



NAGA-Milano in collaborazione con la SIMM

**ATTUALE
LEGISLAZIONE
SANITARIA ITALIANA
PER GLI IMMIGRATI
IRREGOLARI**



E

ATTUALE FRUIBILITA'

**DI TALE
LEGISLAZIONE**

**A LIVELLO
REGIONALE**

Rapporto 2019

a cura di:

Pierfranco Olivani (NAGA-SIMM)

Daniela Panizzut (NAGA-SIMM)

Hanno collaborato:

S. Geraci (SIMM, GrIS Lazio), M. Mora (Naga, Milano), E. Frontini, L. De Carlo, M. Benedikter (Responsabile ambulatorio STP BZ), E. Cescatti (GrIS TN), L. Mondo (Consiglio di Presidenza SIMM), C. Postiglione (GrIS Veneto), G. Pitzalis (GrIS Friuli), E. Di Maria (Consiglio di Presidenza SIMM), M. Calacoci (GrIS Emilia R.), M. Bonciani (Consiglio di Presidenza SIMM), P. Carletti (Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute - Regione Marche), R. Casadei (Umbria), F. D'Atri (Abruzzo), F. Ena (GrIS Sardegna), L. Gualdieri (GrIS Campania), F. Niglio (Esperto in Medicina delle Migrazioni, Puglia), L. Surace (GrIS Calabria), M. Affronti (GrIS Sicilia), Assessorato Sanità Valle d'Aosta, Assessorato Sanità Molise, Assessorato Sanità Basilicata.

Edizione in proprio

Primo Rapporto: 4 giugno 2016
Secondo Rapporto : 22 marzo 2018
Terzo Rapporto: 9 ottobre 2019

Associazione NAGA

**Organizzazione di Volontariato per l' Assistenza Socio-Sanitaria
e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti**

Via Zamenhof, 7/A -20136 Milano

Tel: 0258102599 - Fax: 028392927

naga@naga.it - www.naga.it

SIMM

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

www.simmweb.it

INDICE

<u>Attuale legislazione sanitaria nazionale per gli immigrati irregolari</u>	<u>pag. 4</u>
<u>Attuale fruibilità della legislazione sanitaria per gli immigrati irregolari a livello regionale</u>	<u>pag. 13</u>
<u>Prima appendice: Testi legislativi di riferimento in vigore</u>	<u>pag. 25</u>
<u>Seconda appendice: Elenco delle normative nazionali ed europee in argomento</u>	<u>pag. 52</u>

Acronimi

Accordo S-R.: Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n.255/CSR 20 dicembre 2012 (Gazzetta Ufficiale Serie Gen. n. 32 del 7-2-2013 suppl. ordinario n. 9)

Circ. 5/00: Circolare Ministeriale 24 marzo 2000, n. 5 (Gazzetta Ufficiale n.126, 1 giugno 2000)

C.F. Codice fiscale

CSCS: Comunitario senza copertura assicurativa (in uso in Lombardia ove non esiste ENI, ma non è equivalente)

CTA: Cittadino Temporaneamente Assistito (è l'equivalente del codice ENI in Alto Adige)

D.Igs.: Decreto Legislativo

D.M.: Decreto Ministeriale

DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

DPR: Decreto Presidente della Repubblica

ENI: Europeo Non Iscritto

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

MMG o Medico di m.g.: Medico di Medicina Generale (sinonimo di Medico di base)

P.A.: Provincia Autonoma

PLS o Pediatra di l.s.: Pediatra di libera scelta (sinonimo di Pediatra di base)

PDS: Permesso di soggiorno

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario Regionale

SSP: Servizio Sanitario Provinciale

STP: Stranieri Temporaneamente Presenti

T.u.: Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (suppl. ordin. n. 139/L Gazzetta Ufficiale n. 191, 18-8-98)

U.E: Unione europea

ATTUALE LEGISLAZIONE SANITARIA NAZIONALE

PER GLI IMMIGRATI IRREGOLARI¹

L'assistenza sanitaria per tutti gli immigrati minori, (intesi fino al compimento del 18° anno²) è prevista tramite iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, ciò anche per i minori figli di immigrati *extracomunitari* irregolari (DPCM, 12 gennaio 2017, art. 63 c.2 lett. b, c.4 (cioè i nuovi LEA)) [7], e per tutti i minori non accompagnati (art. 14, 1.7 aprile 2017, n. 47) [13]. Restano esclusi solo i minori figli di immigrati *comunitari* irregolari, per i quali non è prevista l'iscrizione al SSR ma solo un'assistenza sanitaria tramite un differente iter burocratico (assegnazione di un codice ENI (Europeo non iscritto))³⁻⁴ (nota inf. Ministero salute DG RUERI/II/3152-P/1.3.b/1, 19/2/08)[4].

Per gli immigrati irregolari maggiore di 18 anni non è prevista la possibilità di iscrizione al SSR salvo per alcune categorie particolari, quali gravide (solo se extracomunitarie), congiunti di cittadini italiani, vittime della tratta, regolarizzandi, detenuti (Accordo Stato-Regioni e Province Autonome, n.255/CSR, 20 dicembre 2012, paragrafi 1.1.e 2.1.)[6]; per tutti gli altri l'assistenza sanitaria è comunque erogabile previa assegnazione di un codice STP (straniero temporaneamente presente) o ENI (europeo non iscritto) e la tipologia delle prestazioni e la quota di partecipazione alla spesa (ticket) sono in analogia con quelli dei cittadini italiani (Accordo S-R, paragi 1.2. e 2.4.), salvo per gli extracomunitari, per i quali è prevista anche esenzione dal singolo ticket in caso di ribadita indigenza. In questo caso viene assegnato il codice X01 (allegato al Decreto Ministero Economia e Finanze, 17 marzo 2008, 8.27, all. 12)[5]. Tale esenzione non è estesa ai comunitari.

Testi legislativi di riferimento attualmente in vigore⁵ :

[1]. Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (suppl. ordinario n. 139/L alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998), [nota come legge Turco-Napolitano] (*che d'ora in poi chiameremo T.u.*)

¹ Con il termine generale di “**immigrati irregolari**” riteniamo, da qui in poi, comprendere tanto gli **extracomunitari irregolarmente presenti**, quanto i “**comunitari irregolarmente presenti**”. Intendiamo come comunitari irregolarmente presenti quelli che sono sprovvisti di TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, non iscrivibili all'anagrafe e dunque anche privi dei requisiti per potersi iscrivere obbligatoriamente o volontariamente al Servizio Sanitario Nazionale. In base agli art. 13 e 21 del d. lgs. 3 febbraio 2007, n. 30 [16] (di attuazione della Direttiva Europea 2004/38/CE “diritto di circolazione e di soggiorno nel territorio dell'Unione”) [18] il cittadino comunitario, dopo i primi 3 mesi, può restare ancora in Italia, ma è tenuto a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente (o allo schedario della popolazione temporanea, se viene mantenuta la residenza all'estero). Per tale iscrizione occorrono requisiti quali lavoro, reddito o legame familiare, in mancanza dei quali potrebbe essere allontanato (Accordo S-R: introduzione). L'eventuale suddetto allontanamento non prevede impedimenti temporali ad un possibile ritorno. (Invece l'allontanamento per motivi di ordine, sicurezza pubblica o salute pubblica (art. 20, 21 e 22) prevede impossibilità di rientro in Italia fino a 3 anni.) D'ora in poi, in questo documento, definiremo questo gruppo di comunitari col termine di “comunitari irregolari”.

Per entrambi i gruppi (extracomunitari irregolari e comunitari irregolari) l'accesso alle prestazioni sanitarie, gratuito o con ticket, è previsto solo in caso di indigenza autocertificata. Gli apolidi seguono l'iter degli extracomunitari.

² L. n. 176, 27 maggio 1991: Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo di New York del 20 novembre 1989, art. 1:”...si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a 18 anni...”

³ In effetti sia nell'Accordo S-R, sia nel DPCM, 12 gennaio 2017, art. 63 non si fa riferimento esplicito ad alcuna iscrizione obbligatoria al SSR per i minori comunitari figli di genitori in stato di irregolarità.

⁴ Questa importante discriminazione fra minori extracomunitari e comunitari si verifica in quanto i suddetti LEA riguardano solo gli “stranieri” (cioè gli extracomunitari) L'iscrizione al SSR per i minori comunitari ha una base giuridica assai più debole (che la rende non applicata), derivando solo indirettamente dal concetto di non discriminazione fra gruppi di minori, espresso nell'art. 2 della Convenzione sui diritti del fanciullo di New York, solo teoricamente ratificata dalla l. n. 176, 27 maggio 1991 e mai divenuta esecutiva.

⁵ La numerazione in corsivo dei testi di legge corrisponde a quella della prima e della seconda appendice.

- [2]. Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 (suppl. ordinario n. 190/L alla Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 1999, n. 258);
- [3]. Circolare Ministeriale 24 marzo 2000, n. 5 (Gazzetta Ufficiale n.126 del 1 giugno 2000, [pag 36-43] *(che d'ora in poi chiameremo Circ 5/00)*);
- [4]. Nota informativa del Ministero della salute DG RUERI/II/3152-P/1.3.b/1, 19/2/08;
- [5] Allegato al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17 marzo 2008. 8.27 Allegato 12- Codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa. Gazzetta Ufficiale n. 86 del 11 aprile 2008.
- [6] Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n.255/CSR 20 dicembre 2012 (Gazzetta Ufficiale Serie Gen. n. 32 del 7-2-2013 suppl. ordinario n. 9) *(che d'ora in poi chiameremo Accordo S-R)*.
- [7] Decreto Presidente Consiglio Ministri, 12 gennaio 2017 [aggiornamento dei LEA] (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 – suppl. ordinario n. 15).

N.B. La l.189/02 “modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo” [nota come legge Bossi-Fini] e la l. 15 luglio 2009, n. 94 [pacchetto sicurezza] non contengono articoli sanitari, mentre il DPR 344/04 “regolamento recante modifiche ed integrazioni al DPR 31 agosto 1999, n. 394, in materia di immigrazione”, non apporta variazioni significative alle norme precedenti, per quanto concerne l'argomento qui di seguito trattato. La recente legge n. 132, 1 dicembre 2018 [23] ha prodotto modifiche di scarso rilievo alle disposizioni sanitarie (in quanto tutti i nuovi pds introdotti prevedono l'iscrizione obbligatoria al SSN), ma ha determinato comunque un peggioramento, dovuto alla frapposizione di ulteriori barriere burocratiche (richiesta di iscrizione anagrafica) e alle difficoltà di interpretazione di tali norme da parte delle strutture sanitarie.

Immigrati irregolarmente presenti:

Qualora l'immigrato irregolare sia in stato di indigenza e sottoscriva la “DICHIARAZIONE DI INDIGENZA”, valida 6 mesi, (vedi modello 1, allegato alla Circolare Ministeriale n.5, 24 marzo 2000, pag. 44 G.U.[3] e Accordo S-R, modulistica da rilasciare in copia all'immigrato), potrà chiedere l'assegnazione di un codice STP se extracomunitario o ENI se comunitario⁶; gli potranno così essere erogate, con eventuale pagamento di un ticket (a parità di condizioni con il cittadino italiano), le seguenti prestazioni:

1) CURE URGENTI:

[Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona] [3] [7].

Per tali prestazioni è previsto esonero dal ticket (T.u, art. 35 c. 4 e Accordo S-R par. 2.4.), come avviene per il cittadino italiano (art. 1, c. 796 punto p della legge n. 296/2006 (finanziaria 2007)[8].

2) CURE ESSENZIALI:

[Per cure essenziali si intendono “le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, [ancorchè continuative] relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)”] [3] [7].

Tali cure comprendono :

- prestazioni sanitarie ambulatoriali di primo livello (ad accesso diretto), e specialistiche, da eseguirsi presso le strutture della medicina del territorio o dei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collegamento con organismi di volontariato aventi esperienza specifica, (dPR 394/99, art.43, comma 8 [2] , Circ.5/00, pag.42 e Accordo S-R, par. 1.2. e 2.4.);
- ricoveri: da eseguirsi su richiesta del medico operante nelle strutture previste dal comma 8, art.43 del DPR 394/99 [2].

⁶ I codici STP e ENI hanno durata di 6 mesi e sono rinnovabili (Accordo S-R, par. 1.2. e 2.4.); la dichiarazione di indigenza va invece riformulata ogni 6 mesi.

La Circ. 5/00 afferma il principio della continuità delle cure urgenti o essenziali nel senso di assicurare all'infermo il ciclo diagnostico, terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

L'individuazione delle cure essenziali, come precisato nella Circ. 5/00, è di esclusiva competenza del Ministero della salute. In pratica tali cure coincidono con le prestazioni di medicina di base e specialistica erogabili dal SSN per il cittadino italiano e sono esplicitate nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), recentemente aggiornati con il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 [7]. L'accertamento dell'urgenza e dell'essenzialità delle prestazioni rientra nell'ambito delle responsabilità del medico. Per l'assistenza protesica, che rientra nei LEA, l'Accordo S-R (par. 1.2.) afferma che le Regioni sono tenute a individuare i percorsi più idonei per fornire le prestazioni necessarie. Per i trapianti, compreso il trapianto di midollo osseo, considerati terapie essenziali, il suddetto Accordo S-R. (par. 1.2.) stabilisce che lo straniero STP è trattato al pari del cittadino italiano. Sia per la protesica che per i trapianti l'Accordo S-R cita come destinatari gli STP, non cita gli ENI.

Tutte le prestazioni, le prescrizioni e le pratiche di rendicontazione saranno effettuate mediante l'utilizzo del codice STP (= straniero temporaneamente presente), come da DPR 394/99, art.43, comma 3 [2] e da Accordo S-R (par. 1.2.1), per gli extracomunitari, o del codice ENI (europeo non iscritto) per i comunitari (nota informativa del Ministero della salute DGRUERI/II/3152-P/I.3.b/1, 19 febbraio 2008 [4] e Accordo S-R, par. 2.4. I codici STP e ENI saranno rilasciati dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS. Tale rilascio potrà avvenire sia in concomitanza di una visita, sia preventivamente, in assenza di patologie, su semplice richiesta dell'immigrato (Accordo S-R, par. 1.2.1).

- Codici STP e ENI costituiti da 16 caratteri:
 - 3 per la scritta STP o per la scritta ENI,
 - 3 per il codice ISTAT della Regione,
 - 3 per il codice ISTAT della Struttura Sanitaria erogante,
 - 7 corrisponde al numero progressivo assegnato da ogni Struttura Sanitaria erogante.

N.B Per gli immigrati irregolari, le prestazioni sanitarie per malattie essenziali saranno fornite in generale:

- con TICKET, nei casi in cui tale ticket sia previsto per il cittadino italiano (T.u. art. 35, c. 4 e Circ.5/00);
- in eccezione a ciò: GRATUITAMENTE, (a differenza del cittadino italiano, che però può accedere all'esenzione per disoccupazione E02) in caso l'extracomunitario irregolare si dichiara privo di risorse economiche sufficienti anche per il pagamento del ticket. A tale extracomunitario verrà assegnato uno specifico codice X01 (Decreto Ministro Economia e Finanze, 17 marzo 2008, allegato 12, n. 39) [5] e Accordo S-R, par.1.2.1), valido solo per una singola prestazione e previa una seconda dichiarazione di indigenza (modulo su Accordo S-R.) Quanto riportato, riguardo al codice X01, è valido solo per l'extracomunitario, non per il comunitario per il quale non è previsto l'utilizzo di tale codice.

