



Ambasciata
della Repubblica di Polonia
in Roma
Ufficio Consolare



GUIDA PRATICA PER I CITTADINI UE SULLE MODALITA' DI ACCESSO AL SSN

*A cura di Prof. Aldo Morrone
e On. Antonello Aurigemma*

In ordine alfabetico:

gli Autori: Maria Cristaudo, Danuta Gaszowska,

Anna Novara, Ewa Marta Obrok.

hanno collaborato Elisabetta Bilotta, Daniela Daniele

PREFAZIONE

Quello della sanità è uno dei settori più importanti del nostro vivere lo Stato, il territorio e la nostra quotidianità.

La pandemia da covid-19 ha portato alla luce criticità già esistenti, per le quali si sta lavorando, a tutti i livelli, per risolvere e dare un nuovo volto alla realtà sanitaria. Il Servizio Sanitario Nazionale tutela la salute di tutti, in ossequio all'art. 32 della Costituzione, consentendo a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa di prestazioni sanitarie.

Il SSN è stato istituito con la legge n. 833 del 1978, e i suoi principi cardine sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Alla luce di queste parole chiave, che interpretano lo spirito della norma, è fondamentale che anche i cittadini europei siano liberi di accedere a quel sistema di cure garantito dai Trattati e dalle leggi fondamentali dell'Unione Europea. La libera circolazione di persone ha trasformato il volto della nostra Europa: appartenere alla sua grande famiglia vuol dire anche rendere tutti i cittadini in grado di fruire senza ostacoli dei diritti che concede a chi appartiene al suo territorio.

Ho letto con interesse questa guida, che risponde a bisogni concreti di chi, in Italia, si trova a dover usufruire dei servizi del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Ringrazio chi ha lavorato a questo opuscolo, il Professor Aldo Morrone, il Consigliere regionale Antonello Aurigemma e gli altri autori che hanno dato il loro contributo.

Presidente Consiglio Regione Lazio

On. Marco Vincenzi

INDICE

Introduzione	5
Principali riferimenti normativi	11
PARTE A	13
Tutte le modalità di accesso al servizio sanitario italiano	13
Assistenza sanitaria ai cittadini UE soggiornanti in Italia per i periodi inferiori a tre mesi	13
- La tessera europea di assicurazione malattia – team,	13
- Certificato che sostituisce provvisoriamente la tessera	15
Assistenza sanitaria ai cittadini UE soggiornanti in Italia per i periodi superiori a tre mesi	16
Assistenza sanitaria ai cittadini UE con il diritto di iscrizione	16
- Titolari dei formulari comunitari s1 e s 2	16
- Lavoratori subordinati	17
- Il lavoratore stagionale	18
- I familiari a carico	18
- I soggiornanti in possesso di attestato di soggiorno temporaneo	18
- I soggiornanti in possesso di attestato di soggiorno permanente	19
- i detenuti	19
- le persone vittime di tratta o riduzione in schiavitù	19
- gli studenti (erasmus) / dottorandi	19
- cittadino soggiornante per motivi religiosi	20
- i disoccupati	20
Iscrizione Volontaria Al SSN O Assicurazione Privata	21
Cittadini Comunitri Indigenti e Privi Di Copertura Sanitaria ENI	24
Assistenza Sanitaria Transfrontaliera	24

Cure Psichiatriche TSO	27
Autorità Competenti per fornire Assistenza Sanitaria	30
- Medico di famiglia	30
- ASL	30
- Ospedale	30
- Ticket	30
- Codici Pronto Soccorso	32
PARTE B	33
Una rassegna di curiosità di soluzioni insolite utilizzate in altre regioni d'Italia	33
Una rassegna delle soluzioni utilizzate in alcuni paesi dell'UE nel settore sanitario nazionale	36
Tabella Riepilogativa	101
Membri del Unione Europea	104
Modulistica	105

INTRODUZIONE

Assistenza socio-sanitaria ai cittadini europei

Aldo Morrone, Direttore Scientifico Istituto San Gallicano (IRCCS), Roma

La pandemia da Covid-19 ha colpito tutto il mondo ad eccezione dell'Antartide e dell'Artico, in maniera improvvisa e del tutto inaspettata, nonostante studi e ricerche avrebbero dovuto metterci in allarme.

Inoltre ha squarciato il velo delle ipocrisie e ha fatto emergere la violenza delle disuguaglianze tra le persone più fragili. Non è vero che di fronte alla malattia siamo uguali. Non lo siamo mai stati. Non è vero che corriamo tutti gli stessi rischi e abbiamo le stesse opportunità di curarci. Anche i lutti sofferti non sono tutti uguali. Gli anziani con pregresse patologie, spesso difficili da curare anche a causa dei ticket da pagare, sono più a rischio di perdere la vita. Ma l'emergenza Covid-19 ha discriminato e penalizzato soprattutto le donne che sono state e sono sempre in prima fila, obbligate al triplo lavoro dentro le mura domestiche: *smart working*, bambini, cibo, pulizie. Per loro non c'è più distinzione fra vita personale e vita lavorativa. Inoltre hanno subito ancor più di prima violenze maschili. Le donne che hanno chiesto aiuto al numero 1522 sono aumentate del 60% rispetto al 2019.

Non tutte le classi lavoratrici hanno potuto svolgere lo *smart working*. Gli operai, i lavoratori precari e in nero, hanno vissuto rischi maggiori e si sono ulteriormente impoveriti. Oltre 10 milioni di persone non avevano risparmi per vivere 3 mesi senza salario. Le persone che all'inizio della pandemia vivevano in una condizione di fragilità si sono ammalate.

Siamo ormai a oltre 63 milioni di contagi nel mondo, mentre i morti sono oltre 1 milione e 500 mila. Numeri impressionanti. Questo vuol dire che la diffusione del virus continua ad "accelerare". Non è solo una crisi sanitaria, ma economica sociale e in molti paesi anche politica, i cui effetti si faranno sentire per decenni. La pandemia si sta sviluppando con

una doppia velocità e questo spiega anche la differenza di percezione tra i cittadini: nei Paesi che sono stati colpiti per primi ha rallentato, ma nel mondo sta crescendo più velocemente e in aree molto popolate.

In un mondo sempre più interconnesso, dove tempo e spazio hanno assunto una dimensione di notevole rapidità, potendo in poche ore attraversare tutto il pianeta, è necessario garantire la salute di tutti gli individui. In particolare durante la pandemia

In Italia la tutela della salute è un diritto inalienabile del cittadino, garantito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (Helsinki) (1948), dalla Costituzione e da numerose leggi:

Articolo 32 della Costituzione repubblicana italiana: *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.*

Legge 833 del 23 dicembre 1978: la cura dell'individuo viene garantita tramite il servizio sanitario nazionale.

In ossequio a questi principi fondamentali l'obiettivo del Ministero della Salute italiano è quello di garantire lo stato di benessere all'intera popolazione presente sul territorio nazionale. Infatti, la Legge 317 del 2001 assegna al Ministero della Salute "le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti". In particolare, i compiti attribuitigli sono i seguenti:

1. assicurare il buon funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, prestando attenzione alla qualità e all'efficienza, utilizzando metodi informativi efficaci;
2. migliorare le situazioni che presentano elementi di criticità nell'ambito sanitario;

3. collaborare con tutte le istituzioni, per favorire un costante miglioramento;
4. pianificare eventuali interventi per affrontare situazioni di pericolo che minacciano la salute della collettività.

Nel 2019 l'Italia era seconda, dopo la Spagna, nella classifica Bloomberg *Global Health Index* relativa alla cura della salute.

Per tale motivo l'Italia ha sempre voluto tutelare anche la salute dei cittadini stranieri attraverso numerose leggi, in particolare la legge n° 40 del 6 marzo 1998 (Legge Turco-Napolitano).

Negli ultimi 10 anni, l'Unione Europea ha emesso diverse direttive che confermano il diritto delle persone malate a essere curate anche al di fuori della loro nazione di appartenenza e delle prestazioni rimborsate a determinate condizioni. La Direttiva 2011/24/EU del Parlamento Europeo "*on Patients'rights in cross-border healthcare*" chiarisce queste regole.

I cittadini dei paesi dell'Unione Europea hanno ora il diritto garantito di recarsi in un altro Paese dell'UE per le cure mediche e di essere rimborsati per alcune delle prestazioni sanitarie ricevute. La normativa, entrata in vigore il 25 ottobre 2013, chiarisce diritti dei pazienti che erano stati confermati già in una serie di sentenze della corte di giustizia europea, la più alta autorità giuridica della UE. Il diritto a essere curati all'estero esisteva già, ma si applicava solo alle cure che erano state autorizzate dal fornitore di assistenza sanitaria nazionale del paziente e alle terapie medico chirurgiche impreviste e urgenti. Non vi era alcuna garanzia che il costo delle cure ospedaliere affrontate, sarebbe stato rimborsato. La normativa ora fornisce ai pazienti una vasta gamma di scelta, perché copre tutti gli operatori sanitari dell'UE, riduce gli ostacoli burocratici, abolendo la necessaria autorizzazione preventiva. Tuttavia, tale autorizzazione può essere necessaria se il trattamento prevede un pernottamento in ospedale o è altamente specializzato e costoso. Ognuno dei 27 Stati membri dell'UE deve stabilire un punto di contatto nazionale in grado di fornire ai pazienti le informazioni di cui hanno bisogno per fare una scelta informata e ragionata sulla qualità e la sicurezza delle cure che possono aspettarsi di

ricevere in un altro sistema sanitario. I pazienti saranno anche in grado di “lamentarsi” e chiedere un risarcimento se non dovessero essere soddisfatti, e ogni trattamento dovrà essere coperto da assicurazione di responsabilità civile o da una garanzia analoga. Inoltre, le prescrizioni rilasciate in un paese dell’UE devono essere riconosciute in un altro. Questo consentirà alle persone che viaggiano all’estero la possibilità di ricevere i farmaci di cui hanno bisogno, a condizione che siano autorizzati per la vendita disponibili nel Paese in cui presenteranno la prescrizione.

Il salto di specie che ha causato la pandemia da Covid-19 non è stato il primo evento del genere e non sarà l’ultimo. Per questo sarebbe importante prevedere dove e come potrebbe avvenire il prossimo *spillover*. David Quammen, in *Spillover* scriveva:

“Abbiamo violato e continuiamo a farlo, le ultime grandi foreste e altri ecosistemi intatti del pianeta, distruggendo l’ambiente e le comunità che vi abitavano. [...] Uccidiamo e mangiamo gli animali di questi ambienti. Ci installiamo al posto loro. [...] esportiamo i nostri animali domestici, che rimpiazzano gli erbivori nativi. Le circostanze ambientali forniscono opportunità per gli spillover. L’evoluzione le coglie, esplora le potenzialità e fornisce gli strumenti per tramutare gli spillover in pandemie.”

Dovremmo smettere di considerare la natura che ci circonda, tutto il pianeta come un immenso mercato da rapinare e da usurare fino a trasformarlo in una discarica globale come già avviene in migliaia di *bidonvilles*. Non siamo ancora capaci di prenderci cura di tutto il “creato”. Consideriamo persone, animali e foreste, materie prime per la nostra sopravvivenza, tendiamo al loro possesso, allo sfruttamento indiscriminato delle risorse che la terra ci offre, ne invadiamo gli spazi. La sfida del futuro sarà anche questa.

L’Unione Europea, dovrebbe essere la casa di tutti noi, una grande famiglia ed è quindi impensabile che non ci si preoccupi che tutti possano avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale. Il nostro impegno è quello di favorire la presenza in buona salute di tutti i cittadini europei e anche di tutte le persone che a qualunque titolo soggiornano su questo nostro antico continente.

La presenza e la capacità di accogliere e di prendersi cura di tante persone provenienti da paesi e culture diverse dalla nostra, è una grande ricchezza e una speciale opportunità perché ci si conosca e si lavori insieme per restituire a tutti salute e dignità.

Questo documento vuole essere uno strumento informativo e di orientamento, di facile consultazione per i migranti e per i loro familiari. L'ottica utilizzata è di facilitare il percorso di integrazione nella società italiana. Può inoltre rappresentare un utile riferimento per tutti coloro che lavorano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, cui spetta il compito di garantire il diritto alla tutela della salute di tutti. Nessuno può essere lasciato da solo, nessuno si cura da solo e nessuno si salva da solo.

Antonello Aurigemma, Consigliere, Regione Lazio

La sanità è uno dei settori nevralgici e di grandissima rilevanza per ogni singolo Paese. In Italia il diritto alla salute viene garantito dall'articolo 32 della costituzione. Proprio in questi ultimi mesi, a seguito di una pandemia che ha cambiato la nostra vita e le nostre abitudini, abbiamo compreso ulteriormente l'immenso lavoro che svolgono i medici e tutto il personale sociosanitario. Siamo consapevoli di quanto sia necessario lavorare per rafforzare l'assistenza sanitaria, che sia sempre più efficiente e vicina alle istanze delle nostre comunità. E soprattutto è fondamentale rendere ogni procedura semplice e snella per i cittadini, che in molti casi non sanno come comportarsi e a chi rivolgersi. Per questo, ho molto apprezzato questo opuscolo, che rappresenta uno strumento molto valido perché indica e spiega tutte le modalità di accesso al servizio sanitario, rivolto ai cittadini dell'unione europea. Si tratta di un servizio molto utile alle persone, volto a fornire loro un supporto e un sostegno concreto.

Agata Ibek-Wojtasik, Console della Repubblica di Polonia a Roma

E' un vero piacere consegnarVi oggi un opuscolo - guida ai servizi per la salute. Questo lavoro nasce dalla riscontrata necessità di dare una risposta concreta alle numerose domande rivolte all'Ufficio Consolare dell'Ambasciata della Repubblica di Polonia da cittadini polacchi, confusi da informazioni contrastanti o non del tutto esatte. Il nostro intento è di spiegare

in modo chiaro ed esaustivo le modalità d'accesso ai servizi sanitari. Nel lavoro che viene presentato di seguito, ci siamo avvalsi dell'ineguagliabile aiuto del Professor Aldo Morrone, insettologo di fama mondiale, direttore scientifico dell'Istituto San Gallicano, da oltre 30 anni impegnato nel campo sociale attraverso azioni di sostegno e cura alle fasce più deboli, redigendo contenuti informativi in diverse lingue del mondo, e inoltre, della preziosissima collaborazione del Consigliere della Regione Lazio Antonello Aurigemma componente della VII Commissione - Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria, welfare. Ad ambedue va il più profondo ringraziamento per averci affiancati in questa impresa, mettendo a nostra disposizione la propria competenza professionale.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

Il diritto degli individui, e non solo dei cittadini, di accedere alle cure sanitarie sul territorio italiano è un principio che trova il proprio fondamento in diverse fonti normative. In primo luogo nella Costituzione Italiana, il cui art. 32 recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”.

L’art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea così dispone: “Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

Il legislatore italiano con la Legge 6 marzo 1998, n. 40 amplia i concetti di accesso alle cure e di tutela della salute, estendendo allo “straniero” comunque presente sul territorio nazionale, quindi anche non in regola con la normativa in materia di ingresso e soggiorno, i programmi di medicina preventiva e non più le sole cure essenziali.

Con la Legge 40 viene pensata e approvata una legge contenente norme che regolano in modo sia teorico che pratico il fenomeno dell’immigrazione, nell’ottica di raggiungere il più ampio livello di integrazione della persona proveniente da un altro stato.

L’11 aprile 2007 entra in vigore il Decreto Legislativo 30/2007, di recepimento della direttiva comunitaria 2004/38/CE concernente il diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini dell’Unione Europea e dei loro familiari. Ai fini sanitari, per cittadini comunitari si intendono, oltre a tutti i cittadini dei Paesi che fanno parte dell’Unione Europea (UE), anche i cittadini dei Paesi dello Spazio Economico Europeo - SEE (Norvegia, Liechtenstein, Islanda), della Svizzera e della Repubblica di San Marino.

Il Decreto 30 definisce cittadino dell'Unione qualsiasi persona avente la cittadinanza di uno Stato membro ed estende le proprie disposizioni anche ad alcuni familiari del cittadino comunitario, ovvero il coniuge, o il partner che abbia contratto con il cittadino dell'Unione un'unione registrata sulla base della legislazione di uno Stato membro, qualora la legislazione dello stato membro ospitante equipari l'unione registrata al matrimonio e nel rispetto delle condizioni previste dalla pertinente legislazione dello Stato membro ospitante; i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni o a carico e quelli del coniuge o partner; gli ascendenti diretti a carico e quelli del coniuge o partner.

Inoltre, l'art. 3 comma 2 lett. a) del Decreto impone allo Stato di agevolare l'ingresso sul territorio nazionale ad ogni familiare, qualunque sia la sua cittadinanza e al di fuori delle categorie di familiari indicate espressamente quali aventi diritto al soggiorno, che versino in gravi condizioni di salute, tali da rendere necessaria l'assistenza del parente cittadino dell'Unione.

Il Decreto, nel disciplinare il diritto di soggiorno dei cittadini comunitari, distingue tra soggiorni per periodi inferiori ai tre mesi e soggiorni per periodi superiori a tre mesi.

Mentre i cittadini comunitari e loro familiari che intendono soggiornare sul territorio nazionale per periodi inferiori a tre mesi non sono soggetti ad alcun tipo di formalità o condizione, salvo il possesso di un documento di riconoscimento valido per l'espatrio, i cittadini comunitari e loro familiari in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno per periodi superiori ai tre mesi sono tenuti a provvedere all'iscrizione all'Anagrafe della popolazione residente.

A tale proposito va rilevato che la normativa vigente impone l'obbligo di comunicazione di ospitalità della persona entro 48 ore all'autorità di pubblica sicurezza (al Commissariato, alla Questura al Sindaco nei Comuni più piccoli). La comunicazione scritta deve essere effettuata da chi da alloggio o comunque ospita il cittadino, ad esclusione dei casi in cui si sia provveduto alla registrazione del contratto di locazione (Art.7 del D. Lgs. 286/98 e art. 12 Decreto Legge 59/1978, convertito dalla L. 191/78).

PARTE A:

ELENCO DI TUTTE LE MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI UE SOGGIORNANTI IN ITALIA PER I PERIODI INFERIORI A TRE MESI:

LA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA - TEAM

I cittadini comunitari possono soggiornare liberamente in Italia per brevi periodi (generalmente inferiori a tre mesi) senza alcuna formalità, mentre per dimostrare la loro presenza stabile, cioè nel caso siano in possesso dei requisiti per soggiorni più duraturi, sono tenuti a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente.

Il Regolamento UE n. 631/2004 ha notevolmente modificato la precedente normativa comunitaria stabilendo l'introduzione progressiva, dal 1 giugno 2004, della TEAM la quale, andando a sostituire i corrispondenti modelli comunitari in precedenza rilasciati, viene utilizzata per fruire di prestazioni sanitarie in caso di temporaneo soggiorno in uno Stato membro diverso da quello di residenza; ciò significa che ai cittadini comunitari assistiti da altro Stato membro, temporaneamente soggiornanti in Italia, è garantito l'accesso alle prestazioni sanitarie che si rendano necessarie attraverso la TEAM.

La TEAM consente quindi al cittadino comunitario che si trovi temporaneamente in uno Stato membro diverso da quello d'origine di accedere direttamente ai servizi sanitari di quel Paese, alle medesime condizioni degli assistiti di quello Stato, e di ricevere tutte le prestazioni necessarie sotto il profilo medico, con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto.

La TEAM viene di regola rilasciata dalle istituzioni competenti del Paese di provenienza del cittadino comunitario prima della sua partenza per l'Italia

in maniera tale da poter essere utilizzata in caso di bisogno di assistenza sanitaria già al suo arrivo; nell'ipotesi in cui il cittadino comunitario si trovi nel nostro Paese privo di TEAM, questa può essere richiesta all'istituzione estera competente, dichiarata dal cittadino comunitario, anche dalla ASL; in questo caso, le istituzioni estere competenti attestano il diritto a fruire in Italia delle prestazioni sanitarie specificatamente previste dalla TEAM e si assumono l'onere delle prestazioni sanitarie eventualmente erogate in Italia; qualora invece le condizioni non sussistono (ad esempio la breve durata del soggiorno non consente di ottenere i formulari dall'istituzione estera), il pagamento della prestazione sarà interamente a carico dell'assistito il quale potrà richiedere il rimborso al rientro nel suo Paese.

La Commissione europea ha inoltre stabilito (Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio, COM 2009, 313 del 2 luglio 2009, "Guida ad una migliore trasposizione e applicazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente all'interno del territorio degli Stati membri") che lo Stato ospitante deve consentire al cittadino dell'Unione di non spostare la propria residenza anche per soggiorni superiori a tre mesi, "come ad esempio studenti o lavoratori distaccati o cittadini che non intendono trasferirsi stabilmente in Italia in quanto mantengono il proprio centro di interessi presso lo Stato di provenienza". In entrambi i casi di soggiorno temporaneo, inferiore o superiore a tre mesi, il cittadino comunitario potrà utilizzare la TEAM rilasciata dal proprio Paese di origine per ricevere le cure ritenute medicalmente necessarie.

