



ROMA, 30 agosto 2005

## *Ministero della Salute*

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione  
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea  
e per i Rapporti Internazionali

- Ufficio II -

Protocollo **DG RUERI/7560 /I.3.b**

Agli Assessorati Regionali alla Sanità

Loro Sedi

Agli Assessorati Provinciali alla Sanità

delle Province Autonome di

Trento e Bolzano

Loro Sedi

SASN Napoli

Via San Nicola Alla Dogana 9

**80133 NAPOLI**

SASN Genova

Via Antonio Cantore 3

**16149 GENOVA**

**Oggetto:** Art. 34 del Reg. (CEE) 574/72: Assistenza indiretta - Procedura per il rimborso e criteri per la tariffazione

Sono pervenute a questo Ministero da parte di alcune ASL richieste di informazioni relative al rimborso ad assistiti italiani di prestazioni usufruite all'estero in forma indiretta mediante utilizzo del modello E126.

Come è noto, infatti, l'art. 34 del reg. 547/72 (all. 1) prevede, nei casi in cui le disposizioni contemplate dai regolamenti comunitari non abbiano potuto essere espletate, la possibilità per l'assistito di richiedere, alle Istituzioni competenti, il rimborso delle spese sostenute direttamente nello Stato membro, sulla base delle tariffe applicate dall'istituzione del luogo di soggiorno, che vengono richieste, per l'appunto con il modello E126 (all.2).

Pertanto, al fine di facilitare le procedure di rimborso per gli assistiti, italiani e stranieri, si ritiene utile informare gli operatori delle ASL delle esatte modalità da seguire.

**A) Richiesta di rimborso da parte di iscritti al servizio sanitario nazionale (prestazioni usufruite in paesi UE, SEE ed in Svizzera)**

L'assistito iscritto al servizio sanitario nazionale può richiedere alla propria ASL, presentando le relative fatture quietanzate, il rimborso delle prestazioni che ha pagato o perché non in possesso di attestato di diritto (e l'istituzione estera non l'ha richiesto d'ufficio) o perché le prestazioni sono state erogate da una struttura privata. E' bene ricordare che in alcuni Stati come la Francia o la Svizzera il pagamento della prestazione può essere richiesto anche in presenza di valido attestato; in

tal caso è possibile richiedere subito alla competente istituzione Francese (CPAM) o Svizzera (la LAMal) il rimborso; altrimenti la richiesta dovrà essere fatta, al rientro in Italia, alla ASL.

Inoltre è bene rammentare che il Reg. (CE) 631/2004, tra l'altro, ha introdotto il nuovo criterio di assistenza con il c.d. "allineamento dei diritti", per cui a tutte le persone assicurate, in caso di temporaneo soggiorno in un altro Stato membro, viene erogato un livello uniforme di assistenza, a prescindere dalla categoria di appartenenza. Pertanto, con la modifica dell'art. 22.1, a) del Reg. 1408/71 (temporaneo soggiorno) e degli altri articoli ad esso correlati, viene meno l'accesso ai diversi livelli di prestazioni in base alla categoria a cui appartengono le persone e, soprattutto, la distinzione tra "cure immediatamente necessarie" e cure "necessarie". Venendo meno la suddetta distinzione, non si parla più di cure urgenti e quindi l'art. 34 si applica nei casi di richiesta di rimborsi per prestazioni "medicalmente necessarie" erogate in uno Stato della UE.

Ai fini del rimborso, la necessità della prestazione deve essere valutata dai sanitari del luogo ove quest'ultima è stata erogata. Tale giudizio non può essere sindacato, ma casi particolari (i quali possono apparire come cure programmate "mascherate") possono essere segnalati a questo Ministero che provvederà a richiedere all'organismo di collegamento competente ulteriori informazioni.

Poiché il rimborso deve avvenire sulla base delle tariffe applicate dallo Stato estero, è necessario che la ASL invii all'istituzione competente, oppure agli organismi di collegamento (all. 3), un modello E126, allegando copia delle fatture relative alle prestazioni di cui si chiede la tariffazione. Nel momento in cui la ASL riceverà il modello E126 con la tariffazione indicata dall'istituzione estera, dovrà provvedere al rimborso.

