



Ministero della Salute

Dipartimento Prevenzione e Comunicazione
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea
e per i Rapporti Internazionali
Ufficio II-Rapporti Normativi Contabili con UE

Roma, 11 giugno 2010

Protocollo **DG RUERI/II/ 10437 /I.3.b/1**

Agli Assessorati alla Salute delle Regioni
Loro Sedi

Agli Assessorati alla Salute delle Province
autonome
Loro Sedi

e.p.c.

Ai referenti regionali

Oggetto: Nuove decisioni e raccomandazioni della Commissione Amministrativa da applicare dal 1° maggio 2010.

§ 1. Premessa

Si fa seguito alla comunicazione e-mail del 30 aprile scorso relativa alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea, numeri C 106 del 24.4.2010 e n. C 107 del 27.4.2010, delle “nuove” decisioni e raccomandazioni - adottate dalla Commissione Amministrativa lo scorso anno – inviate solamente in formato Pdf.

Le nuove disposizioni sostituiranno le attuali decisioni, a far data dal 1° maggio 2010, per il momento limitatamente ai soli Stati U.E.

Infatti, unicamente nei rapporti con gli Stati SEE e la Svizzera continueranno ad applicarsi, anche dopo il 1° maggio 2010, i “vecchi” Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72 nonché le “vecchie” decisioni della Commissione Amministrativa, in attesa che detti Stati modifichino gli accordi in essere con l'Unione Europea, ai sensi dei nuovi regolamenti.

§ 2. LE NUOVE DECISIONI E RACCOMANDAZIONI

Stabilito che varranno per il momento solo tra Stati membri, le “nuove” decisioni si applicheranno contestualmente ai nuovi regolamenti comunitari - Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/2009 (sostitutivi dei Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72).

Tali disposizioni disciplinano l'intero settore della sicurezza sociale, attenendo a competenze in gran parte trasversali ai settori della salute e delle relative procedure finanziarie, del lavoro, della previdenza. Nell'allegata tabella viene schematizzata la loro funzione ed evidenziate quelle che, per competenza, interessano la salute e le procedure finanziarie.

Inoltre, la sezione 2.1 della presente nota è dedicata alle decisioni che interessano la materia sanitaria ed i rimborsi

ELENCO NUOVE DECISIONI E RACCOMANDAZIONI
(Valide per gli Stati U.E.)

Atto	Funzione	Competenza
Decisione H 1	Transizione tra vecchi e nuovi Regolamenti e decisioni	salute e procedure finanziarie
Decisione A 1	Procedura di conciliazione su validità documenti e su legislazione applicabile	salute e procedure finanziarie
Decisione A 2	Interpretazione relativa a legislazione applicabile (art. 12 Reg. CE 883/2004)	lavoro
Decisione E 1	Disposizioni pratiche per scambio di dati per via elettronica nel periodo transitorio (1/5/2010 – 30/4/2012)	Trasversale
Decisione F 1	Regole sul cumulo di prestazioni familiari (art. 68 Reg. CE 883/2004)	lavoro/previdenza
Decisione H 2	Modalità e funzionamento Commissione tecnica per l'elaborazione elettronica dei dati	Trasversale
Decisione P 1	Pensioni invalidità, vecchiaia, superstiti (interpretazione Reg. CEE 883/2004)	lavoro/previdenza
Decisione U 1	Indennità disoccupazione	lavoro/previdenza
Decisione U 2	Diritto all'indennità di disoccupazione	lavoro/previdenza
Decisione U 3	Disoccupazione parziale	Lavoro
Raccomandazione U 1	Legislazione applicabile a disoccupati esercitanti part time in Stato diverso da quello di residenza	Lavoro
Raccomandazione U 2	Persone disoccupate che accompagnano il coniuge lavoratore in altro Stato	Lavoro
Decisione S 1	Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM)	salute e procedure finanziarie
Decisione S 2	Formato e specifiche della TEAM	salute e procedure finanziarie
Decisione S 3	Prestazioni “medicalmente necessarie” durante temporanea dimora in altro Stato membro	salute e procedure

		finanziarie
Decisione S 4	Procedure di rimborso (artt. 35 e 41 Reg. CE 883/2004)	salute e procedure finanziarie
Decisione S 5	Nozione di “prestazioni in natura” e “determinazione” crediti da rimborsare al “costo” ed a “forfait”	salute e procedure finanziarie
Decisione H 3	Data da prendere in considerazione per determinare il tasso di cambio (art. 90 Reg. 987/2009)	Trasversale
Decisione H 4	Composizione e procedura lavori Commissione Amministrativa e Commissione controllo dei conti	Trasversale
Decisione S 6	Iscrizione nello Stato membro di residenza e compilazione inventari - artt. 24 e 64 (4) – Reg. CE 987/2009	salute e procedure finanziarie
Decisione S 7	Procedure di rimborso nel passaggio dai Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72 ai Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/209	salute e procedure finanziarie
Raccomandazione P1	Estensione ai cittadini Stati membri dei benefici derivanti da Convenzioni bilaterali con Stati terzi (Sentenza Gottardo: causa C-55/00)	Lavoro e previdenza

§ 2.1. Nuove decisioni relative a materia sanitaria e connessi rimborsi

Si tratta delle seguenti decisioni – H 1, A1, S1, S 2, S 3, S 4, S 5, H 3; S 6, ed S 7.

Al riguardo, le indicazioni che seguono, relativamente alle suddette decisioni, sono limitate agli aspetti che più da vicino interessano le competenze delle ASL.

Decisione H 1

La decisione H 1 si incarica di disciplinare la transizione tra “vecchi” e “nuovi regolamenti” e relative decisioni in attesa che l’accordo SEE e l’accordo della Svizzera con la Unione Europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone siano modificati in funzione dei nuovi regolamenti.

Al riguardo, in base ai **paragrafi da 1 a 4** di questa decisione ed al suo allegato, Parti A, B e C:

- Le decisioni e raccomandazioni che si riferiscono ai “vecchi” regolamenti – elencate nella Parte A dell’allegato - continuano ad essere applicabili unicamente agli Stati SEE (Norvegia, Liechtenstein, Islanda) ed alla Svizzera.
- Le nuove decisioni e raccomandazioni della Commissione amministrativa – elencate nella tabella della parte B dell’allegato (sostitutive delle “vecchie”) - si applicano, per il

momento, unicamente nei rapporti con gli Stati membri U.E.; non si applicano, invece, agli Stati SEE ed alla Svizzera;

- Nella parte C dell'allegato sono indicate le vecchie decisioni ai sensi dei "vecchi" regolamenti che devono ancora essere adattate dalla Commissione Amministrativa ai "nuovi" regolamenti. Ne consegue, pertanto, che le decisioni elencate nella parte C alla decisione H 1 devono ancora applicarsi, sia agli Stati U.E. che a quelli SEE ed alla Svizzera, fino a quando interverrà il suddetto adattamento normativo e la conseguente pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, che indicherà la data dalla quale saranno applicabili le predette decisioni così modificate. Aspetti questi che saranno oggetto di specifica informativa di questo Ministero.