Tale tessera, permette di usufruire delle cure medicalmente necessarie (e quindi non solo urgenti) coperte in precedenza dai modelli E 110, E 111, E 119 ed E 128. La TEAM, viene rilasciata, in linea di principio a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. Eccezioni riguardano: i lavoratori con contratto di diritto italiano iscritti all'Anagrafe italiani residenti all'estero (AIRE) e distaccati all'estero; gli studenti (titolari di modello S1) iscritti all'AIRE i pensionati (e loro familiari) in possesso di un modello S1 (dal 1° maggio 2010 con l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale); i familiari di lavoratori, che risiedono in un Paese diverso da quello del capofamiglia, in posses-

so di modello S1 Inoltre, la TEAM spetta anche ai cittadini comunitari iscritti al SSN e non a carico di Istituzioni estere.

L'assistito, per ottenere le prestazioni, può recarsi direttamente presso un medico o una struttura sanitaria pubblica o convenzionata ed esibire la TEAM, che da diritto a ricevere le cure alle stesse condizioni degli assistiti del Paese in cui ci si trova. L'assistenza è in forma diretta e pertanto nulla è dovuto, eccetto il pagamento di un eventuale ticket (che in Francia, ad esempio, è del 20% su ogni prestazione) è a diretto carico dell'assistito e quindi non rimborsabile.

Si rammenta che in Svizzera ed in Francia (dove vige un sistema basato sull'assistenza in forma indiretta), il più delle volte viene richiesto il pagamento delle prestazioni. E' bene sapere che il rimborso (eccetto, come detto sopra, per il ticket) può essere richiesto direttamente sul posto all'istituzione competente (alla LAM al per la Svizzera ed alla CPAM competente per la Francia). In caso contrario il rimborso dovrà essere richiesto alla ASL al rientro in Italia, presentando le ricevute e la documentazione sanitaria.

Si sottolinea che la TEAM non può essere utilizzata per il trasferimento all'estero per cure di alta specializzazione (cure programmate), per le quali è necessaria l'autorizzazione preventiva da parte della propria ASL.

La TEAM ha validità sei anni (Decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 25 febbraio 2010, che aggiorna il Decreto dell'11 marzo 2004), eccetto diversa indicazione da parte della Regione/ASL di appartenenza. In prossimità della scadenza, l'Agenzia delle entrate provvede automaticamente ad inviare la nuova tessera.

CERTIFICATO CHE SOSTITUISCE PROVVISORIAMENTE LA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE

Si può richiedere alla propria ASL di appartenenza un certificato sostitutivo della TEAM solo nei seguenti casi eccezionali quali furto o smarrimento, se la tessera è stata già ricevuta, presentando copia della relativa denuncia oppure partenza in tempi troppo brevi per poter ottenere

la tessera, se non è stata ancora ricevuta. In quest'ultimo caso, l'Ufficio dell'Agenzia delle entrate ha previsto la possibilità per le ASL di richiedere on-line la tessera per gli assistiti che ne facciano richiesta. Dalla data della richiesta occorreranno circa 30 giorni per riceverla. E' sempre possibile, da parte delle ASL, rilasciare un certificato sostitutivo provvisorio compilato a mano.

Se i dati anagrafici riportati sulla TEAM fossero errati, il cittadino potrà rivolgersi ad un qualsiasi Ufficio dell'Agenzia delle entrate per chiederne la correzione. Allo stesso modo, in caso di smarrimento o furto, il cittadino potrà richiederne un duplicato.

È bene ricordare che il Ministero della Salute non ha alcuna competenza nell'emissione e distribuzione della TEAM.

ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI UE SOGGIORNANTI IN ITALIA PER I PERIODI SUPERIORI A TRE MESI:

ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI UE CON IL DIRITTO DI ISCRIZIONE:

- **TITOLARI DEI FORMULARI COMUNITARI S1 E S2** Formulari comunitari sono attestazioni di diritto a fruire prestazioni sanitarie. i Formulari europei devono essere richiesti dal cittadino all'Autorità competente del proprio Paese UE di provenienza prima dell'ingresso in Italia. Dal 2014 formulari europei E106, E109, E120, E121 sono stati sostituiti dal modello S1. Il modello S1 è un documento portatile di attestato di diritto che viene rilasciato agli assistiti dal Paese di Provenienza. Deve essere rilasciato ad ogni singola persona assistita. i documenti portabili sono attestati di diritto che vengono rilasciati agli assistiti e che devono essere presentati presso un'istituzione di sicurezza sociale dello stato estero. Tali documenti si distinguono dai SEDs che, invece, vengono scambiati tra Istituzioni per via elettronica tramite il sistema integrato denominato EESSI. Ogni documento portabile (S1) viene rilasciato ad una singola persona (compresi i familiari che, pertanto, avranno il loro documento) e contiene i dati che la identificano e i dati di sicurezza sociale che lo rilascia con l'apposizione del timbro e della firma del funzionario addetto al rilascio. Il documento portabile S1 (lavoratore in

distacco/familiare di lavoratore), è costituito da 5 quadri che devono essere compilati dall'istituzione competente (l'istituzione presso cui è assicurato il soggetto). Il quadro 3 deve essere compilato esclusivamente se l'assistito deriva il suo diritto da una persona assicurata (quindi per i familiari l'istituzione sanitaria polacca deve inserire il nominativo del titolare nel riquadro 3). Nel caso specifico (familiare dell'assicurato) l'istituzione competente non rilascia un modello separato ma aggancia il familiare al titolare del diritto (Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: documenti portabili e SEDS). La richiesta di iscrizione per tutti i componenti del nucleo familiare vengono inoltrate attraverso il nuovo sistema informatico EESSI RINA (scambio di dati e richieste tra istituzioni sanitarie per mezzo dei cosiddetti documenti elettronici strutturati "SED"). Il modello S1 garantisce il diritto alle cure sanitarie al pari dei cittadini italiani, compreso il Medico di Medicina Generale. Modello S2 copre le cure sanitarie necessarie. modello S2 permette ad una persona assicurata in un paese dell'UE(1) di dimostrare di avere diritto a cure programmate (o "pianificate") in un altro paese dell'UE. Se una persona si reca in un altro paese per sottoporsi a cure sanitarie, la relativa spesa sarà sostenuta dall'ente per l'assistenza sanitaria di questa persona soltanto se per tali cure è stato preventivamente chiesto il permesso all'ente (cioè la previa autorizzazione). Tuttavia, nell'eventualità in cui il trattamento richiesto sia previsto nel paese di provenienza ma non sia disponibile in tempi utili in relazione allo stato di salute del paziente, tale autorizzazione non può essere rifiutata. Viene rilasciato alla donne in gravidanza che vogliono partorire in Italia, dove già risiede il marito. Copertura sanitaria è prevista sia per la madre sia per il bambino, fino alla dimissione del nascituro dell'ospedale.

- LAVORATORI SUBORDINATI O AUTONOMI IL LAVORATORE SUBORDINATO è iscritto per la durata del rapporto di lavoro e se questo è a tempo indeterminato, compreso anche il lavoro autonomo, l'iscrizione è a tempo indeterminato (declinato dalla maggior parte delle Regioni, in forza della loro autonomia in materia, in annuale, per la verifica del mantenimento dei requisiti, obbligo messo in capo alle ASL espressamente e chiaramente dalla circolare stessa disponendo che la ASL dovrà sempre accertare che permangono i requisiti per il mantenimento dell'iscrizione al SSN); se il rapporto di lavoro è a tempo determinato, è iscritto per la durata del contratto (e comunque non oltre l'anno, per quanto detto sopra).

- **IL LAVORATORE STAGIONALE** ha diritto alla iscrizione obbligatoria al SSN anche per un periodo inferiore a tre mesi;

- **I FAMILIARI A CARICO** I familiari che accompagnano o raggiungono il cittadino comunitario o italiano che soggiornano in Italia per un periodo superiore ai tre mesi hanno diritto di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale e di ricevere gli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono i cittadini italiani, se rientrano nelle seguenti categorie: familiare a carico di lavoratore stagionale/subordinato/autonomo; familiare a carico di cittadino italiano (compreso il genitore, di cittadinanza europea, di minore cittadino italiano); familiare a carico di disoccupato o di lavoratore distaccato in possesso di formulario S1 o familiare di disoccupato in un altro Stato membro; familiare a carico di richiedente pensione erogata da altro Stato membro dell'UE in possesso di formulario S1; familiare a carico di titolare di pensione erogata da altro Stato membro dell'UE in possesso di formulario S1; familiare a carico di lavoratore in altro Paese dell'UE in possesso di formulario S1.

- I SOGGIORNANTI IN POSSESSO DI ATTESTATO DI SOGGIORNO TEMPORANEO

Il cittadino comunitario in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno per i periodi superiori ai tre mesi è tenuto a provvedere all'iscrizione nell'Anagrafe della popolazione residente, deve inoltre dotarsi di assicurazione sanitaria idonea a coprire le spese sanitarie e valida sul territorio nazionale. Per i primi cinque anni di soggiorno viene rilasciato **l'attestato di regolarità di soggiorno temporaneo. La documentazione comprovante il possesso dei requisiti stabiliti dal D. Lgs. n. 30/2007 per l'iscrizione anagrafica è seguente:** essere lavoratore subordinato o autonomo nella Stato italiano; ovvero di avere la disponibilità per se stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti e di una assicurazione sanitaria che copra tutti i rischi nel territorio nazionale o modello di distacco; di essere iscritto presso un istituto scolastico o di formazione professionale pubblico o privato riconosciuto e disporre di risorse economiche sufficienti, da attestare attraverso una dichiarazione o con altra idonea documentazione.

- I SOGGIORNANTI IN POSSESSO DI ATTESTATO DI SOGGIORNO PERMANENTE Soggiornanti in possesso di attestazione di regolarità di soggiorno temporaneo maturato cinque anni di residenza in Italia e loro familiari che abbiano maturato individualmente il diritto di soggiorno permanente vengono iscritti al SSR a tempo indeterminato senza la verifica di ulteriori requisiti. Per l'attestato di soggiorno permanente bisogna presentare: Modulo di richiesta dell'attestato di soggiorno permanente per i cittadini dell'Unione Europea, inoltre mostrare in originale e consegnare in fotocopia: Passaporto o carta d'identità del paese di provenienza, Attestazione di regolarità di soggiorno temporaneo. Documentazione idonea a dimostrare di aver soggiornato legalmente ed in via continuativa per almeno 5 anni sul territorio nazionale, alla data della richiesta di attestazione medesima (ad esempio estratto contributivo INPS).

- I DETENUTI Al momento dell'entrata in carcere, tutti i detenuti devono senza ritardo essere visti da un membro del servizio di assistenza sanitaria dell'istituto. Durante la custodia, i detenuti devono poter avere accesso a un dottore in ogni momento, indipendentemente dal loro regime di detenzione. Per i detenuti stranieri, l'iscrizione al SSN viene fatta per il periodo di detenzione a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

- LE PERSONE VITTIME DI TRATTA O RIDUZIONE IN SCHIAVITÙ La legge 228 del 2003, riguardante le "Misure contro la tratta di persone", ha stabilito ... speciali programmi di assistenza per vittime di tratta e riduzione in schiavitù. "in via transitoria, adeguate condizioni di alloggio, di vitto e di assistenza sanitaria". L'iscrizione al SSR è previsto per il periodo del progetto di assistenza.

- GLI STUDENTI (ERASMUS) / DOTTORANDI Studenti con cittadinanza dell'Unione Europea (studenti UE) **Con residenza anagrafica in Italia** da almeno 5 anni, possono richiedere al Comune di residenza l'"*Attestato di Soggiorno Permanente*" che dà diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con scelta del Medico a tempo indeterminato. Con **formulario S1** rilasciato dal Paese di provenienza, possono iscriversi al SSN con scelta del medico per la durata temporale indicata nel formu-

lario. Privi dei requisiti per la scelta del medico ma in possesso di **tessera sanitaria europea (TEAM)** del Paese di provenienza in corso di validità, possono ricevere tutte le prestazioni sanitarie medicalmente necessarie, quali visite occasionali dai Medici di Medicina Generale e prestazioni di Specialistica Ambulatoriale.

In assenza di attestati di diritto possono stipulare una **polizza sanitaria privata** pari alla durata del corso di studi, che copra tutti i rischi, che non prevede l'iscrizione al SSN né la scelta del medico. In alternativa possono richiedere l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale, autocertificando la qualità di studente. Attenzione! Le polizze sanitarie private di norma prevedono che lo studente paghi le spese e poi chieda il rimborso alla compagnia assicurativa. Quando acquisti la polizza verifica con attenzione le modalità e i limiti dei rimborsi. Ricordati che le spese sanitarie da anticipare potrebbero essere molto alte, ad esempio in caso di ricovero ospedaliero.

- **CITTADINO SOGGIORNANTE PER MOTIVI RELIGIOSI** per ottenere iscrizione al SSN devono procedere al Comune all'iscrizione anagrafica presentando la carta d'identità del paese di origine valida per l'espatrio o passaporto; Dichiarazione responsabile comunità religiosa in Italia attestante la natura dell'incarico ricoperto, l'assunzione dell'onere del vitto, dell'alloggio, delle spese sanitarie o **polizza di copertura sanitaria**, vistata dalla Curia Vescovile o da equivalente autorità religiosa presente in Italia. Altrimenti possono accedere al SSR con il formulario S1 rilasciato dalla comunità religiosa distaccata.

- **I DISOCCUPATI** Cittadino UE **disoccupato involontario che ha lavorato per più di 1 anno in Italia**, ha diritto di Iscrizione per la durata dello stato di disoccupazione involontaria, con verifica annuale, Cittadino UE disoccupato involontario che ha lavorato, nell'ultimo anno, **per meno di 12 mesi in Italia**, ha diritto di Iscrizione per un anno dalla data della disoccupazione involontaria, Cittadino UE **disoccupato involontario iscritto a un corso di formazione professionale o non involontario iscritto a un corso attinente all'attività precedentemente svolta**, ha diritto di Iscrizione pari alla durata del corso di formazione professionale.

ISCRIZIONE VOLONTARIA AL SSN O ASSICURAZIONE PRIVATA Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia, per un periodo superiore a tre mesi, che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattia, di infortunio e per maternità, mediante la stipula di una polizza assicurativa privata, ovvero, con iscrizione volontaria al SSN.

L'assicurazione sanitaria riguarda particolari gruppi di cittadini comunitari che hanno la residenza o il soggiorno in Italia e risultano privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza (cioè non esibiscono attestati di diritto come la TEAM), oppure non hanno diritto all'iscrizione al SSN. Il cittadino comunitario, infatti, ha diritto di soggiornare nel territorio nazionale per un periodo superiore a tre mesi anche nell'ipotesi in cui (Art. 7 comma 1 lett. b) e c) D.Lgs. n. 30/2007).

Disponga per se stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il periodo di soggiorno e di un contratto di assicurazione sanitaria, privata o pubblica che copra tutti i rischi nel territorio nazionale. La disponibilità di risorse economiche sufficienti può essere autocertificata dall'interessato (artt. 47 e 47 DPR 445/2000) e per la loro quantificazione viene utilizzato il parametro dell'importo del sussidio sociale minimo ritenuto sufficiente per il soggiorno del richiedente e di un familiare, raddoppiato nel caso di due familiari, triplicato se i familiari conviventi sono quattro o più di quattro, tenendo conto anche di eventuali entrate da parte dei familiari conviventi.

Sia iscritto presso un istituto pubblico o privato riconosciuto per seguirvi come attività principale un corso di studi o di formazione professionale e dispone, per se stesso e per i propri familiari, di risorse economiche sufficienti che permettono di non gravare sull'assistenza sociale dello Stato durante il suo periodo di soggiorno, da attestare attraverso una dichiarazione o un'altra idonea documentazione e di un contratto di assicurazione privata o pubblica che copra tutti i rischi nel territorio nazionale.

Il contratto di assicurazione sanitaria non dà diritto all'iscrizione al SSN.

Il contratto di assicurazione privata deve avere determinati requisiti: essere valido in Italia, coprire tutti i rischi nello Stato ospitante, avere una durata annuale con indicazione della decorrenza e della scadenza, indicare gli eventuali familiari coperti e il grado di parentela e infine, deve indicare le modalità e le formalità da seguire per la richiesta di rimborso.

L'iscrizione volontaria al SSN o la sottoscrizione di una polizza assicurativa da parte dei cittadini comunitari che vi devono provvedere costituisce un requisito necessario per la successiva iscrizione all'anagrafe della popolazione residente.

Hanno diritto ad iscriversi volontariamente al SSN: gli studenti e le persone alla pari anche per periodi inferiori a tre mesi, coloro che sono titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva e non svolgono alcuna attività lavorativa, il personale religioso (non iscrivibile obbligatoriamente) il personale diplomatico e consolare delle Rappresentanze estere operanti in Italia, con esclusione del personale assunto a contratto in Italia per il quale è obbligatoria l'iscrizione al SSR, dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia, stranieri che partecipano a programmi di volontariato, familiari ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare, dopo il 5 novembre 2008, tutte le altre categorie individuate per esclusione rispetto a coloro che hanno titolo all'iscrizione obbligatoria.

I genitori ultra sessantacinquenni ricongiunti in Italia dal proprio figlio/a dal 5 novembre 2008, anche se titolari di un permesso per motivi familiari non possono essere più iscritti obbligatoriamente al SSN.

Il decreto legislativo 160/08 ha infatti disposto che i genitori ultra sessantacinquenni devono essere in possesso di una propria polizza sanitaria valida in Italia o iscriversi al SSN volontariamente pagando un contributo previsto da un decreto ministeriale, attualmente in fase di perfezionamento.

Come e dove iscriversi volontariamente al SSN

L'iscrizione volontaria al SSN è effettuata dietro pagamento di un contributo forfettario annuale.

Si precisa che l'iscrizione volontaria al SSR fa riferimento all'anno solare _ 1 gennaio – 31 dicembre, non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva.

Per iscriversi volontariamente al SSN occorre corrispondere un contributo annuale calcolato sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente (da intendersi come anno solare) in Italia o all'estero.

Tale contributo si calcola applicando:

- l'aliquota del **7,50%** fino alla quota di reddito pari a € 20.658,28
- l'aliquota del **4%** sugli importi eccedenti a € 20.658,28 e fino al limite di €. 51.645,69.

In ogni caso l'importo non potrà essere inferiore a € 387,34

Sono scrivibili volontariamente - ai sensi dell'art. 34 del T.U.286/98 gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno con validità anche **inferiore a 3 mesi** solo nei seguenti casi:

1. motivi di studio
2. persone collocate alla pari

In questi due casi il contributo da versare per l'iscrizione volontaria è forfettario ed è il seguente:

1. motivi di studio: il contributo forfettario pari a € 149,77 è previsto solo qualora lo studente non abbia redditi diversi da borse di studio o da sussidi economici erogati da enti pubblici italiani.

2. persone collocate alla pari il contributo è di € 219,49.

Tale contributo forfettario- per gli studenti e persone collocate alla pari - non è valido qualora tali soggetti abbiano familiari a carico.

In tale caso la misura del contributo deve essere calcolata secondo le modalità sopraindicate.

L'iscrizione volontaria si estende ai famigliari a carico.

CITTADINI COMUNITARI INDIGENTI E PRIVI DI COPERTURA SANITARIA ENI (Europeo Non Iscritto)

Visto quanto stabilito dall'art. 32 Cost. che sancisce "la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti", e quanto già affermato dall'art.1 comma 2 D.Lgs. 286/98 (successivamente modificato dall'art. 37 l. 133/08) che prevede l'estensione delle disposizioni del T.U. sull'immigrazione relative ai cittadini non comunitari, qualora più favorevoli, ai cittadini comunitari, ne deriva che anche ai cittadini comunitari soggiornanti in Italia per periodi superiori a tre mesi, che autodichiarino la propria condizione di indigenza e non siano in possesso dei requisiti per l'iscrizione al SSN, siano sprovvisti di assicurazione sanitaria e non risultino assistiti dallo Stato di provenienza, sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti:

- La tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane;
- La tutela della salute dei minori;
- Le vaccinazioni previste dalla normativa e assicurate nell'ambito di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle Regioni;
- Gli interventi di profilassi internazionale;
- La profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai;

- La cura, la prevenzione e la riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

La prescrizione e la registrazione di tali prestazioni a favore dei cittadini comunitari avviene tramite l'utilizzo di un codice regionale a sigla ENI (Europeo Non Iscritto).

Il codice ENI è un codice identificativo composto da 16 caratteri:

- Tre caratteri sono costituiti dalla sigla ENI;
- Tre caratteri dal codice ISTAT relativo alla Regione;
- Tre caratteri dal codice ISTAT relativo alla ASL che attribuisce il codice;
- Sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Il codice ENI consente alle ASL di fornire le prestazioni e di rendicontarle separatamente per poi chiederne, eventualmente, il rimborso allo Stato competente.

Il codice ENI permette quindi di identificare l'assistito per tutte le prestazioni fruibili; viene attribuito in occasione della prima erogazione della prestazione nel caso in cui il cittadino comunitario non ne sia in possesso; ha una validità di sei mesi sul territorio regionale ed è rinnovabile nel caso in cui permane lo stato di indigenza e l'assenza dei requisiti per l'iscrizione al SSN.

