

# **VADEMECUM ASSISTENTI AMMINISTRATIVI INTERPRETI STAGIONE TURISTICA**



## Vademecum Assistenti Amministrativi Interpreti Stagione Turistica

1. IL PROGRAMMA AZIENDALE “VACANZE IN SALUTE”. CONTESTO E PREMESSE .....	3
2. INQUADRAMENTO NORMATIVO .....	4
2.1 ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI DI PAESI ESTERI NON ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE .....	4
2.1.1 CITTADINI UE, SEE (ISLANDA, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA) E SVIZZERA .....	4
2.1.2 CITTADINI APPARTENENTI A PAESI CON CUI VIGONO CONVENZIONI BILATERALI .....	5
2.1.3 CITTADINI STRANIERI (EXTRA UE E PAESI NON CONVENZIONATI) .....	6
2.1.4 CITTADINI STRANIERI: CODICE ENI E CODICE STP .....	6
2.2 RECUPERO CREDITI .....	7
2.3 COMPILAZIONE DEL RETRO DELLA RICETTA ROSSA SSN.....	7
2.4 ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA .....	8
3. PROTOCOLLO DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO: DOCUMENTAZIONE E PAGAMENTO.....	9
4. INDICAZIONI OPERATIVE: RACCOLTA E TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA PAZIENTE STRANIERO .....	10
4.1 ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE STRANIERO PRESSO IL PRONTO SOCCORSO O IL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO .....	10
4.1.1 STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA ISCRITTI AL SSN: .....	10
4.1.2 STRANIERI REGOLARI NON ISCRITTI AL SSN: .....	10
4.1.3 STRANIERI <b>IRREGOLARI</b> .....	10
4.2 INSERIMENTO IN ANAGRAFICA SPS WEB DEL PAZIENTE STRANIERO .....	11
4.3 MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI VERBALI DI PS/PPI.....	11
4.3.1 RACCOMANDAZIONI .....	12
5. ATTIVITA' DI CASSA.....	14
5.1 VADEMECUM PER I CASSIERI .....	14
5.3 CAMBIO MODALITA' DI PAGAMENTO .....	18
5.4 INDICAZIONI PER CHIUSURA CASSE PPI/PS OSPEDALIERI STAGIONE TURISTICA .....	18
6. ALLEGATI.....	19
6.1 REGOLAMENTI E PROCEDURE INTERNE DI RIFERIMENTO .....	19

Autore	Dott. Giuseppe Bazzo, dott.ssa Paula Moras
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

# 1. IL PROGRAMMA AZIENDALE “VACANZE IN SALUTE”. CONTESTO E PREMESSE

L’Azienda ULSS n. 4 “Veneto Orientale”, territorialmente caratterizzata da una lunga fascia di costa sede di località turistiche tra le più apprezzate in Italia (Bibione, Caorle, Eraclea, Jesolo e Cavallino Treporti), rappresenta una meta di importanti flussi turistici locali, nazionali ed in particolare internazionali. Il 65% delle presenze totali è costituito infatti da turisti stranieri.

A seguito dell’esperienza maturata negli anni nell’ambito dell’attivazione e potenziamento dei servizi dedicati ai turisti, l’Azienda ULSS n. 4 “Veneto Orientale” ha inteso denominare programma “Vacanze in Salute” l’insieme dei servizi socio sanitari predisposti a favore dei turisti. Ciò comporta l’adozione di un modello organizzativo flessibile basato sul potenziamento dei servizi, *in primis* dal punto di vista sanitario ma anche da quello amministrativo attraverso il reclutamento di personale amministrativo interprete. Quest’ultimo ha il compito di facilitare la comunicazione tra il personale sanitario e il paziente straniero nonché di garantire la correttezza amministrativa del flusso informativo relativo alle prestazioni rese. L’attività di Front-office amministrativo nell’ambito dei Pronto Soccorso e dei Punti di Primo Intervento aziendali durante la stagione estiva prevede infatti l’accurato controllo dei dati anagrafici del paziente e della sua copertura assistenziale a garanzia della conseguente attribuzione del corretto onere dei costi sanitari, ai fini del recupero del credito presso le istituzioni competenti straniere ma anche italiane.

La presenza di un assistente amministrativo interprete con conoscenze linguistiche (in particolare delle lingue straniere tedesco ed inglese) da affiancare al personale sanitario presso i Pronti Soccorso ed i Punti di Primo Intervento aziendali assicura pertanto la gestione amministrativa dell’accettazione, la corretta identificazione del paziente, la registrazione puntuale dei dati anagrafici, la completa raccolta della documentazione necessaria al fine di garantire la correttezza del dato amministrativo finalizzato al flusso informativo e al recupero del credito.

Il personale amministrativo Interprete svolge presso i Pronti Soccorso Ospedalieri e presso i Punti di Primo Intervento funzioni:

1. di interpretariato
2. amministrative
3. di cassa.

Lo scopo di questo documento consiste nel fornire al suddetto personale un supporto ai fini del corretto inquadramento normativo delle pratiche di utenti stranieri da processare, con l’obiettivo altresì di uniformare nei vari Pronti Soccorso e Punti di Primo Intervento aziendali le procedure in merito a:

- raccolta/gestione/trasmissione della documentazione sanitaria/amministrativa;
- procedura CUP/cassa.

Autore	Dott. Giuseppe Bazzo, dott.ssa Paula Moras
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

## 2. INQUADRAMENTO NORMATIVO



### 2.1 ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI DI PAESI ESTERI NON ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I cittadini provenienti da Paesi esteri non iscritti al SSN possono essere distinti nelle seguenti fattispecie in base alla modalità di accesso all'assistenza sanitaria:

- cittadini UE, SEE (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e Svizzera;
- cittadini appartenenti a Paesi con cui vigono convenzioni bilaterali;
- cittadini stranieri (extra UE e Paesi non convenzionati);
- cittadini stranieri: codice ENI e codice STP.

#### 2.1.1 CITTADINI UE, SEE (ISLANDA, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA) E SVIZZERA

In applicazione ai regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883/04 e 987/09 gli assistiti che si spostano all'interno degli Stati della Unione Europea, della Svizzera e dello Spazio Economico Europeo (SEE: Norvegia, Islanda e Liechtenstein) per poter usufruire dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato di provenienza devono presentare alle istituzioni competenti o ai prestatori di cure gli idonei attestati che certificano il diritto di godere delle prestazioni sanitarie.

Nel caso di un temporaneo soggiorno in Italia, l'assicurato proveniente da uno degli Stati UE, SEE e Svizzera (*allegato 1*) dovrà esibire la **tessera europea di assicurazione malattia - TEAM** (*allegato 3*) per avere diritto alle prestazioni sanitarie medicalmente necessarie, alle stesse condizioni dei cittadini residenti.

La decisione S3 della Commissione Amministrativa per il Coordinamento dei Sistemi di Sicurezza Sociale chiarisce che le "prestazioni medicalmente necessarie" comprendono non soltanto le prestazioni urgenti, ma anche le prestazioni connesse a malattie croniche o preesistenti, nonché connesse alla gravidanza ed al parto. Detta valutazione tiene conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della dimora, affinché la persona assicurata non debba essere costretta a ritornare nello Stato membro competente per ricevere le cure necessarie prima della conclusione prevista del soggiorno.

La TEAM non copre i costi delle cure programmate di altissima specializzazione all'estero, per le quali è richiesto il **mod. E112/S2** (*allegato 5*), si tratta dei casi in cui l'obiettivo del soggiorno all'estero sia quello di ricevere cure.

**Il certificato sostitutivo provvisorio della TEAM** (*allegato 4*) equivale alla tessera europea di assicurazione malattia ed è utilizzato quando l'assicurato è sprovvisto di tessera, nel caso ad esempio di furto o smarrimento. Oltre alla data di scadenza, tale attestato riporta anche una data d'inizio di validità, cui è necessario porre particolare attenzione.

#### **Nota regionale protocollo n. 43734 del 31.01.2014** (*allegato 6*)

- ❑ Per poter procedere alla richiesta di rimborso all'Istituzione estera dei costi riferiti alle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti provenienti da Paesi UE, SEE e Svizzera deve essere acquisita sia copia della TEAM (o altro idoneo attestato di diritto) sia copia di un documento d'identità. **Tali documenti devono essere inoltrati all'Ufficio Assistenza Internazionale** unitamente alla documentazione sanitaria, secondo le indicazioni di cui alla tabella di pag. 12 del presente documento.
- ❑ Qualora l'assistito sia sprovvisto di TEAM l'Azienda ULSS n. 4, a garanzia di copertura economica delle prestazioni rese, può eventualmente richiedere all'istituzione estera competente l'emissione di un Certificato Sostitutivo Provvisorio della TEAM, valido per la totale copertura del periodo in cui si è verificato l'evento. In nessun caso può essere accettata tardivamente la TEAM non potendo stabilire con certezza la data di decorrenza della stessa. **Tali documenti devono essere inoltrati all'Ufficio Assistenza Internazionale** unitamente alla documentazione sanitaria, secondo le indicazioni di cui alla tabella di pag. 12 del presente documento.