N.B. _ Per il rilascio del codice STP occorre fornire: nome, cognome, data di nascita, luogo di nascita, anche solo oralmente (senza il ricorso a documenti di identificazione) e sottoscrivere la dichiarazione di indigenza (Accordo S-R par. 1.2.1).

_ Per il rilascio del codice ENI occorre: esibire un documento di identità (ai sensi della normativa europea), la dichiarazione di effettiva dimora nel territorio regionale, la dichiarazione di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti, la dichiarazione di non essere nelle condizioni di iscrizione al SSR, la dichiarazione di non aver sottoscritto alcun contratto di assicurazione sanitaria, la dichiarazione di essere sprovvisto di attestazione di diritto rilasciata dallo stato di provenienza e la sottoscrizione della dichiarazione di indigenza (Accordo S-R par. 2.4.).

N.B. Il codice STP ha validità nazionale, il codice ENI ha validità regionale.

N.B. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dell'immigrato irregolare non può comportare alcun tipo di **SEGNALAZIONE ALL'AUTORITA' DI PUBBLICA SICUREZZA**, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano (T.u. art. 35 comma 5).

N.B. Per quanto concerne la **COPERTURA FINANZIARIA** delle spese per l'assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari, il d.l. 24 aprile 2017, n. 50, art. 32 [15], al c. 1, stabilisce che: "Le competenze relative al finanziamento delle prestazioni di cui all'articolo 35, c. 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, già attribuite al Ministero dell'Interno, sono trasferite al Ministero della Salute, con decorrenza dal 1 gennaio 2017, in coerenza con le risorse a tal fine stanziare nel bilancio dello Stato in apposito capitolo di spesa"⁷. Non si fa menzione di capitoli di spesa eventualmente previsti per i comunitari.

N.B. Le note informative ministeriali del 3 agosto 2007 [21] e 19 febbraio 2008 [4] considerano la posizione di quei **CITTADINI COMUNITARI INDIGENTI** soggiornanti in Italia per un periodo superiori a tre mesi, che non avendo diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN, non trovandosi neppure nella possibilità di chiedere l'iscrizione anagrafica e non avendo attestati di diritto, non possono fruire delle cure previste dal SSN. Si tratta nella fattispecie di cittadini romeni⁸ e bulgari (talvolta definiti "neocomunitari"), provenienti da Stati ove l'assistenza sanitaria non è ancora estesa a tutti i cittadini in egual misura, come negli altri Stati dell'UE. Ciò comporta che lo Stato di origine non accetti di assumersi l'onere del rimborso per prestazioni fruiti all'estero da determinate categorie di suoi cittadini che non reputa di assistere neppure sul suo territorio.

In questo caso la nota ministeriale informativa del 19 febbraio 2008 [4] chiarisce che "i cittadini comunitari hanno comunque diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti" e che "dovrà essere tenuta da parte delle ASL una contabilità separata" per tentare eventuali azioni di recupero e/o negoziazione nei confronti degli Stati competenti. Tale nota, contraddicendo in parte il d.lgs. 30/2007 [22] e soprattutto la precedente nota ministeriale informativa del 3 agosto 2007⁹[21], tende ad armonizzarsi con le norme di principio dell'ordinamento italiano, che sanciscono la tutela della salute per ogni individuo e garantiscono cure gratuite agli indigenti (art. 32 Cost.) e dai cui principi discende il carattere solidaristico e universalistico del nostro SSN. Tale provvedimento poneva così fine ad un periodo, durato più di un anno, nel quale, a seguito

⁷ I disposti del T.u. art. 35, c. 6, rimasti in vigore fino al 31 dicembre 2016, si riferivano alla copertura finanziaria delle spese derivanti dall'assistenza sanitaria per gli extracomunitari irregolarmente presenti. L'ASL responsabile dell'erogazione della prestazione, doveva richiedere: 1) al Ministero dell'interno tramite le Prefetture (capitolo 4294, dotazione annuale 12.000.000 €) il rimborso relativo all'onere delle prestazioni urgenti o comunque essenziali erogate in regime di ricovero o ambulatoriali, e delle prestazioni inerenti alle tossicodipendenze (punto f); 2) alla propria Regione (che utilizzava la quota annuale, appositamente stabilita dal CIPE (30.990.000 €) del Fondo sanitario nazionale del Ministero della Salute, il rimborso relativo all'onere delle prestazioni indicate nei punti a), b), c), d), e) del T.u. art. 35, c. 3.

⁸ Dall'ingresso della Romania nell'U.E. si è verificato un grosso flusso migratorio verso l'Italia. 1.190.091 sono i Romeni regolarmente presenti nel nostro Paese al 31 dicembre 2017 e rappresentano il 23% del totale degli immigrati. (Dossier statistico immigrazione, Rapporto UNAR, 2018). In patria solo il 25% dei Rumeni pagava (12 €/mese al 31-12-2015) per essere iscritto al SSN. Dei Romeni presenti in Italia più del 20%, (cioè 250.000) risulta indigente e senza titoli per essere iscritto al SSN (ISMU "Sedicesimo Rapporto sulle Migrazioni" F. Angeli 2010 e Naga "Comunitari senza copertura sanitaria") ed. in proprio, 2013, 5.

⁹ La nota informativa ministeriale 3 agosto 2007 [21] nelle osservazioni conclusive suggeriva un'interpretazione molto restrittiva delle possibilità di assistenza, negandone alcune fondamentali come monitoraggio della gravidanza, parto e interruzione volontaria della gravidanza.

delle disposizioni contenute nel d.lgs. 3 febbraio 2007, n.30 [22] e della suddetta nota 3 agosto 2007 [21], gli stranieri neocomunitari non iscrivibili al SSN si erano trovati praticamente privi di assistenza sanitaria, se non a pagamento.

SITUAZIONI PARTICOLARI

Possibilità di iscrizione al SSN per determinate categorie di immigrati irregolari

Vi sono situazioni particolari nelle quali l'immigrato, entrato irregolarmente o divenuto irregolare, ha comunque diritto all'iscrizione al SSN: (Accordo S-R, par.1.2.1):

- I MINORI FIGLI DI IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI (intesi fino al compimento del 18° anno), comunque presenti sul territorio, hanno tutti il diritto¹⁰ a iscriversi al SSN e al pediatra di libera scelta o al medico di medicina generale a secondo dell'età, (Accordo S-R par. 1.1.1), DPCM 12 gennaio 2017, art. 63 c. 2 lett. b e c.4. [7])¹¹.

Tutti i MINORI FIGLI DI IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI IRREGOLARI (se nella fascia di età compresa fra 0 e 6 anni), sono esonerati dal ticket sanitario a parità di condizioni con il cittadino italiano¹², (T.u., art 35, comma 3, punto b, e Accordo S-R, par. 1.2.1 e 2.4.).

Consegue che, a maggior ragione, anche i MINORI STRANIERI¹³ NON ACCOMPAGNATI¹⁴, comunque presenti sul territorio, possono essere iscritti al SSN e al Pediatra di libera scelta o al Medico di medicina generale, a parità di condizioni del minore italiano e del minore non italiano regolarmente presente (T.u., art. 35 comma 3 [1], Accordo S-R, par. 1.2 e 2.4.) [6], DPCM 12 gennaio 2017, art. 63 c.2, lett.b e c.)¹⁵ [7].

L'art. 14 della l. 7 aprile 2017, n.47 [13], al comma 1, ribadisce che i minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, fruiscono di tale diritto di iscrizione. Al comma 2 si afferma poi che l'iscrizione al SSN è richiesta "dall' esercente, anche in via temporanea, la responsabilità genitoriale, o dal responsabile della struttura di prima accoglienza".

Se vi sono dubbi riguardo l'età del minore occorrerà accertarla tramite il "metodo multidisciplinare" così come indicato dall'art. 5 comma 6 della l. 47, 7 aprile 2017, che afferma che "l'accertamento socio-sanitario dell'età deve essere svolto in un ambiente idoneo con un approccio multidisciplinare da professionisti adeguatamente formati e, ove necessario, in presenza di un mediatore culturale, utilizzando modalità meno invasive possibili e rispettose

¹⁰ Alcuni minori extracomunitari preferiscono non iscriversi al SSR e accedere alle cure tramite il codice STP, che (tramite il codice X01) prevede un esonero più ampio dal ticket.

¹¹ Nelle Regioni ove è effettivamente possibile iscrivere il minore al SSR, in caso si scelga di evitare l'iscrizione al SSR e di utilizzare il codice STP/ENI, il minore non potrà però accedere al pediatra di libera scelta o spot.

¹² A livello nazionale l'esenzione E01 prevede, per il minore italiano, esonero dal ticket sanitario se minore di 6 anni e con un reddito familiare complessivo annuo minore di 36.151,98 € (l. n. 537, 24 febbraio 1993 art. 8 comma 16 e successive modificazioni)[11].

¹³ La dicitura "minori stranieri non accompagnati" utilizza il termine stranieri come comprensivo di extracomunitari e comunitari, mentre in tutti gli altri contesti, salvo che nella suddetta specifica dicitura, il termine "stranieri" deve essere riferito ai soli extracomunitari (T.u., art. 1, c.1).

¹⁴ Per il nostro ordinamento i minori stranieri non accompagnati non possono essere espulsi, dovranno pertanto ricevere un permesso di soggiorno per minore età (T.u., art 19, comma 2, lett. a).

¹⁵ Dunque quanto stabilito è valido anche per i minori non accompagnati comunitari, previa iscrizione anagrafica (circolare Ministero interno, 18 luglio 2007, n.39) [17].

dell'età presunta, del sesso e dell'integrità fisica e psichica della persona. Non devono essere eseguiti esami socio-sanitari che possano compromettere lo stato psico-fisico della persona”¹⁶.

- Titolari di prestazioni sanitarie erogate a tutela sociale della GRAVIDANZA e della MATERNITA' fino a 6 mesi successivi alla nascita del figlio (ai sensi delle leggi 29 luglio 1975 n. 405 e 22 maggio 1978 n. 194 e del decreto ministeriale 6 marzo 1995 (Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995) e successive modificazioni ed integrazioni.) Durante la gravidanza e i primi 6 mesi dopo il parto la donna extracomunitaria, pur se irregolarmente presente, ha diritto al permesso di soggiorno “per cure mediche” che le permette l'iscrizione temporanea al SSN o, a sua scelta, all'assegnazione di un codice STP. La comunitaria, non iscrivibile al SSN, ha diritto a un codice ENI. In entrambi i casi sussiste anche l'esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani (T.u. artt. 19 e 35, Circ. 5/00. e Accordo S-R, par.1.2.1) [6]. Anche il padre, se è irregolare, dopo la nascita del figlio, ha diritto al medesimo permesso di soggiorno (temporaneo) per cure mediche e alla relativa iscrizione al SSN¹⁷; il neonato risulta obbligatoriamente iscritto.
- I RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE¹⁸ (dal momento della richiesta di protezione internazionale, all'emanazione del provvedimento definitivo, incluso il periodo dell'eventuale ricorso) hanno accesso all'assistenza sanitaria tramite iscrizione al SSN, secondo quanto previsto dall'articolo 34 del T.u. e dalla successiva Circ. 5/00; fermo restando l'applicazione dell'articolo 35 del medesimo decreto legislativo (assistenza tramite codice STP) nelle more dell'iscrizione al SSN (d.lgs 18 agosto 2015, n.142, art. 21) [12]. . Dato il divieto a svolgere, nei primi 60 giorni, un lavoro regolare, sussiste, per tale periodo, l'esonero dal pagamento del ticket; successivamente tale esonero è diversificato territorialmente e in alcuni casi persiste solo per coloro che si sono registrati come disoccupati nelle liste del Centro per l'Impiego (l.142/95, art. 22) [12].
- CONGIUNTI DI CITTADINI ITALIANI (T.u., art. 19, e successive modificazioni)¹⁹;
- IMMIGRATI IN ATTESA DI REGOLARIZZAZIONE iscrizione temporanea per i regolarizzandi o per emersione dal lavoro nero (Accordo S-R par. 1.1.1);
- VITTIME DELLA TRATTA o della riduzione in schiavitù, ammesse a programmi di protezione sociale (T.u., art. 18);
- DETENUTI negli istituti penitenziari per adulti o minori, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena (Circ. 5/00).

Assistenza sanitaria per gli extracomunitari in esenzione di visto.

Per entrare in Italia gli extracomunitari necessitano normalmente di un visto di ingresso. Possono fare ingresso in Italia in esenzione di visto per soggiorni di durata massima di 90 giorni

¹⁶ Anche il DPCM 11 novembre 2016, n. 234 interviene in merito alle modalità di accertamento dell'età anagrafica, indicando l'approccio multidisciplinare, ma limita l'utilizzo di tale metodica ai minori non accompagnati vittime di tratta.

¹⁷ Sentenza della Corte Costituzionale 27 luglio 2000, n. 376.

¹⁸ Per quanto concerne lo stato giuridico dei profughi che sbarcano in Italia, una parte di loro passa direttamente da naufrago a richiedente protezione internazionale (senza quindi mai essere un immigrato irregolare); l'altra parte da naufrago a immigrato irregolare (allorchè rifiuta di richiedere la protezione internazionale).

¹⁹ “Immigrati conviventi con il cittadino italiano o con il suo coniuge, entro il secondo grado,(l. 15 luglio 2009, n. 94.).

(per turismo, affari, invito, gare sportive e studio) i cittadini provenienti da determinati Paesi che hanno sottoscritto accordi con l'Italia²⁰. Il che significa che per entrare in Italia queste persone non devono chiedere né visti né permessi di soggiorno di breve durata (es. turismo). Chi entra in esenzione visto deve soddisfare una delle seguenti condizioni:

- 1) Se arriva in Italia regolarmente provenendo da un Paese UE ha l'obbligo di rendere in questura la dichiarazione di presenza entro i primi 8 giorni dall'arrivo. Se non lo fa entra nel regime di clandestinità (e dal punto di vista sanitario può essere assistito come STP).
- 2) Se arriva in Italia regolarmente, direttamente da un paese extra UE, la polizia di frontiera deve aver apposto un timbro datato sul passaporto. In questo caso non occorre la dichiarazione di presenza e l'extracomunitario risulta regolare per 90 giorni.

Dal punto di vista sanitario sia nel caso 1 che 2 ha diritto a prestazioni solo in solvenza per i primi 90 giorni, poi, se resta in Italia diventa irregolare e dal punto di vista sanitario può avere l'STP. Se però rientrasse nel primo caso (provenienza da Paese UE) già dopo 8 giorni, in mancanza della dichiarazione di presenza, diverrebbe irregolare (quindi potenziale STP), (legge n. 68, 28 maggio 2007, art. 1 c. 2).

Osservazioni

Quanto previsto dall'attuale legislazione nazionale in tema di assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari, e precedentemente descritto, è riassunto nella figura n. 1



Decreto legislativo n. 286, 25 luglio 1998 +
 Regolamento di attuazione d.P.R. n. 394, 31 agosto 1999 +
 Circolare Ministeriale n. 5, 24 marzo 2000 +
 Nota informativa del Ministero della Salute DG RUERI/II/3152-P/1.3.b/1,19/2/08 +
 Decreto Ministero Economia e Finanze 8.27 allegato 12, 17 marzo 2008 +
 Accordo Stato-Regioni 255/CSR, 20 dicembre 2012 +
 d.P.C.M. 12 gennaio 2017.
 (l. n. 189/02 + d.P.R. n. 334/04 + l. n. 94/09 + l. n. 132/18).