Le prestazioni sono erogate, a parità di condizioni con i cittadini italiani, senza oneri a carico del cittadino comunitario titolare del codice ENI fatte salve le quote di partecipazione alla spesa (ticket), ad esclusione dei casi di esenzione per gravidanza, per patologia e comunque ove previsto a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Il codice ENI è stato istituito in seguito all'ingresso nell'Unione Europea di Romania e Bulgaria anche se in seguito è stato esteso a tutti coloro che provengono dall'UE.

ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

È regolata dalla Direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011. Prevede la possibilità di usufruire dell'Assistenza Sanitaria nei paesi della UE e SEE (Islanda, Norvegia e Liechtenstein) diversi dallo Stato di residenza. Per assistenza sanitaria si intendono i servizi prestati dai professionisti sanitari, compresa la prescrizione somministrazione e fornitura di farmaci e dispositivi medici. Assistenza può essere diretta cioè le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti pubblici o privati convenzionati vengono pagate direttamente dal proprio sistema sanitario oppure assistenza indiretta nella quale il paziente anticipa i costi dell'assistenza sanitaria preventivamente e successivamente richiede il rimborso al sistema sanitario di appartenenza.

L'Assistenza Sanitaria Transfrontaliera non si applica: ai servizi nel settore dell'assistenza di lunga durata, il cui scopo è sostenere le persone che necessitano di assistenza nello svolgimento di compiti quotidiani e di routine, all'assegnazione e all'accesso agli organi ai fini di trapianti d'organo, ai programmi pubblici di vaccinazione contro le malattie contagiose volte a proteggere la salute della popolazione. È necessaria l'autorizzazione preventiva per usufruire dell'Assistenza Sanitaria Transfrontaliera in altro Stato della UE, nei seguenti casi: Prestazioni di assistenza ospedaliera che richiedono il ricovero del paziente per almeno una notte, alcune prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di *Day Surgery*, di cui al Decreto del Ministero della Salute n. 50 del 16.04.2018, alcune prestazioni di chirurgia ambulatoriale, terapeutiche e di diagnostica strumentale di cui al Decreto del Ministero della Salute n. 50 del 16.04.2018. I costi relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera sono anticipati dagli assistiti e rimborsati successivamente dallo Stato di residenza, presentando le fatture in originale. Nella Regione Lazio i costi vengono rimborsati dalla ASL di residenza sulla base delle tariffe regionali. Per poter essere rimborsate le prestazioni devono rientrare nei livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ogni stato membro designa un punto di contatto Nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera per facilitare lo scambio delle informazioni. In Italia è istituito presso il Ministero della Salute. La nuova Direttiva è fondamentalmente improntata a favorire la mobilità sia dei pazienti che degli operatori, i diritti dei pazienti e la loro libertà di scelta del luogo di cura,

la facilità di accesso alle cure dei pazienti in un paese straniero, il rimborso delle prestazioni erogate. Nella Regione Lazio sono presenti numerosi centri di eccellenza e di alta specializzazione, cioè centri per prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione si avvalgono di specifiche professionalità, di innovative procedure curative e di attrezzature di elevata tecnologia. Secondo le statistiche il maggior numero di ricoveri viene registrato per pazienti provenienti dai Paesi Membri. Il trend è generalmente crescente. Le patologie prevalenti sono le malattie e disturbi dell'apparato cardio-circolatorio, le malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, malattie e disturbi dell'apparato digerente, malattie e disturbi del sistema nervoso.

CURE PSICHIATRICHE TSO

Trattamento Sanitario Obbligatorio, la normativa di riferimento rimane fino ad ora la legge 13 maggio 1978, n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", ulteriormente definita con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" che insieme hanno sancito sul piano giuridico i cambiamenti intervenuti nell'approccio alla malattia mentale con un notevole incremento della recuperabilità sociale delle persone affette da disagio mentale, attraverso specifici interventi di riabilitazione. Approfondimenti successivi alla riforma hanno ulteriormente rafforzato il concetto della salute mentale costituendo un contributo programmatico del Ministero della Salute.

Di fatto il TSO viene messo in atto quando la persona viene ritenuta pericolosa per sé o per gli altri soggetti manifestando minaccia di suicidio, minaccia o compimento di lesione a cose e persone, rifiuto di comunicare con conseguente isolamento, rifiuto di terapia, rifiuto di acqua e cibo. Può accadere anche che una persona disturbata psichicamente, un tossicodipendente in crisi di astinenza, un alcol dipendente... assumano dei comportamenti imprevedibili o violenti.

In queste situazioni spesso i familiari conviventi o i vicini di casa, qualora la persona sia in terapia presso uno psichiatra, chiedono aiuto allo psichiatra del servizio, oppure nel caso la persona non lo fosse, chiamano direttamente l'ambulanza e/o i vigili o i carabinieri.

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO è disposto con provvedimento del Sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria, del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente. Egli emana l'ordinanza di TSO solo in presenza di due certificazioni mediche che attestino che:

- la persona si trova in una situazione di alterazione tale da necessitare urgenti interventi terapeutici;
- gli interventi proposti vengono rifiutati;
- non è possibile adottare tempestive misure extra ospedaliere.

Tutte e tre le condizioni devono essere presenti contemporaneamente e devono essere certificate da un primo medico, che può essere il medico di famiglia, ma anche un qualsiasi altro medico e convalidate da un secondo medico che deve appartenere alla struttura pubblica (generalmente uno psichiatra della ASL). La legge non prevede che i due medici debbano essere psichiatri.

Le certificazioni oltre a contenere l'attestazione delle condizioni suddette che giustificano la proposta di TSO, devono motivare la situazione concreta: non devono limitarsi a enunciare le tre condizioni né si devono usare prestampati; in pratica la proposta di TSO deve essere (anche se in breve) motivata.

Ricevute le certificazioni mediche, il Sindaco ha 48 ore per disporre, tramite un'ordinanza, il TSO facendo accompagnare la persona dai vigili e dai sanitari presso un reparto psichiatrico di diagnosi e cura.

In un primo momento la persona viene invitata a seguire vigili e sanitari nel reparto ospedaliero, se si rifiuta viene prelevata con la forza, messa in ambulanza e trasferita al reparto ospedaliero. In teoria la legge fornisce il diritto alla persona di scegliere il reparto dove essere ricoverato.

Nessuno può essere trattenuto contro la sua volontà presso strutture sa-

nitarie o nei reparti psichiatrici di diagnosi e cura a meno che non sia soggetto ad un provvedimento di TSO.

Il Sindaco ha poi l'obbligo di inviare l'ordinanza di TSO al Giudice Tutelare (entro 48 ore successive al ricovero) per la convalida e il Giudice convalida il provvedimento entro le 48 ore successive (legge 180, art. 3 comma secondo). Qualora manchi la convalida il TSO decade automaticamente. Il Giudice Tutelare può però anche non convalidare il provvedimento annullandolo.

Quasi mai l'ordinanza del TSO risulta firmata dal sindaco; di solito vi è un Ufficio preposto allo svolgimento della procedura del TSO e un assessore delegato (l'assessore alla sanità; in sua assenza uno qualunque gli altri assessori), che si limita a firmare l'ordinanza.

Il TSO ha per legge la durata di 7 giorni. Al termine dei 7 giorni, qualora non sia stata presentata dallo psichiatra del servizio una richiesta di prolungamento, il trattamento termina e lo psichiatra, non per forza lo stesso che ha proposto e convalidato il TSO, è tenuto a comunicare al Sindaco la cessazione delle condizioni richieste per l'internamento. Il Sindaco a sua volta lo comunica al Giudice Tutelare.

Qualora il trattamento venga prolungato, prima della scadenza dei 7 giorni deve essere comunicata al Sindaco una richiesta motivata di prolungamento. Entro 48 ore dal ricevimento della richiesta verrà firmata a nome del sindaco o del suo delegato l'ordinanza di prolungamento, provvedendo a notificarla al Giudice Tutelare nelle 48 ore successive. Il Giudice a questo punto convaliderà o meno il provvedimento e lo comunicherà al sindaco. Nel caso di proroga il paziente deve richiedere la notifica (= comunicazione) per evitare di rimanere chiuso in reparto, risultando ora un ricovero volontario. Una volta venuto meno il TSO per scadenza dei termini la persona può chiedere di essere dimesso in ogni momento e tale richiesta deve essere esaudita .

AUTORITÀ COMPETENTI PER FORNIRE ASSISTENZA SANITARIA

MEDICO DI FAMIGLIA L'assistenza sanitaria in Italia fa capo a due figure importantissime: il medico di base (o di famiglia) e il pediatra.

Questi medici non sono dipendenti delle aziende sanitarie, ma prestano i loro servizi dietro uno specifico accordo, operano cioè in “**convenzione**” con il Servizio Sanitario, valutando le cure e gli approfondimenti necessari per i pazienti, regolando l'accesso ad esami, visite specialistiche, ricoveri e trattamenti (farmacologici e non). In particolare il medico di base è una fondamentale **figura di collegamento** tra il cittadino e il Servizio Sanitario Nazionale.

SCELTA E REVOCA DEL MEDICO L'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale permette di usufruire dell'assistenza del Medico di famiglia (medico di medicina generale o MMG) o, nella fascia di età 0 - 14 anni, del Pediatra di fiducia (pediatra di libera scelta o PLS). Presso gli sportelli di scelta/revoca assistiti si procede alla scelta del Medico o del Pediatra, ed alla eventuale revoca, sulla base delle regole applicabili.

ASL Un'azienda sanitaria locale (abbreviato ASL o AUSL come acronimo di azienda unità sanitaria locale) è un ente pubblico della pubblica amministrazione italiana, deputato all'erogazione di servizi sanitari in un determinato territorio.

OSPEDALE Istituto pubblico o privato destinato all'assistenza sanitaria, nel quale si provvede al ricovero e alla cura dei malati. Gli ospedali possono essere di diversa complessità: Ospedale di base, Ospedale sede di D.E.A. di I livello e ospedale sede di D.E.A. di II livello con le funzioni di più alta qualificazione.

TICKET Il ticket, introdotto in Italia fin dal 1982, rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o “partecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono. Per le prestazioni sanitarie che prevedono il pagamento di un ticket, gli assistiti hanno diritto all'esenzione (per alcune o per tutte prestazioni) nei seguenti casi:

- in particolari situazioni di **reddito** associate all'età o alla condizione sociale;
- in presenza di determinate patologie (**croniche o rare**);
- in caso di riconoscimento dello stato di **invalidità**;
- in altri casi particolari (**gravidanza, diagnosi precoce di alcuni tumori, accertamento dell'HIV**).

TUTTI TIPI DI ESENZIONE: esenzioni per malattie rare, esenzioni per invalidità, esenzioni per gravidanza, esenzioni per malattie croniche, esenzioni per reddito, esenzioni per diagnosi precoce tumori.

Le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ospedaliere e farmaceutiche, nell'ipotesi di cittadino europeo privo di copertura sanitaria nello Stato di origine (privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili al SSN) qualora indigente, sono redatte sul ricettario del SSN, riportando al posto del codice fiscale il **codice ENI** (Europeo Non Iscritto) e contrassegnando la tipologia della ricetta con **UE**. Se la persona risulta indigente va apposto il codice di esenzione **X01**, che vale esclusivamente per la prestazione trattata

- cittadini di età inferiore a sei e superiore a sessantacinque anni, appartenenti a un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a € 36.151,98 **E01**
- disoccupati e loro familiari a carico appartenenti a un nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico **E02**
- titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico **E03**
- titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni, e loro familiari a carico, appartenenti a un nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a € 8.263,31, incrementato fino a € 11.362,05 in presenza del coniuge e di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico **E04**

CODICI DI PRONTO SOCCORSO

I Codici di pronto soccorso sono contrassegnati da colori che rendono universalmente identificabile l'urgenza del trattamento e chiariscono a prima vista la situazione del soggetto. Questi colori stabiliscono dunque la priorità da dare al paziente, in base alle sue condizioni, e rendono le procedure di soccorso più efficienti.

Codice Rosso: emergenza. Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali.

Codice Arancione: urgenza. Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione con rischio evolutivo o dolore severo.

Codice Azzurro: urgenza differibile condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse.

Codice Verde: urgenza minore. Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostiche terapeutiche semplici mono specialistiche.

Codice Bianco: non urgenza. Problema non urgente di minima rilevanza clinica.

CODICE Numero e colore	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPI MASSIMI DI ATTESA
1 CODICE ROSSO	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2 CODICE ARANCIONE	Urgenza	Rischio delle funzioni vitali Rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3 CODICE AZZURRO	Urgenza differibile	Condizione stabile con sofferenza Prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4 CODICE VERDE	Urgenza minore	Condizione stabile. Prestazioni mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5 CODICE BIANCO	Non urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

PARTE B:

UNA RASSEGNA DI CURIOSITA' DI SOLUZIONI INSOLITE UTILIZZATE IN ALTRI REGIONI D'ITALIA.

La Regione Lombardia non ha ancora previsto l'erogazione del codice ENI per i cittadini comunitari non iscritti e non iscrivibili al SSN. Il codice Eni non è obbligatorio, le prestazioni urgenti e/o necessarie vengono comunque erogate.

La Regione Lombardia ha emanato nel 2008 una circolare Circolare (n. 4/SAN/2008 del 27/03/2008) che stabilisce che i cittadini comunitari, soprattutto rumeni e bulgari perché più numerosi, ma in generale tutti i cittadini dell'UE privi della copertura sanitaria, hanno diritto alle prestazioni indicate nell'art. 35 del T.U. sull'immigrazione; la circolare richiede che venga utilizzata, ai fini della rendicontazione dei ricoveri ospedalieri di cittadini comunitari privi di copertura sanitaria, il codice CSCS, Comunitario Senza Copertura Sanitaria; la circolare fornisce poi indicazioni precise in merito alla registrazione delle informazioni sulle prestazioni erogate, in particolare riferite ai ricoveri, alle prestazioni ambulatoriali ed all'erogazione di farmaci, sollecitando le strutture eroganti a farsi carico delle attività di recupero crediti.

Il CSCS è un codice strettamente amministrativo; mentre nel Lazio il cittadino rumeno può chiedere il codice ENI e poi accedere alle prestazioni previste (l'ENI è quindi un codice d'accesso), in Lombardia non può chiedere il CSCS se non è stato ricoverato e quindi rilasciato nell'atto del ricovero stesso.

La Regione Umbria L'ENI non è contemplato. Hanno diritto alle sole cure indifferibili e urgenti: "i cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale, privi di copertura sanitaria in quanto non risultano assistiti dagli Stati di provenienza e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN, che dichiarano la propria indigenza, hanno diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti, tra cui si intendono incluse anche: 1. le prestazioni sanitarie relative alla tutela della salute dei minori [...]; 2. le prestazioni sanitarie relative alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidan-

za, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN [...]; 3. le prestazioni sanitarie che devono essere attivate nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale, nonché gli interventi di profilassi internazionale. [...] le prestazioni [...] saranno erogate senza oneri a carico del richiedente qualora privo di risorse economiche sufficienti, fatte salve le eventuali quote di partecipazione alla spesa (ticket), a parità di condizione con il cittadino italiano.

La Regione Veneto di assicurare le prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti ancorché continuative, e tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative:

alla tutela della salute dei minori, ai sensi della convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n.176; alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne

assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975 n. 405, 22 maggio 1978 n. 194 e del

decreto ministeriale 10 settembre 1998; alle campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale; ai cittadini comunitari privi di assistenza ed in stato di indigenza mediante l'istituzione della tessera sanitaria riportante il codice ENI (Europeo Non Iscritto) che ha validità esclusivamente nel territorio Veneto; le relative prestazioni saranno erogate, in analogia con quanto avviene per gli stranieri STP, nelle sedi e con le modalità individuate dalle Aziende ULSS.

Provincia Autonoma di Bolzano l'esenzione del ticket per indigenza è segnato con il codice E99 e può essere trascritto sulla ricetta solo dal medico prescrittore al momento della prescrizione su richiesta del cittadino. A tal fine il medico deve verificare nel sistema TS o sistema per i medici ospedalieri nei programmi ospedalieri la sussistenza dell'esenzione ticket.

La Regione Toscana è stata la prima Regione ad emanare una normativa regionale che garantisce l'assistenza sanitaria ai neocomunitari anche privi di copertura sanitaria prevedendo per tali soggetti le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

I cittadini comunitari indigenti privi dei requisiti per iscriversi al Servizio Sanitario Regionale e che non hanno assistenza nel paese di provenienza, possono richiedere l'attestato ENI (Europeo Non Iscritto) in occasione della prima erogazione delle prestazioni dopo aver autocertificato la propria condizione di indigenza.

L'attestato ENI dà diritto alle seguenti prestazioni:

Tutela gravidanza e maternità

Tutela della salute del minore

Vaccinazioni secondo la normativa

Interventi di profilassi internazionale

Profilassi, Diagnosi e Cura delle malattie infettive

Prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza

Test gratuito HIV

Con l'attestato ENI è possibile rivolgersi ad un medico per la prescrizione di visite specialistiche e farmaci, che sono soggetti a ticket (pagamento di una quota di partecipazione) come avviene per i cittadini italiani. Per le cure urgenti occorre rivolgersi al Pronto Soccorso di uno degli Ospedali della Azienda USL Toscana su est. La validità è di 6 mesi, rinnovabile.

UNA RASSEGNA DELLE SOLUZIONI UTILIZZATE IN ALCUNI PAESI DELL'UE NEL SETTORE SANITARIO NAZIONALE RELATIVA ALLA VERIFICA DI ASSICURAZIONE IN SISTEMA NAZIONALE NONCHE' RILASCIO DELLA TESSERA TEAM O CERTIFICATO CHE SOSTITUISCE PROVVISORIAMENTE LA TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE.

AUSTRIA

In Austria, il sistema di assistenza sanitaria si basa sulla obbligatorietà dell'assicurazione pubblica contro le malattie. Tale regime comprende 21 enti mutualistici ("casse"), che diventeranno 5 a partire dal 1° gennaio 2020. Se durante il soggiorno avete necessità di cure mediche,, rivolgetevi ad un ospedale pubblico o ad una struttura convenzionata con una cassa sanitaria.

Medico di base – consultate un medico convenzionato con una delle assicurazioni sanitarie regionali (GEBIETSKRANKENKASSE), che offrono servizi gratuiti. I medici convenzionati di solito espongono le insegne "Kassenarzt" (convenzionato) o "Alle Kassen" (tutte le casse malattia). Nel caso in cui abbiate pagato le cure perché avete scelto un medico non convenzionato con le assicurazioni regionali austriache (a volte indicato dall'insegna "Wahlarzt" o "Keine Kassen"), potete chiedere il rimborso fino all'80% dell'importo che l'assicurazione sanitaria avrebbe pagato per le cure erogate da un medico convenzionato. Per i rimborsi occorre rivolgersi direttamente alle assicurazioni sanitarie regionali (Gebietskrankenkassen). Alla richiesta di rimborso va allegato l'originale delle ricevute. Si consiglia di conservare sempre una copia della documentazione inviata. Nel caso in cui non si riusciate chiedere un rimborso durante il soggiorno in Austria, rivolgetevi al servizio sanitario nazionale una volta rientrati.

Dentista - consultate un dentista convenzionato con una delle assicurazioni sanitarie regionali (GEBIETSKRANKENKASSE), che offrono

servizi gratuiti. I dentisti convenzionati di solito espongono le insegne “Kassenarzt” (convenzionato) o “Alle Kassen” (tutte le casse malattia).

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l’impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Le cure (nella categoria di prezzo generale) sono gratuite negli ospedali universitari e regionali convenzionati con la cassa malattia dello Stato federale interessato (“Landesgesundheitsfonds”). Per ogni giorno di ricovero in un ospedale pubblico, si paga un ticket giornaliero compreso fra i 14,20 € e i 22,80 €, per un massimo di 28 giorni di ricovero per anno di calendario. A partire dalla quinta settimana di ricovero, le cure ospedaliere sono gratuite. Il paziente può scegliere di godere di uno standard più elevato rispetto al tariffario.

Farmaci – possono essere acquistati in ogni farmacia con l’impegnativa del medico. Per ogni farmaco si paga un ticket di 6,10 €.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di pericolo per la vita, oppure quando il medico lo ritiene necessario.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare una delle la casse malattia oppure l’istituzione di collegamento all’ indirizzo:

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÖGER

Kundmannngasse 21

Postfach 600

A1031 Wien, Austria

tel: 0043171132

fax: 00431711323777

e-mail: PosteingangAllgemein@sozialversicherung.at

www.hauptverband.at

BELGIO

In Belgio, il sistema di assistenza sanitaria è basato sull'assicurazione obbligatoria. Per potere usufruire delle prestazioni mediche, rivolgetevi dunque alle strutture convenzionate con un fondo assicurativo, cioè ad una cassa mutua ("mutualité") o alla CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité).