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario



**Nota Bene:**

Nel caso di assistiti provenienti dal **Belgio**, si raccomanda di prestare particolare attenzione alla Tessera presentata; se nel riquadro adiacente alla sigla dello Stato appare la dicitura **E111-B**, la tessera dovrà essere accettata **esclusivamente per i ricoveri ospedalieri**; le prestazioni diverse dal ricovero dovranno essere addebitate direttamente all'assistito belga titolare della suddetta Tessera.

- ❑ Nel caso di assistiti della **Repubblica Slovacca** in possesso di TEAM con scadenza 31/12/2099 o 31/12/9999, tali tessere sono da ritenersi valide a tutti gli effetti.
- ❑ Nel caso in cui venga esibita una **TEAM** che presenti **asterischi** al posto dei dati anagrafici e assicurativi questa non deve essere considerata valida ai fini del recupero del credito e le prestazioni dovranno essere addebitate direttamente all'assistito.

**Disposizioni**

Al momento dell'accettazione di cittadini UE, SEE e Svizzera gli operatori del Pronto Soccorso o dei Punti di Primo Intervento **saranno tenuti a eseguire una fotocopia leggibile fronte e retro:**

1. della TEAM o dell'eventuale Certificato Sostitutivo Provvisorio;
2. di un documento d'identità,

dopo averne verificato la **validità**. Tali fotocopie dovranno essere inoltrate, unitamente alla documentazione sanitaria, **all'Ufficio Assistenza Internazionale**, secondo le modalità e tempistiche riportate nella tabella di pag. 12 del presente documento.

Qualora l'assistito **non** sia in possesso dell'attestato rilasciato dal proprio Ente assicuratore o sia assicurato privatamente egli **sarà tenuto al pagamento per intero delle prestazioni**. In questo caso l'operatore dovrà provvedere all'attivazione tempestiva delle procedure atte alla pronta riscossione degli importi dovuti. Successivamente l'assistito potrà rivolgersi all'istituzione competente del suo Paese di residenza al fine di verificare l'eventuale diritto al rimborso delle spese sostenute. La relazione con le assicurazioni private fa capo **all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale**.

Qualora l'assistito non sia in grado o rifiuti di provvedere al pagamento dell'importo spettante, l'operatore dovrà imperativamente raccogliere tutti i dati anagrafici del medesimo (incluso indirizzo e recapito telefonico) ed inviare la pratica all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale, unitamente alla documentazione amministrativa e secondo le tempistiche indicate nella tabella riportata alla pag. 12 del presente documento.

**2.1.2 CITTADINI APPARTENENTI A PAESI CON CUI VIGONO CONVENZIONI BILATERALI**

Argentina	IRA 1
Australia	MEDICARE
Brasile	IB 2
Capoverde	111 CV
Ex Jugoslavia (Macedonia, Serbia, Montenegro, Bosnia Erzegovina)	OBR 7
Principato di Monaco	IMC 8
Repubblica di San Marino	ISMAR 8
Tunisia	I/TN 11
Città del Vaticano e Santa Sede	Convenzione limitata agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali.

I cittadini di Paesi convenzionati (*allegato 2*) che soggiornano temporaneamente in Italia beneficiano delle prestazioni sanitarie necessarie previste dalla legislazione italiana.

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario

Al momento dell'accettazione di cittadini provenienti da Paesi con cui vigono convenzioni bilaterali gli operatori del Pronto Soccorso o dei Punti di Primo Intervento **saranno tenuti a eseguire una fotocopia leggibile fronte e retro:**

1. **dell'idoneo attestato di diritto;**
2. **di un documento d'identità,**

dopo averne verificato la validità. Tali fotocopie dovranno essere inoltrate, unitamente alla documentazione sanitaria, all'Ufficio Assistenza Internazionale secondo le modalità e tempistiche riportate nella tabella di pag. 12 del presente documento.

Qualora il cittadino di uno degli Stati convenzionati non sia in possesso dell'attestato rilasciato dal proprio Ente assicuratore o sia assicurato privatamente, egli **sarà tenuto al pagamento per intero delle prestazioni**. In questo caso l'operatore dovrà provvedere all'attivazione tempestiva delle procedure atte alla pronta riscossione degli importi dovuti. Successivamente l'assistito potrà rivolgersi all'istituzione competente del suo Paese di residenza al fine di verificare l'eventuale diritto al rimborso delle spese sostenute. La relazione con le assicurazioni private fa capo all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale.

Qualora l'assistito non sia in grado o rifiuti di provvedere al pagamento dell'importo spettante, l'operatore dovrà imperativamente raccogliere tutti i dati anagrafici del medesimo (incluso indirizzo e recapito telefonico) ed inviare la pratica all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale, unitamente alla documentazione amministrativa e secondo le tempistiche indicate nella tabella riportata alla pag. 12 del presente documento.

### 2.1.3 CITTADINI STRANIERI (EXTRA UE E PAESI NON CONVENZIONATI)

I cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti in Italia (ad esempio per turismo, affari, visita), non iscritti al SSN, sono tenuti al pagamento per intero delle prestazioni sanitarie in base alle tariffe regionali vigenti.

Qualora l'assistito non sia in grado o rifiuti di provvedere al pagamento dell'importo spettante, l'operatore dovrà imperativamente raccogliere tutti i dati anagrafici del medesimo (incluso indirizzo e recapito telefonico) ed inviare la pratica all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale, unitamente alla documentazione amministrativa e secondo le tempistiche indicate nella tabella riportata alla pag. 12 del presente documento.

### 2.1.4 CITTADINI STRANIERI: CODICE ENI E CODICE STP

**Codice ENI (Europeo non iscritto)** – Cittadini comunitari non aventi i requisiti per l'iscrizione anagrafica

Con DGRV n. 1084 del 26 luglio 2011 è stato istituito il codice ENI a favore dei cittadini comunitari dimoranti in Italia, totalmente privi di copertura sanitaria e non iscritti ad alcuna anagrafe comunale. Il rilascio di tale codice da parte dell'ufficio distrettuale competente dell'a.u.l.s.s. di dimora, su richiesta dell'interessato, assicura le prestazioni sanitarie indifferibili e urgenti ancorché continuative. Il paziente con codice ENI e dichiarazione di indigenza è tenuto al pagamento del ticket se dovuto, in analogia con il cittadino italiano residente.

**Codice STP (Straniero temporaneamente presente)** – Cittadini stranieri irregolari

Ai cittadini stranieri irregolari (extracomunitari senza permesso di soggiorno e indigenti) sono assicurate le cure urgenti o comunque essenziali e gli interventi di medicina preventiva attraverso il rilascio di una "tessera con codice STP" (Stranieri Temporaneamente Presenti).

Per tali soggetti non possono essere prescritti farmaci in regime di S.S.N. utilizzando il ricettario regionale. In caso di necessità assistenziali i soggetti dovranno **essere indirizzati al Dipartimento di Prevenzione** che ha facoltà di prescrizione ed eventuale erogazione di cure urgenti e relativa terapia.

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario

L'art. 35 del T.U. sull'immigrazione, pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai cittadini non iscritti, prevede al comma 4, l'erogazione delle prestazioni senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti, qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Lo stato di indigenza del soggetto viene attestato mediante la sottoscrizione di una dichiarazione redatta su apposito modulo.

**I cittadini stranieri irregolari sprovvisti della "tessera con codice STP" dovranno essere indirizzati presso l'Ufficio Anagrafe distrettuale o presso i Presidi Ospedalieri per l'attribuzione del codice STP e il rilascio del relativo tesserino.**

## 2.2 RECUPERO CREDITI

RECUPERO CREDITI PRESSO LE ISTITUZIONI ESTERE RIFERITO A PRESTAZIONI SANITARIE RESE A CITTADINI UE, SEE E SVIZZERA O APPARTENENTI AI PAESI CON CUI VIGONO CONVENZIONI BILATERALI MUNITI DI IDONEO ATTESTATO.

Qualora i cittadini sopra citati **non siano tenuti al pagamento del ticket o qualora il pagamento dello stesso non copra interamente l'onere delle prestazioni** erogate, copia della documentazione sanitaria ed amministrativa deve essere trasmessa all'Ufficio Assistenza Internazionale secondo la modalità e tempistica indicata nella tabella riportata alla pag. 12 del presente documento.

Qualora i cittadini UE, SEE e Svizzera o appartenenti ai Paesi con cui vigono convenzioni bilaterali abbiano pagato la prestazione per intero, non è necessario inoltrare alcuna documentazione, esclusi i verbali che prevedono costi di trasporto in ambulanza.

Se per qualsiasi motivo l'assistito, sprovvisto dell'attestato di diritto, non dovesse provvedere al pagamento delle prestazioni, dovrà essere trasmessa la documentazione all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale secondo la modalità e le tempistiche indicate nella tabella riportata alla pag. 12 del presente documento.

Nella suddetta fattispecie è assolutamente necessario reperire il maggior numero di dati anagrafici dell'assistito, compreso indirizzo, recapito telefonico e i dati assicurativi.

## 2.3 COMPILAZIONE DEL RETRO DELLA RICETTA ROSSA SSN

Nota Ministeriale prot. n. DG RUERI/9310/l.3.b. del 18 novembre 2004.

La ricetta rossa SSN è utilizzata per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale.

Il personale amministrativo interprete è tenuto a supportare il personale sanitario ai fini della corretta compilazione del retro della ricetta rossa SSN (assistiti stranieri in possesso di attestato di diritto emesso da istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale).