Ciò premesso, per comodità espositiva, si riportano le suddette parti dell'allegato alla decisione H 1, avvertendo che ivi sono elencate anche decisioni e raccomandazioni non di pertinenza della salute:

Allegato decisione H 1 – Parte A

Decisioni e raccomandazioni che si riferiscono ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 **non sostituite** da altre decisioni e raccomandazioni ai sensi dei regolamenti (CE) 883/2004 e (CE) 987/2009

Decisione 74; Decisione 76; Decisione 79; Decisione 81; Decisione 85; Decisione 89; Decisione 91; Decisione 115; Decisione 117; Decisione 118; Decisione 121; Decisione 126; Decisione 132; Decisione 133; Decisione 134; Decisione 135; Decisione 136; Decisione 137; Decisione 142; Decisione 143; Decisione 145	Decisione 146; Decisione 148; Decisione 151; Decisione 152; Decisione 156; Decisione 167; Decisione 171; Decisione 173; Decisione 174; Decisione 176; Decisione 178; Decisione 180; Decisione 192; Decisione 193; Decisione 197; Decisione 198; Decisione 199; Decisione 201; Decisione 202; Decisione 204
--	--

Raccomandazione 15; Raccomandazione 16; Raccomandazione 17	Raccomandazione 19; Raccomandazione 20; Raccomandazione 23
---	---

Allegato decisione H 1 – Parte B

Decisioni e raccomandazioni sostituite, che si riferiscono ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 e decisioni e raccomandazioni che le sostituiscono ai sensi dei regolamenti (CE) 883/2004 e (CE) n. 987/2009

Decisioni ai sensi dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72	Decisioni corrispondenti ai sensi dei regolamenti (CE) n. 883/2004 e (CE) n. 987/2009
Decisione 75	Decisione P 1
Decisione 83	Decisione U 1
Decisione 96	Decisione P 1
Decisione 99	Decisione H 1
Decisione 100	Decisione H1

Decisione 101	Decisione H 1
Decisione 105	Decisione P 1
Decisione 139	Decisione H 1
Decisione 140	Decisione H 1
Decisione 160	Decisione U 2
Decisione 181	Decisione A 2
Decisione 189	Decisione S 1
Decisione 190	Decisione S 2
Decisione 191	Decisione S 1
Decisione 194	Decisione S 3
Decisione 195	Decisione S 3
Decisione 196	Decisione S 3
Decisione 200	Decisione H 3
Decisione 203	Decisione S 1
Decisione 205	Decisione U 3
Decisione 207	Decisione F 1

Raccomandazioni ai sensi dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72	Raccomandazioni corrispondenti ai sensi dei regolamenti (CE) 883/2004 e (CE) 987/2009
Raccomandazione 18	Raccomandazione U 1
Raccomandazione 21	Raccomandazione U 2
Raccomandazione 22	Raccomandazione P 1

Allegato decisione H 1 – Parte C

Decisioni che si riferiscono ai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 **che devono ancora essere adattate dalla Commissione Amministrativa**

Decisione 138; Decisioni 147 e 150; Decisione 170 (comprendente la n. 185)	Decisione 175; Decisione 206; Decisione 208
---	---

Decisione H 1 - segue

Il **par. 5** della decisione H 1 chiarisce cosa accade dopo il 1° maggio 2010 agli attestati di diritto in corso di validità, TEAM e certificato sostitutivo provvisorio compresi, emessi ai sensi dei Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72.

Premesso che questo problema si pone unicamente nei rapporti tra gli Stati U.E., perché solo ad essi vanno applicati, per il momento, i nuovi regolamenti, la norma dispone che:

- Gli attestati di diritto, la TEAM e il certificato sostitutivo provvisorio continueranno ad essere validi (anche se riferiti ai Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72);
- le istituzioni, le autorità e gli altri enti degli altri Stati membri ne dovranno tener conto, anche dopo tale data, fino:
 - alla scadenza della loro validità;
 - al loro ritiro o sostituzione con documenti emessi ai sensi dei Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/2009.

Ne consegue che gli attestati di diritto emessi ai sensi dei “vecchi” regolamenti i quali siano in corso di validità, secondo le “vecchie norme”, nel momento della richiesta di prestazioni (scadenza successiva all’1/5/2010), ai sensi della decisione H 1 devono essere accettati ed inoltre che è inammissibile qualunque contestazione motivata da una data di emissione anteriore al 1° maggio 2010.

Decisione A 1

La decisione A 1 è di natura trasversale perché interessa non solo competenze sanitarie e può fornire soluzioni a questioni controverse con riguardo alla salute. Essa stabilisce una “procedura di conciliazione” finalizzata a dirimere controversie insorte tra le istituzioni degli Stati membri in relazione all’erogazione di prestazioni sanitarie (es. ASL) ai sensi dei nuovi Regolamenti comunitari. In estrema sintesi le questioni che tale procedura mira a risolvere attengono ai casi in cui un’istituzione di uno Stato membro nutra dubbi sulla validità di un documento (es. un attestato di diritto) o sulla corretta certificazione relativa alla situazione di una persona (es. essere familiare dell’assistito) o anche una divergenza sulla “legislazione applicabile” – artt. 11 – 16 del Reg. CE 883/2004 (es. nel caso dell’esercizio di attività in due o più Stati membri, ai sensi dell’art. 13). Caratteristica di tale procedura è di essere congegnata in modo da pervenire, nella maggior parte dei casi, alla soluzione del problema in tempi ragionevoli (3-6 mesi) dalla domanda di chiarimenti. A tal fine è prevista una preventiva “fase di dialogo” durante la quale l’istituzione di uno Stato che ha gli anzidetti dubbi (c.d. “istituzione richiedente”) e l’istituzione dell’altro Stato chiamata a chiarire la situazione (c.d. “istituzione richiesta”) entrano in contatto

via fax o e-mail; in proposito l'istituzione richiesta farà sapere all'altra, entro dieci giorni lavorativi gli estremi (telefono ed e-mail) della "persona di contatto" che seguirà l'istruttoria. Se la procedura di dialogo tra istituzioni non porta ad alcun accordo, ne devono essere informate le rispettive autorità competenti (es. Ministero della salute) che potranno stabilire se adire o meno la Commissione Amministrativa. Nel secondo caso, si reitera la procedura di dialogo per un periodo che complessivamente non può superare le 8 settimane. Nel primo caso, invece, si apre la fase vera e propria della "procedura di conciliazione" che dovrà concludersi entro 6 mesi; eventualmente la Commissione amministrativa potrà affidare la controversia ad un "comitato di conciliazione" incardinato presso la medesima.