Medico di base – il paziente paga direttamente gli onorari del medico di base o dello specialista, per poi chiederne il rimborso parziale al fondo assicurativo. Dopo aver presentato il certificato delle spese sostenute, il fondo di assicurazione sanitaria rimborserà al paziente le spese da questi sostenute, al netto di una quota che resta a carico del paziente. Tale quota generalmente varia tra il 20% e il 40% per le consultazioni con il medico di famiglia e tra il 40% e il 70% per l'assistenza specialistica ambulatoriale.

Dentista - le visite sono a pagamento, ma potete chiedere un rimborso fino al 75% delle spese sostenute presentando la ricevuta alla cassa malattia di vostra scelta.

Ricovero – non è necessaria la richiesta di un medico. Potete prenotare una visita presso uno specialista a scelta in qualsiasi ospedale. Senza la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) o un certificato sostitutivo temporaneo dovrete pagare le spese del ricovero. Potete comunque chiedere successivamente il rimborso a un'assicurazione sanitaria belga presentando la fattura e una prova del pagamento alla cassa malattia di vostra scelta.

- I costi del ricovero ospedaliero sono a carico sia del paziente sia – in larga misura – a carico del fondo assicurativo. L'ospedale fattura direttamente al fondo assicurativo le spese coperte dall'assicurazione, mentre il paziente partecipa forfettariamente ai costi del ricovero per come segue:

o € 27,27 per l'accettazione, indipendentemente dal fatto di avere usufruito o meno di una prestazione medica;

o una tariffa per il primo giorno di degenza ospedaliera compresa tra € 5,66 ed € 43,20 (comprensivo dell'importo forfettario di € 27,27);

o una tariffa per ogni giorno successivo di degenza in ospedale compresa tra € 5,66 ed € 15,93;

o una tariffa giornaliera per i farmaci utilizzati durante il ricovero in ospedale per un importo di 0,62€ .

Farmaci – al momento dell’acquisto delle medicine, il paziente è tenuto a pagarne il prezzo per intero. Il farmacista rilascia una ricevuta, con l’indicazione dei farmaci acquistati e del prezzo pagato, con cui successivamente si può richiedere ad un fondo assicurativo il rimborso parziale dei costi sostenuti. L’importo rimborsabile varia in base alla tipologia di farmaco e la quota a carico del paziente può arrivare fino all’80%. Per la prescrizione della ricetta è previsto il pagamento di 2€.

Trasporto sanitario – per chiamare un’ambulanza in Belgio, è necessario chiamare il numero 100 o 112. A partire dal 1° gennaio 2019 il trasporto medico (tranne quello aereo) non è più rimborsato dall’assicurazione sanitaria pubblica belga. Dovete pagare una somma forfettaria di 60 euro, indipendentemente dalla distanza percorsa.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare la cassa regionale ausiliaria dei malati Casse auxiliaire d’assurance maladie-invalidité/Hulpas voor Ziekte Invaliditeitsverzekering oppure le altre casse malattia mutualité/ziekenfonds o l’istituzione di collegamento all’indirizzo:

RIZIV Dienst Geneeskundige Verzorging
/ INAMI Service Soins de Sante

Direction Relations Internationales
Avenue de Tervueren 211
1150 BRUXELLES
tel: 03227397111
fax: 03227397291
e-mail: rir@riziv.fgov.be
www.riziv.fgov.be

BULGARIA

Il sistema sanitario bulgaro è pubblico e l'assicurazione sanitaria è obbligatoria. Se la copertura assicurativa è ininterrotta, si ha diritto all'assistenza sanitaria a carico della Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia (NHIF) e delle assicurazioni regionali. Rivolgetevi quindi alle strutture convenzionate con la Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia.

Medico di base – consultate un medico di base convenzionato con la Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia, mostrando la tessera TEAM. Per la visita dal medico di base e le cure ambulatoriali specialistiche si paga un ticket di 2,90 BGN. Il ticket sulle visite non è rimborsabile. Per gli esami di laboratorio, il costo del ticket varia da 2,00 a 6,00 BGN.

Dentista - la maggior parte delle cure dentistiche non è coperta dalla Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia. Se il dentista è convenzionato, pagherete soltanto l'importo del ticket (2,90 BGN), purché si tratti di prestazioni rientranti tra quelle fornite dall'assicurazione pubblica. Se il dentista non è convenzionato, dovrete pagare l'importo totale delle cure, che non è rimborsabile.

Ricovero – esibendo la tessera TEAM o il certificato sostitutivo provvisorio, le cure sono gratuite, se l'ospedale o la clinica sono convenzionate con la Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia. Dovrete pagare un ticket giornaliero di 5,80 BGN (2% del salario minimo) al giorno, per un massimo di 10 giorni di degenza ospedaliera all'anno. Sono esentati dalla partecipazione ai costi i minori di 18 anni e le donne in gravidanza, se le cure ospedaliere sono connesse allo stato di gravidanza. Durante il ricovero in ospedale, avete diritto ad ottenere informazioni su eventuali costi aggiuntivi applicabili. Dopo le dimissioni dall'ospedale, avrete diritto a due ulteriori visite di controllo.

Farmaci – i medicinali prescritti da un medico convenzionato con la Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia, possono essere acquistati a prezzo scontato presso le farmacie convenzionate, esibendo la ricetta

medica e la TEAM. Alcuni farmaci sono esenti da partecipazione ai costi del paziente, altri farmaci sono a carico parziale o totale del paziente. Se avete dovuto pagare per intero l'importo del farmaco, contattate il Servizio Sanitario Nazionale una volta rientrati in Italia, per chiedere il rimborso.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di pericolo per la vita. Il soccorso alpino e il trasporto aereo sono a pagamento.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND
INTERNATIONAL DEPARTMENT

1, KrichimStreet
1407 Sofia
tel: 0035929659130
fax: 0035929659124
e-mail: euro-rights@nhif.bg
www.nhif.bg

CIPRO

A Cipro, il sistema sanitario è pubblico. La tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) NON è valida nella parte settentrionale di Cipro ("Repubblica turca di Cipro del Nord"). Si consiglia di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria privata prima di recarsi in questa parte del paese.

Medico di base – con la tessera TEAM, potrete rivolgervi ai medici che esercitano negli ambulatori pubblici. Il paziente è tenuto a pagare un ticket di 3,00 € per consultazione di un medico generico e di 6,00 € per una visita specialistica.

Dentista - con la tessera TEAM potete rivolgervi ai dentisti che esercitano negli ambulatori pubblici per ottenere cure di emergenza. Per ogni visita è richiesto il pagamento del ticket.

Ricovero – il ricovero ospedaliero presso le strutture pubbliche è gratuito, esibendo la TEAM. Il ricovero è autorizzato soltanto se richiesto da un medico del sistema sanitario pubblico o a seguito di una visita al pronto soccorso.

Farmaci – per ogni farmaco rilasciato su prescrizione del medico, il paziente partecipa ai costi in misura di 0,50€, fino a un massimo di 10,00€ per ricetta.

Trasporto sanitario – è gratuito mostrando la TEAM. La TEAM non copre il costo di trasporto in ambulanza aerea e le relative spese non sono rimborsabili.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

Ministry of Health

1 Prodromu & 17 Chilonos Str. - 1448 NicosiaCyprus

tel: 0035722605300 - fax: 0035722605485

e-mail: perm.sec@moh.gov.cy

www.moh.gov.cy

CROAZIA

In Croazia, è obbligatoria l'assicurazione sanitaria presso l'Ente Croato per l'Assicurazione Sanitaria (HZZO). E' prevista anche una eventuale assicurazione supplementare.

Se avete bisogno di cure mediche, rivolgetevi ai medici o alle strutture convenzionate con lo HZZO, contrassegnati da un apposito logo.

Medico di base – per un'assistenza sanitaria gratuita, rivolgetevi a un medico convenzionato. Per la visita il paziente deve pagare un ticket di 10 HRK.

Dentista - consultate un dentista convenzionato. Dovrete pagare un ticket di 10 HRK.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti potete recarvi direttamente in ospedale anche senza la richiesta del medico. Le cure sono gratuite negli ospedali convenzionati con il servizio sanitario nazionale croato. Per il ricovero si paga un ticket giornaliero di 100 HRK, per un massimo di 2000 HRK per paziente.

Farmaci – potete acquistare i medicinali prescritti da un medico di base nelle farmacie convenzionate con il servizio sanitario nazionale croato. Per le ricette si paga un ticket di 10 HRK. In linea di principio, è prevista la partecipazione del paziente al costo dei farmaci. Solo alcuni medicinali di base possono essere ottenuti gratuitamente. Il costo dei medicinali non inclusi nell'elenco dei medicinali rimborsabili stabilito dallo HZZO è interamente a carico del paziente.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi urgenti anche per vie d'acqua e trasporto aereo. Il soccorso alpino compreso il trasporto non è coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare lo HZZO oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

HRVATSKI ZAVOD za ZDRAVSTVENO OSIGURANJE HZZO

Margaretska 3

10 000 Zagreb

tel: 0038514806-333

fax: 0038514812-606

e-mail: info@ombudsman.hr

www.hzzo.hr

DANIMARCA

In Danimarca, il sistema sanitario è pubblico. E' possibile individuare i medici e le strutture sanitarie convenzionate rivolgendosi al comune (AMTSKOMMUNE) presso cui si trascorre il soggiorno oppure consultando l'elenco telefonico alla voce "LÆGER".

Medico di base – i medici generici di solito ricevono tra le 8.00 e le 16.00. E' possibile ottenere telefonicamente le informazioni sui medici di turno al di fuori degli orari di ambulatorio, chiamando al numero 33154600 dalle 8.00 alle 16.00 oppure al numero 70130041 nelle altre fasce orarie. Inoltre, al di fuori degli orari di ambulatorio, è possibile rivolgersi al pronto soccorso locale (lægevagt). I servizi sanitari forniti dai medici di famiglia convenzionati con il sistema sanitario nazionale sono gratuiti, esibendo la tessera TEAM. L'assistenza specialistica ambulatoriale è gratuita se il paziente ha l'impegnativa dal medico di famiglia ed esibisce la TEAM.

Dentista - potete consultare un dentista convenzionato ma ricordate che solo determinate cure dentarie sono a carico del servizio sanitario nazionale. Le cure dentistiche sono rimborsate in media fino al 40% o, in casi particolari, fino al 60%. Alcune cure, invece, non sono rimborsabili.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria la richiesta del medico generico o dello specialista, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in un ospedale pubblico. Il ricovero ospedaliero è gratuito.

Farmaci – per l'acquisto dei farmaci, occorre presentare in farmacia la prescrizione rilasciata da un medico generico, da uno specialista o da un ospedale. La prima volta che acquirerete farmaci in Danimarca come soggetti non residenti, vi verrà rilasciata una tessera con un numero personale, che dovrete poi presentare ad ogni successivo acquisto in farmacia per il calcolo del rimborso. Infatti, il paziente deve coprire il 100% del costo dei farmaci e successivamente può chiedere il rimborso totale o parziale presso l'ufficio comunale (AMTSKOMMUNE). Il rimborso è calcolato in base alla spesa sostenuta. Le spese al di sotto di una determinata soglia (nel 2019, 980 Kr all'anno) non sono rimborsate. Nel caso di farmaci acquistati per soggetti di età inferiore a 18 anni, è possibile

ottenere invece un rimborso fino al 60%, indipendentemente dall'ammontare della spesa annuale.

Trasporto sanitario – è gratuito con ambulanza o altro trasporto specifico per i malati (SPECIAL SICK VEHICLE SÆRLIGT SYGEKORETO).

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'ufficio del comune (AMTSKOMMUNE) oppure l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

Danish Patient Authority

EU Health Insurance Accounting

Islands Brygge, 67

2300 Copenhagen S

tel: 0045 72286600

e-mail: stps@stps.dk

<http://stps.dk.da>

ESTONIA

Il sistema sanitario estone prevede un'assicurazione pubblica (Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria –“Eesti Haigekassa”) ed un'assicurazione privata. Per le cure mediche, rivolgetevi alle strutture convenzionate con il Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria.

Medico di base – la visita dal medico di base convenzionato con il Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria è gratuita. Per la visita a domicilio e la visita specialistica è previsto il pagamento di un ticket di 5,00€. Non pagano il ticket: le donne in gravidanza ;i bambini sotto i 2 anni; i pazienti che devono consultare uno specialista nello stesso ospedale; i pazienti che, dopo le cure di emergenza, devono sottoporsi a cure in ospedale. Per consultare uno specialista, occorre normalmente la prescrizione del medico generico. Se consultate un medico non convenzionato o uno specialista senza la prescrizione, ogni spesa sarà a vostro carico e non sarà rimborsabile secondo la legislazione estone .

Dentista - le cure dentistiche sono gratuite per chi ha meno di 19 anni, se ci si rivolge a un dentista convenzionato. Il Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria rimborserà le prestazioni di cure dentistiche per gli adulti assicurati fino a 40 € l'anno. Tale beneficio si applica alle prestazioni di cure dentistiche essenziali e soltanto se fornite da dentisti convenzionati.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Per ogni giorno di ricovero è previsto il pagamento di un ticket di 2,50€ per i primi 10 giorni. Dal pagamento sono esonerati i giovani di età inferiore a i 18 anni, le donne in gravidanza e i pazienti in terapia intensiva.

Farmaci – è possibile acquistare i farmaci nelle farmacie pubbliche, dietro presentazione della ricetta medica e della tessera TEAM. Sono rimborsabili in Estonia soltanto i farmaci compresi nell'elenco ufficiale del Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria. Per i farmaci non compresi in tale elenco potrete eventualmente chiedere il rimborso al vostro rientro. Per i farmaci rimborsabili, si applicano tariffe diverse in funzione di vari criteri (diagnosi, farmaci, età del paziente, ecc.).

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di pericolo per la vita, oppure quando il medico lo ritiene necessario.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare il Fondo Estone di Assicurazione Sanitaria (Eesti Haigekassa) oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

EESTI HAIGEKASSA

Lastekodu 48

Tallinn10114, Estonia

tel: 003726696630

fax: 3726208449

e-mail: info@haigekassa.ee

www.haigekassa.ee

FINLANDIA

In Finlandia il sistema sanitario è pubblico ed è organizzato in centri sanitari pubblici da un lato e medici privati e centri sanitari privati dall'altro. I servizi sanitari in ambito pubblico sono erogati dai centri sanitari comunali e dagli ospedali locali (Terveyskeskus Halsovardscentral).

Medico di base – esibendo la TEAM e un documento di riconoscimento valido, avrete diritto a ricevere le cure mediche necessarie presso qualsiasi struttura pubblica, allo stesso costo previsto per i finlandesi. Per la visita dal medico di famiglia durante l'orario di ambulatorio il paziente di solito deve pagare un ticket di 16,00€, che include il costo di eventuali esami di laboratorio e radiografie. Al di fuori dell'orario di ambulatorio, il costo massimo della visita è di 22,00 €. Le cure sono quasi sempre gratuite per i minori. Le visite specialistiche sono a pagamento, il costo è 32,00 € per ogni visita. Per effettuare le dialisi, la radioterapia oppure il test citotossico il paziente è tenuto a pagare 8,80 € per ogni trattamento per un massimo di 45 giorni all'anno. Potete contattare anche medici o strutture sanitarie che operano privatamente: in tal caso dovrete pagare l'importo totale, ma potrete successivamente chiedere il rimborso al Kela (l'ente di previdenza nazionale in Finlandia).

Dentista - la tessera europea di assistenza malattia (TEAM) dà diritto a ricevere cure mediche necessarie in qualsiasi struttura sanitaria pubblica. Se avete bisogno di cure dentistiche, contattate il centro sanitario locale. Per usufruire delle cure allo stesso costo dei finlandesi, dovete presentare una TEAM valida e il passaporto o un altro documento di identità. Al paziente è addebitato un ticket secondo un tariffario standard. Si pagano anche spese per trattamenti diversi, che possono variare a seconda della procedura (da 8 a 220 euro). Le cure sono generalmente gratuite per i minori. Potete anche contattare dentisti o cliniche dentali che operano privatamente: in questo caso dovrete pagare l'importo totale. Tuttavia, è possibile chiedere successivamente il rimborso al Kela.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in un ospedale pubblico. Occorre mostrare la TEAM e un documento di identità. Per

ogni giorno del ricovero il paziente è tenuto a pagare un ticket fino a 38,10 €. I minori pagano il ticket soltanto per i primi sette giorni di ricovero in un anno. Se vi rivolgete ad un ospedale privato, dovrete pagare le cure ma potrete chiedere successivamente il rimborso al Kela.

Farmaci – le ricette sono in formato elettronico e potete presentarle presso qualsiasi farmacia. Il paziente che acquista un farmaco ne paga il prezzo intero e successivamente può chiedere rimborso al KELA. Ci sono tre tipi di rimborso: un rimborso di base del 35% del prezzo del farmaco, un rimborso speciale del 65% del prezzo del farmaco e un rimborso speciale superiore al 100% del prezzo del farmaco. La farmacia rilascia una ricevuta che può essere utilizzata per chiedere il rimborso al Kela. La partecipazione al costo dei farmaci ammonta a massimo 670 € in 12 mesi: oltre tale soglia, i costi sostenuti sono rimborsati integralmente e per ciascun medicinale il paziente paga 1,50 €. Sono esenti le donne in gravidanza e i soggetti in cura per alcune malattie infettive.

Trasporto sanitario –le ambulanze che trasportano i pazienti in vari ospedali appartengono a questi ospedali. Per i possessori della tessera TEAM, viene applicata per il trasporto medico la tariffa forfettaria di 16,00€, incluso il trasporto aereo.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

KELA Kansaneläkelaitos

P.O. Box 78 - 00381 Helsinki, Finland

tel: 003582043411

fax: 00358204343829

e-mail: kirjaamo@kela.fi

www.kela.fi

FRANCIA

In Francia, il sistema sanitario è pubblico ed è garantito l'accesso alle cure a tutti i cittadini.

Medico di base – il paziente che usufruisce dei servizi sanitari in Francia è obbligato a coprire tutti i costi previsti per servizi ricevuti nella struttura sanitaria e successivamente può chiedere il rimborso parziale presso la locale cassa di assicurazione malattia. I medici convenzionati si distinguono in *Conventionné secteur 1* e *Conventionné secteur 2*. I medici *Conventionné secteur 1* applicano il ticket e si attengono alle tariffe convenzionate; i medici *Conventionné secteur 2* applicano, oltre al ticket, una tariffa supplementare. La visita dal medico di famiglia e dal dentista ha un costo di 23 €, invece la visita specialistica costa 25 €. Potrete ricevere il rimborso del 70% della spesa sostenuta presentando la richiesta alla sede locale della CPAM (Caisse Primaire D'Assurance Maladie). Inoltre, dovrete pagare l'importo forfettario di 1€, non rimborsabile, pro consultazione medica, radiografia ed esami di laboratorio, fino ad un massimo di 4 € al giorno. Il pagamento viene sempre effettuato direttamente al medico. Quest'ultimo vi rilascerà il *Feuille de Soins* (rilasciato dal medico di famiglia) oppure il *Feuille de Soins Bucco-dentaires* (rilasciato dal dentista) e, se necessario, anche una prescrizione, che vi serviranno per ottenere il rimborso. Le spese sostenute per gli esami di laboratorio sono rimborsabili al 60%.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria una prescrizione medica ma in caso di urgenza è possibile recarsi direttamente in ospedale. Di solito la cassa malattia copre direttamente il costo del ricovero in misura variabile dall' 80% al 100%. Il paziente deve coprire le spese sanitarie rimanenti del 20%, compresa una tariffa fissa giornaliera (*forfait journalier*). Se il paziente è autorizzato a ottenere il rimborso del 100% è tenuto a pagare un tariffa giornaliera di 20€ (*forfait journalier*) per ogni giorno del ricovero.

Farmaci – insieme alla ricetta, il medico deve rilasciarvi un certificato ("*feuille de soins*"). Senza questo certificato non potete chiedere un rimborso. I farmaci prescritti sono rimborsabili soltanto se figurano nell'elenco dei prodotti farmaceutici rimborsabili. La cassa malattia rimborsa

al paziente l'acquisto dei farmaci in misura del 15%, 30%, 65% e 100% sul prezzo del farmaco, a seconda dei casi. La cassa malattia detrarrà una commissione forfettaria di 0,50 sull'importo dovuto per ogni medicinale.

Trasporto sanitario – sono a vostro carico le spese di trasporto in ambulanza. La cassa malattia rimborsa al paziente il 65% delle spese di trasporto.. E' prevista una franchigia di 2€.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare la cassa dei malati CPAM oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

Centre des Liaisons Europeennes et Internationales de Securite Sociale
C.L.E.I.S.S.

11, ruede la tour des Dames

75436 Paris cedex 09,France

tel: 0033145263341

fax: 0033149950650

e-mail: webmestre@cleiss.fr

www.cleiss.fr

GERMANIA

Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi alle strutture convenzionate con una cassa malattia. Tali strutture sono contrassegnate dalla dicitura KASSENARZT oppure ALLE KASSEN. Nei casi urgenti e fuori dall'orario di ricevimento è possibile recarsi presso la guardia medica (NOT-DIENST).