Immigrati regolari		
Immigrati irregolari : minori e gravide se extracomunitari, congiunti di cittadini ital., regolarizzandi, detenuti, vittime di violenza;	}	tutti assistibili con il SSN
Immigrati irregolari: adulti, minori e gravide se comunitari		tutti assistibili con il codice STP/ENI
		- medesime prestazioni e medesimo ticket a parità di condizioni con gli iscritti al SSN; - per tutte le malattie (urgenti + essenziali).

fig. 1

²⁰ Albania, Andorra, Antigua e Barbuda, Argentina, Australia, Bahamas, Barbados, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Brunei, Canada, Cile, Colombia, Corea del Sud, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, Emirati Arabi Uniti, Georgia, Giappone, Grenada, Guatemala, Honduras, Hong Kong, Isole Salomone, Israele, Kiribati, Malesia, Macao, Marianne del Nord, Marshall, Mauritius, Messico, Micronesia, Monaco, Montenegro, Nicaragua, Nuova Zelanda, Palau, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Samoa, Santa Lucia, Serbia, Seychelles, Singapore, Stati Uniti, St. Vincent e Grenadine, Taiwan, Timor Est, Tonga, Trinidad, Tobago, Tuvalu, Ucraina, Uruguay, Vanatu, Venezuela.

I cittadini di San Marino, Santa Sede e Svizzera sono esenti dall'obbligo del visto in qualunque caso.

Criticità

Dal quadro legislativo nazionale di insieme, senza dubbio positivo, emergono alcune importanti criticità:

- 1) La nota informativa ministeriale del 19 febbraio 2008 [4] stabilisce che i cittadini comunitari [irregolari] hanno comunque il diritto alle “**prestazioni indifferibili e urgenti**”, mentre l’Accordo S-R, per i medesimi cittadini, prevede “cure urgenti o comunque **essenziali**”. Il termine indifferibile sarebbe più limitativo e può lasciare intendere un obbligo di ritorno al Paese di origine per la cura “non indifferibile”, mentre il termine essenziale, più ampio, prevede la possibilità di cura in Italia. D’altra parte, fra gli Stati dell’U.E., la reciprocità sanitaria sussiste solo per le patologie urgenti o non differibili, non per le essenziali.
- 2) **Mancato rilascio del codice fiscale come ostacolo all’assegnazione della tessera di iscrizione al SSR per i richiedenti protezione internazionale e per i minori.** Il Codice Fiscale è richiesto per poter assegnare la tessera sanitaria di iscrizione al SSR.
 - Per i richiedenti protezione internazionale la Comunicazione di servizio dell’Agenzia delle Entrate n. 8 del 26-7-2016 sembrava aver risolto il problema dell’assegnazione del C.F. delegando a ciò Questure e Polizia di frontiera, ma di fatto solo alcune questure ottemperavano. Attualmente l’iter amministrativo prevede l’assegnazione di un C.F. provvisorio (11 caratteri numerici) alla consegna del modulo C; seguirà un C.F. definitivo alfa-numerico (16 caratteri) alla consegna del permesso di soggiorno per richiesta di protezione internazionale. Anche questa procedura non è applicata da tutte le questure.
 - Per i minori figli di irregolari sussistono ancora grosse difficoltà, probabilmente a loro volta legate a difficoltà di identificazione. Attualmente fra i minori figli di irregolari, solo quelli nati in Italia possiedono il C.F. e quindi il documento richiesto per l’iscrizione al SSR. A questi vanno aggiunti solo pochi altri in possesso di tale codice. Nei restanti casi, in mancanza del C.F., in molte regioni vengono utilizzati i codici STP/ENI “ampliati” dalla possibilità di accesso al pediatra di l.s. o al medico di m.g. La Regione Lombardia ha dimostrato che questa mancanza del C.F. può essere superata: iscrive i minori al SSR utilizzando un codice STP al posto del C.F. per gli extracomunitari e, non avendo l’ENI, un codice numerico progressivo per i comunitari.
- 3) **Difficoltà al rilascio della tessera sanitaria** per i richiedenti protezione internazionale, casi speciali, protezione speciale e cure mediche **per l’impossibilità di ottenere la residenza anagrafica**, abolita dall’art. 13, l.n.132, 1 dicembre 2018 [23]. A tale proposito molte Enti non accettano, come dovrebbero, il semplice domicilio contraddicendo la stessa legge 132/18 che garantisce, ai richiedenti asilo, l’accesso ai servizi, erogati sul territorio, nel luogo di domicilio (art. 5, c.3, d. leg. 142/15, come modificato dalla l. 132/18), (vedi anche la recente Circolare del Ministero della Salute n. 0021901-P-24/07/2019) [24].
- 4) **Esonero ticket (con codice X01) solo per gli extracomunitari e non per i comunitari.** Il codice di esenzione X01 (Decreto Ministero Economia e Finanze, 17 marzo 2008, 8.27, all. 12) che annulla il ticket per le prestazioni diagnostiche, specialistiche e farmaceutiche che lo richiederebbero, è utilizzabile solo per gli extracomunitari irregolari, mentre la legislazione nazionale ancora non lo prevede per i comunitari irregolari.
- 5) **L’impossibilità di pagare il ticket può limitare l’accesso alle cure.** L’applicazione del ticket sanitario per determinate categorie, iscritte al SSN ma particolarmente fragili, quali **richiedenti asilo**²¹ o **minori non accompagnati**, può determinare l’impossibilità pratica di usufruire di determinate cure.

²¹ Il d. lgs. 150/2015 (Jobs Act) [19] ha eliminato la distinzione fra disoccupati e inoccupati e pertanto l’esenzione dal ticket prevista per i disoccupati (l. 537/1993) [20] deve essere applicata anche quando il richiedente non abbia ancora trovato lavoro e si trovi pertanto in situazione di inoccupazione.

- 6) **Metodo per la determinazione dell'età.** Il DPCM dell'11 novembre 2016, n. 234 "Regolamento che definisce i meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta"[14] stabilisce dettagliatamente un approccio multidisciplinare che però attualmente è applicato solo per i casi di minori vittime della tratta. Occorre che tale approccio multidisciplinare venga esteso, quando necessario, a tutta la categoria dei minori in generale. (La successiva l. 7 aprile 2017, n. 47 all'art. 5 comma 6, trattando dei minori non accompagnati, ripropone anch'essa l'approccio multidisciplinare per la determinazione dell'età, senza però dettagliarlo.)
- 7) Non si fa menzione di **capitoli di spesa** appositamente previsti, a livello ministeriale, **per la salute dei comunitari irregolari.** Tali spese sono attualmente a carico delle regioni.

I punti 1 e 4 sono risolvibili da un provvedimento ministeriale che ribadisca l'equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi dei codici STP e ENI (pur con modalità talvolta diverse), come affermato dall'Accordo S-R (il testo che elenca le prestazioni erogabili è praticamente identico).

Anche i punti 2, 3, 5 e 6 richiedono un provvedimento ministeriale.

Il punto 7 necessita di opportune disposizioni di carattere legislativo.

ATTUALE FRUIBILITA' DELLA LEGISLAZIONE SANITARIA NAZIONALE PER GLI IMMIGRATI IRREGOLARI

Le pubblicazioni esistenti riguardanti la fruibilità, a livello regionale, della legislazione sanitaria nazionale per gli immigrati irregolari, peraltro ampie ed accurate²², hanno preso in considerazione i dati dalle disposizioni legislative delle singole regioni. Il limite, secondo noi, di questa metodica risiede nella deficitaria applicazione delle disposizioni stesse: in molti casi tali disposizioni, in assenza dei successivi atti applicativi, sono di fatto inefficaci. Con un'indagine mirata abbiamo voluto analizzare ciò che effettivamente avviene nella regione, interrogando direttamente i Referenti istituzionale o del volontariato.

L'indagine, è iniziata nel settembre 2015. E' stata condotta utilizzando un semplice questionario di tipo qualitativo, sottoposto a rappresentanti regionali scelti fra Referenti istituzionali e Referenti del volontariato. Le risposte sono state successivamente ricontrollate.

L'indagine viene annualmente aggiornata, trattandosi di argomenti in evoluzione. (Ultimo aggiornamento: settembre 2019).

La legislazione sanitaria nazionale è garantista nei confronti degli immigrati irregolari; per contro il livello di fruibilità delle prestazioni previste non è altrettanto soddisfacente. Due sono gli elementi causali più importanti:

_ I° L'ingresso di Romeni e Bulgari nell'U.E. (1 gennaio 2007) che ha comportato grossi problemi per l'assistenza sanitaria. Come si è accennato in precedenza, fino al 2006 i Romeni ed i Bulgari si trovavano, in Italia, in situazione analoga agli altri "extracomunitari": anche per loro, se indigenti, le prestazioni sanitarie venivano finanziate tramite gli appositi capitoli del Ministero dell'interno e del Ministero della salute. Per i cittadini dell'Unione Europea vigeva, e vige tuttora, il concetto della reciprocità fra Stati nel finanziamento di tali prestazioni. Nel 2007 in Romania e in Bulgaria non tutti i cittadini avevano diritto all'iscrizione al SSN, e quindi Romania e Bulgaria rifiutavano la reciprocità dei finanziamenti per le prestazioni sanitarie all'estero per certi gruppi di loro cittadini che non ricevevano assistenza neppure in patria. Dal momento che i Romeni rappresentano quasi il 25% degli immigrati in Italia (vedi nota 8) e che, fra questi, per lo meno il 20% è in situazione di "irregolarità amministrativa", quindi non assistibile dal SSN, ne deriva che il numero di questi "comunitari irregolari" è decisamente rilevante, non lontano dal numero totale degli extracomunitari irregolari; ciò comporta, fra l'altro, un importante aggravio economico.

_ II° La legislazione nazionale, prima descritta, ha trovato, nel decennio scorso, vari ostacoli all'applicazione da parte di molte regioni: Vediamo quali possono essere le fragili e opinabili basi teoriche di tali inadempienze. La l.15 marzo 1997 n. 59 istituisce la suddivisione delle responsabilità normative fra Stato e Regioni; secondo tale legge, per quanto concerne il nostro argomento, la competenza sull'immigrazione resta allo Stato, quella sulla sanità va alle Regioni. Però la legge costituzionale n.3, 18 ottobre 2001, "modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", afferma che "*la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente: spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato*". Lo Stato, a tale scopo, si è dotato di alcuni strumenti, fra cui i LEA (livelli essenziali di assistenza) e gli accordi Stato-Regioni. I LEA, riguardo la salute dei migranti, sono espressi dal T.U. 286/98, e risultano recentemente aggiornati dagli articoli 62 e 63 del D.P.C.M., 12 gennaio 2017. I compiti di controllo sull'equità delle legislazioni sanitarie regionali sono delegati al Ministero della Salute. Tale diaframma fra Stato e Regioni si manifesta

²² wiki.inmp.it/wiki/index.php/Il_diritto_alla_salute_e_il_suo_esercizio

nella assai deficitaria applicazione, da parte di queste ultime, del comma 8 dell'art.43 d.P.R. 394/99 là dove afferma che *“le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative, previste dall'art.35 comma 3 del T.U., possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi specifica esperienza”*.²³ La deficitaria applicazione si concretizza non già con leggi regionali contrastanti i dettami nazionali, bensì con la mancanza di disposizioni esecutive che rendono di fatto inefficace la legge nazionale.

Per ovviare a ciò alla fine del 2012 la Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome ha puntualizzato, tramite un preciso Accordo, i principi della legislazione nazionale in tema di salute dei migranti, al momento ancora disattesi. **L'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome** (siglato all'unanimità il 20 dicembre 2012) prevede l'attuazione da parte delle regioni di diversi provvedimenti. Fra i più qualificanti:

- l'iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri, anche in assenza del permesso di soggiorno (con relativa assegnazione al pediatra di base),
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo fino alla possibile risoluzione dell'evento morboso,
- equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice STP al codice ENI; estensione del tesserino codice ENI nelle regioni che non lo hanno ancora previsto.

L'Accordo Stato Regioni al momento è stato recepito, con apposito Atto, da 13 Regioni e da 1 Provincia Autonoma mentre 4 Regioni hanno emesso solo alcuni provvedimenti di allineamento. (Peraltro l'Accordo Stato-Regioni va in vigore direttamente e non necessita di alcun atto di recepimento.)²⁴ Nel caso di inadempienze da parte delle Regioni, lo Stato ha facoltà di dettare direttamente le disposizioni non promulgate, in base alle norme di potere sostitutivo, come stabilito dall'art. 6 della legge costituzionale, 18 ottobre 2001 n.3; ciò peraltro non si è mai verificato.

Nelle tabelle successive viene messo in evidenza come si realizza l'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari nelle diverse Regioni, a secondo delle tipologie di intervento e dei tipi di patologia.

- 1) in regime ambulatoriale per le malattie urgenti (tab. 1),
- 2) in regime ambulatoriale per le malattie essenziali (cure di base) (tab. 2),
- 3) in regime ambulatoriale per le malattie essenziali (cure specialistiche) (tab. 3),
- 4) in regime di ricovero per le malattie urgenti o essenziali. (tab. 4)

²³ In alcune regioni le cure essenziali sono lasciate quasi esclusivamente ai pronti soccorsi e agli ambulatori del volontariato non convenzionati.

²⁴ Singolare è il caso della Regione Veneto che ha emanato una DGR il 4 giugno 2019 nella cui premessa dichiara “La Regione del Veneto non ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome” n. 255 del 20 dicembre 2012, in quanto accordo pattizio non giuridicamente vincolante come da sentenza della Corte Costituzionale n. 437/2001” palesemente in contrasto con le normative attuali.

