaria Locale all'atto del ricevimento della documentazione da parte della Rappresentanza diplomatica deve verificare che la documentazione sia completa e che sia presentata in originale con allegata una copia di tutto il carteggio di riferimento o in forma digitale, fermo restando che occorrerà acquisire la dichiarazione di conformità da parte della Rappresentanza diplomatica all'estero, con l'assicurazione che gli stessi originali siano conservati presso gli archivi della Rappresentanza.

La domanda può NON essere ammessa al rimborso per una delle seguenti motivazioni:

- è irricevibile in quanto non è stata inoltrata tramite la Rappresentanza diplomatica territorialmente competente (art. 7, c. 2 del DPR 618/1980);

- è inammissibile in quanto non è stata presentata nei termini previsti (art. 7, c. 2 del DPR 618/1980);

- è respinta a seguito delle verifiche di completezza e correttezza della documentazione sopra elencata.

L'Azienda Sanitaria Locale competente provvede, entro 90 giorni dalla data di ricevimento dalla Rappresentanza diplomatica della domanda, al rimborso delle spese sostenute con provvedimento motivato.

L'importo rimborsato può essere pari:

- all'importo richiesto dall'avente diritto se nulla osta;
- all'importo ridotto così come indicato nel proprio parere dalla Rappresentanza diplomatica.

La misura del rimborso è, in ogni caso, diminuita della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (ticket + quota aggiuntiva) secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in termini di compartecipazione alla spesa.

Restano esclusi, naturalmente, dalla decurtazione del rimborso i casi di rimborsi richiesti da assistiti che sono titolari di esenzioni per reddito, per patologia (cronica o rara), per invalidità ovvero per prestazioni che vengono identificati come esenti nel DPCM del 12.01.2017 sui LEA (esempio accertamenti in gravidanza, vaccinazioni, accertamento diagnosi HIV, etc.)

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

In caso di documentazione incompleta, l'Azienda Sanitaria Locale comunica all'assistito entro 45 giorni dalla data di ricevimento dall'Ufficio Consolare della domanda di rimborso, la richiesta di integrazione indicando il termine perentorio di ulteriori 30 giorni dalla data della richiesta per la correzione/integrazione della documentazione prescritta

Il diniego al rimborso richiesto avrà necessariamente forma di provvedimento del Dirigente responsabile e dovrà essere emanato entro il termine di 90 giorni dalla data di ricevimento dall'Ufficio Consolare della domanda, e tempestivamente comunicato.

Trasferimento d'infermo (DPR 618/1980 art. 6 - Reg. CEE 833/2004 e 987/2009 - nota prot. DGPROGS n. 728/2019)

In caso di trasferimento dell'infermo, e di un eventuale accompagnatore, in Italia o da una località estera all'altra, le spese di viaggio, se ritenute congrue, con riferimento al mezzo di trasporto usato, sono rimborsate secondo procedure come sopra descritte, a condizione che l'effettuazione del viaggio di andata e ritorno nella sede di servizio del lavoratore sia connessa ai periodi di accertamento e cura della malattia e della relativa convalescenza, debitamente comprovati da idonea certificazione sanitaria o da certificazione medico-legale.

Per il lavoratore dipendente il rimborso delle spese relative al trasferimento d'infermo è subordinato al provvedimento di congedo per malattia adottato dall'Amministrazione/Ente di appartenenza.

Il ricorso al luogo di cura ubicato in uno Stato membro dell'Unione Europea, ai sensi di quanto previsto dai Regolamenti UE 833/2004 e 987/2009 e successive modificazioni ed integrazioni, è sottoposto all'accertamento dell'impossibilità di erogare tempestivamente ed adeguatamente la prestazione richiesta da parte del Servizio Sanitario Nazionale,

secondo le procedure determinate dal Ministero della Salute, in conformità alle disposizioni previste dal DM 03/11/1989 (cure di alta specialità all'estero).

Negli Stati ove l'assistenza sanitaria è assicurata in forma indiretta, l'assistito, qualora ricorra la necessità di prestazioni che rientrano nell'elenco delle alte specialità di cui al DPCM 12/01/2017 – all. 7 e 8, può chiedere ai sensi dell'art.6 del DPR 618/1980 il trasferimento per cure in Italia o altro Paese.