Medico di base – consultate un medico convenzionato con una cassa malattia, esibendo la TEAM o il certificato sostitutivo provvisorio e un documento di identità. Occorre scegliere una cassa malattia tedesca che pagherà le cure. I medici convenzionati espongono nel loro studio un cartello con la scritta Kassenartz (“convenzionato”) o Alle Kassen (“tutte le casse”). In generale per effettuare una visita è sempre meglio prendere un appuntamento in modo tale da diminuire il rischio di incorrere in lunghe attese. Le cure dispensate da medici convenzionati sono gratuite, mentre i servizi non forniti da un operatore sanitario convenzionato non sono coperti dalla TEAM e sono pertanto a pagamento. Per consultare uno specialista occorre la richiesta del medico generico.

Dentista – si rinvia al paragrafo “Medico di base”

Ricovero – salvo i casi di emergenza, per il ricovero ospedaliero è necessaria la richiesta di un medico. Al momento del ricovero esibite la TEAM. I costi della degenza sono a carico della cassa malattia. E' previsto il pagamento di un ticket di 10 € per ogni giorno di ricovero. Oltre i 28 giorni di ricovero nello stesso anno, non si paga più il ticket. I minori di 18 anni sono esenti. I servizi opzionali (per esempio cure da parte di un primario, stanza singola ecc.) sono a carico del paziente.

Farmaci – potete acquistare i farmaci e le medicazioni prescritte in qualsiasi farmacia. Si paga un ticket di 10 €, oltre al 10% del prezzo (da un minimo di 5 euro ad un massimo di 10 euro) e mai più del costo effettivo. Il ticket non è rimborsato. Sono esenti dal pagamento i bambini e giovani sotto il 18 anni e le donne in gravidanza, se i farmaci prescritti sono connessi alla gravidanza. I farmaci da banco (per esempio gli antidolorifici e le medicine per la tosse) non sono rimborsabili. Anche determinati

medicinali soggetti a prescrizione (per es. per i sintomi del raffreddore e dell'influenza) possono essere a pagamento. Al di fuori del normale orario di apertura, potete rivolgervi a una farmacia di turno ("Apotheken-Notdienst"). La farmacia di turno è indicata nella vetrina delle altre farmacie, nel giornale locale o sul sito internet aponet.de.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di pericolo per la vita, oppure quando il medico lo ritiene necessario. Per il trasporto sanitario sul territorio nazionale è previsto il pagamento del 10% del prezzo (da un minimo di 5 € a un massimo di 10 €). Le stesse condizioni valgono per l'ambulanza aerea.

Normalmente, i costi vengono addebitati direttamente alla cassa malattia. Non è quindi previsto il pagamento anticipato da parte del paziente e il successivo rimborso. Il ticket di solito non è rimborsabile.

Per informazioni si prega di contattare le casse malattia AOK, BKK, BARMER-GEK, DAK, TK, IKK oppure l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

GKV-Spitzenverband Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung
Ausland (DVKA)

Pennfeldsweg 12 c

53177 Bonn

tel: +492289530-0

fax: +492289530-600

e-mail: post@dvka.de

www.dvka.de

GRECIA

Nell'ambito del sistema sanitario pubblico, potete rivolgervi a un medico dell'unità PEDY (Primary National Health Network) o ai servizi ambulatoriali ESY (National Healthcare Service), o a un medico privato convenzionato EOPYY (National Organisation for the Provision of Health Services).

Medico di base – la visita dal medico POZ che lavora all'interno della rete PEDY è gratuita. Le prime 200 consultazioni al mese presso le strutture private convenzionate con EOPYY sono gratuite. Oltre tale limite, dovrete pagare per la visita. E' pertanto consigliabile informarsi in anticipo sulla disponibilità di visite gratuite per i titolari della tessera TEAM. Gli esami clinici effettuati all'interno della rete PEDY, degli ospedali e dei laboratori pubblici ESY sono gratuite. Il paziente sostiene il 15% dei costi degli esami effettuati presso le strutture private convenzionate con EOPYY. Le visite private (non convenzionate) sono a pagamento.

Dentista - le cure dentistiche necessarie sono generalmente gratuite SOLO presso le unità PEDY o ESY, se disponibili. Basta mostrare la tessera TEAM. L'EOPYY non è convenzionato con i dentisti privati. Le visite private sono a pagamento.

Ricovero – il ricovero presso gli ospedali pubblici è gratuito. Per il ricovero in una clinica privata convenzionata con EOPYY, il paziente deve pagare il 30% del costo delle cure mediche oppure il 10% del costo giornaliero del ricovero, nonché gli onorari di medici e anestesisti ed eventuali maggiorazioni per una stanza singola e altre spese aggiuntive, in funzione del tipo di operazione.

Farmaci – per i farmaci soggetti a prescrizione medica, il paziente deve pagare una commissione fino a 25% del prezzo oppure del 10%, in caso di alcune malattie gravi e croniche. In alcuni casi, il paziente può essere esonerato dal pagamento dei farmaci. Il paziente paga un ticket di 1 € per ogni ricetta medica presentata in farmacia.

GUIDA PRATICA PER I CITTADINI UE
SULLE MODALITA' DI ACCESSO AL SSN

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

EQPYE-NATIONAL ORGANIZATION FOR THE PROVISION OF
HEALTHCARE SERVICES

DIRECTORATE OF INTERNATIONAL AFFAIRS

DEPART OF HEALTHCARE BENEFITS IN KIND IN E.U.

Apostolou Pavlou,12

151 23 Marousi

Grecia

tel: +302108110916-919,925

fax: +302108110945

e-mail: d12.t2@eopyy.gov.gr

ehic@eopyy.gov.gr

www.eopyy.gov.gr

IRLANDA

In ambito pubblico, i servizi sanitari sono forniti dai medici e dalle strutture convenzionate con il servizio cure primarie (Primary Care Reimbursement Services – PCRS) del servizio sanitario nazionale (Health Service Executive – HSE).

Medico di base – la visita dal medico di famiglia convenzionato con il PCRS è gratuita esibendo la TEAM. Senza la tessera TEAM, il costo della visita dal medico convenzionato varia da 40 € a 70 €. Per maggiori informazioni sui medici convenzionati, potete rivolgervi alla sede più vicina dell’HSE. Se non siete sicuri che il vostro medico sia convenzionato con il PCRS, specificate di volere essere curati nell’ambito del servizio sanitario pubblico. Per la consultazione di uno specialista, occorre la prescrizione del medico generico.

Dentista - le cure dentarie nell’ambito del servizio sanitario pubblico sono limitate al trattamento contro il dolore o al trattamento d’urgenza presso un dentista convenzionato. Prima di sottoporsi a cure dentarie, accertatevi che il dentista sia convenzionato con il PCRS. Un elenco dei dentisti convenzionati è disponibile presso l’HSE. Le cure presso un dentista convenzionato sono gratuite, se limitate al trattamento contro il dolore o al trattamento d’urgenza, ma occorre mostrare la TEAM e precisare di volere essere trattato come un paziente del PCRS.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l’impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Le cure sono gratuite per i titolari della TEAM.

Farmaci – possono essere acquistati dietro prescrizione medica e vengono rimborsati se la ricetta è stata rilasciata da un medico convenzionato. I possessori della TEAM, soggetti a cure durante il proprio soggiorno temporaneo in Irlanda, hanno diritto di ottenere il rimborso della ricetta secondo le tariffe in vigore.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi urgenti confermati dal medico. Il trasporto aereo, alpino e via mare, realizzato dalle agenzie nazionali

National Ambulance Service e Irish Coast Guard, è gratuito.

In Irlanda opera un sistema di assistenza sanitaria basato sulle prestazioni in natura che non prevede rimborsi. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere un rimborso.

Per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

HSE

Dr. Steevens' Hospital

Dublin 8, Ireland

tel: +353 0 1 635 2000

fax: 041 6850330

e-mail: hselive@hse.ie

www.hse.ie

ISLANDA

In ambito pubblico, i servizi sanitari sono erogati dai centri sanitari (HEILSUGÆSLUSTOO), riconosciuti dall'assicurazione malattia islandese (SJUKRATRYGGINGAR ISLAND – Icelandic Health Insurance) e tenuti ad applicare le tariffe ufficiali. Le strutture sanitarie locali sono situate in tutti distretti.

Medico di base – i centri sanitari sono aperti nei giorni feriali dalle 8.00 alle 16.00. Al di fuori di questo orario potete rivolgervi ad un medico/infermiere di guardia, oppure al centro “LAEKNAVAKTIN” nella regione di Reykyavik, oppure in casi urgenti in ospedale. Per chiedere consulenza medica oppure prenotare una visita a domicilio bisogna contattare il numero 1770. La visita dal medico di famiglia in orario di ambulatorio ha un costo di 1200ISK, fuori da tale orario ha un costo di 3100 ISK. Il costo della visita a domicilio è di 3400ISK in orario di lavoro, mentre fuori dall'orario di lavoro è di 4500 ISK. Sono esenti bambini e giovani sotto il 18 anni, mentre pensionati e invalidi civili ricevono un rimborso parziale. Prima di iniziare il consulto, esibite la TEAM e un documento di identità, per ottenere le cure secondo l'assicurazione malattia islandese. Per la consultazione di uno specialista, a differenza di molti altri paesi, non occorre la prescrizione di un medico generico o di un centro sanitario. Il costo della visita specialistica è a vostro carico. Se necessario, in ragione della natura della prestazione e della durata prevista del soggiorno, lo specialista vi chiederà di mostrargli la TEAM per applicarvi le tariffe convenzionate.

Dentisti - le cure sono fornite da studi dentistici in quasi tutto il paese. Generalmente si paga il ticket. Queste spese non sono rimborsabili in Islanda, ma potete chiedere un rimborso al rientro nel vostro paese. I minori pagano una quota annuale di 2500 ISK. I pensionati e i disabili hanno diritto a un rimborso parziale, per il quale occorre mostrare un documento giustificativo.

Ricovero – il ricovero ospedaliero è gratuito. Se il paziente usufruisce di prestazioni ambulatoriali durante il ricovero, gli sarà addebitato un costo di 5000 ISK a trattamento oltre al 40% dei costi complessivi. Il ricovero immediato è previsto solo in caso urgenti.

Farmaci – potete acquistare le medicine in qualsiasi farmacia (APÓTEK) convenzionata, dietro presentazione di ricetta medica. Se la ricetta è soggetta al ticket in Islanda, dovrete chiedere il rimborso all'assicurazione sanitaria islandese o chiedere un rimborso al rientro nel vostro paese. Il rimborso varia dallo 0% al 100%. Se il paziente decide di acquistare un farmaco più caro rispetto a quello prescritto sulla ricetta è tenuto a pagare la differenza.

Trasporto sanitario – per il trasporto medico compreso il trasporto aereo è prevista una tariffa standard non rimborsabile di 6200 ISK e di 4650 ISK per i pensionati e gli invalidi . Se non mostrate la tessera TEAM, dovrete pagare il prezzo intero. Queste spese non sono rimborsabili in Islanda, ma potete chiedere un rimborso al rientro nel vostro paese.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

SJUKRATRYGGINGAR ISLANDS

VINLANDSLEIO, 16,150 Reykjavik, Iceland

tel: 003545150002 dalla ore 10.00 alle 15.00

fax: 003545150069

e-mail: international@sjukra.is

www.sjukra.is

LETTONIA

In ambito pubblico, i servizi sanitari sono forniti dalle strutture convenzionate con il servizio sanitario nazionale.

Medico di base – per la consultazione di un medico di famiglia convenzionato con il servizio sanitario nazionale, si paga un ticket di € 1,42 per la visita ambulatoriale. Generalmente, per consultare uno specialista è necessaria la richiesta del medico generico. Per la visita specialistica si paga un ticket di € 4,27 con la prescrizione del medico generico; senza, pagherete l'intero costo della visita. Per gli esami specialistici supplementari, si paga un ticket fra 1,42 € e 35,57 €. Non pagano il ticket i minori, le donne incinte per cure connesse alla gravidanza, pazienti con determinate malattie (tubercolosi, malattie psichiatriche, malattie infettive).

Il ticket non è rimborsabile in Lettonia, ma potete chiedere un rimborso al rientro nel vostro Paese.

Dentista - il sistema sanitario nazionale copre solo le cure per i minori. Gli adulti devono pagare le cure, che non sono rimborsabili in Lettonia.

Ricovero – per il ricovero è necessario mostrare la TEAM e un documento di identità. Dal secondo giorno di permanenza si paga un ticket giornaliero di 10 € e di 7,11 € in day hospital. Inoltre, si paga un ticket di 7,11 € a partire dal secondo giorno per le cure ospedaliere per i pazienti affetti da malattie oncologiche e tossicodipendenze e per il ricovero in ospedali o unità con assistenza infermieristica per un massimo di 355,72 € all' anno. Sono esenti dal pagamento del ticket i minori, le cure riguardanti la gravidanza e il parto e altre cure specifiche. Si paga un ticket supplementare compreso fra 1,42 € e 31 € per la TAC e la risonanza magnetica. Oltre al ticket pagato dal paziente, l'istituto sanitario può chiedere un contributo per l'intervento chirurgico. Questi importi non sono rimborsabili in Lettonia, ma potete chiedere un rimborso al rientro nel vostro Paese.

Farmaci – per i farmaci rimborsabili è previsto il pagamento di un ticket di 0,71 €. Altri farmaci sono interamente a pagamento.. Potete acquistare i farmaci dietro presentazione di ricetta medica, rivolgendovi ad una

farmacia convenzionata. Per acquistare i farmaci soggetti a prescrizione, occorre mostrare:

- la tessera TEAM
- il passaporto (o un altro documento di identità)
- la ricetta (se si ha bisogno di medicinali soggetti a prescrizione che non sono rimborsati dallo Stato).

Il ticket non è rimborsabile in Lettonia, ma potete chiedere un rimborso al rientro nel vostro paese.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi urgenti.

La Lettonia ha un sistema di assistenza sanitaria basato sulle prestazioni in natura che non prevede rimborsi. Dovreste pagare solo il ticket. Per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

NACIONALAISVESELIBASDIENESTS

CESUSTREET 31 K-3

LV-1012 RIGA

LATVIJA

tel: +37167045005

fax: +37167043701

e-mail: vnc@vnc.gov.lv

www.vmnvd.gov.lv

LIECHTENSTEIN

Il sistema sanitario è basato sull'assicurazione obbligatoria. Se avete necessità di cure mediche, potete consultare un medico o una struttura convenzionati con il servizio sanitario, il cui elenco è disponibile sul sito: www.lkv.li.

Medico di base – i possessori di tessera TEAM di età superiore a 20 anni devono pagare un contributo standard per garantirsi il diritto di utilizzare tutti i servizi sanitari per i successivi 30 giorni. Il contributo è pari a 115 CHF per gli adulti e 80 CHF per chi ha raggiunto l'età pensionabile. Il contributo è dovuto anche se il soggiorno è inferiore a 30 giorni. Il Servizio Sanitario nazionale addebita l'importo all'assicurato dopo avere ricevuto le fatture dell'operatore sanitario consultato. Oltre al contributo per l'assicurazione, i pazienti devono pagare solo la parte di spese che resta a loro carico. Mostrando la tessera TEAM, le visite presso i medici convenzionati sono gratuite. Per le visite presso medici non convenzionati dovrete pagare il costo integrale della visita.

Dentista - le cure dentistiche sono interamente a pagamento.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Sul territorio di Liechtenstein c'è un unico ospedale a Vaduz. Se durante il trattamento ospedaliero il paziente sceglie una camera singola e altri servizi al di sopra dello standard, è tenuto a coprire queste spese.

Farmaci - i farmaci coperti dal sistema sanitario nazionale sono gratuiti. L'elenco dei farmaci a pagamento è disponibile su <http://www.spezialitaetenliste.ch/>.

Trasporto sanitario – è gratuito, fino ad un importo massimo di 500 CHF per il trasporto in ambulanza e di 1000 CHF per il trasporto aereo. I restanti costi sono a vostro carico.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

AMT FUR GESUNDHEIT

Aeulestrasse, 51

FL-9490 Vaduz, Liechtenstein

tel: 004232367340

fax: 004232367350

e-mail: info@ag.llv.li

www.ag.iiv.li

LITUANIA

Il sistema sanitario lituano è organizzato tramite il Vaöstybiné logonių kasa – VLK (Fondo Statale di assicurazione malattia). Se avete bisogno di cure mediche, rivolgetevi a un medico convenzionato con uno dei cinque fondi territoriali, chiamati TERITORNE LIGONIŲ KASA.

Medico di base – la visita dal medico di famiglia, la visita specialistica e il ricovero sono gratuiti, mostrando la TEAM. La consultazione di uno specialista è possibile dietro prescrizione di un medico convenzionato. Se consultate un medico non convenzionato o uno specialista senza la dovuta prescrizione, il costo della visita è interamente a vostro carico e non è rimborsabile.

Dentisti - le cure dentistiche sono coperte se consultate un dentista convenzionato con una delle sedi territoriali del servizio sanitario. Il materiale usato (ad es. per le otturazioni) è a pagamento. In Lituania, circa l'80% circa dei dentisti esercita privatamente. Le spese per le cure private non sono rimborsate.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Mostrate la tessera TEAM e il passaporto all'accettazione. In tutti gli altri casi è necessaria la richiesta di un medico. Se andate in ospedale senza la richiesta di un medico, oppure in casi non urgenti, le cure sono a pagamento.

Farmaci – potete acquistare i farmaci in una farmacia pubblica, dietro presentazione della ricetta medica, della TEAM e di un documento di identità. Alcuni farmaci sono completamente rimborsati dal servizio sanitario nazionale, per altri dovrete pagare il 10%, il 20% oppure il 50% del prezzo del farmaco.

Trasporto sanitario – è gratuito sul territorio nazionale

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare

l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

VALSTYBINELIGONIUS KASA

Europosq, 1

03505 Vilnius

tel: +37052364100

fax: +37052364111

e-mail: vlk@vlk.lt

www.vlk.lt

LUSSEMBURGO

Potete rivolgervi a qualsiasi struttura sanitaria. Tutti i medici autorizzati a lavorare in Lussemburgo sono automaticamente convenzionati con la cassa nazionale malattia (Caisse nationale de santé - CNS).

Medico di base – la visita dal medico di famiglia ha un costo variabile a seconda del tipo di prestazione richiesta. Chiedete sempre la ricevuta delle spese sostenute. Successivamente è possibile ottenere il rimborso del costo della visita fino all' 88% per gli adulti e al 100% per bambini e minori. Potete consultare uno specialista direttamente, senza la richiesta del medico generico.

Dentista - potete consultare qualsiasi dentista: sono tutti convenzionati con la Caisse nationale de santé (CNS). Oltre un importo annuo di 60 € integralmente rimborsato, le cure dentistiche sono rimborsate all'88% per gli adulti e al 100% per i minori. Per le protesi sono previste percentuali e condizioni di rimborso specifiche. Per determinate cure dovete ottenere l'autorizzazione della CNS.

Ricovero – potete chiedere il ricovero ospedaliero dietro prescrizione medica oppure recarvi direttamente in ospedale in caso di urgenza. Tutti gli ospedali sono convenzionati con la CNS. Occorre presentare una tessera TEAM valida al momento del ricovero. E' previsto il pagamento di un ticket giornaliero non rimborsabile di 21,99 € per un massimo di 30 giorni all'anno. Sono esenti bambini, i giovani al di sotto 18 anni e le madri per i primi 12 giorni dopo il parto. Il medico curante può chiedere il pagamento diretto di un contributo, che dovrà essere inviato alla CNS per il rimborso. Nel caso in cui il ricovero non superi i 3 giorni oppure il costo del ricovero non superi i 100 € è necessario pagare il costo del ricovero.

Farmaci – potete presentare le ricette a qualsiasi farmacia. Per acquistare determinati farmaci, le ricette devono prima essere autorizzate dalla CNS. Il rimborso varia in funzione del medicinale richiesto. Chiedete sempre al medico se occorre contattare la CNS. I medicinali sono coperti al 40%, all'80% o al 100%, se sono inclusi nell'elenco dei farmaci aggiornato e pubblicato ogni mese.

Trasporto sanitario – in caso di emergenza, il trasporto in ambulanza (fornito dai servizi di assistenza medica di emergenza, SAMU) è gratuito per chi è coperto da assicurazione (tessera TEAM valida o tessera sostitutiva temporanea). Il trasporto non di emergenza da parte di servizi pubblici sotto la giurisdizione dello Stato o dei comuni è coperto fino al 70%. Negli altri casi, il trasporto da altri tipi di servizio di ambulanza è coperto fino al 70% sulla base di 1,25 euro/km, con un importo minimo di 38 euro per viaggio. È coperto solo il trasporto da e verso un ospedale. La richiesta deve indicare che, per ragioni mediche, il paziente deve essere trasportato in posizione reclinata o immobilizzato.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

CAISSENATIONALE DE SANTE CNS

125,ROUTE D'ESCH

L-2980 LUXEMBOURG

tel: +3522757-1

fax: +3522757-2758

e-mail: cns@secu.lu

www.cns.lu

MALTA

Se avete bisogno di cure mediche, rivolgetevi ad un medico di una struttura sanitaria statale o ad un ospedale pubblico.