### COMPILAZIONE DEL RETRO DELLA RICETTA SSN

- indicare in modo leggibile (stampatello), negli appositi spazi, i seguenti dati (nel caso di assistiti in possesso di TEAM):

- a) Codice e descrizione dell'Istituzione competente;
- b) Sigla dello Stato estero;
- c) Numero di identificazione personale dell'assistito;
- d) Numero di identificazione della tessera dell'assistito;
- e) Data di nascita dell'assistito;
- f) Data di scadenza della TEAM.

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario

- acquisire la **firma** del **medico** e dell'**assistito** nello spazio previsto;
- **allegare imperativamente alla ricetta SSN:**
  - a) **copia di un valido documento di identità;**
  - b) **copia leggibile fronte retro della TEAM** oppure copia del **certificato provvisorio sostitutivo** o altro idoneo **attestato di diritto** nel caso di paesi convenzionati (*allegato 2*)

**Non può** assolutamente essere utilizzata la ricetta SSN per la prescrizione di farmaci e prestazioni specialistiche ad un cittadino UE, SEE, Svizzera o appartenente a uno dei Paesi convenzionati, se quest'ultimo è **sprovisto dell'idoneo e valido attestato di diritto**. Il paziente dovrà pagare la prestazione per intero.

**COMPILAZIONE RICETTA PER UTENTI STRANIERI**

**A. UTENTI STRANIERI (UE, NORVEGIA, ISLANDA, LIECHTENSTEIN, SVIZZERA E PAESI CONVENZIONATI) CON TEAM/ATTESTATO DI DIRITTO RICETTA ROSSA**

**1. COMPILAZIONE RETRO DELLA RICETTA ROSSA**

**2. ALLEGARE COPIA FRONTE RETRO DELLA TEAM OPPURE COPIA DEL CERTIFICATO PROVVISORIO SOSTITUTIVO O ALTRO IDONEO ATTESTATO DI DIRITTO PER PAESI CON CUI VIGONO ACCORDI BILATERALI DI SICUREZZA SOCIALE**

**3. ALLEGARE COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITÀ**

**B. UTENTI STRANIERI SENZA TEAM/ATTESTATO DI DIRITTO RICETTA BIANCA**

## 2.4 ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA

La **Direttiva UE del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 24 del 9 marzo 2011** sulla “applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera” prevede un sistema di assistenza in forma indiretta che consente a tutti gli assistiti dei Paesi dell’Unione Europea di usufruire di cure sanitarie negli altri Paesi dell’Unione alle stesse condizioni previste dal Sistema Sanitario di appartenenza. Con questo sistema il paziente anticipa i costi dell’assistenza sanitaria, autorizzata nei casi previsti, e successivamente richiede il rimborso al proprio Sistema sanitario (assistenza indiretta). Il rimborso per le prestazioni sanitarie sarà pari al costo che il Sistema Sanitario di appartenenza avrebbe sostenuto se le cure fossero state erogate nello Stato di appartenenza, senza superare il costo totale della cura.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 21.3.2014 è stato pubblicato il **decreto legislativo 4 marzo 2014 n. 38** con cui è stata data attuazione in Italia alla Direttiva 2011/24/UE, concernente l’assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché alla Direttiva 2012/52/UE, recante misure per agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro.

Con nota protocollo n. 51898 del 03/09/2018 di Azienda Zero è stato trasmesso il documento riguardante l’intesa, ai sensi dell’articolo 19, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente le “Linee guida in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera”.

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario

### 3. PROTOCOLLO DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO: DOCUMENTAZIONE E PAGAMENTO

#### PROTOCOLLO DI ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO: DOCUMENTAZIONE E PAGAMENTO

Presentarsi all'Accettazione muniti di

**DOCUMENTO D'IDENTITÀ** (CARTA D'IDENTITÀ - PASSAPORTO – PATENTE DI GUIDA)

**DOCUMENTO SANITARIO** (TEAM – CERTIFICATO PROVVISORIO - TESSERA STP)

Cittadino dell'Unione Europea o di Paesi dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Svizzera)	Viene richiesta la TEAM O CERTIFICATO PROVVISORIO (per cittadini UE)	In possesso di TEAM	PRESTAZIONI/RICOVERI URGENTI	ESENZIONE DAL PAGAMENTO
			PRESTAZIONI/RICOVERI NON URGENTI	PAGAMENTO DEL TICKET ALLA CHIUSURA DEL VERBALE: AL CUP/CASSA O ALLE EMETTITRICI AUTOMATICHE
		Non in possesso di TEAM	PRESTAZIONI/RICOVERI URGENTI O NON URGENTI	PAGAMENTO PER INTERO DELLE PRESTAZIONI ALLA CHIUSURA DEL VERBALE: AL CUP/CASSA O ALLE EMETTITRICI AUTOMATICHE
Cittadino Extra-UE regolare	Verrà richiesta la compilazione dell'AUTOCERTIFICAZIONE		PRESTAZIONI/RICOVERI URGENTI O NON URGENTI	PAGAMENTO PER INTERO DELLE PRESTAZIONI ALLA CHIUSURA DEL VERBALE: AL CUP/CASSA O ALLE EMETTITRICI AUTOMATICHE
Cittadino Extra-UE irregolare	Tessera STP valida con dichiarazione di indigenza		PRESTAZIONI/RICOVERI URGENTI	ESENZIONE DAL PAGAMENTO
			PRESTAZIONI/RICOVERI NON URGENTI	PAGAMENTO DEL TICKET ALLA CHIUSURA DEL VERBALE: AL CUP/CASSA O ALLE EMETTITRICI AUTOMATICHE

Autore	Dr. Fabio Toffoletto
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Maria Grazia Carraro, Direttore Sanitario

## 4. INDICAZIONI OPERATIVE: RACCOLTA E TRASMISSIONE DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA PAZIENTE STRANIERO

### 4.1 ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE STRANIERO PRESSO IL PRONTO SOCCORSO O IL PUNTO DI PRIMO INTERVENTO

All'atto dell'accettazione del paziente straniero, il personale amministrativo interprete supporta il personale sanitario ai fini della identificazione anagrafica del paziente, provvedendo all'acquisizione della necessaria documentazione amministrativa e alla verifica della correttezza dei dati anagrafici inseriti nell'applicativo aziendale SPS WEB. Si precisa a tal fine che la successiva fase di triage è di esclusiva competenza del personale sanitario.

Il personale amministrativo è altresì tenuto a far **compilare** e **firmare** al paziente straniero (o a chi ne fa le veci) il modulo plurilingue di autocertificazione dei dati anagrafici, provvedendo altresì ad indicare un recapito telefonico ed il nome /indirizzo del luogo di villeggiatura/domicilio in Italia nonché l'indirizzo mail.

#### 4.1.1 STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA ISCRITTI AL SSN:

E' necessario acquisire copia fronte retro di:

- Carta d'Identità o altro documento di identificazione in corso di validità;
- Tessera sanitaria in cui è indicato il nome del medico curante;
- Tessera TS (TEAM).

#### 4.1.2 STRANIERI REGOLARI NON ISCRITTI AL SSN:

E' necessario acquisire copia fronte retro di:

- Carta d'Identità, Passaporto (comprese tutte le pagine riportanti i timbri) o altro documento di identificazione in corso di validità del Paese d'origine;
- Eventuale attestato di diritto alle prestazioni sanitarie rilasciato da una istituzione estera di un Paese UE/SEE/Svizzera/Paese Convenzionato (TEAM, certificato provvisorio sostitutivo -cps-, ecc.);
- Eventuale polizza di Assicurazione Privata (il paziente è tenuto al pagamento per intero della prestazione);
- Eventuale copia fronte retro di carta di credito in corso di validità a garanzia di eventuali mancati pagamenti.

#### 4.1.3 STRANIERI IRREGOLARI

E' necessario acquisire copia fronte retro di:

- Carta d'identità, Passaporto (comprese tutte le pagine riportanti i timbri) o altro documento di identificazione in corso di validità emesso dal Paese d'origine;
- Eventuale codice STP/ENI e dichiarazione di indigenza, verificando la data di scadenza;

Qualora al paziente non sia attribuito il codice STP/ENI e non ricorrano le condizioni di diritto, è necessario indirizzare l'utente al Distretto competente per la verifica del diritto al rilascio del codice STP/ENI.

Autore	Dot. Marco Rizzato
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo



Paziente STRANIERO ISCRITTO al SSN	PAGAMENTO
/	TICKET (se dovuto)

Paziente STRANIERO REGOLARE NON ISCRITTO al SSN	PAGAMENTO
CON attestato di diritto	TICKET (se dovuto)
SENZA attestato di diritto	PER INTERO della prestazione sanitaria

Paziente STRANIERO IRREGOLARE	PAGAMENTO
CON codice STP / ENI e dichiarazione di indigenza	TICKET (se dovuto)

## 4.2 INSERIMENTO IN ANAGRAFICA SPS WEB DEL PAZIENTE STRANIERO

Il personale amministrativo interprete supporta il personale sanitario nella fase di inserimento dei dati anagrafici nell'applicativo SPS WEB:

- profilo SPS WEB (verificare sempre che sia selezionato il Presidio Ospedaliero corretto attraverso l'apposita tendina posizionata in alto a destra della videata); si precisa che la fase di TRIAGE è di esclusiva competenza del personale sanitario;
- nuova accettazione-cerca un assistito. Nel caso in cui il paziente sia già presente verificare che i dati inseriti siano corretti (nome/cognome/residenza/codice fiscale/tel.), con particolare riguardo per i pazienti fuori aulss4.  
Nuovo assistito: compilare ogni parte della schermata e indicare nella sezione indirizzo anche la città di residenza del paziente straniero;
- selezionare SOLO "Paziente che esibisce la TEAM" oppure "Paziente sprovvisto di TEAM" (non si deve tener conto delle altre opzioni).