Tab.1 MALATTIE URGENTI: ASSISTENZA SANITARIA AMBULATORIALE PER IMMIGRATI IRREGOLARI
In tutte le Regioni^E le prestazioni ambulatoriali urgenti vengono fornite, gratuitamente, a adulti e minori irregolari, comunitari ed extracomunitari, presso i presidi di pronto soccorso. L'eventuale pagamento del ticket per i comunitari, ove previsto da indicazioni locali, avviene a parità di condizioni con i cittadini italiani. (fonte P. Olivani)

Tab. 2 MALATTIE ESSENZIALI (cure di base): ASSISTENZA SANITARIA AMBULATORIALE PER IMMIGRATI IRREGOLARI EXTRACOMUNITARI E COMUNITARI

Regione e Fonte ^F	Malattie "non urgenti ma essenziali": fornitore di cure di base agli <u>adulti</u> , extracomunitari o comunitari : eventuali differenze	Malattie "non urgenti ma essenziali" fornitore di cure di base a <u>minori</u> , extracomun. o comunit. eventuali differenze	Minori: durata iscriz. a SSR/SSP e a PLS/MMG	Limite minor età	Codice X01 anche per farmaci	Uso codice ENI	Varie
P.A. Bolzano	(con STP o CTA [CTA= ENI]): 1 ambulatorio	con STP o CTA:	/	14	si	si	.nessun irregolare,
<i>M.Benedikter</i>	ospedaliero	pediatra di ambulatorio					minore o adulto, è
		ospedaliero					iscrivibile al SSP.
							.non recepito
							Accordo Stato -Reg
P.A. Trento	(con STP o ENI): possibilità di accesso, solo spot	con SSP, STP o ENI:	12 mesi	14	no	si	
<i>E.Cescatti</i>	al medico di m.g.; 2 ambulatori del volontariato	pediatra di l.s.					
	con possibilità di utilizzo del ricettario regionale						
Valle d'Aosta	(con STP o ENI): 1 ambulatorio ASL	con STP o ENI:	/	18	si	si	codice X01 anche
<i>Refer. istituz</i>		pediatri in 5 consultori					per ENI
Piemonte	(con STP o ENI): 13 ambulatori pubblici dedicati	con SSR facilm. ottenibile:	non necessita	18	si	si	molti minori
<i>L.Mondo -</i>		PLS (Del. 34-1198,16-3-15)	rinnovo				preferiscono tenere
<i>M.Del Savio</i>		altrimenti, se vogliono					STP o ENI, pur se
		restare STP o ENI, solo					con solo il pediatra
		pediatra di consultorio					di consultorio, per

							evitare i tickets
Lombardia	_per gli extracomunitari:	-(con SSR facil. ottenibile):	12 mesi ?	18	no	no	- comunitari adulti:
<i>P.Olivani</i>	(con STP): 2 ambul. osped. (Mi) e 1 ambul. ATS (Bs),	pediat. spot. ^{A-D} ;					richieste di
	13 ambulatori del volontariato con possibilità di	-per l'iscriz. provvisoria al					<u>pagamento</u> anche
	utilizzo del ricettario regionale;	SSR si usa un codice STP					per urgenze e
	_per i comunitari:	per gli extracomunitari e					ricoveri ^E , salvo
	solo prestazioni a pagamento (vedi varie)	un codice numerico (NAR)					gravidanza, parto,
	_ DIVERSITA' COMUNITARI e EXTRACOMUNITARI	per i comunitari					IVG, mal. infettive
Veneto	(con STP o ENI): 3 ambulatori ASL,	con STP o ENI ped consult;	/	14?	no	si	- X01 anche agli ENI
<i>C.Postiglione</i>	1 ambulatorio del volontariato con possibilità di	in 2 province anche					-nessun irregolare
	utilizzo del ricettario regionale	ped. di dipart. prevenzione					minore o adulto è
							Iscrivibile al SSR
Friuli V.G.	(con STP o ENI):	iscritti a SSR ped. di l.s.,	varia fra 6 e	14	si	si ma	
<i>G.Pitzalis</i>		gli altri senza C.F. restano	12 mesi			difficile	
_Udine	1 ambulatorio ASL (assieme a Clochards, TBC, HIV);	STP/ENI e hanno ped spot				da	
_Trieste	(1 del volontariato ma senza ricettario regionale)					ottener	
_Pordenone	1 ambulatorio misto (ASL e volontariato)					salvo a	
_Gorizia	1 ambulat. misto (C.R.I. e dipartimento prevenzione)					Udine	
Liguria	(con STP o ENI): 2 ambulatori ASL	con SSR, o STP o ENI e C.F.	scadenza = a	18	si	si	
<i>E.Di Maria</i>		ped l.s.; altrim. ped. cons	codici di rifer.				
Emilia Rom.	(con STP o ENI): 15 ambulat. ASL dedicati, 1 ambulat.	con SSR o STP ped di l.s.,	12 mesi	18	no	si	codice X01 non in
<i>M.Calacoci</i>	convenzionato ^B , 5 ambulatori del volontariato	con ENI ped. consultorio.					uso per nessuno
	con possibilità di utilizzo del ricettario regionale	DIVERSIT. COMUN/EXTRA					
Toscana	(con STP o ENI): possibilità. di accesso a medico	con SSR,STP,ENI tutti	non richiesto	18	si	si	
<i>M.Boncianni</i>	di m.g.; alcuni ambulatori aziendali;	possono accedere ped. di	rinnovo				

	pochi ambulatori del volontariato con possibilità di utilizzo del ricettario regionale	I.s.; pochi hanno iscriz. formale al SSR per probl. con il rilascio del C.F.					
Marche	(con STP o ENI): ambulatori di medici di m.g. in equipe; 20 ambulatori ASL	-con SSR: pediatra di I.s.; -con STP/ENI (sono pochi)	dura in base al codice di riferimento	18	no?	si	
<i>P.Carletti</i>		pediatra spot					
Umbria	(con STP): possibilità di accesso a medico di m.g., 1 ambulatorio distrettuale	con SSR o STP pediatra di I.s.; per i comunitari	dura in base al codice di riferimento	14	si	no	comunitari > 14 a. non assistibili in regime ambulator.
<i>R.Casadei</i>	_ DIVERSITA' COMUNITARI e EXTRACOMUNITARI	pediatra di consultorio DIVERSIT. COMUN/EXTRA					
Lazio	(con STP o ENI): 55 ambulatori ASL dedicati, almeno 2 ambulatori del volontariato riconosciuti dalla ASL con possibilità di utilizzo del ricettario regionale	SSR o STP con C.F.: ped. di I.s.; altrimenti STP/ENI: ambul. ASL o volontariato con ricettario regionale	se iscriz. a SSR rinnovo annuo se STP o ENI rinnovo semes	18	si	si	
<i>S.Geraci</i>		DIVERSIT. COMUN/EXTRA					
Abruzzo	(con STP o ENI): 4-5 ambulatori ASL.	SSR o STP con C.F.: ped. I.s per gli altri (STP/ENI)	l'iscrizione al pediat. di I.s. è da rinnovare ogni 3 mesi	18	no ?	si	
<i>F.D'Atri</i>		pediatra di consultorio DIVERSIT. COMUN/EXTRA					
Molise	solo tramite accesso "improprio" al pronto soccorso ^c	pediatra di consultorio	/	18	no	si	codice X01 non in uso
<i>Refer. Istituz.</i>							
Sardegna	(con STP o ENI): 3 ambulatori pubblici (a Cagliari, Olbia, Oristano)	-SSR o STP con C.F.: pediatra di I.s.; -con ENI: pediatra di consultorio	se SSR dura quanto il permesso di riferimento;	ped.I.s. fino a 6 anni; ricoveri	si	si	farmaci di fascia A in Sardegna: nessun ticket per nessuno
<i>F.Ena</i>							

		-DIVERSITA' COMUNITARI	se STP rinnovo	fino a 16			
		E EXTRACOMUNITARI	annuale.	anni.			
Campania	(con STP o ENI): 52 ambulatori ASL dedicati,	SSR o STP con C.F. pediat.	non necessita	18	no	si	-il "ricet. regionale"
<i>L.Gualdieri</i>	Caserta: 3 ambulatori del volontariato con	di l.s.; altrimenti	rinnovo				è un ricettario
	possibilità di utilizzo di un "ricettario regionale"	pediatra di consultorio					particol. della ASL.
		DIVERSITA' COMUNITARI					-cod. ENI paga tutti
		E EXTRACOMUNITARI					tickets salvo esenz.
							per patologia.
Puglia	(con STP): medico di m.g.	SSR o STP con C.F. ped. di	6 mesi	14	si	prima	- Il codice ENI,dopo
<i>F.Niglio</i>	(con STP o con ENI o non ENI) 20 ambulatori ASL	l.s., per i comunitari				si, ora	la Delib. region.
	_ DIVERSITA' COMUNITARI e EXTRACOMUNITARI	(ENI o non ENI), pediatra				con	30-11-15, "è solo
		di consultorio.				molte	per le urgenze",
		DIVERSITA' COMUNITARI E				limitaz.	quindi i comunitari
		EXTRACOMUNITARI					> 14 anni non sono
							più assist in regime
							ambulatoriale.
Basilicata	(con STP o ENI): 2 ambulatori ospedalieri	pediatra di consultorio	/	18	si	si	
<i>Refer. istituz.</i>							
Calabria	(con STP o ENI): circa 20 ambulatori ASP,	pediatra di consultorio	/	18	si	si	per tutti gli irregol.
<i>L.Surace</i>	2 ambulatori del volontariato con possibilità di						uguale trattamento
	utilizzo del ricettario regionale						siano STP o ENI
Sicilia	(con STP o ENI): 9 ambulatori ASP o ospedalieri	. con SSR facilm. ottenibile	ogni 6 mesi	14	si	si	
<i>M.Affronti</i>	dedicati; 1 ambulatorio del volontariato con	pediatra di l.s.				salvo a	
	possibilità di utilizzo del ricettario regionale	. (per l'iscrizione al SSR				Catania	
		si usa un codice STP o ENI)					

- A) Pediatra spot”, “medico di m.g. spot”: significa che il bimbo o l’adulto non è iscritto al pediatra di l.s. o al medico di m.g., ma può accedere gratuitamente e illimitatamente alle visite di un qualsiasi pediatra di l.s. o medico di m.g. convenzionati, cui verrà riconosciuta dalla ASL la prestazione dietro emissione di notula (15 € per il pediatra e 10 € per il medico).
- B) Talvolta l’accordo fra ASL e Associazione di volontariato comprende, oltre alla possibilità di utilizzare il ricettario regionale, anche la possibilità di usufruire di locali pubblici, ambulatori mobili, farmaci. In Emilia Romagna alcune associazioni del volontariato hanno invece sottoscritto una convenzione che prevede rimborsi per le spese di base.
- C) Anche tutti i Pronti Soccorsi generalmente forniscono assistenza agli immigrati irregolari per le malattie essenziali ma si tratta di prestazioni improprie e, oltre tutto quasi mai continuative. Dunque per le patologie essenziali ma non urgenti, l’immigrato irregolare si rivolge al pronto soccorso, in quanto costretto dalla mancanza di strutture sanitarie dedicate a tali patologie.
- D) In Regione Lombardia tutti i minori di 14 anni hanno diritto all’esonero dal ticket sanitario senza limiti di reddito, (Delibera N.VIII/4750 del 18/05/2007 integrata dalla circolare protocollo n. H1.2007.0024856 del 29.05.2007 della Direzione Generale Sanità).
- E) La Regione Lombardia, con l Circolare (DRG 11 dicembre 2017 n. X/7503 p. 3.1.1.) in tema di recupero delle spese per l’assistenza sanitaria al comunitario adulto irregolare, è passata dal tentativo di recupero del credito nei confronti dello Stato di origine, (DRG 27 marzo 2008 n.4/SAN 2008), all’esecuzione delle “prestazioni in regime di solvenza, senza oneri a carico del SSN, con emissione di fattura”). Una recente Deliberazione (n. XI/1046, 17 dicembre 2018) ha ripristinato la gratuità per un numero ristretto di prestazioni: gravidanza, parto, IVG, malattie infettive e minori; al di là di queste, per i comunitari irregolari maggiori di 18 anni, tutte le altre prestazioni sanitarie restano solo a pagamento.
- F) Le “fonti” sono esperti, membri del Consiglio di Presidenza della SIMM o coordinatori dei GrIS regionali o Referenti regionali istituzionali
-

Tab. 3 MALATTIE ESSENZIALI (cure specialistiche) IN REGIME AMBULATORIALE: ASSISTENZA SANITARIA PER IMMIGRATI IRREGOLARI
In tutte le Regioni ^E le cure specialistiche in regime ambulatoriale, per le malattie essenziali, vengono fornite, a adulti e minori irregolari, gratuitamente (se codice X01, età, condizioni particolari) o con ticket, presso i presidi ospedalieri pubblici o privati convenzionati (fonte P.Olivani).

Tab. 4 MALATTIE URGENTI e ESSENZIALI IN REGIME DI RICOVERO: ASSISTENZA SANITARIA PER IMMIGRATI IRREGOLARI
In tutte le Regioni ^E le prestazioni urgenti o essenziali in regime di ricovero vengono fornite gratuitamente a adulti e minori irregolari, comunitari ed extracomunitari, presso i presidi ospedalieri pubblici o privati convenzionati (fonte P.Olivani).