La procedura descritta dalla decisione A 1 richiede, come emerge dal complesso delle sue disposizioni, anche una stretta collaborazione nella fase istruttoria tra istituzioni ed organismo di collegamento di ciascuno Stato membro, sia nel caso in cui si debbano fornire i chiarimenti che nel caso in cui questi debbano essere richiesti.

Decisione S 1

Questa decisione ribadisce che la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) dà diritto alle prestazioni in natura che si rendano necessarie sotto il profilo medico durante una dimora temporanea in altro Stato membro, tenuto conto della natura della prestazione e della durata prevista della dimora.

Molto importante per una corretta applicazione del diritto dell'assistito è il **paragrafo 8** della decisione, laddove nell'ultima parte stabilisce che le prestazioni sono corrisposte in un altro Stato membro affinché il titolare non sia costretto, prima della fine del periodo di dimora previsto, a rientrare nello Stato competente o di residenza per ottenere il trattamento di cui ha bisogno. Tali prestazioni hanno lo scopo di permettere all'assistito di continuare la sua dimora in condizioni medico/sanitarie sicure e tutelano quindi non solo il suo diritto di accesso diretto alle cure, ma anche il suo diritto di libera circolazione nell'UE.

Va inoltre ricordato che, a tenore del **paragrafo 11**, la TEAM garantisce la parità di trattamento (procedure e tariffe) rispetto ad un assicurato del sistema di assicurazione malattia dello Stato di temporanea dimora.

Da notare che sulla TEAM non è indicata la decorrenza del diritto ma unicamente la data oltre la quale il diritto viene meno, cioè non è leggibile il periodo di validità. Questo comporta che l'operatore deve solo controllare che al momento in cui viene richiesta la prestazione la TEAM non sia scaduta. Infatti, le disposizioni contenute nella decisione S 1, nel far riferimento al periodo di validità della TEAM, non si soffermano sulla data a partire dalla quale inizia il periodo di validità, ma concentrano l'attenzione solo sul momento in cui la TEAM non è più

valida (scadenza): “..... Una tessera europea di assicurazione malattia è valida quando il periodo di validità su di essa indicato non è scaduto”. Ne discende che se la prestazione viene erogata prima della scadenza indicata sulla Tessera, il rimborso è comunque dovuto. In luogo della tessera può essere rilasciato un certificato sostitutivo provvisorio per un periodo limitato. La relativa richiesta può provenire dall’interessato o dall’istituzione del luogo di temporanea dimora.

Infine, si sottolinea ancora una volta, che la TEAM non può essere utilizzata per le cure programmate.

Al riguardo, poiché a volte può risultare difficile distinguere una prestazione medicalmente necessaria (coperta dalla TEAM) da una cura programmata (non coperta dalla TEAM), può essere utile tener conto del concetto di “prestazioni medicalmente necessarie” di cui alla decisione S 3 e del concetto correlato di “prestazioni in natura”, cioè sanitarie, che sono definite nella decisione S 5 (v. per entrambe *infra*). Si conferma che la necessità della cura “sotto il profilo medico” è stabilita a giudizio insindacabile del medico del Paese di temporaneo soggiorno .

Decisione S 2

Sono confermati il layout, le specifiche tecniche e le informazioni che debbono essere presenti sia sulla tessera (ai sensi dell’All. I decisione S 2) che sul certificato sostitutivo provvisorio (ai sensi dell’All. II decisione S 2). La decisione mantiene anche quanto già previsto con riguardo alla leggibilità ad “occhio nudo” della tessera; si veda in proposito il primo periodo dell’introduzione all’Allegato I. Ne consegue che continuano a non essere ammissibili rifiuti della tessera motivati dall’eventuale mancanza del microchip. Inoltre, si richiama l’attenzione sulla imprescindibile necessità di emettere il certificato sostitutivo provvisorio solo ed esclusivamente in conformità allo standard indicato nell’allegato II di questa decisione.

Decisione S 3

Questa decisione definisce il concetto di “prestazioni medicalmente necessarie”, cioè delle prestazioni coperte dalla TEAM : si tratta di prestazioni in natura, ossia sanitarie.

- Base giuridica sono gli l’art. 19, par. 1 e l’art. 27, par. 1, del Reg. CE 883/2004 e l’art. 25, lett. A), par. 3, del Reg. CE 987/2009.
- Non è previsto un “elenco” di dette prestazioni. Queste, infatti, sono individuate di volta in volta sulla base di una duplice valutazione da parte del prestatore di cure dello Stato membro di dimora. Detta valutazione, effettuata conformemente alla legislazione dello Stato membro di dimora, tiene conto della natura delle prestazioni e della durata prevista

della dimora. Il principio su cui si fonda detta valutazione, come precisato dall'art. 25, lett. A), par. 3, del Reg. CE 987/2009, è che la persona assicurata (cioè l'assistito) non deve essere costretta a ritornare nello Stato membro competente per ricevere le cure necessarie prima della conclusione prevista del soggiorno;