Medico di base – le cure sono gratuite negli ospedali e negli ambulatori pubblici per tutti quanti sono assicurati o coperti da assicurazione sanitaria su presentazione della documentazione valida. Per usufruire dei servizi in queste strutture occorre mostrare una tessera TEAM in corso di validità o un certificato sostitutivo provvisorio. In mancanza di questi documenti, i servizi erogati dagli ambulatori dell'assistenza sanitaria pubblica a Malta sono a pagamento.

Ambulatori a Malta:

Floriana Health Centre – +356 2124 3314 / +356 2568 0000

Gzira Health Centre – +356 2134 4766 / +356 2133 7244 / +356 2260 9000

Qormi Health Centre – +356 2148 4450 / 1 / 2 / 3

Paola Health Centre – +356 2169 1314 / +356 2169 1315 / +356 2180 5157

Cospicua Health Centre – +356 2167 5492 / +356 2397 2000

Mosta Health Centre – +356 2141 1065 / +356 2269 5000

Rabat Health Centre – +356 2145 9082 / +356 2256 3000

Victoria Gozo General Hospital / Health Centre – +356 2156 1600

Birkirkara Health Centre – +356 2149 4960 / +356 2277 4000

Se consultate un medico privato, il costo della visita è a vostro carico e non è rimborsabile. La consultazione di uno specialista è possibile dietro prescrizione del medico generico.

Dentista - in caso di emergenza, le cure dentistiche sono gratuite all'ospede-

dale Mater Dei a Msida e negli ambulatori. Le cure dentistiche abituali e non urgenti sono private e a pagamento. Le spese non sono rimborsabili.

Ricovero –per accedere alle cure ospedaliere è necessaria la prescrizione del medico oppure potete recarvi direttamente in ospedale in casi urgenti. Al momento del ricovero esibite la TEAM. A Malta ci sono due ospedali:

Mater Day Hospital -Msida
Gozo General Hospital- Gozo

Per le cure erogate in degenza ospedaliera non è prevista alcuna partecipazione ai costi. Se invece non esibite la TEAM, vi verranno fatturati i costi del trattamento. Anche la degenza in un ospedale privato non convenzionato è a pagamento.

Farmaci – il paziente è tenuto a coprire il costo dei farmaci tranne per le medicine prescritte durante i primi tre giorni di ricovero ospedaliero o per i primi tre giorni dopo le dimissioni dall'ospedale. Trascorso tale periodo, i farmaci sono a pagamento e non sono rimborsabili.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi urgenti, per i possessori della TEAM.

Per il rimborso delle spese nonché per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento al indirizzo:

DIRECTORATE Health care Funding

Ground Floor, Ex-Outpatients` Block

St Luke`s Hospital

G`Mangia PTA 1010

tel: +25952400

fax: +37167043701

e-mail: entitlement.doh@gov.mt

www.ehealth.gov.mt

NORVEGIA

Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi a un medico del sistema sanitario pubblico (Helsedirektoratet oppure Helseøkonomiforvaltningen HELFO regionkontor) o ad un pronto soccorso pubblico (legevakt)

Medico di base – occorre mostrare la tessera TEAM e un documento di identità. La visita dal medico di famiglia ha un costo di 141 NOK. La visita a domicilio costa 190 NOK durante il giorno e 304 NOK in orario notturno. La visita specialistica con l'impegnativa ha un costo di 320 NOK, mentre senza impegnativa ha un costo di 490 NOK.

Dentista – normalmente le cure dentistiche sono a pagamento. Solo per i minori di 18 anni, le cure dentistiche presso un dentista convenzionato sono coperte dall'assicurazione sanitaria pubblica.

Ricovero – potete richiedere il ricovero ospedaliero su prescrizione medica oppure recarvi direttamente in ospedale in caso di emergenza. La degenza, incluse le medicazioni necessarie, è gratuita. Per le visite specialistiche e le cure ambulatoriali è necessaria la richiesta di un medico ed è previsto il pagamento di un ticket.

Farmaci – i farmaci prescritti su ricetta bianca sono interamente a pagamento. Per i farmaci prescritti su ricetta blu, il paziente paga il 39% del prezzo fino a 520 NOK per ricetta. I farmaci su ricetta blu possono essere acquistati soltanto dietro prescrizione medica.

Trasporto sanitario – ogni ente convenzionato con l'ufficio nazionale di assicurazione è autorizzato al trasportare il paziente al ospedale. L'agenzia responsabile per l'amministrazione dell'trasporto medico è "Pasientreiser ANS". Nei casi urgenti il trasporto in ospedale è gratuito. In altri casi è previsto il pagamento di un ticket di 133 NOK..

I possessori di tessera TEAM pagano soltanto il ticket, che non è rimborsabile. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza me-

dica, rivolgetevi al Servizio Sanitario Nazionale una volta rientrati per chiedere il rimborso.

Per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

HELFO Abroad

Postboks 2415

N-3104 Tonsberg

tel: 004721074600

e-mail: post@helfo.no

www.helfo.no www.helsenorge.no

PAESI BASSI

Nei Paesi Bassi, è obbligatoria l'assicurazione sanitaria. Se avete bisogno di cure mediche, è possibile rivolgersi ai medici generici ("HUISARTS"). Potete richiedere alla filiale del locale fondo di assistenza sanitaria ("ZOR-GVERZEKERAAR") la lista dei medici convenzionati e i loro recapiti..

Medico di base – la consultazione di medici generici convenzionati è gratuita, esibendo la TEAM. Il paziente può usufruire di una consultazione telefonica, può recarsi dal medico oppure chiedere una visita a domicilio al di fuori dell'orario di ambulatorio.. Se vi rivolgete a un medico non convenzionato, dovrete pagare la visita. Per consultare uno specialista, occorre la richiesta del medico di base. Per le cure psichiatriche, il medico di famiglia deciderà di seguire il paziente personalmente oppure di trasferirlo presso le strutture specializzate. Il costo della visita viene coperto direttamente dall' Istituzione di collegamento CAK (Centrale Administratie Kantoor).

Dentista - le cure dentistiche sono coperte dall'assicurazione sanitaria solo per i bambini. Per gli adulti sono a pagamento e non sono rimborsabili nei Paesi Bassi. Se sono coperte nel vostro paese, potete chiedere un rimborso al vostro servizio sanitario nazionale.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Il ricovero è gratuito e viene rimborsato dall'istituzione di collegamento CAK, salvo che il paziente richieda uno standard più elevato. In tal caso è tenuto a pagare il costo del ricovero.

I farmaci – i farmaci acquistati con l'impegnativa sono completamente rimborsati. I farmaci omologati che contengono sostanze terapeutiche equivalenti sono suddivisi in gruppi. Per ogni gruppo di farmaci è fissato un tetto massimo di rimborso. Se sceglie un farmaco più caro, la differenza tra il limite di rimborso e il prezzo del farmaco stesso è a vostro carico.

Trasporto sanitario – è gratuito esclusivamente il trasporto sanitario nazionale compreso il trasporto aereo, via acqua e il soccorso alpino.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento al indirizzo:

CAK

Prinses Beatrixlaan 7

NL 2595 AK Den Haag

The Netherlands

tel: 0887114000

e-mail: rwissel@zinl.nl

www.hetcak.nl

POLONIA

Per poter ricevere assistenza sanitaria pubblica è necessaria un'assicurazione con l'NFZ – il Fondo Nazionale per la Salute, un'istituzione statale che finanzia tutti i servizi sanitari grazie ai contributi pagati da chi sottoscrive l'assicurazione.

Medico di base – per ricevere le cure mediche generali, c'è bisogno semplicemente di andare da un medico che opera in convenzione con la NFZ e mostrare una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) o un certificato sostitutivo. La richiesta da parte di un medico di base di solito è fondamentale, in Polonia, quando c'è bisogno della visita di uno specialista.

Dentista - spesso i dentisti offrono cure sia private che convenzionate con l'NFZ. È quindi possibile che i servizi convenzionati con l'NFZ non siano disponibili tutti i giorni. Negli studi dentistici devono essere indicati i giorni e gli orari in cui sono disponibili i servizi pubblici.

Ricovero – per il ricovero è necessaria la richiesta di un medico, tranne in caso di malattia improvvisa, incidente o altre emergenze. Le operazioni, le analisi diagnostiche, i farmaci, i dispositivi medici e i pasti sono gratuiti durante il ricovero.

Farmaci – in farmacia occorre presentare la ricetta e la tessera TEAM. Per la maggior parte dei farmaci di base si paga un ticket. Altri medicinali sono rimborsati parzialmente fino a un determinato limite. Nel caso di medicine non incluse nell'elenco dei farmaci rimborsabili, si paga il prezzo intero.

Trasporto sanitario – avete diritto al trasporto in ambulanza al centro sanitario più vicino e se ciò è richiesto da un medico coperto dall'assicurazione malattia o da un medico/chirurgo convenzionato, nei seguenti casi: quando è accertato che sono necessarie cure immediate in un centro sanitario, quando occorre garantire la continuità di una cura e la mobilità ridotta del paziente impedisce di utilizzare i mezzi pubblici. In caso di incidente o di emergenza, l'assistenza è fornita gratuitamente dai servizi

medici di urgenza. Nei casi non elencati qui sopra, la quota a carico del paziente è pari al 60% o al 100%.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare il Fondo Nazionale per la Salute Narodowy Fundusz Zdrowia oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA - National Health Fund Head-
quarter (NFZ Centrala)

ul. Grojecka 186 - PL - 02-390 WARSZAWA

Telefono: 0048 22 572 60 35/36 - 0048 22 572 60 00

Fax: 0048 22 572 62 68 - 0048 22 572 63 19

E-mail: ca17@nfz.gov.pl

E-mail: centrala@nfz.gov.pl

PORTOGALLO

Il sistema sanitario portoghese è basato sul Servizio Sanitario Nazionale (Serviço Nacional de Saúde, S.N.S), che fornisce copertura universale, generalmente gratuita. Se avete bisogno di cure mediche, potete rivolgervi agli ambulatori (Centro de Saude), a un centro di assistenza permanente (Serviços de Atendimento Permanente) o agli ospedali, in caso di emergenza. Di regola, i servizi sanitari pubblici vengono erogati dalle 8.00 alle 20.00 ma alcune strutture, spesso nelle grandi città, sono attive 24 ore su 24. Gli indirizzi di tutte le strutture pubbliche sono disponibili sul sito www.saude24.pl

Medico di base – la visita presso il medico di famiglia è gratuita perché rientra fra i servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale. In alcuni casi è richiesto il pagamento del ticket (ad esempio visite presso i centri salute o in ospedale, visite domiciliari, alcuni esami diagnostici, accettazione al pronto soccorso). Alcune categorie di soggetti sono esenti dal pagamento del ticket (tra i quali minori di 18 anni e puerpere). La consultazione di uno specialista deve essere prescritta da un medico generico. Se siete sprovvisti della TEAM o del certificato sostitutivo provvisorio, la partecipazione ai costi sarà più elevata anche in un centro salute o in un ospedale pubblico. La maggior parte dei medici riceve nei centri salute, verificate se sono convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale o se visitano privatamente. In questo ultimo caso ,la visita è a pagamento e non è rimborsabile in Portogallo.

Dentista - esiste un numero limitato di servizi odontoiatrici pubblici. Occorre pagare un ticket standard in base alle cure. Determinati gruppi, fra cui i bambini, possono ricevere cure dentistiche di base, parzialmente sovvenzionate dal programma nazionale per la promozione della salute orale. Il programma si applica solo ai residenti e ai beneficiari del servizio sanitario nazionale.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in un ospedale facente parte del Serviço Nacional de Saúde, S.N.S. Il ricovero ospedaliero è gratuito, tranne nei casi di emergenza in cui il paziente

è tenuto a pagare un ticket da 10,35 € a 20,65 € secondo la struttura.

Farmaci – lo Stato copre, in tutto o in parte, soltanto il prezzo dei medicinali compresi nell'elenco ufficiale dei farmaci sovvenzionati dal Servizio Sanitario Nazionale. Alcuni farmaci sono gratuiti, per altri è previsto il pagamento di una quota compresa tra il 10% e l'85% del prezzo.

Trasporto sanitario – è gratuito in una situazione di emergenza in quanto sostenuto dall'ospedale che effettuerà le cure.

Non è possibile ottenere un rimborso durante il soggiorno in Portogallo. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere il rimborso. Per informazioni si prega di contattare gli uffici regionali dell'assistenza sanitaria (Administracao Regional de Saude) oppure l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

INSTITUTO DA SEGURANCA SOCIAL, IP

Unidade de Coordenacao Internacional

Avenida da Republica n 4-6

1069-062 Lisboa

tel: +351 300511300

e-mail: geral@acss.min-saude.pt

ISS-Internacionais@seg-social.pt

REGNO UNITO

Il 31 gennaio 2020, dalle ore 24:00 CET (ore 23:00 GMT) il Regno Unito ha cessato ufficialmente di essere uno Stato membro dell'Unione Europea.

DWP Overseas Healthcare Team, Durham House, Washington Tyne & Wear

NE38 7SE, United Kingdom

tel: +44 191 218 1999

fax: +44 191 225 2131

e-mail: overseas.Healthcare@dwp.gsi.gov.uk

www.nhs.uk

REPUBBLICA CECA

Il sistema sanitario della Repubblica Ceca si basa sull'assicurazione obbligatoria. Attualmente esistono sette fondi assicurativi (Zdravotní pojišťovny): la Società di assicurazione generale della Repubblica Ceca (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky) e sei compagnie assicurative per i dipendenti. Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi alle strutture convenzionate con un fondo assicurativo. L'elenco di queste strutture è disponibile sul sito della società di assicurazione generale della Repubblica Ceca .

Medico di base – potete consultare un medico convenzionato, presentando al medico la tessera TEAM e la carta d'identità. Il medico rilascia un certificato (“potvrzení o nároku”), sul quale inserisce il periodo di permanenza previsto nella Repubblica Ceca e che utilizzerà per fatturare i costi delle cure al fondo assicurativo che avrete scelto. Inoltre vi rilascerà una copia dell'attestato da mostrare se avete bisogno di cure, esami o farmaci. Il paziente firma anche una dichiarazione attestando che il suo soggiorno nella Repubblica Ceca non è correlato alle cure programmate. Il medico può esigere il pagamento diretto in contanti dei costi per le cure erogate nel caso in cui non siate in grado di esibire la TEAM o un certificato provvisorio. Sono a vostro carico, e non sono rimborsabili, i costi per la consultazione di un medico non convenzionato. Per le cure specialistiche ambulatoriali, è necessaria l'impegnativa del medico. Per quanto riguarda la partecipazione del paziente ai costi delle visite mediche, sono esenti i minori di 18 anni e le cure connesse alla gravidanza. Negli altri casi, è previsto il pagamento di un ticket di 30 CZK per la visita medica e di 90 CZK per cure urgenti al pronto soccorso durante il weekend e nei giorni festivi nonché nei giorni feriali dalle ore 17.00 alle 7.00. Questo contributo non è dovuto se alla visita medica segue direttamente un ricovero ospedaliero. Il tetto massimo di partecipazione alle spese sanitarie nel corso del medesimo anno civile è di 2500 CZK per giovani al di sotto dei 18 anni e per persone oltre i 65 anni d'età e di 5000 CZK per tutti gli altri soggetti. Si può chiedere il rimborso delle somme eccedenti tali soglie al fondo assicurativo preventivamente scelto. Nel calcolo del tetto massimo di spesa è compreso anche l'importo del ticket per visite mediche e ricette.

Dentista - le cure dentistiche di base sono gratuite. Per le cure e i materiali di altro tipo (ad es. otturazioni e protesi) può essere richiesto il pagamento di un ticket. Sono interamente a pagamento le cure che vanno oltre il trattamento standard.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Le cure ospedaliere sono gratuite. Il paziente che utilizza servizi sanitari di emergenza in un pronto soccorso ospedaliero è tenuto a pagare un ticket di 90 CZK.

Farmaci – è previsto il pagamento di un ticket di 30 CZK per ogni ricetta. Sono gratuiti i farmaci somministrati durante la degenza ospedaliera. I farmaci non coperti dal servizio pubblico sono in tutto o in parte a pagamento e la relativa spesa non è rimborsabile. Informazioni dettagliate sono disponibili sul sito www.sukl.eu. Per il rimborso delle spese eccedenti il tetto massimo annuale, si veda sub paragrafo "Medico di base".

Trasporto sanitario – è gratuito quando è necessario per i motivi di salute. Le ambulanze sono gratuite su presentazione della TEAM. Se non la mostrate, dovete pagare l'ambulanza e poi chiedere un rimborso al fornitore del servizio utilizzando la TEAM o il certificato sostitutivo temporaneo. Il soccorso alpino non è coperto dalla tessera TEAM. L'ambulanza aerea è gratuita.

Per il rimborso delle spese e per informazioni si prega di contattare la Società di assicurazione generale della Repubblica Ceca (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky) oppure l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

Kancelar Zdravotniho Pojisteni KZP

Nam W. Churchilla, 2

Praha 3 13000 - Czech Republic

tel: 420236033411 - fax: 420222734951

e-mail: info@cmu.cz

www.cmu.cz

ROMANIA

Per potere usufruire delle prestazioni mediche, rivolgetevi alle strutture convenzionate con l'Istituto Nazionale di Assicurazione Sanitaria - Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Medico di base – il medico di famiglia assicura le prestazioni a titolo gratuito. Per un trattamento specialistico è necessario ottenere l'impegnativa del medico tuttavia, in casi urgenti il paziente può contattare direttamente lo specialista.

Dentista - per ricevere cure dentistiche di emergenza sulla base della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), consultate un dentista convenzionato con un centro locale dell'assicurazione sanitaria. Per gli indirizzi dei dentisti, rivolgersi a un centro locale dell'assicurazione sanitaria. Si trovano anche sui siti web degli enti di assicurazione sanitaria.

Ricovero – è gratuito, per accedere al ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, però nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in pronto soccorso.

Farmaci – L'Istituto Nazionale di Assicurazione Sanitaria è autorizzato a finanziare i farmaci inserite nelle liste approvate e suddivise per quote fisse (elenco A, B e C).

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di emergenza.

Il sistema sanitario rumeno prevede che i minori di età inferiore ai 18 anni sono automaticamente iscritti al servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla residenza. Per i nati all'estero, occorre la trascrizione dell'atto di nascita all'ufficio dello stato civile rumeno.

Per il rimborso delle spese nonché per informazioni, si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Calea Călărașilor 248, Bl. S19,
Sector 3, București

CAP: 030634

Tel: +40372309135

Tel VERDE - Supporto tecnico CARD: 0800 800 950

Fax: +40372309283

E-mail: relint@casan.ro

www.cnas.ro

SLOVACCHIA

Il sistema sanitario slovacco è un servizio pubblico. Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi alle strutture convenzionate con una delle tre società di assicurazione malattia (zdravotná poisťovňa).

Medico di base – con la tessera TEAM, è gratuita la visita sia presso un medico di base sia presso uno specialista, se convenzionati. Potete consultare uno specialista con la richiesta di un medico generico. Se vi rivolgete ad un medico non convenzionato, dovrete pagare per intero i costi della visita o del trattamento. E' escluso un rimborso secondo la legislazione slovacca. Per le cure ambulatoriali di emergenza, si paga un ticket di 2 €, salvo che veniate inviati immediatamente ai servizi di emergenza. Le cure ambulatoriali a domicilio sono soggette a un ticket di 10 €.

Dentista - con la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) potete consultare un dentista convenzionato. Per gli interventi di emergenza si paga un ticket di 2 €. La maggior parte delle cure dentistiche sono a pagamento e le relative spese non sono rimborsabili in Slovacchia. Chiedete al dentista, quindi, di informarvi preventivamente su quali costi sono a carico del sistema sanitario slovacco.

Ricovero – per il ricovero in ospedale è necessaria la richiesta di un medico, ma in caso di urgenza potete recarvi direttamente in ospedale. Al momento del ricovero, esibite la TEAM.

In caso di ricovero di emergenza, l'assicurato paga 2 euro se:

- la visita si svolge tra le 16 e le 22 nei giorni lavorativi e le 7 e 22 durante i fine settimana e i giorni festivi in una regione in cui i pazienti non dispongono di servizi di emergenza, oppure
- se l'assicurato è stato inviato immediatamente dopo aver ricevuto le cure ambulatoriali di emergenza.
- Negli altri casi di ricovero di emergenza, l'assicurato paga 10 euro.

- Tutti i tipi di servizi di emergenza elencati sopra sono gratuiti se l'assistenza sanitaria prestata riguarda:

cure ospedaliere o ambulatoriali di emergenza per un incidente subito dopo l'accaduto, tranne quando l'incidente si è verificato a causa dell'abuso di alcol, o qualsiasi altra sostanza che causa dipendenza, o quando sono state assunte medicine senza seguire le raccomandazioni del medico;

- servizi di emergenza e cure ospedaliere che non durano più di 2 ore;
- cure ospedaliere o ambulatoriali seguite da ricovero;

cure ospedaliere o ambulatoriali di emergenza fornite a un minore presso una struttura decisa dal giudice o dai servizi di protezione dei minori, quando l'assistenza sanitaria è stata richiesta dai servizi sociali.