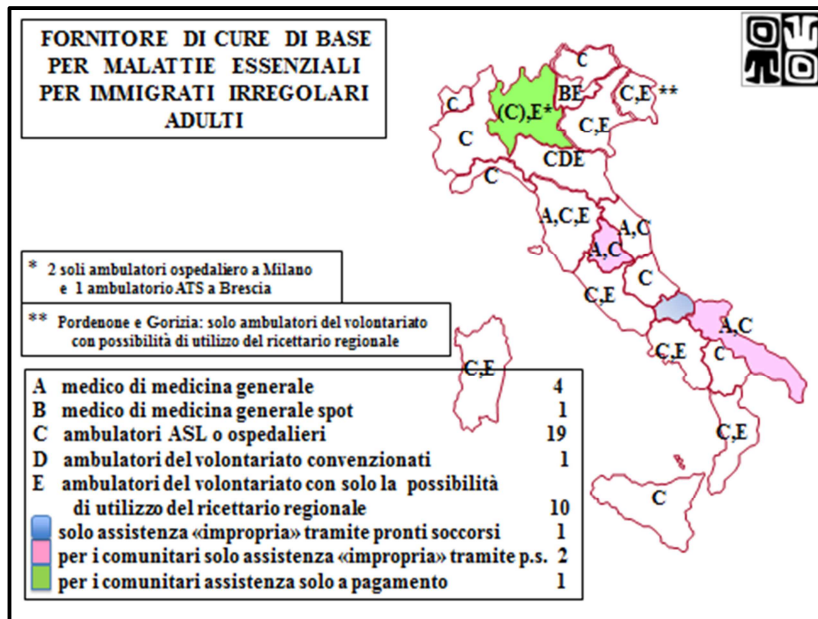


fig. 2

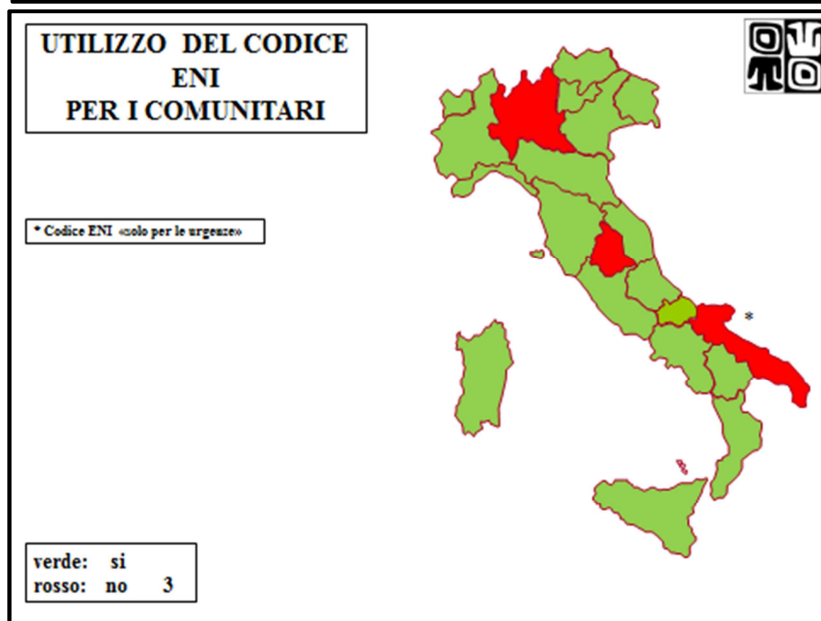


fig. 3

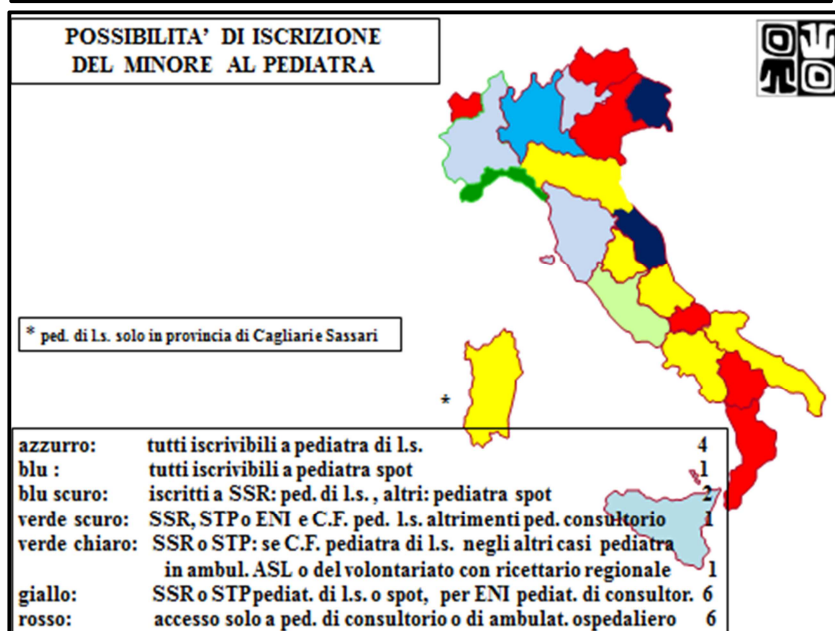


fig. 4

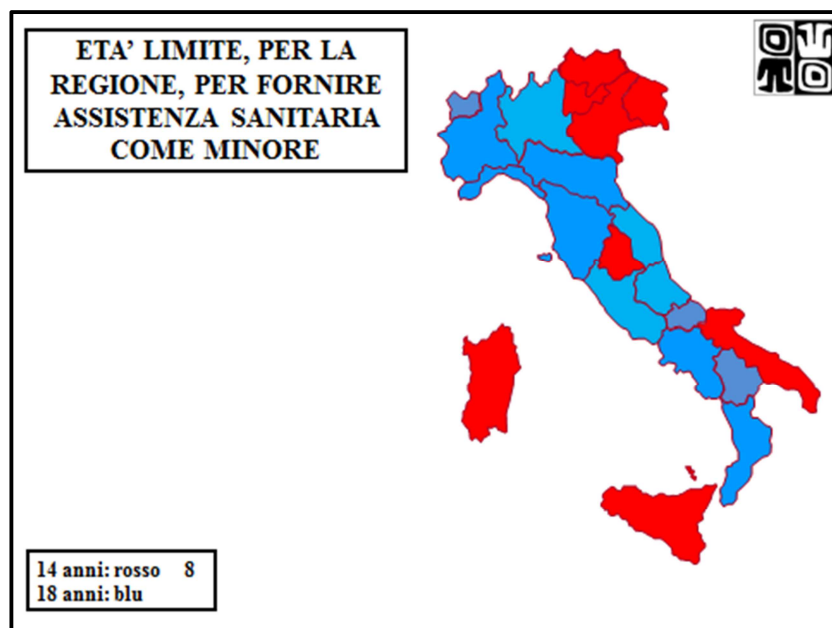


fig. 5

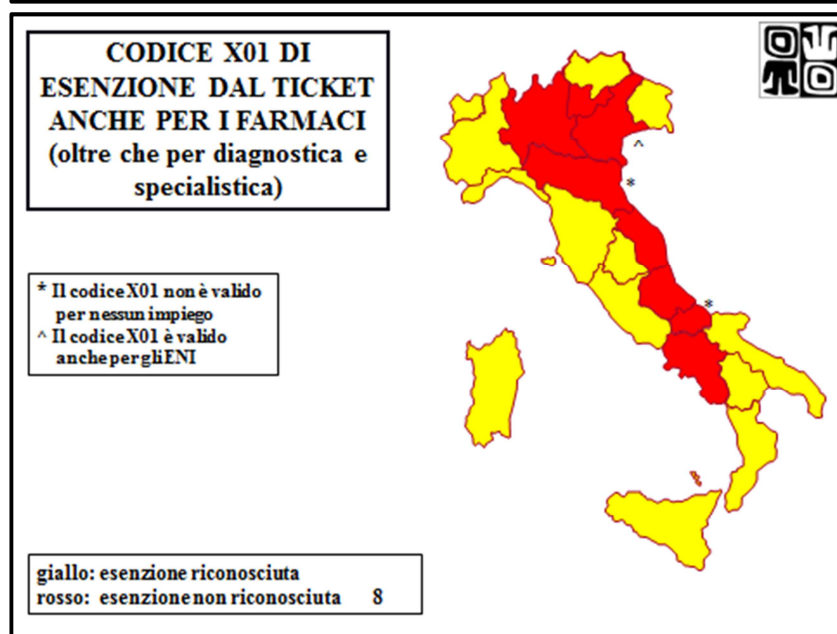


fig. 6

Risultati

Dall'analisi di quanto emerso sulla fruibilità della legislazione sanitaria nazionale per gli immigrati irregolari, a livello delle singole Regioni e Province autonome, si evidenzia, accanto a numerosi elementi positivi, il persistere di gravi criticità. Come già affermato all'inizio del capitolo, tali criticità sono attribuibili, in gran parte, ad una fraintesa autonomia regionale nell'attuazione dei dettami nazionali e ai problemi legati all'arrivo in Italia di un grosso contingente di comunitari (in particolare dalla Romania), parte dei quali non possiede i requisiti per potersi iscrivere al SSN.

Dalle tabelle dei dati regionali appare chiaramente che i problemi non riguardano le attività di pronto soccorso (tab.1) né le cure specialistiche per le patologie "non urgenti ma essenziali" (tab. 3), né i ricoveri (tab.4). In questi casi le prestazioni sono effettivamente fornite in tutte le Regioni (eccezione Lombardia) a parità di condizioni con i cittadini italiani e con gli immigrati regolari. Riguardano bensì le prestazioni ambulatoriali di base per le" malattie non urgenti ma essenziali"

(tab.2), per le quali sono previste, da Regione a Regione, differenti modalità, nella fornitura di tali prestazioni (iscrizione al medico di m.g., ambulatori dedicati, ambulatori del volontariato convenzionati); le Regioni, di conseguenza, si sono organizzate in modi differenti, dando però tutte un ruolo sproporzionato all'attività del volontariato, convenzionato e soprattutto non convenzionato, rispetto ai servizi pubblici. Queste scelte comportano già di per sé diversità nella qualità del servizio²⁵.

Si è visto peraltro come l'assistenza sanitaria all'immigrato adulto irregolare per la medicina essenziale di base sia garantita in tutte le Regioni, con modalità diverse, ma comunque nel rispetto dei principi del comma 8 dell'art. 43 d.P.R. 394/99. Fanno eccezione 3 regioni (fig. 2): il Molise, ove attualmente è possibile ottenere prestazioni ambulatoriali, per le patologie essenziali, solo tramite i pronti soccorsi (trattasi peraltro di prestazioni improprie); l'Umbria che presenta una situazione analoga al Molise, ma solo per i comunitari; la Lombardia ove le prestazioni di medicina essenziale, per il comunitario irregolare adulto, sono solo a pagamento²⁶.

In due regioni (Lombardia e Umbria) non è prevista l'assegnazione del codice ENI ai comunitari (fig. 3) con le conseguenze cui si è accennato pocanzi. In Puglia una delibera regionale del 30 novembre 2015 ha di fatto quasi abolito il codice ENI "limitandolo alle urgenze", mettendo così questa regione, per quanto concerne i comunitari, in situazione analoga a Lombardia e Umbria.

L'assistenza sanitaria per il minore, figlio di irregolari, è presente ovunque (fig. 4), anche se persistono molteplici disparità fra regione e regione, soprattutto fra extracomunitari e comunitari e fra possessori o meno del C.F. La mancata assegnazione della tessera di iscrizione al SSR e il persistere dell'utilizzo dei codici STP e ENI, è dovuta, in 6 regioni (Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto, Molise, Basilicata e Calabria) ad una insostenibile posizione di principio; nelle altre regioni al persistere di difficoltà burocratiche per il rilascio del codice fiscale (documento necessario per ottenere l'iscrizione al SSR). Nelle 6 suddette regioni, non essendo possibile l'accesso al pediatra di l.s., l'assistenza è demandata al pediatra del consultorio. C'è poi da rilevare che in molte regioni (es. Piemonte), la possibilità di iscrizione dei minori al SSR esiste ma talvolta non viene colta: preferiscono restare con il codice STP che permette di evitare i tickets. In 7 regioni (Emilia Romagna, Sardegna, Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia e Lazio) i minori comunitari accedono solo al pediatra di consultorio, (o, come nel Lazio, al pediatra dell'ASL, negli ambulatori STP/ENI), mentre per gli extracomunitari è previsto l'iscrizione al pediatra di l.s. (o al pediatra spot). In Liguria il minore può ottenere l'iscrizione al SSR e l'assegnazione al pediatra di l.s. se in possesso del codice fiscale, altrimenti può accedere solo al pediatra di consultorio. Nelle restanti 7 regioni vi è la possibilità di accedere al pediatra di l.s. tramite regolare iscrizione o, in alcune regioni, tramite accessi spot. In questi ultimi casi l'assistenza è comunque ridotta dalla difficoltà di ottenere continuità nella cura e dal non poter seguire aspetti importanti come lo sviluppo e l'alimentazione. Solo in 13 regioni la minor età, per quanto riguarda i programmi di assistenza sanitaria, è riconosciuta dalla nascita al compimento del 18° anno (fig. 5). Nelle altre regioni i programmi sanitari per i minori sono previsti solo dalla nascita al compimento del 14° anno (vedi note ^{2 e 27}). La durata dell'iscrizione al SSR varia da regione a regione: in alcune necessita un rinnovo trimestrale, mentre in altre addirittura non è previsto alcun rinnovo (tab. 2). Il codice di esenzione totale dal ticket (codice X01) (valido solo per gli extracomunitari) in 13 regioni è applicabile anche per la prescrizione dei farmaci (fig. 6), mentre nelle altre è valido solo

²⁵ Accanto alle strutture "pubbliche o in qualche modo convenzionate" non vanno dimenticati gli ambulatori del volontariato non convenzionati, diffusi su tutto il territorio, che operano in modo autonomo e danno un contributo importante alle cure dei migranti.

²⁶ In Lombardia, la posizione dei comunitari irregolari maggiori di 18 anni è stata resa estremamente critica dalla Circolare (DRG 11 dicembre 2017 n. X/7503) che prevede che tutte le prestazioni sanitarie vengano fornite dietro fatturazione, cioè solo in regime di solvenza; la circolare, per ora, è stata poco applicata. La recente Deliberazione n. XI/1046 del 17/12/2018 ha previsto nuovamente, per i comunitari irregolari, la gratuità per le prestazioni sanitarie inerenti a gravidanza, parto, IVG, malattie infettive e, naturalmente, per i minori.

per la diagnostica e la specialistica. In Emilia-Romagna e nel Molise non è addirittura riconosciuto. Nel Veneto tale codice è attribuibile anche agli ENI.

Criticità per quanto concerne la fruibilità

1. **Mancata iscrizione al SSR dei minori nella fascia 14-18 anni.** Per i minori stranieri irregolari è prevista, come si è visto, un'assistenza sanitaria privilegiata, (iscrizione al SSN e accesso al PLS /MMG), rispetto a quella per gli adulti (utilizzo del codice STP). In realtà, solo 13 Regioni riconoscono attualmente tale assistenza privilegiata fino al compimento del 18 anno. Nelle altre Regioni resta esclusa la fascia 14-18 anni²⁷. Un motivo di tale esclusione potrebbe risiedere nella difficoltà, in certi casi, di risalire all'età precisa, in mancanza di una documentazione probante.
2. **Minori senza pediatra di libera scelta/medico di medicina generale.** Dalla figura 4 si può osservare come in 6 regioni (Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto, Molise, Basilicata e Calabria) i minori, figli sia di comunitari ENI sia di extracomunitari STP, non possono accedere al PLS o al MMG, possono solo essere visitati dal pediatra del consultorio.
3. **Minori comunitari senza pediatra di libera scelta/medico di medicina generale.** In 7 regioni (Emilia Romagna, Sardegna, Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia e Lazio) risulta chiara una disparità di trattamento fra minori extracomunitari e comunitari: i minori comunitari non hanno l'iscrizione al SSN né il diritto al pediatra di libera scelta: possono essere curati solo nei consultori o negli ambulatori STP/ENI. Si è tuttora in attesa di un provvedimento legislativo che, anche in base alla Convenzione sui Diritti del Fanciullo di New York (20 novembre 1989,) affermi per tutti i minori l'obbligo di iscrizione al SSN e al PLS o al MMG, ponendo fine alla disparità, tuttora presente, fra minori ENI, minori STP, e minori italiani.
4. **Mancato utilizzo del codice ENI.** Per gli irregolari adulti non vi sono sostanziali differenze fra extracomunitari e comunitari nella possibilità di accedere alle prestazioni ambulatoriali per la medicina essenziale, ciò salvo in 3 regioni: in Lombardia e in Umbria ove, mancando il codice ENI, tale accesso, per i comunitari non è proprio previsto e in Puglia dove il rilascio del codice ENI non è più funzionale all'assistenza del comunitario per la medicina essenziale, essendo utilizzabile "solo per le urgenze".
5. **Esonero ticket (con codice X01) per le prestazioni farmaceutiche.** Il codice di esenzione X01 (Decreto Ministero Economia e Finanze, 17 marzo 2008, 8.27, all. 12) annulla il ticket per le prestazioni diagnostiche e specialistiche, ma in 8 Regioni (figura 6), come ad esempio in Lombardia, non dà l'esonero dal ticket per i farmaci.
6. **Mancato automatismo applicativo per l'Accordo Stato-Regioni.** In base a quanto indicato in precedenza (pag. 12), gli Accordi Stato-Regioni devono entrare in vigore da subito, a livello delle singole regioni, senza necessità di un'ulteriore legge regionale di recepimento. Viste le inadempienze tuttora presenti, il Governo ha facoltà di dettare direttamente le disposizioni non promulgate, in base alle norme di potere sostitutivo, come stabilito dall'art. 6 della legge costituzionale, 18 ottobre 2001 n.3.
7. **Controllo su applicazione accordo Stato-Regioni.** In generale, il controllo dell'applicazione degli Accordi Stato-Regioni spetta ai Ministeri competenti. Il Ministero della Salute, a distanza di sei anni dalla pubblicazione sulla G.U. dell'Accordo n. 255/CSR, 20 dicembre 2012, non ha ancora posto in atto tale controllo.

²⁷ La fascia 14-18 anni è considerata ancora appartenente alla minore età dalla Convenzione sui Diritti del Fanciullo, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991 n. 176 (vedi anche nota ²); tale Convenzione e la relativa legge di ratifica sono anche richiamate nel d.lgs. 286/98, art. 35, c. 3, lett. b.

Per i punti 1, 2 e 3 occorrerà una nota ministeriale che ribadisca i concetti espressi dalla l. 176/98 in tema di limite della minor età e di diritto alla salute uguale per tutti i gruppi di minori.

Il punto 4 (utilizzo del codice ENI) richiede, da parte delle regioni ancora inadempienti, un provvedimento che recepisca i principi dell'Accordo S-R riguardo la non discriminazione dei comunitari rispetto agli extracomunitari.

Il punto 5 evidenzia disparità di impiego del codice X01 fra regione e regione in contrasto con quanto stabilito dal suddetto Accordo Stato-Regioni. Anche in questo caso occorrono disposizioni regionali di adeguamento.

Il punto 6 richiederebbe un eventuale intervento del Governo che ha facoltà di dettare direttamente le disposizioni non promulgate dalle Regioni.

Il punto 7 rientra nelle competenze operative del Ministero.