- Coerentemente con questo principio la decisione S 3 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 (anche in questo caso non sono specificate nel dettaglio essendo rimessa di volta in volta al prestatore di cure la loro individuazione);
- La decisione S 3 considera certamente “prestazioni medicalmente necessarie” le cure vitali ottenibili solo presso strutture terapeutiche qualificate e/o con apparecchiature e/o personale specializzato. Di esse, a mero titolo di esempio, fornisce in allegato un elenco dichiaratamente non esaustivo: dialisi renale, ossigenoterapia, trattamento speciale dell'asma, ecocardiografia in caso di malattie croniche autoimmunitarie, chemioterapia. Al riguardo, posta la necessità di avere la sicurezza di trovare nell'altro Stato membro le cure vitali, la decisione prevede che il paziente prenda preventivamente accordi con l'unità che dispensa la cura;
- Il **par. 2** stabilisce che: “Se l'obiettivo del soggiorno in un altro Stato membro è quello di beneficiare di prestazioni in natura, comprese quelle connesse a malattie croniche, preesistenti o a un parto queste disposizioni non si applicano”. Questa disposizione è tesa a prevenire le c.d. cure programmate “mascherate” (da cure medicalmente necessarie) che sono quelle dove l'obiettivo dell'andata all'estero è proprio quello di ricevere delle cure, mentre l'assistito finge di essere stato costretto a ricorrere alle cure in relazione ad un'impellente necessità o un'urgenza sanitaria. In tal caso le relative spese saranno a carico dell'assistito. Va in proposito, però, ricordato che solo il prestatore di cure dell'altro Stato ha il potere di smascherare le cure programmate “mascherate”. Ciò comporta che se ritiene di essere in presenza di una cura programmata (anziché di una cura medicalmente necessaria) richiederà il formulario E 112, cioè l'autorizzazione, o fatturerà direttamente al paziente, mentre se ritiene che le cure richieste siano medicalmente necessarie non fatturerà all'assistito, ma allo Stato competente.

Decisione S 4

1. Questa decisione, richiede alle istituzioni di instaurare una buona cooperazione reciproca nella interpretazione e applicazione delle norme azionali e comunitarie e stabilisce le nuove regole da seguire per i rimborsi:

- dei crediti e debiti al costo – parte A della decisione - ai sensi dell’art. 62 del Reg. CE 987/2009;
- dei crediti e debiti a forfait – parte B della decisione - ai sensi dell’art. 63 del Reg. CE 987/2009;
- degli anticipi - parte C della decisione – ai sensi dell’art. 68 del Reg. CE 987/2009.

Il tratto saliente della nuova normativa emerge dalla previsione di una drastica riduzione dei termini relativi agli adempimenti contabili concernenti crediti (“introduzioni”) e debiti (“contestazioni”/rimborsi) della mobilità sanitaria internazionale.

Si tratta di un’innovazione di grande rilievo, non solo perché impone ritmi di lavoro più efficienti alle istituzioni competenti (in Italia, le ASL) ed agli organismi di collegamento (in Italia, il Ministero della salute), ma anche e, soprattutto, perché il mancato rispetto delle scadenze, che di seguito vengono evidenziate, comporterà significative conseguenze economicamente pregiudizievoli per le istituzioni inadempienti, cioè :

- l’inesigibilità dei crediti non introdotti entro i termini - ex art.67 (4) Reg. CE 987/09;
- la previsione di interessi di mora – ex art. 68 del Reg. CE 987/72009 - in caso di rimborso dei debiti in ritardo.

Onde evitare tali evenienze, la collaborazione tra le ASL e questo Ministero nella trasmissione della documentazione contabile relativa a crediti, debiti e contestazioni dovrà realizzarsi con congruo anticipo rispetto alle citate rigide scadenze.

Nello specifico:

2. Crediti e debiti al costo (parte A della decisione S 4)

La relativa base giuridica sono gli artt. 62 e 67 (1) del Reg. CE 987/2009.

Il par. 1 della decisione stabilisce sia il termine per la presentazione dei crediti che il termine per il pagamento dei debiti.

- termine per la presentazione (“introduzione”) dei crediti al costo: inderogabilmente entro i 12 mesi seguenti la fine del semestre civile durante il quale tali crediti sono stati iscritti nella contabilità dell’istituzione creditrice (art. 67 (1) Reg. CE 987/2009).
- termine per il pagamento dei debiti al costo: entro i 18 mesi seguenti la fine del mese durante il quale sono stati presentati all’organismo di collegamento dello Stato debitore (art. 67 (5) Reg. CE 987/2009).

Il par. 2 elenca i motivi legittimi di “contestazione”, con connessa possibilità di restituzione dei debiti all’istituzione creditrice e le situazioni in cui le “contestazioni” sono inammissibili:

MOTIVI LEGITTIMI DI CONTESTAZIONE (decisione S 4, par. 2)

- 1) Domanda di rimborso compilata in modo incompleto e/o non corretto;
- 2) Prestazioni corrisposte con TEAM o altri attestati di diritto non validi (es. scaduti).
- 3) La persona non risulta sia stata mai iscritta (ipotesi deducibile dalla motivazione 2) di cui costituisce un caso limite).

MOTIVI DI CONTESTAZIONE INAMMISSIBILI (decisione S 4, par. 2):

nelle tre sottospecificate situazioni, indicate negli **ultimi due periodi del par. 2** della decisione S 4, non è consentito “contestare” le introduzioni:

- **ex iscritto**: non è una motivazione plausibile per “contestare” il debito la circostanza che la persona non sia più iscritta. In tale situazione il rimborso è dovuto perché a tal fine è sufficiente che la persona fosse iscritta al momento dell'erogazione delle prestazioni; iscrizione attestata dalla TEAM, dal certificato sostitutivo provvisorio o da (altro) attestato di diritto rilasciati dall'istituzione allora competente (penultimo periodo del par. 2 della decisione S 4).

- **cambiamento istituzione responsabile del rilascio della TEAM**: non è una motivazione plausibile per “contestare” il debito il fatto che l'istituzione che riceve la richiesta di rimborso – c.d. “istituzione tenuta a rimborsare il costo di prestazioni fornite sulla base di una TEAM” - non era, all'epoca dell'erogazione della prestazione, quella competente al rilascio della tessera (es. pensionati residenti in Spagna titolari di E 121 emesso dall'Italia).

Tale istituzione può chiedere all'istituzione presso la quale la persona era legittimamente iscritta nel periodo di erogazione della prestazione di rimborsarle il relativo costo (ultimo periodo del par. 2 della decisione S 4)

- **uso illecito della TEAM**: non è una motivazione plausibile, per “contestare” il debito, che la persona non aveva diritto ad utilizzarla. Pertanto, al venir meno del diritto (es. pensionati titolari di E 121 di altro Stato membro residenti in Italia) l'istituzione competente deve ritirare la TEAM all'assistito, deve cioè chiedergli di restituirla; altrimenti resta responsabile, nei confronti dell'istituzione estera, del rimborso dei costi dovuti all'illecito utilizzo della TEAM. La norma sul punto chiarisce che la questione va risolta con la persona interessata. (frase finale del par. 2 della decisione S 4), non dunque con l'istituzione estera che non ha alcuna colpa. Infatti il prestatore di cure estero a cui viene esibita una TEAM valida, cioè non scaduta, non può sapere che il diritto è venuto meno. Egli quindi fornisce legittimamente ed in buona fede la prestazione, per cui il rimborso all'istituzione estera è comunque dovuto, salvo

naturalmente l'azione di rivalsa dell'istituzione che aveva rilasciato la TEAM nei confronti di colui che non avendone più diritto l'ha utilizzata illegittimamente.