L'accompagnatore in ospedale paga 3,30 € al giorno. Può soggiornare gratuitamente se:

- è una madre che allatta con bambini;
- accompagna un bambino di meno di tre anni;
- accompagna un minore che riceve cure oncologiche.

Farmaci – alcuni farmaci sono gratuiti, altri sono interamente a carico del paziente, per altri si paga un ticket di 0,17 € sulla ricetta.

Trasporto sanitario – il trasporto in ambulanza ha un costo di 0,10 € al Km. Il trasporto è gratuito se si tratta di un trasporto di salvataggio oppure se il paziente:

- partecipa a un programma di dialisi cronica o trapianto;
- riceve cure oncologiche o cardiocirurgiche;
- ha una grave disabilità e dipende dal trasporto con veicoli privati;
- viene trasportato da un ospedale all'altro sul richiesta del prestatore di assistenza sanitaria.

In Slovacchia non esiste un sistema di rimborsi. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere un rimborso. Per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

URAD PRE DOHL'AD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOST'OU

STYCNÝ ORGAN PRE VECNE DAVKY

Zel'lova 2, SK-829 24

Bratislava 25, Slovakia

tel: +421220856226

fax: +421220856503

e-mail: andrea.galikova@udzs.sk

zuzana.korenova@udzs.sk

www.udzs-sk.sk

SLOVENIA

Il sistema sanitario sloveno è basato sull'assicurazione sanitaria pubblica obbligatoria. Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi ad una struttura pubblica o ad un medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale sloveno (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije - ZZZS).

Medico di base – la scelta del medico generico avviene firmando una dichiarazione fornita dal medico stesso. Potete scegliere il medico generico tra quelli inclusi nell'assistenza sanitaria di base, operanti in una struttura pubblica, o tra medici privati convenzionati con il servizio sanitario nazionale sloveno. Potrebbe esservi richiesto il pagamento di un ticket. Per le cure erogate in una struttura statale, non è prevista alcuna partecipazione del paziente ai costi se si tratta di cure di emergenza. Negli altri casi è prevista una partecipazione ai costi compresa tra il 10% e il 90%. Se vi rivolgete ad un medico privato, i costi saranno interamente a vostro carico. Per la consultazione di uno specialista, occorre la richiesta da parte di un medico di una struttura pubblica o di un medico convenzionato.

Dentista - con la tessera TEAM potete consultare un dentista negli ambulatori o in studi privati convenzionati con il sistema sanitario nazionale sloveno. La partecipazione del paziente è compresa tra il 15% e il 90% delle spese del trattamento.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Al momento del ricovero esibite la TEAM. La partecipazione ai costi da parte del paziente è compresa fra il 20% e il 30%.

Farmaci – se il medico vi prescrive dei farmaci, potete ottenerli presso qualsiasi farmacia presentando la ricetta e la TEAM. Alcuni farmaci sono gratuiti, per altri è prevista una partecipazione ai costi del 30%, 90%, oppure 100% del prezzo. Durante il ricovero ospedaliero i medicinali sono gratuiti, essendo parte integrale del trattamento.

Trasporto sanitario – è gratuito nei casi di pericolo per la vita, se un medico attesta la necessità e l'urgenza del trasporto. Negli altri casi è previsto il pagamento del 90% del costo.

In Slovenia non esiste un sistema di rimborsi. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere un rimborso.

Per informazioni si prega di contattare il sistema sanitario nazionale sloveno ZZZS oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ZZZS

Miklosiceva ulica 24

1507 Ljubljana, Slovenia

tel: +38613077200

fax: +38612312182

e-mail: DI@zzzs.si

www.zzzs.si

SPAGNA

In Spagna esiste un sistema che consente di verificare immediatamente il diritto alle prestazioni sanitarie finanziate da fondi pubblici, denominato “DAS” (<https://w6.seg-social.es/das/Inicio>). Le informazioni raccolte nel sistema DAS vengono costantemente aggiornate in base a dati forniti dall'Istituto di previdenza sociale. Al sistema possono accedere direttamente i cittadini.

Medico di base – prima di rivolgervi a un medico o a un ospedale, assicuratevi che siano convenzionati con il servizio sanitario pubblico per poter usare la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). Le cure mediche fornite dal servizio sanitario pubblico sono gratuite.

Dentista -tranne in rari casi di emergenza, le cure dentistiche di solito sono a pagamento. L'assicurazione copre solo le misure preventive e cure specifiche per i bambini. Le spese non sono rimborsate.

Ricovero – per le cure ospedaliere è necessaria la richiesta di un medico, tranne nei casi di emergenza. Solo gli ospedali pubblici sono gratuiti.

Farmaci – potete acquistare le medicine prescritte dai medici del servizio pubblico in qualsiasi farmacia. Se potete dimostrare di essere pensionati di un paese dell'UE, oppure di Islanda, Liechtenstein, Norvegia o Svizzera, dovete pagare solo una frazione del prezzo della ricetta (con alcune eccezioni). Se dovete prendere determinati farmaci dopo le dimissioni dall'ospedale, presentatevi con la cartella clinica a un “Centro de salud”, dove un medico vi darà una ricetta.

Trasporto sanitario – il trasporto in ambulanza è gratuito se effettuato da un servizio sanitario pubblico.

Per richiedere un certificato che sostituisce temporaneamente la tessera TSE bisogna rivolgersi alla Direzione Provinciale dell'INSS che compete per residenza. Si può inoltrare la richiesta anche tramite la sede elettronica della previdenza sociale se si dispone di un certificato digitale per accedervi.

Le richieste di rilascio del certificato (CPS) che sostituisce temporaneamente la tessera TSE e altri documenti che confermano il diritto all'assistenza sanitaria erogato in base a regolamenti UE e al coordinamento di sistemi di sicurezza sociale possono essere inviati all'Ufficio del lavoro, migrazioni e previdenza sociale dell'Ambasciata di Spagna in Italia. (italia@mitramiss.es).

Per il rimborso delle spese nonché per informazioni si prega di contattare Istituto Nazionale di Assistenza sociale Agencia, Direccion Provincial, presso Assessorato alla Salute Consejerias Sanitarias, Servicios Regionales de Salud oppure l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL INSS

Subdireccion General de Relaciones Internacionales

Padre Damian, 4 Madrid 16 Spain

tel: +34 915688300

fax: +34915632908/ 3027/ 2085

e-mail: pagos.inss-madrid.internacional@seg-social.es

www.seg-social.es

SVEZIA

In Svezia, il sistema sanitario è in gran parte sovvenzionato tramite risorse pubbliche e i 21 Consigli Provinciali (County Councils) sono responsabili dell'erogazione di gran parte delle prestazioni mediche e sanitarie. La TEAM dà diritto a ricevere cure in qualsiasi struttura pubblica.

Medico di base – consultate un medico convenzionato con il sistema sanitario pubblico, mostrando la TEAM e un documento di identità. Per le cure primarie è previsto il pagamento di un ticket da 150 a 300 SEK, mentre per le cure specialistiche da 200 SEK a 420 SEK. L'importo varia a seconda della regione in cui richiedete assistenza medica. Sono esenti in tutte le regioni i pazienti di età superiore a 85 anni. Chi ha meno di 20 anni riceve generalmente cure gratuite. L'assistenza pre e post parto è sempre gratuita. Il tetto massimo della partecipazione del paziente ai costi delle prestazioni mediche è fissato in 1150 SEK in 12 mesi dal primo trattamento, e in 2200 SEK per i pazienti che hanno più spesso bisogno di cure mediche. In linea di massima è possibile consultare direttamente uno specialista, ma è preferibile farsi rilasciare una prescrizione da un medico generico. Di solito, la tessera TEAM non copre le cure private, ma in alcuni casi i medici che esercitano privatamente sono convenzionati con il sistema sanitario pubblico e la accettano. Prima di consultare un medico o un ospedale, accertatevi che accettino la tessera TEAM per evitare costi imprevisti.

Dentista - la maggior parte dei dentisti sono convenzionati con il servizio sanitario pubblico. Se avete una tessera TEAM valida, dovrete pagare tutte le spese fino a 3000 corone svedesi. Per importi compresi fra 3001 e 15000 corone pagherete il 50% della spesa, mentre oltre 15001 corone pagherete il 15%. Per i pazienti di meno di 24 anni le cure sono gratuite.

Ricovero – potete richiedere il ricovero ospedaliero su prescrizione medica oppure, in casi di emergenza, recarvi direttamente in ospedale. Al momento del ricovero, mostrate la tessera TEAM. Il ricovero è generalmente gratuito, ma si paga un ticket giornaliero di 100 SEK. Per le cure ambulatoriali fornite in ospedale, il paziente è tenuto a pagare un ticket di circa 250 SEK. Il ticket non è rimborsabile. Le cure specialistiche sono a pagamento.

I farmaci – la partecipazione al costo dei farmaci, è così determinata:

- 100% per i farmaci che costano fino a 1150 SEK;
- 50% per i farmaci che costano da 1151 SEK e 2195 SEK;
- 25% per i farmaci che costano tra 2196 SEK e 4078 SEK;
- 10% per i farmaci che costano da 4079 SEK a 5635 SEK

In ogni caso, è previsto un tetto massimo di spesa annuale.

Trasporto sanitario – il trasporto con ambulanza così come anche il trasporto aereo nella maggior parte delle regioni è gratuito.

In Svezia non esiste un sistema di rimborsi. Mostrando la tessera TEAM dovreste pagare solo il ticket, che non è rimborsabile. Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere un rimborso. Per informazioni si prega di contattare l'istituto nazionale di sicurezza sociale LOKALA Forsakringskassan oppure l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

Forsakringskassan

LM Ericssons vag 30

103 51 Hagersten, sweden

tel: +4687869000

fax: +468216646

e-mail: huvudkontoret@forsakringskassan.se

www.forsakringskassan.se

SVIZZERA

Il sistema sanitario svizzero è basato sull'assicurazione obbligatoria, secondo quanto previsto dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LaMal). Se avete necessità di cure mediche, rivolgetevi ad una struttura pubblica. Un elenco delle strutture pubbliche è disponibile sul sito <https://www.doctorfmh.ch/>.

Medico di base – consultate un medico convenzionato con il sistema sanitario svizzero. Di solito dovrete pagare le cure ricevute e poi chiedere il rimborso. Per la consulenza di un medico di famiglia, per la visita dallo specialista, dal dentista o per il ricovero ospedaliero è prevista una tariffa di 33CHF per le persone di età inferiore ai 18 anni o di 92CHF per le persone di età superiore ai 18 anni. Il pagamento di questa tariffa dà il diritto di utilizzare tutti i servizi sanitari per i successivi 30 giorni.

Dentista - la tessera TEAM non copre le cure dentistiche, salvo in caso di incidente, di grave malattia del sistema masticatorio o di qualsiasi altra malattia grave, conformemente alla legislazione svizzera.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Dovrete pagare un contributo standard per ogni periodo di 30 giorni di degenza in ospedale (al momento rispettivamente 92 e 33 CHF per gli adulti e i pazienti fino a 18 anni). Gli adulti devono pagare un contributo giornaliero supplementare di 15 CHF. Sono esenti da tale contributo supplementare i minori, gli studenti fino a 25 anni e le donne beneficiarie di prestazioni di maternità. In caso di ricovero, la fattura è inviata alla Istituzione comune LAMal. L'Istituzione comune LAMal copre le spese delle cure mediche prestate negli ospedali pubblici. In caso di ricovero in un ospedale privato o in un reparto privato o semi-privato di un ospedale pubblico, dovete pagare la differenza.

Farmaci – possono essere acquistati in ogni presentando la ricetta medica. Sono rimborsabili i medicinali prescritti con ricetta e presenti negli elenchi ufficiali.

Trasporto sanitario – l'assicurazione paga fino al 50% dei costi, per un massimo di 500 franchi svizzeri all'anno. Dovrete pagare la differenza. I costi restanti non sono rimborsabili in Svizzera. Per il soccorso e l'ambulanza aerea l'assicurazione paga fino al 50% dei costi, per un massimo di 5.000 franchi svizzeri per anno di calendario. Dovrete pagare la differenza. I costi restanti non sono rimborsabili in Svizzera.

Per il rimborso delle spese nonché per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all' indirizzo:

INSTITUTION COMMUNE LAMAL

Gibelinstrasse, 25

CH-4503 Soleure

tel: +41326253030

fax: +41326253090

e-mail: info@kvg.org

www.kvg.org

UNGHERIA

In ambito pubblico i servizi sanitari sono forniti dalle strutture convenzionate con l'Istituto nazionale per la gestione del Fondo di assicurazione malattia (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – NEAK), contrassegnate dalla dicitura “A társadalombiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira szerződött szolgáltató” (servizio sanitario convenzionato con il servizio sanitario nazionale)

Medico di base – con la TEAM, potete consultare i medici convenzionati con il NEAK. Le visite sono gratuite. Per le visite specialistiche occorre la prescrizione del medico generico. Se consultate un medico privato, il costo della visita sarà a vostro carico.

Dentista - con la TEAM potete consultare un dentista convenzionato con l'Istituto nazionale per la gestione del Fondo di assicurazione malattia (NEAK). In caso di urgenza, le seguenti cure sono gratuite presso i dentisti convenzionati con il NEAK:

- cure di emergenza
- cure richieste da uno specialista
- cure dentistiche conservative
- chirurgia odontoiatrica
- cure per affezioni gengivali.

Per le altre cure dentistiche i pazienti pagano un ticket, tranne chi ha meno di 18 o più di 62 anni, le donne in gravidanza e quelle che hanno partorito da meno di 90 giorni.

Di solito il costo del materiale è a carico dei pazienti.

Ricovero – per il ricovero ospedaliero è necessaria l'impegnativa del medico, ma nei casi urgenti il paziente può recarsi direttamente in ospedale. Le cure sono generalmente gratuite negli ospedali convenzionati con il

NEAK, se il ricovero è stato richiesto da un medico o se si tratta di un ricovero di emergenza. Negli altri casi è prevista una partecipazione del 30% ai costi del trattamento. Sono interamente a pagamento i servizi che esulano dal trattamento standard (per es. sistemazione in camera singola o pasti speciali).

Farmaci - potete acquistare i farmaci presentando la ricetta presso una farmacia pubblica. I farmaci somministrati durante le cure ospedaliere e i farmaci per alcune malattie croniche sono gratuiti. In altri casi, è prevista una partecipazione ai costi che varia da 10% a 75% del prezzo.

Trasporto sanitario – è gratuito nel territorio nazionale.

In Ungheria non sono previsti rimborsi in quanto i pazienti pagano solo la parte delle spese a loro carico (ticket sanitario). Se avete dovuto pagare l'importo totale dell'assistenza medica, contattate il vostro servizio sanitario nazionale una volta rientrati per chiedere un rimborso. Per informazioni si prega di contattare l'istituzione di collegamento all'indirizzo:

NEMZETI EGESZSEGBIZTOSITASI ALAPKEZELO

Vaci Ut 73/A

1139 Budapest

Hungary

tel: +36-1 350 2001

fax: +36-1 2982403

e-mail: nemztek@neak.gov.hu

www.neak.gov.hu

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=Assistenza%20sanitaria

AUSTRIA

European Commission: Your social security rights in Austria – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1728>

<https://www.kvg.org/api/rm/6VR5KF5D97YDNG7> (“In giro per l’Austria”)

https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Strukturreform_in_der_oesterreichischen_Krankenversicherung/

<https://www.wien.gv.at/english/contact/emergency.html>

BELGIO

European Commission: Your social security rights in Belgium – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1729>

<https://www.kvg.org/api/rm/AQCFWD2K2U32CS4> (“In giro per il Belgio”) <https://socialsecurity.belgium.be/en/publications/everything-you-have-always-wanted-know-about-social-security>

<https://socialsecurity.belgium.be/en/publications/everything-you-have-always-wanted-know-about-social-security>

BULGARIA

European Commission: Your social security rights in Bulgaria – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1730>

<https://www.kvg.org/api/rm/GXRSG8Q47J65YA7> (“In giro per la Bulgaria”)

CIPRO

European Commission: Your social security rights in Cyprus – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1731>

<https://www.kvg.org/api/rm/6BX378Z93CS8D64> (“In giro per Cipro”)

CROAZIA

European Commission: Your social security rights in Croatia – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=2294>

<https://www.kvg.org/api/rm/TWK2ZY46A36434J> (“In giro per la Croazia”)

DANIMARCA

European Commission: Your social security rights in Denmark – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1734>

<https://www.kvg.org/api/rm/N3856PPZ8E32T84> (“In giro per la Danimarca”)

ESTONIA

European Commission: Your social security rights in Estonia – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1735>

<https://www.kvg.org/api/rm/Q4T988PA2H27PA4> (“In giro per l’Estonia”)

FINLANDIA

European Commission: Your social security rights in Finland – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1736>

<https://www.kvg.org/api/rm/93G737NASJK955Y> (“In giro per la Finlandia”)

FRANCIA

European Commission: Your social security rights in France – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1737>

<https://www.kvg.org/api/rm/RXCCD996G9QQZ8K> (“In giro per la Francia”)

GERMANIA

European Commission: Your social security rights in Germany – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1738>

<https://www.kvg.org/api/rm/3E8K8B93JP7TEM2> (“In giro per la Germania”)

GRECIA

European Commission: Your social security rights in Greece – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1739>

<https://www.kvg.org/api/rm/43G9S83N8QK8283> (“In giro per la Grecia”)

IRLANDA

European Commission: Your social security rights in Ireland – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1741>

<https://www.kvg.org/api/rm/P43N56Y7T76S2VM>

ISLANDA

European Commission: Your social security rights in Iceland – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1757>

<https://www.kvg.org/api/rm/9RNSUR266QTFK9B> (“In giro per l’Islanda”)

<https://www.sjukra.is/english/tourists/>

LETTONIA

European Commission: Your social security rights in Latvia – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1743>

<https://www.kvg.org/api/rm/76R8W2AD7M4JW65> (“In giro per la Lettonia”)

LIECHTENSTEIN

European Commission: Your social security rights in Liechtenstein – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1758>

LITUANIA

European Commission: Your social security rights in Lithuania – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1744>

<https://www.kvg.org/api/rm/TPDD99QK96D8445> (“In giro per la Lituania”)

LUSSEMBURGO

European Commission: Your social security rights in Luxembourg – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1745>

<https://www.kvg.org/api/rm/6TZ985E37M7SKU3> (“In giro per il Lussemburgo”)

MALTA

European Commission: Your social security rights in Malta – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1746>

<https://www.kvg.org/api/rm/V9A2EP5Z348TG29> (“In giro per Malta”)

NORVEGIA

European Commission: Your social security rights in Norway – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1759>

<https://www.kvg.org/api/rm/68897A4Y6M8S248> (“In giro per la Norvegia”)

PAESI BASSI

European Commission: Your social security rights in the Netherlands – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1747>

<https://www.kvg.org/api/rm/7H28968967HYBT9> (“In giro per i Paesi Bassi”)

POLONIA

European Commission: Your social security rights in Estonia in Polonia - 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1749>

PORTOGALLO

European Commission: Your social security rights in Portugal – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1750>

<https://www.kvg.org/api/rm/65S9WB55647MC9S> (“In giro per il Portogallo”)

REGNO UNITO

European Commission: Your social security rights in United Kingdom – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1756>

<https://www.kvg.org/api/rm/N57M2Z5D4S489X4> (“In giro per la Gran Bretagna”)

<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/visiting-or-moving-to-england/visitors-from-the-european-economic-area-eea-or-switzerland/>

<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/help-with-health-costs/get-help-with-dental-costs/>

REPUBBLICA CECA

European Commission: Your social security rights in the Czech Republic – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1733>

<https://www.kvg.org/api/rm/5543M77E6648XNF> (“In giro per la Cechia”)

ROMANIA

European Commission: Your social security rights in Estonia in Romania - 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1751>

SLOVACCHIA

European Commission: Your social security rights in Slovakia – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&clangId=it&intPageId=1752>

<https://www.kvg.org/api/rm/924UUQ893367KZ9> (“In giro per la Slovacchia”)

SLOVENIA

European Commission: Your social security rights in Slovenia – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1753>

<https://www.kvg.org/api/rm/X74QME743963BFB> (“In giro per la Slovenia”)

SPAGNA

European Commission: Your social security rights in Spain – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1754>

<https://www.kvg.org/api/rm/24FQ576E62KQ382> (“In giro per la Spagna”)

SVEZIA

European Commission: Your social security rights in Sweden – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1755>

<https://www.kvg.org/api/rm/889259N868K3BTR> (“In giro per la Svezia”)

Svizzera European Commission: Your social security rights in Switzerland – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1760>

<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>

UNGHERIA

European Commission: Your social security rights in Hungary – 2019

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1021&langId=it&intPageId=1740>

<https://www.kvg.org/api/rm/S45Y4VD83K9Q2HG> (“In giro per l’Ungheria”)