Nei confronti delle nostre precedenti indagini (aprile 2016 e marzo 2018), non abbiamo notato sostanziali novità, per quanto concerne l'immigrato irregolare adulto, né a livello della legislazione sanitaria nazionale, né a livello della fruibilità di tale legislazione nelle diverse regioni, salvo il drammatico inasprimento avvenuto in Lombardia.

Per il minore invece, a livello nazionale, sono stati emanati alcuni importanti atti legislativi²⁸ che, in combinato disposto con la legge 176 del 1991 (legge di ratifica della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo), avrebbero dovuto comportare l'iscrizione obbligatoria di tutti i minori al SSR e al pediatra di libera scelta/medico di medicina generale. Come si è visto in precedenza (fig. 4) ciò avviene attualmente solo in 7 regioni (e non sempre in maniera compiuta). In 6 regioni i dettami nazionali (LEA) sono ignorati e l'assistenza sanitaria per le patologie essenziali viene delegata ai pediatri di consultorio. In altre 7 regioni (vedi punto 3 a pag. 21) vi è disparità di trattamento fra minori comunitari ed extracomunitari. Un contributo positivo all'iscrizione dei minori è stato apportato dal metodo multidisciplinare per la determinazione dell'età anagrafica anche se tale metodica per ora non è utilizzata per tutte le categorie. Per quanto concerne il gruppo dei minori non accompagnati, l'iscrizione al SSR è nettamente più agevole, così come la possibilità di avere un medico di riferimento.

²⁸ _ L.7 aprile 2017, n.47 (l. Zampa): "Disposizioni in materia di protezione dei minori stranieri non accompagnati"

_ DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" [7]

_ DPCM 10 novembre 2016, n. 234, regolamento per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta".

Prima appendice

**Testi di legge di
riferimento
in vigore**

"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139

Art. 35

(Assistenza sanitaria per gli stranieri
non iscritti al Servizio sanitario nazionale)

(*Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 33*)

1. Per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale devono essere corrisposte, dai soggetti tenuti al pagamento di tali prestazioni, le tariffe determinate dalle regioni e province autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
2. Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.
3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare, garantiti:
 - a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
 - b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;
 - c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
 - d) gli interventi di profilassi internazionale;
 - e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.
4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.
5. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.
6. Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'interno, agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

[2] **Decreto Presidente Repubblica 394, 31 agosto 1999**

Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

Publicato nel supplemento ordinario n. 190/L alla Gazzetta ufficiale del 3 novembre 1999, n. 258.

Articolo 43 - Assistenza per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale

1. Ai cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, ma non iscritti al Servizio sanitario nazionale, sono assicurate le prestazioni sanitarie urgenti, alle condizioni previste dall'articolo 35, comma 1, del testo unico. Gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale possono inoltre chiedere all'azienda ospedaliera o alla unità sanitaria locale (U.S.L.) di fruire, dietro pagamento delle relative tariffe, di prestazioni sanitarie di elezione.
2. Ai cittadini stranieri presenti nel territorio dello Stato, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono comunque assicurate, nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, le prestazioni sanitarie previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico.
3. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di pregresso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.
4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolite dal cittadino straniero, l'azienda ospedaliera ne chiede il pagamento alla U.S.L., ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante.
5. La comunicazione al Ministero dell'interno per le finalità di cui al comma 4, è effettuata in forma anonima, mediante il codice regionale S.T.P. di cui al comma 3, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazione erogata e della somma di cui si chiede il rimborso.
6. Salvo quanto previsto in attuazione dell'articolo 20 del testo unico, le procedure di cui ai commi 4 e 5 si applicano anche nel caso di prestazioni sanitarie effettuate nei confronti di profughi o sfollati, assistiti dal Servizio sanitario nazionale per effetto di specifiche disposizioni di legge che pongono i relativi oneri a carico dello Stato.
7. Sono fatte salve le disposizioni che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia sulla base di trattati o accordi internazionali di reciprocità, bilaterali o multilaterali, sottoscritti dall'Italia. In tal

caso, l'U.S.L. chiede il rimborso eventualmente dovuto degli oneri per le prestazioni erogate secondo le direttive emanate dal Ministero della sanità in attuazione dei predetti accordi.

8. Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica .

[3] MINISTERO DELLA SANITA' CIRCOLARE 24 marzo 2000, n.5
“Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.”

Publicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 01-06-2000

II - Stranieri non iscritti al servizio sanitario nazionale

L'art. 35 del testo unico ed il relativo art. 43 del regolamento di attuazione disciplinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie sia agli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, non tenuti all'iscrizione obbligatoria né iscritti volontariamente al S.S.N., sia agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno (stranieri con permesso di soggiorno scaduto, clandestini ecc.).

A) Stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale.

Agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale vengono assicurate nelle strutture sanitarie accreditate dello stesso servizio:

1. le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital), per le quali devono essere corrisposte le relative tariffe al momento della dimissione;
2. le prestazioni sanitarie di elezione previo pagamento delle relative tariffe.

Le tariffe delle prestazioni sanitarie sono determinate dalle regioni e dalle provincie autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni.

L'attuale legge, contrariamente alla precedente normativa, non limita più alle prestazioni ospedaliere urgenti l'assistenza erogata dal S.S.N. ai soggetti di cui trattasi, fermo restando il pagamento preventivo, da parte dell'interessato, della tariffa della prestazione richiesta, qualora non ricorrano gli estremi dell'urgenza.

Per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute l'unità sanitaria locale, l'azienda ospedaliera o altra struttura accreditata devono rivolgersi per il relativo rimborso alla prefettura, competente per territorio, secondo le procedure già in vigore, ai sensi della legge 17 luglio 1890 n. 6972 e successive modificazioni.

Rimangono salvi, ai sensi dell'art. 35, comma 2, del testo unico, gli accordi internazionali che disciplinano in regime di reciprocità l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Per gli assicurati da istituzioni estere, portatori di formulari previsti dai predetti accordi, l'erogazione di prestazioni sanitarie continua, pertanto, ad essere disciplinata dalle norme previste dagli stessi accordi. La competenza in ordine alla gestione delle posizioni assicurative di questi stranieri è della U.S.L. nel cui territorio avviene l'erogazione delle prestazioni, che viene individuata dagli stessi accordi quale "istituzione competente". Conseguentemente, nel caso di prestazioni erogate dall'azienda ospedaliera, la U.S.L. sopraindicata deve provvedere a pagare alla stessa azienda le tariffe relative alle prestazioni erogate allo straniero assicurato ed a richiederne il rimborso secondo le procedure previste dagli stessi accordi.

B) Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

L'art. 35, commi 3, 4, 5, e 6, del testo unico e l'art. 43, commi 2, 3, 4, 5 e 8, del regolamento di attuazione disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

Il suddetto comma 3, dell'art. 35 del testo unico in particolare prevede che agli stranieri sopraindicati sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate del S.S.N., le seguenti prestazioni sanitarie:

- 1) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
- 2) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati nei punti a), b), c), d), e) dello stesso comma 3, ed esattamente:
 - a) tutela della gravidanza e della maternità ai sensi delle leggi 29 luglio 1975 n. 405 e 22 maggio 1978 n. 194 e del decreto ministeriale 6 marzo 1995 (Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995) e successive modificazioni ed integrazioni;
 - b) tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20 novembre 1989, ratificata con legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

d) interventi di profilassi internazionale;

e) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

A favore dei suddetti stranieri si applicano, infine, le disposizioni di cui al "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", emanato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n.

309 (supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 255 del 31 ottobre 1990) e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare:

il titolo VIII - capo II, anche in relazione a quanto disposto dal decreto legislativo 22 giugno 1999 n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria);

il titolo X "Servizi per le tossicodipendenze";

il titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi".

In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell'art. 35 del testo unico si chiarisce che: per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

E' stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuita' delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

L'art. 35 del testo unico, pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuita' delle prestazioni erogate dal S.S.N. ai cittadini non iscritti, prevede nel comma 4, che le prestazioni sono erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parita' di condizioni con il cittadino italiano.

In sede di prima erogazione dell'assistenza, la prescrizione e la registrazione delle prestazioni, nei confronti dei soggetti di cui al comma 4, vengono effettuate, nei limiti indicati dall'art. 35, comma 3, del testo unico, assegnando un codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente), come indicato nell'art. 43, comma 3, del regolamento di attuazione, che ha validita' semestrale ed e' rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

Tale codice identificativo e' costituito da sedici caratteri: tre caratteri per la sigla STP, sei caratteri costituiti dal codice ISTAT, relativo alla regione ed alla struttura pubblica erogante le prestazioni, e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice assegnato, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, deve essere utilizzato sia per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del S.S.N., sia per la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parita' di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.

Lo stato di indigenza del soggetto, come previsto dall'art. 43, comma 4, del regolamento di attuazione, viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi, redatta secondo lo schema allegato (allegato 1).

Ai sensi del suddetto comma 4 dell'art. 43 del regolamento di attuazione, gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 35, comma 3, del testo unico, fruite dai suddetti stranieri indigenti, sono a carico della U.S.L. nel cui territorio vengono assistiti, anche se le prestazioni sono erogate da Aziende ospedaliere, da istituti di ricerca e cura a carattere scientifico e da altri presidi accreditati.

Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, e' esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'eta' o in quanto affetti da gravi stati invalidanti. In conformita' a quanto stabilito dal suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione anche le quote di partecipazione alla spesa non versate sono a carico della U.S.L. competente per il luogo in cui le prestazioni sono erogate.

L'art. 43, comma 8, del regolamento di attuazione prevede che le regioni individuano le modalita' piu' opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione ne' impegnativa.

Ai sensi del comma 5 dell'art. 35 del testo unico l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. La struttura sanitaria deve in ogni caso provvedere, anche in assenza di documenti d'identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito non solo perché il beneficiario delle prestazioni non può, in linea di principio, rimanere anonimo (p. es.: per l'accertamento di eventuali responsabilità degli operatori sanitari) ma anche ai fini degli adempimenti previsti dall'art. 4 del regolamento di attuazione, in ordine alle comunicazioni, previo consenso dell'interessato salvo che sia impossibilitato a farlo, alla autorità consolare del suo Stato di appartenenza, e della rilevazione dei casi di malattie infettive e diffusive soggette a notifica obbligatoria.

L'ultimo comma dell'art. 35 del testo unico prevede, in caso di mancato pagamento delle prestazioni da parte dei suindicati stranieri, che al finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, previste dal comma 3 dello stesso articolo, provvede il Ministero dell'interno, mentre deve essere finanziata con il Fondo sanitario nazionale l'erogazione degli interventi di medicina preventiva e delle prestazioni sanitarie di cui ai punti a), b), c), d), e) dello stesso comma 3.

L'unità sanitaria locale territorialmente competente, come sopra individuata, avrà cura, pertanto, di richiedere:

- 1) al Ministero dell'interno il rimborso relativo all'onere delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, erogate in regime di ricovero, compreso il ricovero diurno (day hospital), od in via ambulatoriale;
- 2) alla propria regione il rimborso relativo all'onere delle prestazioni indicate nei punti a), b), c), d), e) del suddetto comma 3 dell'art. 35 del testo unico.

Sono, pertanto escluse dalla competenza del Ministero dell'interno tutte le prestazioni ospedaliere di profilassi, diagnosi e cura riferendosi ad eventi morbosi correlati alle prestazioni esplicitate nel punto 2), in considerazione della necessaria unicità dell'intervento, che deve essere assicurato nei settori anzidetti, peraltro, già affermata nel punto e) dello stesso comma 3 dell'art. 35 del testo unico con riguardo alla "profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive", e della conseguente unificazione su un unico centro di imputazione di spesa.

In considerazione di quanto sopra espresso relativamente alle categorie di stranieri di cui ai punti A) e B) si evidenzia, quindi, che mentre per le prestazioni sanitarie urgenti, erogate ai cittadini stranieri regolarmente presenti sul territorio nazionale e lasciate insolute, si tratta di rimborso da parte del Ministero dell'interno, che continua ad essere disciplinato dalla legge n. 6972 del 17 luglio 1890 e successive modificazioni, per le prestazioni di cui al comma 3 dell'art. 35 del testo unico, erogate agli stranieri in posizione irregolare e lasciate insolute, si deve parlare di finanziamento da parte del Ministero dell'interno o del Fondo sanitario nazionale.

Questo comporta che per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere si devono osservare procedure più semplificate, come previsto dall'art. 43 comma 5, del regolamento di attuazione, che consistono esclusivamente nella notifica da parte della U.S.L. al Ministero dell'interno o alla regione di una prestazione urgente o comunque essenziale, erogata ad un soggetto che viene identificato mediante codice regionale STP, con l'indicazione della diagnosi, dell'attestazione della urgenza o della essenzialità della prestazione e della somma di cui si chiede il rimborso.

Per quanto riguarda il finanziamento della spesa da parte del Fondo sanitario nazionale si ricordano i provvedimenti del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE): deliberazione del 5 agosto 1998 (Gazzetta Ufficiale, n. 228 del 30 settembre 1998). "Fondo sanitario nazionale 1997 - parte corrente, assistenza sanitaria agli stranieri presenti sul territorio nazionale"; deliberazione del 21 aprile 1999 (Gazzetta Ufficiale, n. 210 del 7 settembre 1999) "Fondo sanitario nazionale 1998 - parte corrente, assistenza sanitaria agli stranieri presenti sul territorio nazionale".

Si precisa, infine, che l'individuazione delle cure essenziali è di esclusiva competenza del Ministero della sanità e l'accertamento della essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico.

[4] **Ministero della salute - Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria**

ai cittadini comunitari dimoranti in Italia

Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione
Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i Rapporti Internazionali
- Ufficio II -Protocollo

DG RUERI/II/ 3152-P/1.3.b/1

Roma 19 febbraio 2008

Agli Assessorati Regionali alla Sanità Loro Sedi

Agli Assessorati Provinciali alla Sanità delle Province Autonome di Trento e Bolzano Loro Sedi

SASN Napoli Via San Nicola Alla Dogana 9 80133 NAPOLI

SASN Genova Via Antonio Cantore 3 16149 GENOVA

Oggetto: Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia

Con nota informativa del 3 agosto 2007, lo scrivente Ministero, nel fornire alcune indicazioni in merito all'assistenza sanitaria e all'iscrizione al SSN dei cittadini comunitari, in applicazione del Decreto Legislativo 3 febbraio 2007, n.30, che recepiva nell'ordinamento italiano la Direttiva 2004/38 (relativa alla libera circolazione ed al diritto di soggiorno dei cittadini comunitari in uno Stato membro), ribadiva la proroga per tutto l'anno 2007 del codice STP per i cittadini neocomunitari, che ne erano già in possesso al 31 dicembre 2006 e che erano privi di copertura sanitaria, e raccomandava alle regioni di assicurare le prestazioni urgenti ed indifferibili a coloro che ne facessero richiesta, anche se privi di copertura sanitaria e del codice STP, tenendo una contabilità separata.

Nel 2008 è venuta a cessare la proroga e si presenta la problematica concernente quei cittadini, soprattutto neocomunitari, che si trovano sul territorio dello Stato, non risultano assistiti dagli Stati di provenienza e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN.

Problematica recepita da due recenti circolari rispettivamente della Regione Marche (prot. 13/07/Sal/ass in data 4 gennaio 2008) e della Regione Piemonte (prot. 822/DA 2009 in data 09/01/2008) con le quali sono state fornite indicazioni relative alle modalità di assistenza sanitaria ai cittadini neocomunitari non iscrivibili al SSN.