Il par. 3 stabilisce che l'istituzione debitrice non può effettuare verifiche relative alla fondatezza delle informazioni su cui si basa la richiesta di rimborso, ma deve accettare che si tratti di “prestazioni medicalmente necessarie” - di cui agli artt. 19 e 27 (1) del Reg. CE 883/2009 - ottenute durante una “dimora temporanea” in altro Stato membro, a meno che non vi siano validi motivi per sospettare un abuso. In tale ultimo caso è possibile, ai sensi dell'art. 67 (5) del Reg. CE 987/2009, respingere (“contestare”) la richiesta di rimborso adducendo come motivo l'esistenza di abusi, che naturalmente andranno adeguatamente dimostrati.

Il par. 4 della decisione S 4 prevede che a seguito di contestazione di una richiesta di rimborso - per le ragioni di cui ai precedenti parr. 2 e 3 – compete sempre all'istituzione creditrice (non al debitore) di riconsiderare se la fattura sia stata emessa correttamente ed eventualmente di ritirare o ricalcolare il credito. Ciò significa che è inammissibile, perché illegittimo ai sensi di questa disposizione, che in via autonoma l'istituzione debitrice annulli il suo debito.

Sempre con riguardo ai crediti al costo, **il par. 5** della decisione S 4 contiene una disposizione a cui è opportuno prestare grande attenzione, posto che prevede testualmente che i “*crediti presentati dopo il termine di cui all'art. 67, paragrafo 1, del regolamento di applicazione, non sono presi in considerazione*”.

In altre parole questa norma ha previsto che se i crediti al costo non vengono presentati (“introdotti”) all'organismo di collegamento dello Stato debitore entro i 12 mesi seguenti la fine del semestre civile durante il quale sono stati iscritti nella contabilità dell'istituzione creditrice, il credito diviene inesigibile.

In base a questa norma, l'infruttuosa scadenza del termine comporta due significative conseguenze:

- se i crediti sono vantati da altro Stato, l'Italia non dovrà rimborsarli, il che costituisce sicuramente un vantaggio;
- ma se si tratta di crediti italiani, l'Italia li perderà definitivamente.

Per tale ragione è di fondamentale importanza che codesti Assessorati sensibilizzino le istituzioni competenti (ASL) sull'esigenza di trasmettere a questo Ministero, con congruo anticipo rispetto alla anzidetta scadenza, ogni elemento utile alla presentazione dei crediti al costo italiani.

3. Crediti e debiti a forfait (parte B della decisione S 4)

La relativa base giuridica oltre al citato art. 67, sono gli artt. 63 e 64 del Reg. CE 987/2009, concernenti il rimborso a forfait delle prestazioni sanitarie erogate ai pensionati e loro familiari ed ai familiari non residenti nello stesso Stato membro dell'assistito.

In particolare l'art. 63 segnala che nell'allegato 3 del medesimo regolamento sono elencati gli Stati - *che chiedono il rimborso dei costi delle prestazioni in natura sulla base di importi forfaitari* - tra cui il nostro, che possono richiedere i rimborsi dei propri crediti a forfait. Tali Stati sono:

- Irlanda;
- Spagna;
- Italia;
- Malta;
- Paesi Bassi;
- Portogallo;
- Finlandia;
- Svezia;
- Regno unito.

Si attrae l'attenzione sulla nuova scadenza da rispettare, ai sensi del **par. 6** della decisione S 4, per la presentazione degli "inventari" indicate mediante il formulario E 127; essi vanno presentati all'organismo di collegamento dello Stato debitore entro la fine dell'anno che segue l'anno di riferimento e l'introduzione dei relativi crediti deve essere presentata allo stesso organismo di collegamento al più presto, dopo la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Unione Europea del costo medio relativo all'anno di riferimento e, comunque, entro un anno dalla pubblicazione (ad esempio: l'inventario relativo all'anno 2010 deve essere presentato entro dicembre 2011; se il costo medio relativo all'anno 2010, viene pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Unione Europea nel luglio 2012, le richieste di rimborso dei crediti a forfait relativi all'anno 2010 devono inderogabilmente essere presentati entro luglio 2013 -vedi art. 67, comma 2 del Reg. 987/09).

Il suddetto termine è inderogabile e pertanto per il suo rispetto, pena l'inesigibilità dei crediti, è necessario ricevere dalle istituzioni competenti (ASL) tutte le informazioni necessarie al conteggio delle quote (aperture e chiusure del diritto) con congruo anticipo.

Il **par. 7** della decisione S 4 richiede al creditore, per quanto possibile, di concentrare in un'unica spedizione le richieste che riguardano un dato anno civile ("anno di riferimento").

Il **par. 8** della decisione S 4 indica entro quale termine bisogna effettuare il rimborso del debito a forfait: al più presto e comunque non oltre i 18 mesi seguenti la fine del mese durante il quale sono stati presentati all'organismo di collegamento dello Stato debitore (art. 67, comma 5 del Reg. 987/09).

Il termine per rimborsare non va rispettato se il debito - ai sensi dell'art. 67 (5), ultima parte, del Reg. CE 987/2009 - sia stato respinto ("contestato") sulla base dei motivi stabiliti dal par. 10 della decisione S 4.

Il **par. 9** della decisione S 4 precisa ancora una volta che il mancato rispetto dei termini rende i crediti inesigibili.

I **parr. 10 ed 11** stabiliscono:

- i motivi di "contestazione" dei debiti a forfait (richiesta incompleta e/o compilata in modo non corretto; riguardi un periodo di tempo che non è coperto dall'iscrizione sulla base di un valido attestato)
- e che in caso di "contestazioni" per dubbi relativi all'esattezza dei fatti su cui si basa la richiesta spetti sempre al creditore di riconsiderare se la fattura è stata correttamente emessa, o se ritrarla o ricalcolarla. In altre parole il debitore non è legittimato ad annullare o modificare il debito; può solo "contestarlo".

4. Anticipi (parte C della decisione S 4)

Premesso che la base giuridica di questa norma è l'art. 68 del Reg. CE 987/2009, il par. 12 della decisione S 4 stabilisce che nel caso di pagamento di un anticipo, l'importo sarà determinato separatamente per i crediti al costo e per i crediti a forfait.