TABELLA RIEPILOGATIVA

Motivo del soggiorno	Tipologia iscrizione al SSN Obbligatoria/Volontaria	Documentazione Richiesta
Turismo	-Tessera TEAM -Certificato che sostituisce provvisoriamente la tessera TEAM - Formulari Comunitari S1, S2	La TEAM, viene rilasciata, in linea di principio a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. Eccezioni riguardano: i lavoratori con contratto di diritto italiano iscritti all'Anagrafe italiani residenti all'estero (AIRE) e distaccati all'estero; gli studenti (titolari di modello E106 o S1) iscritti all'AIRE i pensionati (e loro familiari) in possesso di un modello E121 o S1 (dal 1° maggio 2010 con l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale) i familiari di lavoratori, che risiedono in un Paese diverso da quello del capofamiglia, in possesso di modello E109 o S1
Assistenza sanitaria ai cittadini UE soggiornanti in Italia per i periodi inferiori a tre mesi	1.Lavoratori subordinati o autonomi 2. Il lavoratore stagionale 3.i famigliari a carico 4.i detenuti 5.le persone vittime di tratta o riduzione in schiavitù 6.gli studenti (erasmus) / dottorandi 7.cittadino soggiornante per motivi religiosi 8.i disoccupati	Per i lavoratori subordinati <ul style="list-style-type: none"> - Documento di identità - Copia del contratto di lavoro registrato INPS - Codice fiscale (Autocertificazione) - Residenza (Autocertificazione) o dichiarazione di effettiva dimora o attestazione di richiesta di residenza <u>Per lavoratore autonomo</u> Certificato di iscrizione alla Camera di Commercio o ad un albo o ordine professionale Dichiarazione di apertura partita I.V.A. o apertura posizione Inps
		<u>Per il famigliare a carico</u>

GUIDA PRATICA PER I CITTADINI UE SULLE MODALITA' DI ACCESSO AL SSN

		<p>Certificato di familiare a carico (Autocertificazione)</p> <p>Per i detenuti Codice fiscale e documentazione del istituto penitenziario</p> <p><u>Per la vittima soggetta a tratta o schiavitù</u></p> <p>Attestazione del Questore o dichiarazione dell'Ente che gestisce il Programma di assistenza</p> <p><u>Per i disoccupati</u></p> <p>Iscrizione al Centro per l'Impiego</p> <p>Documento attestante la cessazione del rapporto d'impiego e la durata</p> <p><u>Per i studenti</u></p> <p>Modello E106/S1 o SED S072</p> <p>Attestato di corso di formazione o studio frequentato</p> <p>Per il soggiornante per i motivi religiosi se svolge attività lavorativa iscrizione avviene come per i lavoratori subordinati altrimenti deve effettuare l'iscrizione volontaria.</p>
<p>Assistenza sanitaria ai cittadini UE soggiornanti in Italia per i periodi inferiori a tre mesi</p>	<p>Iscrizione volontaria</p>	<p>Iscrizione temporanea rinnovabile che prevede il pagamento di una somma annuale. Garantisce parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto riguarda l'obbligo di partecipazione alla spesa (ticket) e l'assistenza sanitaria. Si ricorda che, in alternativa all'iscrizione volontaria, vige l'obbligo di stipulare una polizza assicurativa contro il rischio di malattia, infortunio e per la maternità.</p> <p><i>A chi rivolgersi e cosa fare:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pagare il contributo forfettario annuale^[3]

		<p>tramite conto corrente postale o F24 individuati dalla Regione o Provincia Autonoma di residenza;</p> <p>2. presentare la documentazione richiesta (vedi tabella) presso gli uffici per la scelta e revoca del medico e del pediatra di libera scelta (anagrafe sanitaria) della ASL nel cui territorio il cittadino ha la residenza o la dimora effettiva.</p> <p>Circa gli altri aspetti dell'iscrizione (<i>Set di documenti da presentare al momento dell'iscrizione; Documentazione emessa a seguito dell'iscrizione; Periodo di validità dell'iscrizione</i>) vedi cos'è previsto per il singolo caso nella tabella riportata di seguito.</p>
<p>Cittadino UE privo di requisiti per l'iscrizione al SSN e di copertura sanitaria da parte dello Stato di provenienza e indigente</p>	<p>Tessera ENI</p>	<p>Documento di identità</p> <p>Dichiarazione di effettiva dimora</p> <p>Dichiarazione di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti, di essere presente stabilmente da più di tre mesi sul territorio italiano, di non beneficiare di assistenza sanitaria a carico di istituzioni estere e di non avere polizze assicurative</p> <p>Dichiarazione di indigenza sottoscritta dal richiedente</p>

Membri Unione Europea- 2021

Attualmente gli stati membri sono 27:

-  Austria
-  Belgio
-  Bulgaria
-  Repubblica Ceca
-  Cipro
-  Croazia
-  Danimarca
-  Estonia
-  Finlandia
-  Francia
-  Germania
-  Grecia
-  Irlanda
-  Italia
-  Lettonia
-  Lituania
-  Lussemburgo
-  Malta
-  Paesi Bassi
-  Polonia
-  Portogallo
-  Romania
-  Slovacchia
-  Slovenia
-  Spagna
-  Svezia
-  Ungheria

Notabene: Sono equiparati ai cittadini dell'Unione Europea i cittadini Svizzeri, di S. Marino e degli stati appartenenti allo spazio economico europeo – SEE (Norvegia, Islanda e Liechtenstein).

Esempi modulistica

	S.C. DISTRETTO 1 ALBA S.C. DISTRETTO 2 BRA - UFFICIO ASSISTENZA ESTERO -	Codice procedimento: 15/DISTRETTI
		Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolario: Il.1.03.05
		☎ 0173/316280

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Distretti

DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. –S.E.E. – SVIZZERA TITOLARE DI PENSIONE

Il sottoscritto

Sig.

Luogo di nascita

prov.

Stato di nascita

Data di nascita / /

Nazionalità

C.F.

INDIRIZZO NEL PAESE DI RESIDENZA

Città

prov.

Codice Postale

Indirizzo

Stato

INDIRIZZO NEL PAESE DI DOMICILIO (se diverso da quello di residenza)

Città

prov.

Codice Postale

Indirizzo

Stato

RECAPITI

Tel.

mail

CHIEDE

Il rilascio del formulario S1 per beneficiare, nel nuovo Paese di residenza, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale, contenute nei Regolamenti U.E.

avendo trasferito la propria residenza

Intendendo trasferire la propria residenza

nel seguente Stato (U.E. – S.E.E. – Svizzera): _____

il rinnovo del formulario S1

nello stesso Stato

nel seguente nuovo Stato (U.E. – S.E.E. – Svizzera): _____

La suddetta richiesta è formulata

per sé stesso, con inizio dal / /

per i seguenti famigliari a carico¹

	Cognome e nome	Data di nascita	Relazione parentela	Codice fiscale
1		/ /		
2		/ /		

che hanno trasferito la propria residenza

nel medesimo Stato del pensionato

in altro Stato

specificare Stato (U.E./S.E.E./Svizzera)

che intendono trasferire la propria residenza

nel medesimo Stato del pensionato

in altro Stato

specificare Stato (U.E./S.E.E./Svizzera)

con inizio dal / /

¹ per l'accertamento definitivo del carico familiare valgono le norme in vigore nello Stato di Residenza

	S.C. DISTRETTO 1 ALBA S.C. DISTRETTO 2 BRA - UFFICIO ASSISTENZA ESTERO -	Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
		Codice titolario: II.1.03.02
		 0173/316280

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Distretti

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE

In forma diretta
 In forma indiretta

Il sottoscritto

Sig.

Nato a _____ il / /

Residente a _____ in _____

C.F. _____ professione _____

Tel. _____ mail _____

RICHIEDE

per se stesso

per conto di

Sig.

Nato a _____ il / /

Residente a _____ in _____

C.F. _____ professione _____

Tel. _____ mail _____

rispetto al quale il richiedente è:

esercente la responsabilità genitoriale

tutore

amministratore di sostegno, dotato dei relativi poteri

soggetto formalmente delegato

che venga concessa l'autorizzazione al ricovero all'estero, presso la seguente struttura:

dal / / al / /

con accompagnatore

senza accompagnatore

MEZZO DI TRASPORTO

volo di linea

volo speciale

aereo barellato

ambulanza

auto privata

nave

eliambulanza

treno con servizio speciale

e allega i sottoelencati documenti:

- attestazione di diagnosi clinica istologica e della stadiazione della malattia
- cartella/e clinica/he relativa/e alla malattia per la quale si richiede ricorso alle strutture estere
- dichiarazione medica (dello specialista ospedaliero o privato) contenente le seguenti precise attestazioni circa:
 - l'indispensabilità delle indagini diagnostiche e/o delle terapie proposte;
 - i tempi massimi d'attesa ritenuti compatibili con la patologia del paziente;
 - l'indicazione della struttura estera alla quale ritiene debba rivolgersi il paziente;
 - la motivazione della richiesta di ricorso a strutture sanitarie estere.
- la documentazione dettagliata di eventuali precedenti trattamenti chirurgici, radioterapici, chemio-ormonoterapici, etc. per la malattia in corso e l'indicazione delle strutture presso le quali tali trattamenti sono stati eseguiti.
- laddove a presentare l'istanza non sia il diretto interessato: documentazione che legittimi la presentazione della domanda per conto altrui (delega con copia sottoscritta del documento del delegante in corso di validità; provvedimento di nomina in sede tutelare, ecc.).

Data / /

Firma del richiedente



	Codice procedimento: 15/DISTRETTI
	Termine per provvedere: 30 gg dalla richiesta
	Codice titolare: Il.1.03.05
	☎ 0173/316280

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/> Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Distretti

**DOMANDA DI RILASCIO FORMULARIO S1 PAESI U.E. –S.E.E. – SVIZZERA
S T U D E N T E**

Il sottoscritto Sig. _____

C.F. _____

CHIEDE

- a favore di
- se stesso
- del minore sig. _____
rispetto al quale il richiedente è:
- esercente la responsabilità genitoriale tutore
- amministratore di sostegno, dotato dei relativi poteri Altro _____
(specificare)
- Il rilascio del formulario S1
- il rinnovo del formulario S1
- nello stesso Stato
- nel seguente nuovo Stato (U.E. – S.E.E. – Svizzera): _____
- con validità dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Al fine del rilascio/rinnovo del formulario richiesto, che consente di beneficiare, nel Paese straniero di residenza/domicilio, dell'assistenza sanitaria con onere a carico dello Stato italiano, ai sensi delle norme comunitarie di sicurezza sociale, contenute nei Regolamenti U.E., consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere o di falsità negli atti e della decadenza dei benefici eventualmente connessi al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000
(Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà)

Che l'intestatario del modulo S1 sig. _____

- è nato a _____ il ____ / ____ / ____
- è residente a _____ in _____
- è domiciliato presso _____
a _____ in _____
- frequenta presso la/il seguente Università/Istituto _____
con sede a _____ in _____
il seguente corso _____
- NON ha diritto, ad altro titolo diretto¹, alle prestazioni sanitarie
- NON svolge e non svolgerà attività lavorativa

E DICHIARA la veridicità dei dati contenuti nella seguente tabella (da compilare solo se lo studente ha cambiato residenza)

Indirizzo di ultima residenza dello studente in Italia	Ultima ASL competente	Non è residente in Italia dal	Presentazione dichiarazione di trasferimento di residenza dello studente (ex art.6 L. 470/1988)	
			Data	Città sede dell'ufficio consolare che ha ricevuto la dichiarazione
_____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	_____

¹ a carico di un altro Stato dell'Unione Europea, S.E.E./Svizzera o altro Stato U.E.

All. 1

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

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

Stato membro di emissione

1.

2. | _ | _ |

Informazioni relative al titolare della tessera

3. Cognome:
4. Nome:
5. Data di nascita: / /
6. Numero di identificazione personale:

Informazioni relative all'istituzione competente

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

Informazione relativa alla tessera

8. Numero di identificazione della tessera:
9. Data di scadenza: / /

Periodo di validità del certificato

a) Da: / /
b) A: / /

Data di rilascio del certificato

c) / /

Firma e timbro dell'istituzione

d)

Note e informazioni

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



AUTOCERTIFICAZIONE DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER MOTIVI DI REDDITO

Il Sottoscritto (dichiarante)

Cognome:		Nome:	
Nata/o il:		Luogo di nascita:	
Codice Fiscale del soggetto dichiarante:			
Titolo del dichiarante (genitore, coniuge, tutore, etc.):			

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi

DICHIARA CHE L'ASSISTITO (titolare esenzione)

Cognome:		Nome:	
Nata/o il:		Luogo di nascita:	
Codice Fiscale dell'assistito:			

Appartiene alla seguente categoria (barrare la casella):

E01 <input type="checkbox"/>	Soggetto con meno di 6 anni o più di 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni)
-------------------------------------	--

E02 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) della condizione di Disoccupazione con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni)
	Codice Fiscale del soggetto titolare della condizione di disoccupazione:

E03 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) di Assegno (ex pensione) sociale (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni)
	Codice Fiscale del titolare di assegno sociale:

E04 <input type="checkbox"/>	Soggetto titolare (o a carico di altro soggetto titolare) di Pensione al Minimo con più di 60 anni e reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (ex articolo 8 comma 16 della Legge 537/1993 e successive modifiche ed integrazioni)
	Codice Fiscale del titolare di pensione al minimo:

E quindi ha diritto all'esenzione per motivi di reddito (L. n. 537/1993 e successive modificazioni ed integrazioni

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 196/03): i dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della suddetta legge. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 13 della L. 675/96, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla vigente normativa, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

La ASL attiverà il controllo della dichiarazione resa (D.M. 11/1272009 Art. 1, comma 7, lettera c)

Firma leggibile del dichiarante	Timbro della ASL
Data	Nominativo dell'operatore:

Alla Presente va allegata copia di documento di identità in corso di validità e copia del codice fiscale **DEL DICHIARANTE**.

Nota: Si evidenzia che è obbligatorio comunicare tempestivamente alla ASL l'eventuale perdita dei requisiti del diritto all'esenzione autocertificati e comunque non avvalersi di tale diritto.



ISTRUZIONI AUTOCERTIFICAZIONE ESENZIONE DA TICKET

- 1) La dichiarazione è resa dall'interessato ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e può essere resa dai seguenti soggetti ai sensi degli artt. 4 e 5 dello stesso D.P.R.:
 - genitore esercente la potestà, se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori;
 - tutore se l'interessato è soggetto a tutela;
 - interessato con l'assistenza del curatore se l'interessato è soggetto a curatela;
 - coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza, da altro parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado, per impedimento temporaneo per motivi di salute, (la dichiarazione deve contenere espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento).
- 2) Per reddito complessivo fiscale ai fini dell'esenzione, è da intendersi il reddito del nucleo familiare, quale risulta dalla dichiarazione dei redditi presentata nell'anno precedente, come somma di tutti i redditi al lordo degli oneri deducibili, della deduzione per abitazione principale, delle detrazioni fiscali da lavoro e di quelle per carichi di famiglia. Il reddito è rilevabile dai seguenti modelli:
 - mod. CUD: parte B dati fiscali, somma degli importi di cui ai punti 1 e 2 più l'eventuale rendita catastale rivalutata del 5% dell'eventuale abitazione principale e relative pertinenze (box, cantina, ecc.) in possesso;
 - mod. 730: prospetto di liquidazione mod. 730-3, importo di cui al rigo 6;
 - mod. UNICO: quadro RN, importo di cui al rigo RN1.

Compongono il **nucleo familiare fiscale**, oltre al coniuge non legalmente ed effettivamente separato, le persone a carico per le quali spettano le detrazioni per carichi di famiglia in quanto titolari di un reddito non superiore ad Euro 2.840,51.

Pertanto non si considera il nucleo anagrafico, cioè quello risultante dal certificato anagrafico, ma unicamente il nucleo fiscale. La composizione è quella risultante al 31 dicembre dell'anno precedente.
- 3) **Familiari a carico**: sono considerati a carico i familiari che nell'anno precedente hanno posseduto redditi che concorrono alla formazione del **reddito complessivo, per un ammontare non superiore a Euro 2.840,51** (al lordo degli oneri deducibili), computando sia le retribuzioni corrisposte da enti e organismi internazionali, rappresentanze diplomatiche e consolari, da Missioni, dalla Santa Sede, dagli enti gestiti direttamente da essa e dagli enti centrali della Chiesa cattolica, sia la quota esente dei redditi di lavoro dipendente prestato nelle zone di frontiera ed in altri Paesi limitrofi in via continuativa e come oggetto esclusivo del rapporto lavorativo da soggetti residenti nel territorio dello Stato.
 - il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
 - i figli, anche se naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati;
 - e, se conviventi con il contribuente oppure nel caso in cui lo stesso corrisponda loro assegni alimentari non risultanti da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, i seguenti altri familiari (cosiddetti "altri familiari a carico"):
 - a. il coniuge legalmente ed effettivamente separato
 - b. i discendenti dei figli
 - c. i genitori e gli ascendenti prossimi, anche naturali
 - d. i genitori adottivi
 - e. i generi e le nuore;
 - f. il suocero e la suocera;
 - g. i fratelli e le sorelle, anche unilaterali.
- 4) **Pensione al minimo**: è un'integrazione che lo Stato, tramite l'INPS, corrisponde al pensionato quando la pensione derivante dal calcolo dei contributi versati è al di sotto di quello che viene considerato il "minimo vitale". L'importo della pensione spettante viene aumentato ("integrato") fino a raggiungere una cifra stabilita di anno in anno dalla legge. L'importo mensile della pensione al minimo, che per l'anno precedente è pari a Euro 458,20 (Euro 5.956,60 annuo), varia di anno in anno e, a condizione che si posseggano determinati requisiti, può essere incrementato di una maggiorazione. L'integrazione è riconosciuta a condizione che il pensionato e l'eventuale coniuge abbiano redditi non superiori ai limiti stabiliti dalla legge.

A decorrere dal 1° gennaio 2002, la legge finanziaria ha stabilito un incremento della maggiorazione sociale – in favore di persone disagiate – per garantire un importo di pensione fino a Euro 594,64 al mese per tredici mensilità. L'esenzione è estesa anche ai familiari a carico.
- 5) **Titolari di "pensione o assegno sociale"**: per l'anno precedente l'importo massimo della pensione sociale e dell'assegno sociale erogato dall'INPS è pari, rispettivamente, ad Euro 337,11 mensili (Euro 4.382,43 annuo) ed Euro 409,05 mensili (Euro 5.317,65 annuo). L'esenzione è estesa anche ai familiari a carico.
- 6) **Soggetti disoccupati**: soggetto già occupato ed attualmente privo di relazione di impiego, che sia "immediatamente disponibile allo svolgimento ed alla ricerca di un'attività lavorativa secondo le modalità definite con i servizi competenti" (decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181 e s.m.i.). L'esenzione opera se oltre allo status di disoccupato il soggetto appartiene ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo riferito all'ultima dichiarazione dei redditi presentata non superiore a Euro 8.263,31 aumentato a Euro 11.362,05 in presenza di coniuge non legalmente ed effettivamente separato, ulteriormente incrementato di Euro 516,46 per ogni figlio a carico. L'esenzione è estesa anche ai familiari a carico.

ATTENZIONE: CONTROLLI SULLA VERIDICITÀ DELLE DICHIARAZIONI

L'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, è tenuta a controllare il contenuto delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e degli atti di notorietà (pertanto anche le dichiarazioni in merito alle condizioni reddituali), verificando la veridicità dei dati e delle situazioni dichiarate dagli interessati. Si ricorda che nel caso di dichiarazioni non veritiere, l'amministrazione deve immediatamente dichiarare decaduto dal beneficio il soggetto che ha dichiarato il falso e trasmettere gli atti all'autorità giudiziaria.

Validità: Le autocertificazioni di esenzione contraddistinte dai codici E01, E02, E03, E04 degli iscritti all'anagrafe degli assistibili Regione (o Provincia Autonoma) **HANNO VALIDITÀ FINO AL 31 MARZO DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DELLA DICHIARAZIONE**. **PERDONO IMMEDIATA VALIDITÀ IN TUTTI I CASI IN CUI LE CONDIZIONI IN ESSA DICHIARATE NON SUSSISTANO PIÙ** (ad esempio: cessazione di vigenza a carico, compimento dei sei anni, cessato godimento della pensione sociale o minima, errata indicazione del reddito posseduto nell'anno precedente, ecc.).

IL DICHIARANTE È TENUTO A DARE IMMEDIATA COMUNICAZIONE DEL VENIR MENO DELLE CONDIZIONI PER BENEFICIARE DELL'ESENZIONE, ALL'ADDETTO ALLO SPORTELLO IN OCCASIONE DELLA FRUIZIONE DI ULTERIORI PRESTAZIONI.

La guida contiene informazioni pubblicate sui siti web istituzionali:
Ministero della Salute, Regione Lazio, INMP
e di altri enti operanti nel settore sanitario,
nonché articoli e pubblicazioni varie.

Lo scopo della brochure è quello di raccogliere e presentare
al pubblico le soluzioni legali in vigore.

Ringraziamenti speciali
per l'Ambasciata di Spagna e l'Ambasciata della Repubblica di Croazia
per il contributo nella preparazione di questa brochure.