In proposito, occorre premettere che uno dei principi sanciti dai regolamenti comunitari di sicurezza sociale è quello della parità di trattamento tra l'assistito di uno Stato che si trova in un altro Stato-membro con gli assistiti di questo ultimo.

I cittadini comunitari che si trovano in Italia (residenti o dimoranti), hanno, quindi, diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale nei seguenti limiti: i titolari di TEAM hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie, i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti), E121 (pensionati) hanno diritto all'assistenza sanitaria completa.

Completamente parificati agli iscritti al SSN sono coloro che svolgono attività lavorativa sulla base di un contratto di diritto italiano.

Inoltre, godono dell'assistenza sanitaria, con iscrizione al Servizio Sanitario nazionale anche alcune fasce di popolazione particolarmente vulnerabili come le persone vittime della tratta o le vittime di schiavitù, ai sensi della legge n. 17/2007, dell'art.18 del Dlgs.286/1998, dell'art. 13 della legge 228/2003, così come indicato nella nota informativa del 3 agosto 2007.

Come si è detto, rimangono al di fuori di questo quadro, quei cittadini comunitari . privi di copertura sanitaria e presenti sul territorio nazionale.

Al riguardo, ferme restando le competenze in materia sanitaria di spettanza regionale, si è del parere che il decreto legislativo 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano che sanciscono la tutela della salute e garantiscono cure gratuite agli indigenti (art. 32 Cost.), dai cui principi discende il carattere solidaristico ed universale del Servizio Sanitario Nazionale.

Pertanto, come sottolineato nella nota informativa del 3 agosto 2007, i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti.

Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative:

- alla tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989. ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176;
- alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405. 22 maggio 1978 n. 194, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998.

Infine, devono essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale.

Di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASL una contabilità separata, da cui risulti l'identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l'azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica.

In particolare sono in corso con le autorità sanitarie dei paesi neocomunitari trattative per una più opportuna regolamentazione delle procedure e dei rapporti contabili relativi alla mobilità sanitaria internazionale.

Le Regioni sono invitate ad assicurare alle aziende sanitarie ed ospedaliere un adeguato supporto per una omogenea e uniforme applicazione della normativa vigente al fine di assicurare ai propri cittadini una piena tutela del diritto alla salute.

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

Il Direttore Generale
(Dottssa Maria Paola Di Martino)

Martedì, 19 Febbraio 2008

8.27 Allegato 12 - Codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa

Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione

Il medico prescrittore deve riportare nelle caselle della ricetta predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice di esenzione che identificano la tipologia di esenzione correlata allo stato di salute, secondo quanto riportato nella tabella 1) allegata.

Salvo alcuni casi particolari, il codice è costituito da un carattere alfabetico e il sub-codice è costituito da un carattere numerico a due cifre.

I casi particolari sono:

- esenzioni per patologie croniche (n. 1): il codice è costituito dallo 0 (zero) e il sub-codice, per le condizioni indicate nella nota (1) è costituito da 4 caratteri;

- esenzioni per patologie rare (n. 2): il sub-codice è costituito da 5 caratteri

Il soggetto erogatore della prestazione dovrà barrare la casella contrassegnata dalla lettera R e riportare nelle caselle predisposte a questo scopo il codice e il sub-codice delle esenzioni correlate alla situazione reddituale del nucleo familiare (n. 38, 39, 40, 41) indicate nella tabella 2) allegata, quando l'assistito abbia autocertificato il diritto a tale esenzione apponendo la propria firma nell'apposito spazio.

Esenzioni correlate allo stato di salute (a cura del medico prescrittore)

n.	Tipologia di esenzione	Cod.	SubCod.	Note
1	Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999 n. 329 e succo modifiche e integrazioni (ultimo D.M. 21.5.2001 n. 296);	0 malattie croniche	da 01 a nn	Vedi nota (1)
2	Soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001 n. 279;	R rare	da Aannn a Qannn	Vedi nota (2)
3	Prestazioni richieste su sospetto diagnostico di malattia rara (ex art. 5 comma 2 del D.M. 18.05.2001 n. 279).		99	Vedi nota (3)
4	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 1 ^a alla 5 ^a titolari di pensione diretta vitalizia e deportati in campo di sterminio (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991);	G Guerra	01	
5	Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. A del D.M. 01.02.1991);		02	
6	Grandi invalidi del lavoro - dall'80% al 100% di invalidità (ex art. 6 comma 1 lett. B del D.M. 01.02.1991);	L Lavoro	01	
7	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991);		02	
8	Invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991);		03	
9	Infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali (ex art. 6 comma 2 lett. c del D.M. 01.02.1991);		04	
10	Grandi invalidi per servizio appartenenti alla 1 ^a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del	S Servizio	01	

	D.M. 01.02.1991);			
11	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2 ^a alla 5 ^a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991);		02	
12	Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 6 ^a alla 8 ^a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
13	Obiettori di coscienza in servizio civile (ex art. 6, comma 1, L. 8 luglio 1998, n. 230)		04	
14	Invalidi civili al 100% di invalidità senza indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);	C Civili	01	
15	Invalidi civili al 100% di invalidità con indennità di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		02	
16	Invalidi civili con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);		03	
17	Invalidi civili minori di 18 anni con indennità di frequenza ex art. 2 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs 124/1998);		04	
18	Ciechi assoluti o con residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		05	
19	Sordomuti (da intendersi coloro che sono colpiti dalla sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);		06	
19 bis	Prestazioni richieste in sede di verifica dell'invalidità civile ex D.M. 20.7.1989, n. 293 e succ. mod.		07	
20	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs 124/1998);	N Legge n. 210	01	
21	Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (ex art. 15 L. n. 302/90; art. 5 comma 6 del D.Lgs 124/1998); vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità < 80% e loro familiari (ex art. 9 della l. 206/2004), vittime del dovere e familiari superstiti (ex. Dpr 7 luglio 2006, n. 243)	V Vittime	01	
21 bis	Vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità > 80% (art. 4, legge 3.8.2004, n. 206)		02	
22	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in epoca preconcezionale;	M Maternità	00	
23	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza ordinaria; oppure -->		da 01 a 41	Così composto: M + nn (settimana di gravidanza)
24	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) -		99	vedi nota (4)

	in gravidanza ordinaria			
25	Esente per stato di gravidanza (ex D.M. del 10/09/1998) - in gravidanza a rischio;		50	
25 bis	Ulteriori prestazioni in gravidanza erogate al personale navigante		52	
26	Prestazioni diagnostiche nell'ambito di campagne di screening autorizzate dalla Regione (ex art. 1 comma 4 lett. a del D.Lgs. 124/1998);	D Diagnosi precoce	01	
27	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - citologico;		02	
28	Prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - mammografico;		03	
29	Prestazioni di diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000) - colon-retto;		04	
30	Prestazioni di approfondimento diagnostico correlate alla diagnosi precoce del tumore della mammella (ex art. 85 comma 4 della L. 388/2000)		05	
30 bis	Prestazioni incluse nel protocollo della campagna di monitoraggio sulle condizioni sanitarie dei soggetti operanti nei territori della Bosnia-Herzegovina e del Kosovo (ex d.m. 22 ottobre 2002)		06	
31	Prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998);	T Donazione	01	
32	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione HIV (ex art. 1 comma 5 lett. c del D.Lgs. 124/1998 - prima parte);	B HIV	01	
33	Prestazioni specialistiche finalizzate alla tutela della salute collettiva, disposte a livello locale in caso di situazioni epidemiche (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 24/1998 - seconda arte -);	P Prevenzione	01	
34	Prestazioni specialistiche finalizzate all'avviamento al lavoro derivanti da obblighi di legge e non poste a carico del datore di lavoro - attualmente eseguibili nei confronti dei soggetti maggiorenni apprendisti - (ex art. 1 comma 4 lett. b del D.Lgs. 124/1998 - ultima arte-);		02	
35	Prestazioni correlate alla pratica vaccinate obbligatoria o raccomandata (ex art. 1 comma 4 lett. b del D .Lgs. 124/1998 - prima parte -); p rofilassi antitubercolare ex DPR 7 novembre 2001, n. 465		03	
36	Prestazioni a favore di detenuti ed internati (ex art. 1, comma 6, D.Lgs. 22. 6. 1999 n. 230)	F detenuti	01	
37	Prestazioni richieste per il rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile (ex D.P.C.M. 28 novembre 2003)	I Idoneità	01	
38	Prestazioni medico legali ai naviganti in ambito SASN	PML		<i>Vedi nota (5)</i>
39	Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, privi di risorse economiche sufficienti (art. 35, c. 3, D.lgs. 5 lu lio 1998, n. 286; art. 43, comma 4, DPR 31 agosto 1999, n. 394.	X Extracomunitari	01	<i>Vedi nota (6)</i>

40	Terapia del dolore severo	TDL	01	Vedi nota (7)
----	---------------------------	-----	----	---------------

Note alla Tab. 1

Nota (1)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) corrispondono alle prime 3 cifre del codice identificativo della condizione di esenzione (0NN - dove con N rappresenta un numero). Per le "Afezioni del sistema circolatorio" e per la "Malattia ipertensiva" il codice si compone di 4 caratteri: 0A02 per le "Malattie cardiache e del circolo polmonare"; 0B02 per le "Malattie cerebrovascolari"; 0C02 per le "Malattie delle arterie, arteriose, capillari, vene, vasi linfatici"; 0A31 per "Ipertensione arteriosa"; 0031 per "Ipertensione arteriosa in presenza di danno d'organo"

Nota (2)

I caratteri identificativi dell'esenzione (codice+sub-codice) sono 6 e corrispondono al codice identificativo completo della malattia o del gruppo di malattie: secondo lo schema prevalente RAANNN (dove A rappresenta un carattere alfabetico e N rappresenta un carattere numerico)

Nota (3)

Nel caso di soggetti per i quali è stato formulato dallo specialista un sospetto diagnostico di malattia rara, è sufficiente l'indicazione del codice R e del sub-codice 99. Gli stessi caratteri identificativi dovranno essere usati per la codifica delle indagini genetiche sui familiari dell'assistito quando necessarie per diagnosticare (all'assistito) una malattia rara di origine ereditaria.

Nota (4)

Codice alternativo utilizzabile dal MMG, qualora lo stesso medico non fosse operativamente in grado di quantificare esattamente la settimana di gestazione dell'assistita, anche in ragione dei lunghi periodi intercorrenti tra la data di prescrizione e la data di erogazione della prestazione specialistica richiesta.

In questo caso, la verifica della correlazione tra la settimana di gravidanza e la tipologia della prestazione richiesta, ai fini dell'esenzione dalla spesa sanitaria, sarebbe di competenza della struttura erogatrice.

Nota (5)

Le prestazioni medico legali erogate gratuitamente ai naviganti marittimi e aerei iscritti al SASN di cui al codice PML (D.M. 22 febbraio 1984 ed altre normative tecniche di settore), ivi comprese le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio connesse alla formazione del giudizio medico-legale, sono:

visita preventiva di imbarco per i marittimi con libretto di navigazione, di nazionalità italiana, straniera o apolide;

visita preventiva di imbarco per gli imbarcandi come personale al servizio sulla nave, che imbarcano con passaporto di nazionalità italiana o straniera su navi battenti bandiera italiana;

visite periodiche biennali di idoneità alla navigazione marittima;

visite di rilascio o rinnovo delle licenze e degli attestati aeronautici (per il solo personale di 1^a e 2^a classe in costanza di rapporto di lavoro nel settore dell'aviazione civile);

accertamenti diagnostici richiesti dalla Commissione medica permanente di I^o grado;

accertamenti diagnostici richiesti dall'I.M.L. in sede di visita straordinaria;

visita di sbarco per malattia occorsa durante il periodo di imbarco (o insorta entro i 28 giorni dallo sbarco per i marittimi imbarcati o per il personale imbarcato a servizio della nave ed iscritto all' I.P.Se.Ma.);

emissione di un giudizio di idoneità o di inidoneità al lavoro.

Nota (6)

Il codice X01 deve essere utilizzato quando il cittadino straniero assistito non goda, ad altro titolo (es. gravidanza, malattia cronica, ecc.) dell'esenzione dalla partecipazione alla spesa

Nota (7)

Il codice TDL deve essere utilizzato sulla ricetta per la prescrizione dei farmaci per la terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni. Il medesimo codice può essere utilizzato dalla Regioni ai fini dell'esenzione sulla quota di compartecipazione alla spesa.

omissis

[6] **CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI**

TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

DI TRENTO E BOLZANO (*estratto*)

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Rep. Atti n. 255/CSR del 20 dicembre 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 20 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la lettera pervenuta in data 17 dicembre 2012 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di un Accordo in questa Conferenza, il documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" che, in data 18 dicembre u.s. è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in pari data con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Considerati:

_ il decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e successive modificazioni;

_ il decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, recante "Attuazione della direttiva 2004/83/CE

(I°)

omissis

1. Stranieri non appartenenti all'Unione Europea

1.1. Stranieri non appartenenti all'Unione Europea regolarmente soggiornanti

1.1.1. iscrizione obbligatoria al SSR

Di seguito si specificano i motivi del soggiorno che determinano l'iscrizione obbligatoria al SSR ai sensi nell'art. 34, comma 1 del Testo Unico (TU.) e successiva normativa in materia ^{2,3}:

- lavoro subordinato (anche stagionale)
- lavoro autonomo
- motivi familiari (compresi i familiari ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia precedente al 5 novembre 2008⁴)
- asilo politico/rifugiato
- asilo umanitario/motivi umanitari/protezione sussidiaria ^{5,6}
- richiesta di protezione internazionale
- richiesta di asilo (anche "Convenzione Dublino")⁷
- attesa adozione⁸

² Verrà di seguito indicato come Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (TU.) il D.Lgs. n. 286/1998 e le successive modifiche ed integrazioni.

³ Ai sensi dell'art. 34, comma 1, del TU.

"Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:

a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;

b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza".

⁴ Circ. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, DGRUERINI/1 .3.ba19682/P del 4 maggio 2009.

⁵ Art. 27 del D.Lgs. n. 251 del 19 novembre 2007.; "I titolari di protezione sussidiaria hanno diritto al medesimo trattamento riconosciuto al cittadino italiano in materia di assistenza sociale e sanitaria".

⁶ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000: "Asilo umanitario: il riferimento è agli articoli del TU. 18, comma 1 (soggiorno per motivi di protezione sociale), 19, comma 2, lettere a) e d) (divieto di espulsione e di respingimento di minori di anni diciotto e di donne in stato di gravidanza e di puerperio fino ad un massimo di sei mesi), 20, comma 1 (misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali) e 40, comma 1, (stranieri ospitati in centri di accoglienza, qualora non abbiano altro titolo all'assicurazione obbligatoria od all'erogazione di prestazioni sanitarie)"; DPCM del 5 aprile 2011 emanato ai sensi dell' art 20, comma 1 del TU.

⁷ La Convenzione di Dublino, cui aderiscono tutti gli stati membri dell'Unione Europea, la Norvegia e l'Islanda, istituisce un sistema per identificare - tramite una serie di criteri specifici - lo Stato competente per l'esame delle domande d'asilo... Tra i vari criteri vi è anche quello per cui è competente ad esaminare la domanda il primo Stato in cui giunge il richiedente. Lo status giuridico del cittadino straniero a cui è rilasciato un permesso di soggiorno ai sensi della Convenzione di Dublino è quello di richiedente asilo (o di richiedente la protezione internazionale).