Decisione S 5

La parte I della decisione si incarica di definire la nozione di “prestazioni in natura” mentre le parti II e III sono dedicate al calcolo degli importi forfetari, di pertinenza degli organismi di collegamento.

Limitando, pertanto, il discorso alla nozione di “prestazioni in natura”, in quanto di competenza delle istituzioni competenti destinatarie della presente, va preliminarmente fatto notare come, in base ai parr. 1 e 2, della decisione S 5, tale concetto non si esaurisca nell'ambito della c.d. “assicurazione sanitaria” investendo la sicurezza sociale nel suo complesso.

Nello specifico:

- Con riguardo alle prestazioni sicuramente “sanitarie”, il **par. 1** definisce “prestazioni in natura” dell'assicurazione malattia e maternità quelle ritenute tali dalla legislazione nazionale applicata dall'istituzione erogatrice, rimborsabili ai sensi del nuovo regolamento di applicazione (Reg. CE 987/2009) e sempre che siano ottenibili ai sensi del nuovo regolamento base (Reg. CE 883/2004);
- Il **par. 2, lett. a)**, della decisione S 5, annovera tra le prestazioni in natura coperte dall'assicurazione sanitaria - e quindi rimborsabili - quelle relative allo stato di malattia, come ad esempio le cure infermieristiche o di aiuto domestico prestate a domicilio o in centri specializzati, l'acquisto di attrezzature terapeutiche o la realizzazione di migliorie nell'ambiente domestico. In proposito deve essere chiaro che questa disposizione non ha lo scopo di imporre nuove prestazioni, ma solo di stabilire che, qualora previste dalla legislazione nazionale per i propri assistiti, esse debbano essere erogate anche agli assistiti di altri Stati membri, in virtù del principio della parità di trattamento dei cittadini comunitari, cui si ispirano i regolamenti di sicurezza sociale. Infatti l'obiettivo che la nuova norma si prefigge è che gli assistiti di altri Stati possano beneficiare di quei completamenti di cure, eventualmente previsti dalla normativa nazionale, capaci di migliorare lo stato di salute e le condizioni di vita delle persone che necessitano di cure sanitarie.
- Il **par. 2, lett. b)** della decisione S 5 ha ad oggetto, invece, le prestazioni in natura non rientranti nell'assicurazione sanitaria, giusto il riferimento testuale di tale paragrafo: “le

prestazioni in natura, che non rientrano nel regime di assicurazione... sempre che possano essere considerate come prestazioni di sicurezza sociale”.

Il **par. 3** della decisione S 5 alle lett. a), b) e c), d) indica esempi di costi relativi alle prestazioni in natura che non vanno rimborsati: le spese amministrative, gli onorari dei medici per l'emissione di certificati e le spese di ricerca e le sovvenzioni, le compartecipazioni alle spese a carico dei singoli (ticket).

Decisione H 3

La decisione in questione ha natura trasversale poiché si riferisce a “prestazioni” in generale e dunque non solo a quelle sanitarie. Ciò premesso, questa decisione stabilisce le regole relative alla data da prendere in considerazione per determinare il tasso di cambio (“giornaliero”) di riferimento pubblicato dalla Banca centrale europea per le “operazioni” di pagamento.

La decisione H 3 interessa quindi anche i rimborsi relativi a Stati membri che non hanno ancora adottato l'euro (es. Regno Unito).

In linea generale è stabilito che il tasso di cambio è quello pubblicato nel giorno in cui l'istituzione effettua l'operazione (v. par. 3 della decisione H 3).

Tale regola subisce alcune deroghe in relazione a legislazioni nazionali che prevedano il calcolo di specifiche prestazioni, es. “indicizzazioni” (v. par. 5 della decisione H 3) o particolari modalità di pagamento, es. “compensazione” o “recupero” (v. par. 6 della decisione H 3).

Decisione S 6

La decisione S6 è articolata in una prima parte dedicata all'iscrizione dell'assistito presso l'istituzione che eroga le prestazioni nello Stato membro di residenza, diverso dallo Stato competente (art. 24 del Reg. CE 987/2009) ed in una seconda parte relativa alla compilazione degli inventari finalizzati al calcolo degli importi forfetari mensili e dell'importo forfetario totale (64 (4) del Reg. CE 987/2009), cioè dei crediti.

Parte I decisione S 6 (Iscrizione)

Il **par. 1** della decisione S 6 stabilisce la seguente procedura ai fini dell'iscrizione della persona assicurata e dei suoi familiari presso l'istituzione dell'altro Stato membro di residenza per ricevere le prestazioni sanitarie, nonché i doveri di comunicazione che hanno reciprocamente le istituzioni dei due Stati in ordine alle vicende del diritto:

- L'istituzione competente (ASL), su richiesta dell'interessato o su richiesta dell'istituzione del luogo di residenza deve trasmettere all'istituzione di residenza il pertinente attestato di diritto.
- L'istituzione competente (ASL): deve informare l'istituzione del luogo di residenza circa eventuali modifiche o cancellazioni dell'attestato di diritto.
- L'istituzione del luogo di residenza che riceve detta comunicazione deve confermare o contestare la modifica o la cancellazione alla istituzione competente (ASL).
- L'istituzione del luogo di residenza non appena siano disponibili le informazioni sull'iscrizione della persona interessata e su eventuali modifiche o cancellazioni di tale iscrizione deve trasmetterle all'istituzione competente (ASL).
- L'istituzione competente (ASL) destinataria di dette informazioni deve confermare o contestare tali modifiche o cancellazioni all'istituzione mittente.

Il **par. 2, lett. a) e b)**, della decisione S 6 disciplina le date a partire dalle quali si devono rimborsare le prestazioni in natura sia al costo (art. 62 Reg. CE 987/2009) che a forfait (art. 63 Reg. CE 987/2009):

- a) la data di apertura del diritto indicata nell'attestato rilasciato dall'istituzione competente;
- b) la data di cambiamento di residenza o di iscrizione - ove successiva a quella di apertura del diritto - indicata nel documento rilasciato dall'istituzione del luogo di residenza e comunicato all'istituzione competente.

Come si evince dal secondo capoverso del par. 2, se i membri della famiglia dell'assicurato, il pensionato o uno dei membri della sua famiglia continuano ad avere diritto a prestazioni in quanto esercitino un'attività professionale o ricevano un reddito sostitutivo *“l'iscrizione inizia il giorno successivo alla data di cessazione di tale diritto”*.