Un caso particolare riguarda la **Spagna**. Poiché tale Paese non dispone di tariffe di rimborso, **non deve essere inoltrata la domanda di tariffazione delle prestazioni**. Nella fattispecie è necessario che la ASL faccia ricorso all'applicazione del paragrafo 5 dell'art. 34, procedendo al rimborso delle prestazioni determinato in base alle tariffe italiane (quelle fissate dalla Regione o dagli accordi collettivi nazionali), al netto dei tickets, ove previsti dalla normativa vigente, e tenendo conto, altresì, dei criteri previsti nel paragrafo n° 4 del citato art. 34 e dei limiti fissati nella Decisione n°176 del 24 giugno 1999 della Commissione Amministrativa ("tetto" massimo di 1000 Euro).

E' bene rammentare che il suddetto paragrafo 4 dispone che, in deroga alle disposizioni dei paragrafi precedenti, l'istituzione competente può rimborsare utilizzando le proprie tariffe solo se:

- il rimborso sia permesso;
- le spese da rimborsare non superino un importo fissato dalla commissione amministrativa (1000 euro);
- l'assistito abbia dato il proprio consenso all'applicazione della suddetta disposizione.

Nell'applicazione del paragrafo 5, non è necessario l'accordo dell'interessato in quanto, come detto prima, si tratta della fattispecie relativa al caso in cui lo Stato estero non ha tariffe per il rimborso.

Per i Paesi non facenti parte dell'area dell'euro, lo scrivente Ministero invia ogni trimestre i tassi di conversione da utilizzare per i rimborsi da effettuare nei trimestri successivi.

## **B) Richiesta tariffazione proveniente dalle istituzioni competenti di paesi UE SEE e della Svizzera**

I modelli E126 con la richiesta di tariffazione per prestazioni pagate direttamente da assistiti stranieri, possono pervenire alle ASL dalle Istituzioni competenti estere, oppure per il tramite del Ministero della Salute in qualità di organismo di collegamento.

Raccomandando la massima celerità nel riscontro delle suddette richieste che, si sottolinea, devono riguardare prestazioni medicalmente necessarie, si espongono alcuni criteri per poter effettuare la tariffazione.

1. le ricevute riferite al pagamento del solo ticket vanno escluse dalla tariffazione. Fanno eccezione le visite occasionali e quelle della Guardia Medica Turistica e le prestazioni di pronto soccorso per le quali la tariffazione deve comprendere anche il rimborso del ticket;
2. la tariffazione si effettua segnando su ciascuna ricevuta gli importi rimborsabili e quelli esclusi e compilando la parte B del modello E126 ricevuto;
3. Le prestazioni (ed i medicinali) vanno tariffate in base alle regole e tariffari regionali anche se sono state ottenute presso una struttura privata. Per le visite occasionali si applicano le tariffe previste dai vigenti contratti per i medici e pediatri di famiglia;
4. Nel caso di fatture riferite a prestazioni erogate negli ospedali a gestione diretta o nelle Aziende ospedaliere pubbliche, la tariffazione potrà essere rilasciata solo se dall'accertamento presso l'ufficio competente emerge che la fattura è stata regolarmente saldata dall'assicurato; in caso contrario è necessario restituire il mod. E 126 specificando il motivo della mancata tariffazione.

Si invita codesto Assessorato ad informare le rispettive aziende sanitarie per gli adempimenti di loro competenza.

**Il Direttore dell'Ufficio  
(Dott.ssa Francesca Basile)**

Allegati: art. 34 Reg 574/72  
Modello E126  
Elenco Organismi di collegamento

**Indirizzo per le comunicazioni:**

Ministero della Salute  
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione  
DG Rapporti Unione Europea e Rapporti Internazionali  
Ufficio II  
Piazzale dell'Industria, 20 - 00144 ROMA  
Tel +39 6 5994 2464/2324/2057 - Fax +39 6 5994 2475  
e-mail: [g.marino@sanita.it](mailto:g.marino@sanita.it) ; [a.venanzi@sanita.it](mailto:a.venanzi@sanita.it)