Per eventuali chiarimenti rivolgersi a:

per il Servizio Assistenza Territoriale: Vittoria Pastorelli - tel. 051-5277252
e-mail: Vittoria.Pastorelli@regione.emilia-romagna.it

per il Servizio Amministrazione del SSN, Sociale e Socio-sanitario:

Eleonora Verdini -
tel.051-5277436 e-mail: Eleonora.Verdini@regione.emilia-romagna.it

Valeria Cantaffa
tel.051-5277461 e-mail: Valeria.Cantaffa@regione.emilia-romagna.it

ATTESTATO PER L'ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO
(art. 15 D.P.R. 31 LUGLIO 1980 N. 618)

TITOLARE AVENTE DIRITTO

Cognome _____ Nome _____ Qualifica/Grado _____
Luogo e data di nascita _____ Cod. Fiscale _____
Comune, Via di residenza e C.A.P. (1) _____ e-mail _____
A.S.L. n. _____ Iscrizione S.S.N. (2) n. _____
Categoria di appartenenza (3) _____
Sede di lavoro all'estero _____ Stato _____
Data presumibile di permanenza all'estero (4) _____ dal _____ al _____

Per i lavoratori del settore privato dichiarazione a cura del datore di lavoro
Si attesta che il lavoratore in epigrafe presterà la propria attività lavorativa all'estero alle dipendenze del _____ (Ente, Impresa, Società) per il periodo e nelle località sopra indicati. Il lavoratore si trova nelle condizioni previste dall'art. 2, comma 1, lettera A), del D.P.R. 31.7.1980, n. 618.
Data _____ Timbro e firma _____

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

Relazione di parentela	Cognome e Nome	Data e luogo di nascita

Data _____

Firma del titolare _____

ACCERTATO IL DIRITTO, SI RILASCIAMO IL PRESENTE ATTESTATO

Data _____

(Timbro dell'Ufficio) (5)

Firma del Responsabile _____

NOTE

- (1) Per il lavoratore non più residente anagraficamente sul territorio nazionale indicare l'iscrizione AIRE e la residenza all'estero.
- (2) Per i lavoratori distaccati e residenti all'estero, per i quali non si possa fare riferimento ad una ASL di iscrizione, indicare il numero di matricola, se dipendenti pubblici, ovvero il numero di posizione contributiva INPS, se dipendenti privati.
- (3) Indicare ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 618/80, in quale settore si opera. Per i lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, specificare il datore di lavoro o l'Amministrazione di appartenenza. Il lavoratore autonomo dovrà esibire idonea documentazione che sarà acquisita agli atti della A.S.L. I titolari di borse di studio e i vincitori di stage dovranno esibire la documentazione comprovante il conseguimento della borsa di studio o dello stage specificando l'Università o Fondazione, italiana o estera, che la eroga.
- (4) L'Azienda Sanitaria Locale di iscrizione del lavoratore deve, contestualmente all'emissione dell'attestato, ottemperare agli adempimenti previsti dall'art. 7, comma 1, della Legge 7/8/1982 n. 526: sospendere il medico di medicina generale per soggiorni superiori a 30 giorni.
- (5) Per i lavoratori del settore privato: ASL competente territorialmente o, all'estero, Consolato competente. Per i lavoratori del settore pubblico: ASL competente territorialmente, Ministero della Salute o Amministrazione o Ente pubblico di appartenenza o, all'estero, Consolato competente.

AVVERTENZE

- (A) L'attestato ha validità per il periodo di permanenza all'estero indicato nel frontespizio. Nell'eventualità di una permanenza di tempo indeterminata l'attestato ha validità di un anno dalla data del rilascio. In caso di rientro dal periodo di missione o di distacco all'estero, prima del termine indicato nel frontespizio, il diritto all'assistenza sanitaria all'estero cessa con la data del rientro sul territorio nazionale.
- (B) Ai fini del rilascio dell'attestato deve essere acquisita agli atti la documentazione comprovante il diritto all'assistenza sanitaria all'estero.
- (C) I soggetti legittimati al rilascio dell'attestato devono inoltrare al Ministero della Salute e alla ASL dell'assistito copia dell'attestato emesso.

Azienda Sanitaria Locale

via
(CAP)..... (CITTA').....
(PROVINCIA).....

Domanda inoltrata
tramite la Rappresentanza Diplomatica

Il sottoscritto..... dipendente
da (1) con qualifica di
in servizio presso Codice fiscale
e-mail (PEO/PEC) chiede, ai sensi
dell'art. 7 del D.P.R. 31/07/1980, n. 618, il rimborso delle spese per un importo di (2)
sostenute nel periodo dal al per le prestazioni sanitarie, di
cui all'allegato elenco, fruite dal (3)
nella località di

Dichiara in ordine alle prestazioni sanitarie di cui alla presente domanda che:

- 1) le relative spese non sono oggetto di rimborso da parte di Istituti di assicurazione;
- 2) le prestazioni stesse non sono conseguenti ad infortunio, per il quale sia riconosciuta la responsabilità di terzi;
- 3) ha sospeso il rapporto con il medico di fiducia, ai sensi dell'art. 7 della Legge 07/08/1982, n. 526.