**N.B.** Nel caso di pazienti **provisti di tessera "STP/ENI" ovvero pazienti fuori Ausl verificare** sempre, tramite sistema TS, che la **posizione sanitaria** e i **dati forniti** siano **in corso di validità** e provvedere sempre a **fotocopiare** i documenti esibiti per la corretta identificazione del paziente.

Le esenzioni previste a livello nazionale possono essere riconosciute agli assistiti fuori Ausl iscritti al SSN solo se questi ultimi sono in grado di presentare tempestivamente la documentazione attestante il diritto all'esenzione, di cui **deve essere acquisita copia**.

## 4.3 MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI VERBALI DI PS/PPI

I verbali riferiti a pazienti stranieri non iscritti al SSN e corredati di tutta la documentazione amministrativa prevista vanno suddivisi in due distinte buste:

- verbali di accesso **con TEAM / attestato di diritto** (ad esclusione di quelli pagati per intero che non prevedono costi di trasporto in ambulanza, che vanno archiviati presso il PS/PPI) vanno trasmessi all'Ufficio Assistenza Internazionale con cadenza settimanale, e, qualora incompleti della documentazione necessaria, saranno restituiti all'Ufficio Accettazione Amministrativa di Ospedale per le verifiche previste;
- verbali di accesso **con INSOLUTI senza TEAM / attestato di diritto** (ad esclusione di quelli pagati per intero - che non prevedano costi di trasporto in ambulanza - vanno archiviati presso il PS/PPI) vanno trasmessi alla

Autore	Dot. Marco Rizzato
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

I verbali vanno inviati secondo le seguenti modalità:

UFFICIO ASSISTENZA INTERNAZIONALE		UFFICIO ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA
<p><b>VERBALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CON TEAM/</b> CERTIFICATO SOSTITUTIVO PROVVISORIO</li> <li>• ATTESTATO DI DIRITTO</li> </ul>		<p><b>VERBALI INSOLUTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SENZA TEAM/CERTIFICATO</b> SOSTITUTIVO PROVVISORIO</li> <li>• <b>SENZA ATTESTATO DI DIRITTO</b></li> </ul>
<p>VERBALI DI PS/PPI <b>(chiusi)</b></p>	<p><b>settimanalmente il lunedì</b> entro le ore 12:00</p> <p>Allegare al verbale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copia documento identificativo;</li> <li>- autocertificazione;</li> <li>- fotocopia TEAM / attestato di diritto fronte retro leggibile</li> </ul>	<p><b>tutti i giorni feriali</b> entro le ore 9:30</p> <p>Allegare al verbale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- copia promemoria ticket insoluto;</li> <li>- copia documento identificativo;</li> <li>- autocertificazione;</li> <li>- eventuale assicurazione privata;</li> <li>- eventuale mail;</li> <li>- Eventuale copia fronte retro di carta di credito in corso di validità a garanzia di eventuali mancati pagamenti</li> </ul>
<p>VERBALI DI PS/PPI <b>(aperti)</b></p> <p>prestazioni ps/ppi che esitano in ricovero e obi (osservazione breve intensiva)</p>	<p>inviare <b>tempestivamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbale p.s.;</li> <li>- copia documento identificativo;</li> <li>- autocertificazione;</li> <li>- fotocopia team / attestato di diritto fronte retro leggibile</li> </ul>	<p>inviare <b>tempestivamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verbale p.s.;</li> <li>- copia documenti identificativi;</li> <li>- autocertificazione;</li> <li>- eventuale assicurazione privata;</li> </ul>

#### 4.3.1 RACCOMANDAZIONI

1. il cittadino straniero è tenuto a presentare la documentazione attestante il diritto a ricevere prestazioni sanitarie in Italia a carico di istituzioni estere;
2. il personale amministrativo interprete è tenuto a far compilare al paziente straniero il modulo di autocertificazione plurilingue ad integrazione dei dati anagrafici riportati nei documenti di identificazione personale, compilato in tutti i suoi campi;
3. è necessario prestare particolare attenzione alle date di validità dei documenti in possesso del paziente, attestati di diritto, tessera sanitaria, codice STP/ENI;
4. l'attribuzione del codice fiscale NON implica necessariamente l'iscrizione al SSN, la residenza in Italia o il possesso di una carta di identità italiana;
5. nel caso in cui sia impossibile accertare l'indirizzo di residenza del paziente straniero, indicare nell'applicativo SPS WEB le informazioni che il paziente riporta nel modulo di autocertificazione plurilingue;

Autore	Dot. Marco Rizzato
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo



6. i campi dell'applicativo SPS WEB riferiti ai dati anagrafici del paziente devono essere compilati e/o modificati unicamente avendo a disposizione i documenti del paziente e non sulla base di dichiarazioni verbali, in particolare per quanto riguarda la residenza;
7. il pagamento ove dovuto della prestazione sanitaria (per intero o riferito al solo ticket) deve essere richiesto alla chiusura del verbale di Pronto Soccorso e NON ENTRO IL TERMINE DI 30 GIORNI come previsto per i pazienti italiani o stranieri regolarmente iscritti al S.S.N.;
8. controllare sempre che le prestazioni inserite o aggiunte ed in particolare il trasporto (Primario e Secondario) siano correttamente contabilizzate e sia stato pagato il ticket.

#### **N.B. VERBALI FAST TRACK (GINECOLOGIA/PEDIATRIA)**

Si chiede agli assistenti amministrativi interpreti di porre attenzione ai verbali "fast track" nel recuperare almeno una copia della documentazione nei rispettivi reparti. Questo perché, a differenza di tutti gli altri verbali, quelli dei fast track non vengono chiusi al pronto soccorso (bensì nell'Unità Operativa stessa) e di conseguenza non è possibile stampare una copia degli stessi tramite il portale.



**Poiché i pazienti in fast track non sono visibili in SPS è necessario un passaggio di informazioni verbale al cambio turno tra interpreti o con i triagisti.**

---

Autore	Dot. Marco Rizzato
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

## 5. ATTIVITA' DI CASSA

### 5.1 VADEMECUM PER I CASSIERI

Le indicazioni presenti in questo documento sono estratte dal “Regolamento per la gestione del servizio di cassa interna” approvato con deliberazione del direttore generale n. 536 del 29 giugno 2018.

1. all'avvio dell'attività, presso i Ppi di Bibione, di Caorle e Cavallino Treporti ed i PS di San Donà di Piave, Jesolo e Portogruaro, vengono consegnati da parte del referente cassa: una cassetta contenente un fondo cassa di euro 300,00= in varie pezzature, un apparecchio verifica banconote, un dispositivo pos, la chiave della cassaforte;
2. il cassiere è responsabile del fondo cassa che gli viene consegnato e deve verificarne la consistenza all'inizio e alla fine del proprio turno di lavoro;
3. al termine dell'ultimo turno di lavoro giornaliero la cassetta contenente il fondo cassa deve essere custodita in un luogo sicuro, cassaforte o altro luogo prestabilito, concordato con il referente di cassa e portato a conoscenza dei colleghi cassieri che iniziano il primo turno giornaliero. Al momento del cambio turno giornaliero la cassetta va consegnata al collega che inizia il turno, previa verifica della consistenza del fondo cassa;
4. per l'accesso alla procedura informatica di gestione degli incassi ogni cassiere deve utilizzare esclusivamente il proprio profilo personale;
5. al termine del turno di lavoro il cassiere deve provvedere, prima della chiusura della cassa aperta con il proprio profilo personale, alla generazione del **riepilogo degli incassi** effettuati il cui totale dovrà corrispondere, sommato al fondo cassa iniziale, a quanto presente nel cassetto (contanti e ricevute dei pagamenti con POS);
6. **per gli operatori dei PS di San Donà di Piave, Jesolo e Portogruaro** le somme incassate durante il proprio turno di lavoro dovranno essere inserite in una busta unitamente al riepilogo di cassa e causali, generato dalla procedura informatica, a cui si associano le copie delle ricevute emesse e gli scontrini effettuati tramite circuito pos; **è importante che il controllo dell'incasso in contanti e tramite pos coincida con il valore delle stampe prodotte dalla procedura informatica.** Tolto l'incasso di turno il cassiere dovrà controllare il contante in cassa che deve essere sempre pari al valore del fondo cassa in dotazione (euro 300,00=). Dopo tali operazioni, la busta preparata dovrà essere consegnata chiusa ai referenti di cassa entro le ore 9.00 del giorno successivo, o del primo giorno utile dopo un festivo;
7. **per gli operatori dei Ppi di Caorle, Bibione e Cavallino Treporti** dovranno procedere a fine turno con il conteggio dell'incasso contante e pos e deporre il tutto nell'apposita cassaforte in dotazione, poi si procede a controllare il contante nella cassa, il quale deve coincidere con il fondo cassa assegnato (euro 300,00=); le copie delle ricevute di cassa dovranno essere depositate in un contenitore e conservate, i giornali di cassa saranno conservati in un raccogliatore, mentre tutti i valori raccolti dovranno essere riportati in un'apposita tabella assegnata dal referente di zona la quale sarà consegnata perfettamente compilata il primo giorno utile all'inizio del mese successivo;
8. l'operatore che provvede alla compilazione della “distinta valori” deve accertarsi che il totale dei riepiloghi giornalieri coincida con il denaro contante. I riepiloghi giornalieri, unitamente alla chiusura di cassa mensile, dovranno essere consegnati al referente di cassa di riferimento entro il giorno 5 del mese successivo. Copia della “distinta valori” dovrà essere inviata all'uoc contabilità e bilancio dopo l'effettuazione del prelievo da parte della ditta incaricata;
9. qualora non vi sia coincidenza tra il riepilogo di cassa, generato dalla procedura informatica, e il denaro presente in cassa, il cassiere deve ricontrollare tutte le operazioni effettuate chiedendo, se necessario, il supporto del referente di cassa;