Il **par. 3** della decisione S 6 stabilisce, invece, le date a partire dalle quali non è più dovuto il rimborso delle prestazioni in natura, sia al costo (art. 62 Reg. CE 987/2009) che a forfait (art. 63 Reg. CE 987/2009), per il venir meno del diritto; cosa che avviene:

- dalla cancellazione dell'iscrizione, comunicata dall'istituzione del luogo di residenza all'istituzione competente (ASL);
- dalla cancellazione del diritto, comunicata dall'istituzione competente (ASL) all'istituzione del luogo di residenza.

Detti documenti di cancellazione devono riportare tale data.

Le ragioni per le quali viene meno il diritto sono elencate alle lettere i), ii) ed iii) del par. 3 della decisione S 6. Vale a dire:

- la data di decesso;

- la data in cui l'interessato va a risiedere in altro Stato membro (es. l'assistito italiano residente in Spagna che vada a risiedere in Grecia);
- la data di apertura del diritto alle prestazioni sanitarie ai sensi della normativa dello Stato di residenza o di un altro Stato membro, come previsto dai regolamenti in caso di esercizio di un'attività professionale o di attribuzione di una pensione o di una rendita;
- la data in cui i membri della famiglia non soddisfano più le condizioni in materia di diritto alle prestazioni in natura in qualità di membri della famiglia ai sensi della normativa dello Stato membro di residenza.

Inoltre, dal disposto dell'ultimo capoverso del par. 3 della decisione S 6 si evince che spetta alle "istituzioni nazionali" – dunque sia a quelle dello Stato di residenza che a quelle dello Stato competente – minimizzare ("*ridurre al minimo*") il periodo che intercorre tra la cessazione del diritto o la cancellazione dell'iscrizione e la data delle relative comunicazioni, da effettuare utilizzando il documento di cancellazione.

In proposito è opportuno evidenziare come fino a che la cessazione del diritto non è comunicata, l'istituzione del luogo di residenza – in particolare il servizio sanitario dell'altro Stato - è inconsapevole di continuare ad erogare prestazioni a chi non ne ha più diritto. Ne discende che incombe sull'istituzione competente comunicare al più presto all'istituzione del luogo di residenza dell'assistito la chiusura del diritto a prestazioni sanitarie. In caso contrario la richiesta di rimborso dello Stato creditore non potrà essere contestata con riferimento al periodo intercorrente tra la cessazione vera e propria e la sua comunicazione, non avendo di per sé la comunicazione della cessazione del diritto valore retroattivo. Si attira l'attenzione sulla circostanza che in caso di ritardi nella comunicazione superiori a 3 mesi, la responsabilità per l'inutile esborso finanziario incomberà sull'istituzione competente, salvo non sia da questa accertato un comportamento fraudolento da parte dell'assistito che, opportunamente informato, continui ad usufruire dell'assistenza nello Stato di residenza. Conseguentemente l'istituzione competente, oltre ad informare il più rapidamente possibile l'istituzione del luogo di residenza, dovrà informare il proprio assistito: a) sulla cessazione del diritto; b) sulle ragioni di tale cessazione; c) sulla data a decorrere dalla quale non può più fruire di prestazioni erogate dallo Stato del luogo di residenza a carico dello Stato competente; d) avvertendo che se ne usufruirà oltre detto termine dovrà farsi carico dei relativi oneri.

Bisogna poi tener presente che in forza della decisione S 6 e di particolari situazioni di fatto, la responsabilità relativa alla comunicazione concernente la cessazione del diritto può incombere anche sull'istituzione del luogo di residenza; ad esempio nel caso di morte dell'assistito avvenuta nel luogo di residenza all'insaputa dell'istituzione competente.

Infine, l'ultima frase dell'ultimo capoverso del par. 3 della decisione S 6 disciplina il comportamento che le istituzioni di due o più Stati membri debbono tenere in caso di divergenze tra loro circa la "residenza" ("centro di interessi") di una persona. Nello specifico, in forza del richiamo esplicito all'art. 11 del Reg. CE 987/2009, la decisione S 6 richiede che questa debba essere stabilita di "comune accordo", sulla base dei criteri contenuti in detto articolo e, in caso di divergenza, l'individuazione della residenza non può essere unilateralmente valutata e definita da un solo Stato. Tuttavia, proprio l'art. 11 (2) del Reg. CE 987/2009 prevede che se i due Stati non trovano una soluzione condivisa sulla residenza, dirimente per la sua identificazione può divenire la volontà dell'interessato; testualmente *"Quando la valutazione dei diversi criteri non permette alle istituzioni di accordarsi, la volontà della persona, quale risulta da tali fatti e circostanze, in particolare le ragioni che l'hanno indotta a trasferirsi, è considerata determinante per stabilire il luogo di residenza effettivo"*.

Parte II decisione S 6 (Inventario)

La base giuridica di tale norma sono gli artt. 17, 24, 25 o 26 del Reg. 883/2004.

Limitando il discorso a quanto d'interesse con riguardo ai crediti verso gli altri Stati UE, le istituzioni dello Stato di residenza dell'assistito U.E. (ASL), ai fini dell'applicazione del **par. 1** della parte II della decisione S 6, forniscono all'organismo di collegamento un inventario contenente le informazioni relative all'apertura, alla sospensione o alla chiusura del "diritto alle prestazioni" relativamente ai seguenti beneficiari: membri della famiglia dell'assicurato residenti in altro Stato, pensionati e/o membri delle loro famiglie. L'inventario deve essere aggiornato sulla base delle proprie informazioni (ASL) o di quelle fornite dall'istituzione competente dell'altro Stato U.E., con riguardo: alla "apertura del diritto", alla sua "sospensione" o alla "chiusura del diritto" a prestazioni.

In base al **par. 2** della parte II della decisione S 6 il diritto di ciascun interessato è calcolato in "quote" forfetarie "mensili". Nello specifico Il numero dei mesi viene ottenuto:

- calcolando come mese civile intero: quello da cui inizia il conteggio dei forfait – cioè in base alle date indicate nel suddetto par. 2, lett. a) e b) della decisione S 6;
- non viene conteggiato: il mese in cui il diritto termina, salvo che tale mese non sia completo;
- infine, anche se il "periodo complessivo" di diritto alle prestazioni è inferiore al mese viene comunque conteggiato come un mese.