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato (barrare il punto che interessa):

- mediante accredito sul c/c bancario della Banca
..... Agenzia n. di (indirizzo).....
Cod. ABI Cod. CAB Cod. IBAN
- presso il proprio domicilio
- mediante accredito presso Rappresentanza Diplomatica limitatamente al personale a contratto
avente diritto, in servizio presso le rappresentanze diplomatiche, gli uffici consolari e gli istituti di
cultura all'estero.

Data,

Firma

- (1) lavoratori dipendenti, sia del settore pubblico che del settore privato, devono specificare il datore di lavoro e l'amministrazione di appartenenza. I lavoratori autonomi devono fornire indicazione dei soggetti per i quali è svolta temporaneamente l'attività all'estero. Per il borsista o lo stagista specificare l'Università o l'Ente
- (2) Indicare di quale valuta trattasi
- (3) Medesimo o familiare

N.B. Si ricorda che la domanda deve essere correlata dalla documentazione sanitaria, da cui si evidenzia chiaramente la diagnosi e la terapia della malattia, e dalle **fatture di spesa, in originale, debitamente quietanzate**. In caso contrario non si potrà procedere al rimborso della pratica.

presentata alla Rappresentanza Diplomatica di

Data,

IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)

(parte da restituire all'assistito a cura della Rappresentanza)

Il Sig. ha presentato la domanda di rimborso,
a termine dell'art. 7 del D.P.R. 618/80, in data..... con n. allegati di spesa
in originale

timbro e firma

Parere di congruità ex art. 7 D.P.R. 31 luglio 1980, n. 618

Titolare:

Assistito:

L'assistito sopra indicato ha fruito delle sottoelencate prestazioni (1):

1)dal al.....

2)dal al.....

3)dal al.....

4)dal al.....

presso (2):

I) la struttura di un'istituzione pubblica o non avente scopo di lucro (3)

.....

II) una clinica privata (3)

III) l'ambulatorio di un libero professionista (3)

Attese le direttive emanate dal Ministero della Sanità con nota 1000-1225 dell' 11 luglio 1981 (vedere circolare di trasmissione M.A.E. n. 090/1033 in data 14 settembre 1981), si dichiara che le spese sostenute **SONO / NON SONO** (4) congrue in relazione ai prezzi, tariffe ed onorari del luogo, tenuto conto delle possibilità di assistenza sanitaria e degli usi locali.

(1) Indicare le prestazioni sommariamente in base alle branche di appartenenza (specialistiche, ospedaliere, medico generiche, ecc...)

(2) Barrare i punti che interessano

(3) Denominazione del luogo di cura ovvero del libero professionista

(4) Cancellare la voce che non interessa

**DA COMPILARE SOLO SE LE PRESTAZIONI SONO STATE EROGATE
DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE**

Si attesta infatti che (1):

- A) non esistono in lo strutture sanitarie pubbliche o istituzioni sanitarie senza scopo di lucro;
- B) le strutture pubbliche non sono a disposizione degli stranieri;
- C) le strutture pubbliche sono accessibili agli stranieri solo per ricoveri d'urgenza;
- D) le locali strutture pubbliche, in relazione alla qualificazione professionale degli operatori sanitari e para - sanitari ed al livello tecnico - sanitario delle strutture, non offrono adeguate garanzie per la terapia dell'evento morboso in questione;
- E) non sono in vigore tariffe predeterminate con provvedimento governativo per quanto riguarda le prestazioni erogate dai medici generici o specialistici;
- F) le tariffe e gli onorari, di cui si chiede il rimborso, non si discostano da quelli praticati dalla generalità delle strutture private per analoghe prestazioni;
- G) (altre indicazioni non contemplate nei punti precedenti):.....

.....
.....

Data,

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)**

(1) Barrare i punti che interessano

Attesa la non congruità delle spese per le prestazioni fruito dall'assistito sopraindicato, si indicano di seguito gli onorari e le tariffe che si ritengono congrui:

.....
.....
.....

Data,

**IL CAPO DELLA RAPPRESENTANZA
(timbro e firma)**

N.B. La presente deve essere compilata nell'eventualità di dichiarazione di non congruità in quanto:

- si tratta di oneri di ospitalità non strettamente connessi all'assistenza sanitaria, ma riferiti a benefici di carattere strettamente alberghiero: camera singola, telefono, televisore, infermiera personale, ecc ... (in tal caso devono essere indicate le tariffe relative alle condizioni ordinarie di degenza)
- per le prestazioni fruito presso strutture sanitarie private non può essere attestata la sussistenza delle condizioni enunciate sub A), B), C), D), E), F) G);
- gli onorari libero professionali, di cui si chiede il rimborso, sono più elevati di quelli generalmente praticati in loco per analoghe prestazioni