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

10. le ricevute emesse vanno sempre stampate in duplice copia, di cui una deve essere consegnata all'utente e una trattenuta presso il punto cassa per la successiva consegna al referente di cassa che provvederà alla sua archiviazione;
11. gli eventuali storni possono essere effettuati solo se **giustificati** previa compilazione da parte del richiedente del modello "richiesta di rimborso" completo della documentazione nello stesso prevista. La documentazione relativa allo storno effettuato (copia della ricevuta di storno, modello "richiesta di rimborso", originali della ricevuta da stornare) dovrà essere consegnata al referente di cassa, per il controllo e l'archiviazione, con le stesse modalità e scadenze della consegna delle buste degli incassi;
12. si ricorda che lo storno può essere eseguito solo a seguito del ritiro della ricevuta originale, senza di essa non si procede, e a seguito della firma della copia della ricevuta di storno da parte dell'intestatario;
13. gli **eventuali ammanchi di cassa sono a carico del cassiere** nel cui turno gli stessi sono generati (si raccomanda di controllare con attenzione la coincidenza del report di chiusura di cassa con il contante e le ricevute degli scontrini POS in proprio possesso);
14. il cassiere è tenuto alla verifica delle banconote, a partire dal taglio di 20,00= euro, mediante utilizzo del sistema elettronico messo a disposizione; lo stesso sarà tenuto a rifondere all'azienda l'importo di eventuali banconote false qualora incassate;
15. i referenti di cassa provvedono a consegnare tutta la modulistica necessaria per la corretta gestione dei punti cassa e provvedono altresì a svolgere l'attività di cui all'art. 3 del regolamento di cassa (DDG n. 536/2018);
16. il giorno di chiusura dei punti cassa estivi il referente cassa di riferimento provvede a concordare con il cassiere di turno la modalità di ritiro c/o ciascun PS Ospedaliero e c/o i PPI di Bibione/Caorle/Cavallino Treporti della cassetta contenente il fondo cassa di euro 300,00=, di eventuali importi da versare in banca, dell'apparecchio verifica banconote, del dispositivo pos, della chiave della cassaforte consegnati all'avvio delle attività della stagione turistica.

---

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

REGIONE DEL VENETO


**ULSS4**  
 VENETO ORIENTALE

Azienda unità locale socio sanitaria n. 4 Veneto Orientale

Piazza de Gasperi n. 5 - 30027 San Donà di Piave

codice fiscale e partita IVA 02799490277

Allegato D) al regolamento per la gestione del servizio di cassa interna

**RICHIESTA DI  
RIMBORSO**

 Spett.le  
 Azienda U.I.s.s. n. 4 Veneto Orientale  
 P.za De Gasperi n. 5  
 30027 San Donà di Piave
**DA COMPILARE A CURA DELL'ASSISTITO**

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 telefono n. \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE CON LA PRESENTE**

 Il rimborso di euro \_\_\_\_\_ relativa al pagamento della prenotazione n. \_\_\_\_\_  
 per il seguente motivo:

- aver effettuato un doppio o errato pagamento;
- prestazione erroneamente tariffata in eccesso;
- prestazione non effettuata per disdetta da parte del sottoscritto entro i termini previsti dall'azienda;
- prestazione non effettuata per cause non imputabili all'assistito (disdetta da parte dell'azienda o \_\_\_\_\_)
- altro: \_\_\_\_\_

A tale scopo allego:

- Documento di riconoscimento in corso di validità (patente, carta d'identità, passaporto);
- Ricevuta/e di pagamento in mio possesso n. \_\_\_\_\_ ;
- Dichiaro che il bonifico allegato si riferisce esclusivamente al pagamento della prenotazione sopra indicata;
- Dichiaro di non essere in possesso di altre copie della ricevuta.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(barrare la voce che interessa)

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

REGIONE DEL VENETO


**ULSS4**  
 VENETO ORIENTALE

 Azienda unità locale socio sanitaria n. 4 Veneto Orientale  
 Piazza de Gasperi n. 5 - 30027 San Donà di Piave  
 codice fiscale e partita IVA 02799490277

### RISERVATO ALL'AMBULATORIO

Si chiede che il rimborso venga erogato in quanto:

- non è stato possibile effettuare la prestazione per cause non imputabili al paziente;
- variazione accettazione/prenotazione;
- prestazione erroneamente tariffata in eccesso;
- rinuncia all'onorario professionale (solo per le visite eseguite in regime libero professionale);
- altro: \_\_\_\_\_

 Cognome e nome dell'operatore dell'ambulatorio \_\_\_\_\_  
 n. interno di riferimento \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'ambulatorio \_\_\_\_\_

(barrare la voce che interessa)

### DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEL RIMBORSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (documento ID. n. \_\_\_\_\_)

delega al ritiro del rimborso

il/la sig./ra \_\_\_\_\_ (documento ID n. \_\_\_\_\_)

(allegare copia del documento di riconoscimento del delegato e del delegante)

### RISERVATO ALL'UFFICIO CASSA

 Il cassiere \_\_\_\_\_ vista la regolarità della domanda e della  
 documentazione allegata procede al rimborso.

Data \_\_\_\_\_

Firma del cassiere \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito o di suo delegato per avvenuto rimborso \_\_\_\_\_

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

## 5.3 CAMBIO MODALITA' DI PAGAMENTO

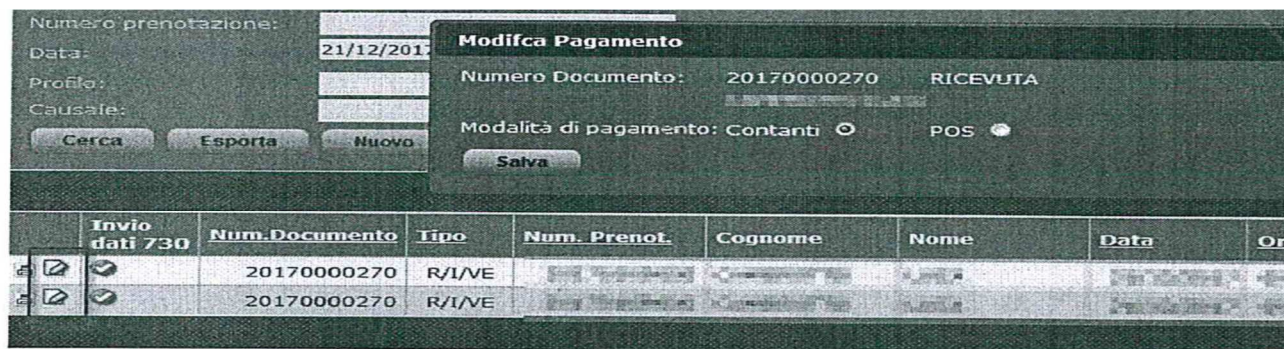
Prima di emettere una qualsiasi ricevuta di cassa il cassiere ha l'obbligo di indicare la modalità di pagamento e cioè se in contanti o con pos.

In caso di errore nell'indicarlo c'è la possibilità di correggerlo.

E' possibile cambiare la modalità di pagamento, andando in lista movimenti e, scelto il documento interessato, compare una maschera raffigurante la modifica da apportare: da contanti a pos o viceversa, si procede con la scelta e poi si salva l'operazione.

Si ricorda che questa operazione viene fatta dal cassiere autore dell'errore e nella stessa cassa prima della chiusura giornaliera, ossia del competente turno.

Si riporta, in calce, l'icona da cliccare, come da procedura.



## 5.4 INDICAZIONI PER CHIUSURA CASSE PPI/PS OSPEDALIERI STAGIONE TURISTICA

Il referente cassa supporta il personale amministrativo interprete in tutte le fasi di seguito riportate e fornisce indicazioni in merito al giorno stabilito di chiusura della cassa. In tale data il cassiere provvede a:

1. Chiudere la cassa giornaliera, stampare il resoconto giornaliero verificando che la sommatoria dei contanti presenti in cassa coincida con gli incassi effettuati dopo l'ultima consegna alla ditta incaricata alla raccolta dei valori (escluso il fondo cassa) e compresi gli incassi POS;
2. Effettuare la chiusura di cassa mensile riportando nella modulistica prevista tutti i valori richiesti, ovvero: incassi, POS, versamenti;
3. **Consegnare al referente:** il saldo da versare, il fondo cassa pari ad € 300,00=, il POS con gli accessori, il dispositivo verifica banconote, le chiavi delle casseforti, tutta la documentazione amministrativo/contabile di riferimento.