Decisione S 7

Questa decisione disciplina il delicato passaggio dai “vecchi” ai “nuovi” regolamenti, con riguardo alle procedure di rimborso, posto che le istituzioni competenti e gli organismi di collegamento per un certo periodo (“periodo transitorio”) dovranno confrontarsi con un doppio regime di rimborsi, in base al quale:

- le prestazioni erogate tra gli Stati U.E. prima del 1° maggio 2010 (e quelle erogate nei rapporti con gli Stati SEE e Svizzera) andranno rimborsate secondo le disposizioni ed i termini di cui ai Reg. CEE 1408/71 e Reg. CEE 574/72;
- le prestazioni erogate successivamente al 1° maggio 2010 tra gli Stati U.E. andranno, invece, rimborsate in base alle disposizioni e nel rispetto dei più stringenti termini di cui ai Reg. CE 883/2004 e Reg. CE 987/2009.

In particolare, la decisione S 7 affronta i seguenti rilevanti aspetti del periodo transitorio:

- Parte I: Regime transitorio per determinare lo Stato membro responsabile delle spese relative alle prestazioni sanitarie.
- Parte II: Disposizioni transitorie per il calcolo dei costi medi (le relative disposizioni non vengono analizzate perché di competenza degli organismi di collegamento).
- Parte III: Procedura di rimborso al costo.
- Parte IV: Procedura di rimborso a forfait.

Parte I decisione S 7

Regime transitorio per determinare lo Stato membro responsabile delle spese relative a prestazioni sanitarie

In base al **par. 1** l’istituzione responsabile per le prestazioni erogate prima del 1° maggio 2010 è quella che è tale in base alle disposizioni del Reg. CEE 1408/71.

Il **par. 2** prevede che nel caso di “cure programmate”, autorizzate ai sensi dei “vecchi regolamenti”, se la cura è fornita in tutto o in parte dopo il 30/4/2010, tutte le spese sono comunque sostenute dall’istituzione che ha rilasciato l’autorizzazione.

Il **par. 3** - affronta il caso di “cura iniziata” prima dell’1/5/2010 (cioè ai sensi degli artt. 22 (3) (a) e 31 (1) (a) del Reg. CEE 1408/71) e che continua oltre detta data, con riferimento ai seguenti beneficiari: familiari di un lavoratore subordinato o autonomo, pensionati e familiari che risiedono, rispettivamente, nel territorio di uno Stato membro diverso da quello del lavoratore o che dimorano in un diverso Stato rispetto a quello in cui risiedono .

Al riguardo, la norma in questione, a dire il vero non molto perspicua, sembra così individuare l'istituzione responsabile della relativa spesa:

- se la cura continua nel periodo compreso tra l'1/5/2010 ed 31/5/2010: le spese sono sostenute dall'istituzione responsabile ai sensi dei "vecchi" regolamenti (Reg. CEE 1408/71), *"anche se la responsabilità per il sostenimento delle spese della persona in questione è cambiata conformemente alle disposizioni del regolamento (CE) n. 883/2004"*;
- se la cura continua dall'1/6/2010 (cioè *"dopo il 31/5/2010"*) le spese sostenute sono a carico dell'istituzione responsabile ai sensi del (CE) Reg. 883/2004.

Il **par. 4** della decisione S 7, parte I, ha ad oggetto le "prestazioni medicalmente necessarie" erogate dopo il 30/4/2010 sulla base di una TEAM valida - rilasciata prima del 1° maggio 2010 (ovviamente con scadenza successiva). Tale disposizione stabilisce che non è possibile contestare la relativa domanda di rimborso con la motivazione che l'istituzione responsabile è cambiata ai sensi del Reg. CE 883/2004.

Ciò premesso, come previsto dalla seconda parte del par. 4 della decisione S 7 il credito va comunque pagato e poi l'istituzione che ha pagato si rivarrà su quella precedentemente responsabile ai sensi del Reg. CEE 1408/71. Pertanto, la nuova istituzione responsabile del rimborso delle spese coperte dalla TEAM può:

- richiedere che l'istituzione presso la quale la persona era regolarmente iscritta al momento di erogazione della prestazione le effettui il rimborso;
- mentre se la persona non aveva diritto di utilizzare la TEAM può risolvere la questione con la persona in questione.

Parte II decisione S 7

Disposizioni transitorie per il calcolo dei costi medi (Omissis)

Parte III decisione S 7

Procedura di rimborso al costo.

I **par. 1 e 2** di questa parte della decisione S 7 stabiliscono, con riguardo ai crediti al costo, la normativa applicabile ed i termini di presentazione relativamente alle prestazioni erogate e "registrate in contabilità" prima e dopo la data spartiacque del 1/5/2010.

- Rimborso di prestazioni (al costo) registrate in contabilità prima del 1/5/2010

Si applica il Reg. (CEE) 574/72 per l'introduzione di tutti i crediti contabilizzati fino al 30/4/2010 e per tutti i suddetti crediti il termine ultimo d'introduzione è **il 31/12/2011**.

- Rimborso di prestazioni (al costo) registrate in contabilità a partire dal 1/5/2010

Si applica il Reg. (CE) 987/2009 per le introduzioni di crediti contabilizzati a partire dal 1/5/2010 e si dovranno applicare le procedure ed i termini stabiliti dagli artt. 66 – 68 di detto regolamento.

Si ricorda per gli Stati SEE e per la Svizzera continueranno comunque ad essere applicati i vecchi regolamenti fino a quando non saranno modificati gli Accordi in essere tra detti Stati e l'Unione Europea

Parte IV decisione S 7

In base ai **parr. 2 e 3** della parte IV della decisione S 7 le scadenze per la presentazione delle **domande di rimborso (crediti) a forfait**, per l'Italia, sono le seguenti

- tutte le domande di rimborso relative ai crediti a forfait **fino all'anno 2007 compreso** (quest'ultimo approvato in Commissione dei Conti nel novembre 2009 e pubblicato in Gazzetta UE n. C 67 del 18/3/2010) devono essere presentate inderogabilmente **entro il 1° maggio 2011**;
- le domande di rimborso relative ai crediti a forfait a partire **dall'anno 2008** in poi sono soggette alle procedure ed agli stringenti termini previsti dagli artt. da 66 a 68 del Reg. 987/2009.

Ciò significa che essendo stato già approvato, per Italia nel maggio 2010, il costo medio relativo all'anno 2008, in via di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'UE, l'introduzione dei crediti a forfait relativa all'anno 2008 dovrà essere effettuata, inderogabilmente, entro un anno dalla pubblicazione di detto costo nella Gazzetta Ufficiale dell'UE.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
(Dott.ssa Francesca Basile)

IL DOCUMENTO E' STATO ADATTATO ALLE ESIGENZE DI PUBBLICAZIONE