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo

A questo punto il referente cassa provvede a:

1. ritirare copie delle ricevute, scontrini POS, storni, giornali di cassa, versamenti ed eventuale incasso non versato in precedenza e, con riferimento a quest'ultimo, sarà compito del referente cassa consegnarlo alla Ditta addetta al ritiro valori;
2. verificare il contenuto della cassetta porta valori, che deve corrispondere all'importo di € 300,00= (fondo cassa);
3. provvedere al ritiro del saldo da versare, del POS con tutti gli accessori, del dispositivo verifica banconote, delle chiavi delle casseforti e della documentazione amministrativo/contabile di interesse. Tutto questo materiale dovrà essere custodito nelle sedi di assegnazione dei referenti cassa.

## 6. ALLEGATI

1. Paesi UE, SEE e Svizzera;
2. Paesi con cui vigono convenzioni bilaterali;
3. Facsimile TEAM;
4. Facsimile Certificato Provvisorio Sostitutivo della TEAM;
5. Modello S2;
6. Nota della Regione del Veneto prot. n. 43734 del 31 gennaio 2014;
7. Retro ricetta rossa SSN;
8. Decisione S1.

### 6.1 REGOLAMENTI E PROCEDURE INTERNE DI RIFERIMENTO

1. Deliberazione del Direttore Generale n. 702 del 17/07/2015: Assistenza Internazionale: procedura gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie erogate a utenti stranieri e procedura mobilità sanitaria internazionale attiva;
2. Deliberazione del Direttore Generale n. 994 del 23/10/2015: Istituzione dell'ufficio accettazione amministrativa di ospedale e conseguenti determinazioni;
3. Deliberazione del Direttore Generale n. 536 del 29/06/2018: Approvazione "Regolamento per la gestione del servizio di cassa interna";
4. Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1513 del 12/08/2014: Indirizzi operativi per la gestione ed il monitoraggio dell'attività di Pronto Soccorso; criteri per l'attribuzione del codice di priorità e del codice di appropriatezza dell'accesso.

Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare i seguenti siti web:

Ministero della Salute

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=3889&area=cureUnioneEuropea&menu=cureeuropa](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3889&area=cureUnioneEuropea&menu=cureeuropa)

Commissione Europea

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=559&langId=it>

Autore	Dott.ssa Silena Tadiotto, Rag. Giorgio Da Re
Approvazione dei contenuti	Dr.ssa Michela Conte, Direttore Amministrativo



La commissione amministrativa  
per il coordinamento  
dei sistemi di sicurezza sociale

## ALL. 1



### ELENCO PAESI UE E SEE\* /EFTA\*

Austria	AT
Belgio	BE
Bulgaria	BG
Cipro	CY
Croazia	HR
Danimarca	DK
Estonia	EE
Finlandia	FI
Francia	FR
Germania	DE
Grecia	EL
Irlanda	IE
Islanda*	IS
Italia	IT
Lettonia	LV
Liechtenstein*	LI
Lituania	LT
Lussemburgo	LU
Malta	MT
Norvegia*	NO
Paesi Bassi	NL
Polonia	PL
Portogallo	PT
Regno Unito	UK
Repubblica Ceca	CZ
Repubblica Slovacca	SK
Romania	RO
Slovenia	SI
Spagna	ES
Svezia	SE
Svizzera*	CH
Ungheria	HU

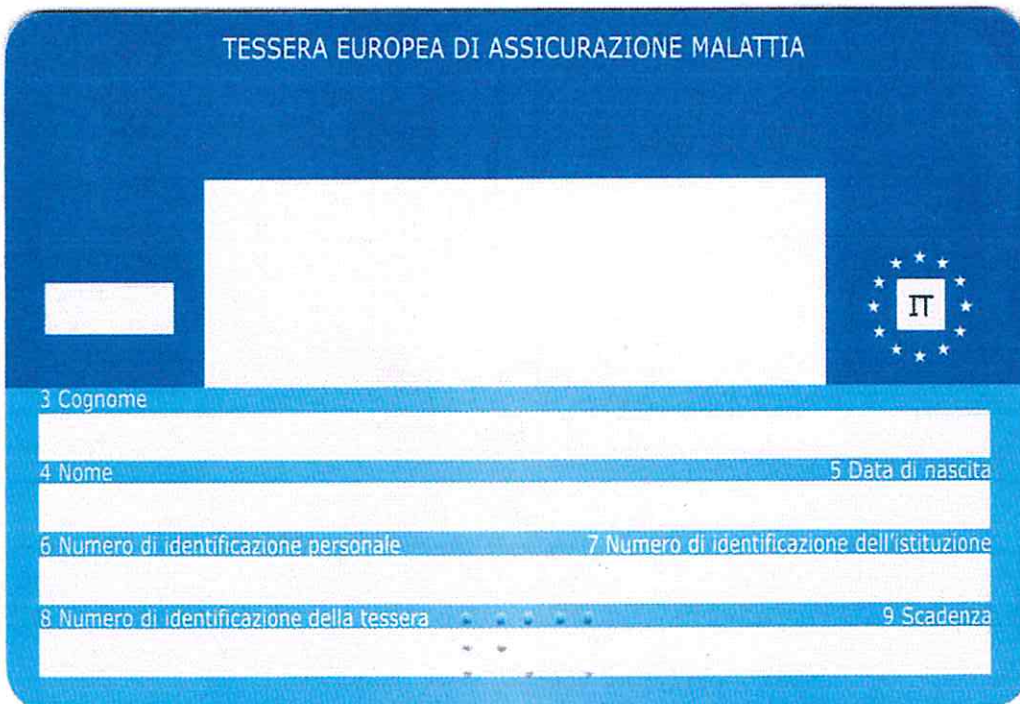
**ATTESTATO DI DIRITTO:** TEAM o Certificato Provvisorio Sostitutivo della TEAM



## ELENCO PAESI CONVENZIONATI E RELATIVI ATTESTATI DI DIRITTO

Allegato 2

Argentina	IRA 1
Australia	MEDICARE
Brasile	IB 2
Capoverde	111 CV
Ex Jugoslavia (Macedonia, Serbia Montenegro, Bosnia Erzegovina)	OBR 7
Principato di Monaco	IMC 8
Repubblica di San Marino	ISMAR 8
Tunisia	I/TN 11
Città del Vaticano e Santa Sede	Convenzione limitata agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali.



**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.*

S2

**Diritto alle cure programmate**

Regolamenti UE 883/04 e 987/09 (\*)

**AVVERTENZE PER L'INTERESSATO**

Questo è l'attestato di diritto a certe cure mediche all'estero. Se presentate l'attestato all'istituzione sanitaria nel paese in cui saranno fornite le cure riceverete un trattamento medico alle stesse condizioni delle persone assicurate in tale paese.

Potreste eventualmente avere diritto a un rimborso supplementare conformemente alle tariffe di rimborso nazionali. La vostra istituzione sanitaria vi informerà nel merito. Per un elenco di istituzioni sanitarie si rinvia a:

<http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

**1. DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO**

1.1 Numero d'identificazione personale nello Stato membro competente

1.2 Cognome/i

1.3 Nome/i

1.4 Cognome alla nascita (\*\*)

1.5 Data di nascita

1.6 Indirizzo attuale

1.6.1 Via, n.

1.6.3 Codice postale

1.6.2 Città

1.6.4 Codice paese

**2. TIPO E LUOGO DELLE CURE**

2.1 Cure

2.2 Luogo delle cure

2.3 Periodo previsto delle cure

2.3.1 Data di inizio

2.3.2 Data finale

(\*) Regolamenti (CE) n. 883/2004, articoli 20, 27 e 36, e 987/2009, articoli 26 e 33.

(\*\*) Informazione fornita all'istituzione dal possessore se questa non è conosciuta dall'istituzione.



**Diritto alle cure programmate****3. ISTITUZIONE CHE COMPILA IL FORMULARIO**

3.1 Denominazione

3.2 Via, n.

3.3 Città

3.4 Codice postale

3.5 Sigla paese

3.6 Numero di identificazione dell'istituzione

3.7 Fax ufficio n.

3.8 Telefono ufficio n.

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Firma

**TIMBRO**



# REGIONE DEL VENETO

## giunta regionale

Data **31 GEN. 2014** Protocollo N° **43734** Class: **E.900.02.6** Prat. Fasc. Allegati N° **1**  
**64.00.03.07.03**

Oggetto: Pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea della Decisione S9 del 20 giugno 2013, riguardante le procedure di rimborso relative all'applicazione degli artt. 35 e 41 del regolamento CE n. 883/2004.

Ai Signori Direttori Generali  
 delle Aziende ULSS della  
 Regione del Veneto  
LORO SEDI

e, p.c. Alla Sezione Attività Ispettiva e Vigilanza  
 Settore Socio Sanitario Veneto  
 Consiglio Regionale  
 Palazzo Ferro Fini  
VENEZIA

Con la presente si comunica che è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 27 settembre 2013 n. C 279/8 la Decisione S9, che integra e sostituisce la precedente Decisione S4 del 2 ottobre 2009, concernente le procedure di rimborso relative all'applicazione degli articoli 35 e 41 del regolamento CE n. 883/2004.

Nel nuovo testo, allegato alla presente, si ribadiscono alcuni temi già trattati nella precedente Decisione S4, in particolare all'art. 2, che, nello specifico, stabilisce quanto segue:

1. *“Le domande di rimborso di prestazioni erogate contro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), o di un documento che la sostituisca o di altri documenti attestanti il diritto alle prestazioni, possono essere respinte e rinviate all'istituzione creditrice nel caso in cui ad esempio:*

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

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

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

Area Sanità e Sociale  
 Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria  
 Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia Tel. 041.279.3441 – 3500 – 3470 – Fax 3599  
 Pec: [protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

In merito a quanto sopraenunciato il Ministero della Salute ha richiamato alcune regole, di seguito rappresentate, cui le Aziende ULSS dovranno necessariamente attenersi.

Di norma gli attestati di diritto, quali la TEAM o eventuale Certificato Sostitutivo Provvisorio ed altri formulari S1/SED 072 (ex E106, ex E109, ex E120, ex E121), S2 (ex E112) e DA1 (ex E123) vengono rilasciati dall'Istituzione competente dello Stato di provenienza dell'assistito prima della partenza verso un altro Stato dell'Unione Europea, SEE (Islanda, Norvegia, Liechtenstein) e Svizzera, in modo da poter essere utilizzati già all'arrivo nello Stato di destinazione, o comunque in caso di bisogno di assistenza sanitaria.

**Qualora un cittadino proveniente da uno degli Stati suddetti si trovi in Italia privo di attestato di diritto**, quindi nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con oneri a carico della propria Istituzione estera alla quale dichiara di essere iscritto, è **titolare della fattura di addebito per le prestazioni rese** per la quale potrà eventualmente richiedere il rimborso alla propria Istituzione di affiliazione. Solamente nel caso di presentazione successiva di un Certificato Sostitutivo Provvisorio della TEAM che garantisca la copertura economica delle prestazioni rese nel periodo in cui si è verificato l'evento, tale fattura potrà essere riconsiderata dall'Azienda ULSS ed eventualmente stornata all'assistito e addebitata all'Istituzione competente.

**Gli attestati possono essere richiesti all'Istituzione estera competente**, qualora dichiarata dal cittadino assicurato presso un Paese dell'Unione, SEE e Svizzera, **anche dall'Azienda ULSS solo nell'ipotesi in cui la durata della permanenza dell'assistito lo consenta**. Al riguardo si sottolinea che andrà sempre richiesto all'Istituzione estera il Certificato Sostitutivo Provvisorio della TEAM a copertura di prestazioni medicalmente necessarie erogate o in corso di erogazione (es. ricovero) a favore di un assicurato privo di idonea modulistica. Tale regola va rispettata anche nel caso in cui l'assistito presenti tardivamente la TEAM. La cautela suggerita è finalizzata a superare l'incertezza che deriva da una acquisizione tardiva della copia della TEAM che, come è noto, contiene solo la data di scadenza e non anche quella di decorrenza della stessa e a superare la problematica legata alla mancanza di presa in carico da parte delle Casse mutue estere di prestazioni erogate prima dell'emissione della TEAM.

È altresì necessario che, in occasione di erogazione di prestazioni sanitarie a favore di assicurati in altro Stato dell'Unione, SEE e Svizzera in temporaneo soggiorno, non iscritti al SSN, il prestatore di cure richieda all'assistito, la TEAM, che provvederà a fotocopiare unitamente ad un documento di riconoscimento dell'assistito o eventualmente a richiedere allo stesso di accedere alle prestazioni già munito di tali fotocopie. Al termine dell'erogazione delle prestazioni il prestatore di cure trasmetterà, nel più breve tempo possibile, all'Ufficio competente della propria Azienda ULSS, copia della TEAM, copia del documento di riconoscimento e dell'ulteriore documentazione relativa alla prestazione erogata. Il suddetto Ufficio potrà quindi procedere alla richiesta di rimborso per il tramite dell'applicativo di fatturazione ASPE messo a disposizione dal Ministero della Salute, che provvederà, a sua volta, a trasmettere alle Istituzioni estere.

Al riguardo si rammenta che l'Italia è passata, per quanto attiene alla **fatturazione dei crediti**, qualunque sia la modulistica comunitaria rilasciata dalle Istituzioni competenti e presa in carico dalle Aziende ULSS, al **regime unico di fatturazione al costo**. **Le scadenze da rispettare**

Area Sanità e Sociale  
Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzo Molin – San Polo, 2514 – 30125 Venezia Tel. 041.279.3441 – 3500 – 3470 – Fax 3599  
Pec: [protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**per l'anno 2014 e per gli anni successivi saranno il 31 maggio (prestazioni sanitarie erogate nel corso del primo semestre dell'anno precedente) ed il 30 novembre (prestazioni sanitarie erogate nel corso del secondo semestre dell'anno precedente).**

La novità sostanziale introdotta dalla nuova Decisione S9 all'art. 12 paragrafo 2 e di particolare interesse per le Aziende ULSS, riguarda i termini di risposta alle contestazioni in materia di crediti.

Laddove un credito venga contestato dallo Stato debitore, lo Stato creditore ha 12 mesi di tempo per rispondere appropriatamente alla nota di contestazione. Decorso tale termine senza una risposta da parte del Paese creditore, tale credito viene annullato.

Si rende pertanto necessario, da subito, proteggere i propri crediti, acquisendo dai prestatori di cura, immediatamente, tutta la documentazione utile (fotocopie degli attestati di diritto e dei documenti sopra richiamati) al fine di rispondere tempestivamente ad eventuali contestazioni che dovessero pervenire dagli Stati esteri dell'Unione Europea, SEE e Svizzera.

Si raccomanda di voler trasmettere tali informazioni agli operatori del settore e per il loro tramite a tutti i prestatori di cure interessati.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE  
U.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE E CURE PRIMARIE  
- dott.ssa *Maria Cristina Ghiotto* -

CB/lg

U.C. Assistenza Distrettuale e Cure Primarie  
Ufficio Assistenza Italiani all'Estero e Stranieri in Italia  
Funzionario incaricato dell'istruttoria: dott.ssa Claudia Baesso  
Tel. 041.279.3510 - Fax 041.279.3430  
e-mail: [claudia.baesso@regione.veneto.it](mailto:claudia.baesso@regione.veneto.it)

Area Sanità e Sociale  
Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria  
Palazzo Molin - San Polo, 2514 - 30125 Venezia Tel. 041.279.3441 - 3500 - 3470 - Fax 3599  
Pec: [protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)



COMMISSIONE AMMINISTRATIVA PER IL COORDINAMENTO DEI SISTEMI DI PREVIDENZA SOCIALE

DECISIONE N. S9

del 20 giugno 2013

riguardante le procedure di rimborso relative all'applicazione degli articoli 35 e 41 del regolamento (CE) n. 883/2004

(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)

(2013/C 279/05)

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

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

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

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

Deliberando secondo le modalità stabilite dall'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,

considerando quanto segue:

- (1) I costi delle prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro per conto di un'istituzione di un altro Stato membro vanno rimborsati integralmente.
- (2) I rimborsi fra le istituzioni, fatti salvi differenti accordi bilaterali tra Stati, vanno effettuati rapidamente e in modo efficiente in modo da evitare l'accumulo di crediti non liquidati per lunghi periodi.
- (3) L'accumulo di richieste può ostacolare il funzionamento efficiente del sistema dell'Unione e compromettere i diritti dei singoli.
- (4) La decisione n. S1 della Commissione amministrativa ha stabilito che all'istituzione del luogo di dimora vanno rimborsati i costi delle cure sanitarie erogate contro presentazione di una valida tessera europea di assicurazione malattia.
- (5) L'applicazione di buone pratiche determinate di comune accordo contribuirebbe al regolamento rapido ed efficiente dei rimborsi fra le istituzioni.

DECIDE:

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

*Articolo 1*

L'istituzione che chiede un rimborso in base alle spese effettivamente sostenute presenta la richiesta al più tardi entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 1, del regolamento

(CE) n. 987/2009 (di seguito «regolamento di applicazione»). L'istituzione a cui viene chiesto il rimborso ne garantisce il pagamento entro il termine di cui all'articolo 67, paragrafo 5, del regolamento di applicazione, ma anche prima di tale termine se ne ha la possibilità.

*Articolo 2*

1. Le domande di rimborso di prestazioni erogate contro presentazione di una tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), o di un documento che la sostituisca o di altri documenti attestanti il diritto alle prestazioni, possono essere respinte e rinviate all'istituzione creditrice nel caso in cui ad esempio:

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

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

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

*Articolo 3*

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

<sup>(1)</sup> GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

<sup>(2)</sup> GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.

<sup>(3)</sup> Sentenza del 12 aprile 2005 nella causa C-145/03 *Eredi di Annette Keller contro Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa)* (Raccolta 2005, pag. I-02529).

#### Articolo 4

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

#### Articolo 5

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

### B. Rimborso in base a importi forfettari (articolo 63 del regolamento di applicazione)

#### Articolo 6

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

#### Articolo 7

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

#### Articolo 8

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

#### Articolo 9

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

#### Articolo 10

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

- sia incompleta e/o compilata in modo non corretto,
- riguardi un lasso di tempo non coperto da un'iscrizione dimostrata da un valido documento attestante il diritto alla prestazione.

#### Articolo 11

Se l'istituzione debitrice mette in dubbio l'esattezza dei fatti addotti a motivazione del credito, spetta all'istituzione creditrice riesaminare la correttezza della richiesta e eventualmente ritirare la richiesta o rettificare l'importo del credito.

### C. Risoluzione delle contestazioni in materia di crediti (articolo 67 del regolamento di applicazione)

#### Articolo 12

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

2. Se, entro dodici mesi dalla fine del mese nel quale l'organismo di collegamento dello Stato membro creditore ha ricevuto una contestazione, tale organismo non ha risposto presentando le prove richieste, la contestazione si considera accolta dallo Stato membro creditore e la richiesta di rimborso del credito (o le quote pertinenti della stessa) si considera definitivamente respinta.

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

#### Articolo 13

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

#### Articolo 14

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

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

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

#### Articolo 15

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

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

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



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

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

#### Articolo 16

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

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

nella quale:

— I = interessi di mora,

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

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

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

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

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

#### Articolo 17

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

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

#### E. Disposizioni varie

##### Articolo 18

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

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

3. Due o più Stati membri, o le loro autorità competenti o i loro organi di collegamento, possono esimersi dal versamento o prevedere altre modalità per rimborsare quanto oggetto della presente decisione.

4. Il parere della Commissione di controllo dei conti espresso in applicazione dell'articolo 67, paragrafo 7, del regolamento di applicazione può esimersi dal versamento o prevedere altre modalità per rimborsare quanto oggetto della presente decisione, in applicazione del principio di buona cooperazione tra le autorità e le istituzioni degli Stati membri.

#### F. Disposizioni finali

##### Articolo 19

1. Le istituzioni devono instaurare tra di loro una buona cooperazione e agire come se applicassero la propria legislazione.

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

3. La presente decisione sostituisce la decisione n. S4 del 2 ottobre 2009.

4. In deroga al paragrafo 2, l'articolo 12, paragrafo 2, e l'articolo 18, paragrafo 2, si applicano alle richieste di cui al paragrafo 2 presentate all'organismo di collegamento dello Stato membro debitore dopo la pubblicazione della presente decisione nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*.

La presidente della commissione amministrativa  
Anne McMANUS

**AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/76) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 26 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

**SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE**

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> STATO ESTERO / COUNTRY
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE
..... FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE	

**AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA**.....  
FIRMA DEL MEDICO.....  
FIRMA DELL'ASSISTITO.....  
FIRMA DEL FARMACISTA**ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI**

- 1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
  - 2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
  - 3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
  - 4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.
- L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore*

**DECISIONE S1**  
**del 12 giugno 2009**  
**riguardante la tessera europea di assicurazione malattia**  
**(Testo rilevante ai fini del SEE e dell'accordo CE/Svizzera)**  
(2010/C 106/08)

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

visto l'articolo 72, lettera a), del regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale<sup>(1)</sup>, ai sensi del quale la commissione amministrativa è incaricata di trattare ogni questione amministrativa e di interpretazione derivante dalle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004 e del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale<sup>(2)</sup>,

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

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

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

considerando quanto segue:

- (1) Il Consiglio europeo di Barcellona, tenutosi il 15 e 16 marzo 2002, ha deciso «che la tessera europea di assicurazione malattia sostituirà gli attestati attualmente necessari per beneficiare dei trattamenti sanitari in un altro Stato membro. A tal fine la Commissione presenterà una proposta prima del Consiglio europeo di primavera del 2003. La tessera semplificherà le procedure ma non modificherà i diritti e gli obblighi esistenti.» (punto 34).
- (2) Poiché l'uso delle tessere sanitarie e di previdenza sociale differisce ampiamente da uno Stato membro all'altro, la tessera europea di assicurazione malattia avrà, in un primo tempo, un formato che permetta la lettura ad occhio nudo dei dati necessari alla fornitura delle cure

sanitarie e al rimborso delle spese. Tali informazioni possono anche essere inserite in un supporto elettronico. In un secondo tempo, si provvederà a generalizzare l'uso del supporto elettronico.

- (3) La tessera europea di assicurazione malattia sarà conforme a un modello unico definito dalla commissione amministrativa, che dovrà permettere sia di facilitare l'accesso alle cure sanitarie sia di impedire l'uso illegittimo, abusivo o fraudolento della tessera.
- (4) Le istituzioni dello Stato membro fissano il periodo di validità delle tessere europee di assicurazione malattia da essi rilasciate. Il periodo di validità della tessera europea di assicurazione malattia terrà conto della presunta durata dei diritti dell'assicurato.
- (5) In circostanze eccezionali, va rilasciato un certificato sostitutivo provvisorio di durata limitata. Per «circostanze eccezionali» si può intendere il furto o la perdita della tessera europea di assicurazione malattia nonché una partenza improvvisa che non permetta il rilascio di una tessera vera e propria. Il certificato sostitutivo provvisorio può essere richiesto dall'assicurato o dall'istituzione dello Stato di dimora.
- (6) La tessera europea di assicurazione malattia andrà usata in tutte le situazioni di dimora temporanea durante le quali un assicurato abbia bisogno di cure sanitarie, indipendentemente dal fatto che lo scopo della dimora sia turistico, professionale o di studio. La tessera europea di assicurazione malattia non può tuttavia essere usata quando lo scopo della dimora all'estero è solo quello di ottenere cure sanitarie.
- (7) In conformità all'articolo 76 del regolamento (CE) n. 883/2004, gli Stati membri devono mettere in atto procedure per evitare che, quando una persona cessa di aver diritto a prestazioni sanitarie in natura per conto di uno Stato membro e acquisisca il diritto a prestazioni in natura per conto di un altro Stato, continui a usare la tessera europea di assicurazione malattia rilasciata dall'istituzione del primo Stato membro oltre la data a partire dalla quale non ha più diritto a prestazioni in natura per conto di esso.

<sup>(1)</sup> GU L 166 del 30.4.2004, pag. 1.

<sup>(2)</sup> GU L 284 del 30.10.2009, pag. 1.



- (8) La validità della tessera europea di assicurazione malattia rilasciata prima dell'entrata in vigore dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009 permane fino alla data di scadenza su di essa indicata.

Procedendo secondo le modalità stabilite all'articolo 71, paragrafo 2, del regolamento (CE) n. 883/2004,

DECIDE:

#### Principi generali

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

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

2. La tessera europea di assicurazione malattia è individuale e rilasciata solo a nome del suo titolare.
3. L'istituzione che rilascia la tessera europea di assicurazione malattia ne fissa il periodo di validità.
4. Le prestazioni in natura fornite dall'istituzione dello Stato membro di dimora in base a una tessera europea di assicurazione malattia valida saranno rimborsate dall'istituzione competente secondo le disposizioni in vigore. Una tessera europea di assicurazione malattia è valida quando il periodo di validità su di essa indicato non è scaduto.

L'istituzione competente non può rifiutare il rimborso del costo delle prestazioni invocando il fatto che l'interessato abbia cessato di essere assicurato presso l'istituzione che ha rilasciato la tessera europea di assicurazione malattia, se tali prestazioni sono state corrisposte al titolare della tessera o del certificato sostitutivo provvisorio nel periodo di validità di tali attestati.

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

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

#### Dati da indicare sulla tessera europea di assicurazione malattia

7. La tessera europea di assicurazione malattia conterrà i seguenti dati:

— cognome e nome del titolare della tessera,

— numero d'identificazione personale del titolare della tessera o, se tale numero non esiste, numero dell'assicurato da cui derivano i diritti del titolare della tessera,

— data di nascita del titolare,

— data di scadenza della tessera,

— codice ISO dello Stato membro che rilascia la tessera,

— numero d'identificazione e acronimo dell'istituzione competente,

— numero d'ordine della tessera.

#### Modalità d'uso della tessera europea di assicurazione malattia

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

9. Nello Stato membro di dimora, la tessera europea di assicurazione malattia attesta il diritto del suo titolare a prestazioni sanitarie in natura divenute necessarie sotto il profilo medico e corrisposte durante la dimora temporanea in un altro Stato membro affinché il titolare della tessera non sia costretto, prima della fine del periodo di dimora previsto, a rientrare nello Stato competente o di residenza per ottenerne il trattamento di cui ha bisogno.

Le prestazioni hanno lo scopo di permettere all'assicurato di continuare la sua dimora in condizioni medico/sanitarie sicure.

10. La tessera europea di assicurazione malattia non copre prestazioni sanitarie in natura se lo scopo della dimora è quello di ricevere il trattamento medico.
11. La tessera europea di assicurazione malattia garantisce che il titolare della tessera riceve nello Stato membro di dimora lo stesso trattamento (procedure e tariffe) di un assicurato del sistema di assicurazione malattia di tale Stato.

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

12. Se una persona cessa di avere diritto a prestazioni sanitarie in natura secondo la legislazione di uno Stato membro e acquisisce il diritto a prestazioni in natura secondo la legi-

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

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

*La presidente della commissione amministrativa*  
Gabriela PIKOROVÁ