⁸ Occorre rilevare che al minore straniero adottato o in affidamento gre-adottivo non è rilasciato alcun permesso di soggiorno (Vedi Direttiva Ministero dell'Interno e Ministero della Famiglia del 21 febbraio 2007). Il minore gode, tuttavia, di tutti i diritti attribuiti al minore italiano in affidamento familiare sin momento dell'ingresso sulla base di un provvedimento straniero di adozione o di affidamento adottivo (art. 34, comma 1, L. n. 184/1983). In particolare, l'iscrizione al SSN deve avvenire con le 5 s'è: modalità previste per la prima iscrizione del minore italiano (sono cioè richiesti: documento d'identità del genitore, stato di famiglia o autocertificazione e codice fiscale del minore (Circ. Ministero della Salute DGRUERINI/I.S.b.al571 9/P del 17 aprile 2007).

- affidamento ivi compresi i minori non accompagnati^{9,10}
- richiesta di cittadinanza
- possessori di carta di soggiorno¹¹ e soggiornanti di lungo periodo¹²
- familiari¹³ non comunitari di cittadino comunitario iscritto al SSR^{14,15}
- attesa di occupazione¹⁶
- attesa di regolarizzazione (iscrizione temporanea, in attesa della definizione della pratica, per coloro che hanno fatto domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero)¹⁷
- minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno^{18,19}

⁹ Art. 19, comma 2 del T.U.

¹⁰ Le spese per l'accertamento dell'età sono a carico della Prefettura.

¹¹ Art. 9, comma 1 del ru. e art. 16, comma 2 del DPR n. 394/1999.

¹² "Il permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo" (pds CESLP), precedentemente definito "carta di soggiorno", ai sensi dell'art. 9 del T.U. e dell'art. 16, comma 2 del DPR n. 394/1999, (come modificato dall'entrata in vigore del D.Lgs. n. 3 dell'8 gennaio 2007) è un titolo di soggiorno a tempo indeterminato e dà diritto all'iscrizione al SSN a tempo indeterminato.

¹³ Art. 2 del D.Lgs. n. 30/2007, comma 3, e Circ. Ministero della Salute DG RUERI/II/12712/1.3.b del 3 agosto.2007, dove per "familiare" si intende:

- 1) il coniuge;
- 2) il partner che abbia contratto con il cittadino dell'Unione un'unione registrata sulla base della legislazione di uno Stato membro, qualora la legislazione dello Stato membro ospitante equipari l'unione registrata al matrimonio e nel rispetto delle condizioni previste dalla pertinente legislazione dello Stato membro ospitante
- 3) i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni o a carico e quelli del coniuge o partner;
- 4) gli ascendenti diretti a carico e quelli del coniuge di cui alla lettera b).

Per i familiari a carico fare riferimento al paragrafo " Note generali per gli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti".

¹⁴ Art. 10 del D.Lgs. n. 30/2007: "i familiari non comunitari di cittadino dell'Unione, trascorsi tre mesi dall'ingresso nel territorio nazionale, richiedono alla Questura competente per territorio di residenza la Carta di soggiorno di familiare di un cittadino dell'Unione".

¹⁵ Art. 17 del D.Lgs. n. 30/2007: "ai familiari del cittadino comunitario non aventi la cittadinanza di uno stato membro dell'Unione Europea, che abbiano maturato il diritto di soggiorno permanente, la questura rilascia una "Carta di soggiorno permanente per familiare di cittadino europeo"

¹⁶ Compresi:

gli studenti che hanno conseguito in Italia dottorato o master universitario di secondo livello, in quanto possono avere il permesso di soggiorno per 12 mesi per "attesa occupazione". Circ. Ministero dell'Interno, prot. n. 0004820 del 27 agosto 2009; gli ultrasessantacinquenni con permesso "in attesa di occupazione" che non sono iscrivibili al Centro per l'Impiego.

¹⁷ Telex Min S DPS-X-40-286/98 del 3 aprile 2000; nota DG Rapporti con l'Unione Europea e Internazionali, uff.VI, del 23 novembre 2009: "l'iscrizione al SSN per colf e badanti potrebbe essere effettuata in via provvisoria, con proroga fino al rilascio del permesso di soggiorno e salvo cessazione nelle ipotesi in cui si proceda all'archiviazione del procedimento o al rigetto della dichiarazione ...o vi sia interruzione del rapporto di lavoro".

Si vedano anche indicazioni in tal senso delle Regioni Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Veneto.

¹⁸ L. n. 176 del 27 maggio 1991 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo" e art. 35, comma 3, lettera b) del T.U.

¹⁹ Risoluzione A7-0032/2011 dell'8 febbraio 2011. Il Parlamento europeo invita gli Stati membri "ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario" (punto 5), "a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano" (punto 22).

- genitore che svolge attività lavorativa con permesso di soggiorno per assistenza minore^{20,21,22}
- donna in possesso di permesso di soggiorno per cure in stato di gravidanza e sino ai sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvede
- motivi di studio per maggiorenni precedentemente iscritti a titolo obbligatorio²³
- detenuti negli istituti penitenziari per adulti e minori e internati negli ospedali psichiatrici giudiziari; in semilibertà, sottoposti a misure alternative di pena, con o senza permesso di soggiorno²⁴
- permessi per motivi di giustizia²⁵
- motivi religiosi per religiosi che svolgono un'attività lavorativa e ricevono una remunerazione soggetta alle ritenute fiscali (es. parroco)²⁶
- status di apolide²⁷
- motivi di studio qualora siano studenti che svolgano attività lavorativa
- residenza elettiva con titolarità di pensione contributiva italiana
- motivi di salute/umanitari (ad esclusione dei soggetti ai sensi dell'art. 36 del T.U.:ingresso per cure mediche). Si fa riferimento a permessi di soggiorno per motivi di salute o

²⁰Art.29 comma 6 del T.U.: “al familiare autorizzato all’ingresso ovvero alla permanenza sul territorio nazionale ai sensi dell’articolo 31, comma 3, è rilasciato in deroga a quanto previsto dall’art. 5, comma 3-bis, un permesso per assistenza minore, rinnovabile, di durata corrispondente a quella stabilita dal Tribunale per i minorenni. Il permesso di soggiorno consente di svolgere attività lavorative, ma non può essere convertito in permesso per motivi di lavoro”.

²¹Art. 11 del DPR n.394/1999.

²²Circolare Ministero della Salute DGRUERI/VI/11494/I.3.b.a./P del 126 aprile 2009.

²³Circolare Ministero della Salute DGRUERI/VI/11494/I.3.b.a./P del 19 luglio 2007. Il permesso di soggiorno per motivi di studio rilasciato al compimento della maggior età(a stranieri già regolarmente presenti) non comporta il pagamento del contributo al SSR in presenza di una precedente iscrizione a titolo obbligatorio. “La pregressa iscrizione a titolo obbligatorio consente, infatti, la conservazione dell’iscrizione al SSN allo stesso titolo, cioè senza il pagamento del contributo al SSN”.

²⁴ Art. 1 del D. leg. n. 230 del 22 luglio 1999, “Riordino della medicina penitenziaria a norma dell’ articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419”, commi 5 e 6: “Sono iscritti al SSN gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal SSN”. Per le prestazioni erogate a favore dei detenuti ed internati, indipendentemente dalla nazionalità, si applica il codice di esenzione F01.

²⁵Art. 11, comma 1, lettera c bis del DPR 394/1999

²⁶Ai fini dell’iscrizione obbligatoria devono produrre un’attestazione del datore di lavoro o dell’Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero. Circolare Ministero della Salute DGRUERI VI/AG4/2591 del 4 giugno 2004 e Circolare Ministero della Salute DGRUERI/VI/Bba/8489/P del 16 aprile 2009.

²⁷Lo status di apolide si riconosce a quelle persone che non possono dimostrare di possedere la cittadinanza di uno Stato o che non sono più trattate come cittadini dalle autorità competenti del Paese d’origine e che, conseguentemente, non fruiscono più di alcuna assistenza amministrativa, come il rilascio di documenti essenziali quali quelli d’identità o di stato civile.

motivi umanitari rilasciati in caso di scadenza di precedente permesso di soggiorno e sopraggiunta malattia o infortunio che non permettano di lasciare il territorio nazionale²⁸.

Si sottolinea che la donna in possesso di permesso di soggiorno per cure, in stato di gravidanza e sino ai sei mesi successivi alla nascita del figlio cui provvede, ha diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR per sé e per il bambino²⁹. Il padre del bambino è equiparato alla madre e pertanto deve essere iscritto al SSR³⁰.

Ai minori stranieri soggiornanti per recupero psico-fisico in alcune regioni e ospitati presso famiglie, enti o associazioni, nell'ambito di Programmi solidaristici di accoglienza temporanea autorizzati dal Ministero della Solidarietà – Comitato per i Minori Stranieri e/o dalle Regioni, deve essere garantita l'assistenza sanitaria per tutta la durata del soggiorno dietro esibizione, da parte dell'adulto affidatario, documentazione attestante l'affido temporaneo nell'ambito dei suddetti Programmi.

²⁸ Circolare Ministero della Salute n.5 del 24 marzo 2000.

²⁹ Art.19 comma 2 lettera d) del T.U., art. 28 comma 1, lettera c) del DPR 394/1999.

³⁰ Sentenza Corte Costituzionale n. 376 del 27 luglio 2000.

(8)

omissis

1.2. Stranieri non appartenenti all'Unione Europea senza permesso di soggiorno (Stranieri temporaneamente Presenti - STP)

Gli Stranieri Temporaneamente Presenti, STP, sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR.

Per costoro la legge ⁶⁴ prevede:

“Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque ESSENZIALI, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”.

Sono in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989 ⁶⁵;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenze ⁶⁶

Cure Urgenti: cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.

Cure Essenziali: Prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti) ^{67,68,69}

⁶⁴ Art. 35, comma 3 del T.U.

⁶⁵ ratificata e resa esecutiva ai sensi della L. n. 176 del 27 maggio 1991

⁶⁶ Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, emanate con DPR n. 309 del 9 ottobre 1990 (Suppl. Ord. alla G.U. n. 255 del 31 ottobre 1990) e successive modifiche ed integrazioni.

⁶⁷ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000.

⁶⁸ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000: l'individuazione delle cure essenziali è di esclusiva competenza del Ministero della Salute e l'accertamento dell'essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico”.

⁶⁹ Per l'assistenza protesica che rientra nei LEA, le Regioni sono tenute ad individuare i percorsi più idonei per fornire le prestazioni necessarie

Si segnala che le Regioni Lazio, Piemonte hanno ricompreso le suddette prestazioni di assistenza protesica fra le cure essenziali con apposite deliberazioni, così come previsto dal DPCM 29 novembre 2001 – Conferenza Stato-Regioni 8 agosto 2001

E' stato, altresì, affermato dalla legge il **principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali**, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso ⁷⁰.

Ai fini dei trapianti, compreso il trapianto di midollo osseo, considerati terapie essenziali, lo straniero STP è trattato al pari del cittadino italiano.

Le modalità di ricovero nelle strutture ospedaliere italiane sono analoghe a quelle per gli italiani (urgenti se necessario, programmate, ordinarie e in day hospital).

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il DPR n. 394/99, delega alle regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi deve fornire l'assistenza sanitaria di base ⁷¹

“le regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa”.⁷²

Ne deriva che per garantire l'assistenza essenziale le Regioni e le PA. possono prevedere l'assegnazione al MMG e al PLS.

Per gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno occorre far riferimento anche alla risoluzione del Parlamento europeo dell'8 febbraio 2011 ⁷³.

1.2.1 Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)

L'assistenza sanitaria nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con codice regionale individuale STP (Straniero Temporaneamente Presente) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione.

Il codice STP può essere rilasciato dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS.

Il codice STP è un codice identificativo composto da **16 caratteri**:

- _ tre caratteri costituiti dalla sigla STP
- _ tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla regione

⁷⁰ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000.

⁷¹ Art. 43, comma 8 del DPR 394/99.

⁷² Ad oggi sono 13 le Regioni e PA. che hanno emanato indicazioni alle proprie ASL per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli STP secondo quanto previsto dal DPR 394/1999 ("Indagine nazionale Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali" a cura dell'Osservatorio Diseguaglianze Marche, anno 2008, (<http://ods.ars.marche.it>) e sono 5 le regioni e 1 PA. ad assicurare, seppur in modo diversificato, il medico di medicina generale e/o il pediatra di libera scelta (ricerca: "La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali, 2010 a cura dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma, (<http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09//DIRITTO ALLA SALUTE.pdf>)

⁷³ Risoluzione A7-0032/2011. Il Parlamento europeo invita gli Stati membri "ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario" (punto 5), "a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano" (punto 22.) (18)

- _ tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla ASL che attribuisce il codice
- _ sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio

Esso viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni qualora lo straniero che ricorra alle prestazioni sanitarie non ne sia in possesso o può altresì essere rilasciato preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione.

Il codice STP viene rilasciato allo straniero privo di permesso di soggiorno a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici e di una dichiarazione di indigenza (vedi allegato) e viene utilizzato per ricevere le prestazioni sanitarie essenziali a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa (ticket)

Validità e durata del codice STP

Il codice STP ha validità su tutto il territorio nazionale e durata di 6 mesi".
E' rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

Documenti richiesti per il rilascio del codice STP

Le informazioni richieste dalla ASL/struttura sanitaria per il rilascio del codice STP sono: nome, cognome, sesso, data di nascita, nazionalità.

Qualora non fosse possibile esibire un documento di identità è sufficiente la registrazione delle generalità fornite dall'assistito⁷⁵,

I dati registrati dalla ASL/struttura sanitaria sono riservati⁷⁶ e possono essere comunicati solo su richiesta ufficiale scritta da parte dell'autorità giudiziaria.

Utilizzo del codice STP

Il codice STP deve essere utilizzato per:

- _ la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche),
- _ la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate,
- _ la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSR.

Partecipazione alla spesa (Ticket)

Le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri⁷⁷ a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

⁷⁴ Si auspica un periodo più lungo come ha disposto la Regione Veneto che ha indicato, da tempo, come periodo di validità del Codice STP 12 mesi rinnovabili.

⁷⁵ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000: "la struttura sanitaria deve in ogni caso provvedere anche in assenza di documenti d'identità alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito, non solo perché il beneficiario delle prestazioni non può, in linea di principio, rimanere anonimo, ma anche ai fini degli adempimenti dell'art. 4 del DPR 394/99e della rilevazione dei casi di malattie infettive e diffuse soggette a notifica obbligatoria".

⁷⁶ D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche e integrazioni.

⁷⁷ Cioè il costo complessivo della prestazione o del ricovero. (19)

Lo straniero STP è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket),^{78,79} in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne:

- _ le prestazioni sanitarie di primo livello, ad accesso diretto senza prenotazione e impegnativa; (quali ad esempio quelle di medicina generale, SERT, DSM, Consultori Familiari);
- _ le prestazioni di urgenza erogate presso il Pronto Soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani;
- _ le prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità;
- _ le prestazioni di prevenzione erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV⁸⁰);
- _ le prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa in atto per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, patologie rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio di Attestato di esenzione);
- _ età/condizione anagrafica (inferiore ai 6 o superiore ai 65 anni), alle stesse condizioni con i cittadini italiani.

Per tutte le altre situazioni (prestazioni di II livello, di diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, alimenti speciali, presidi specifici...) si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.

Qualora il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno ed in possesso del codice STP, non avesse risorse sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione (allegato), il **codice di esenzione X01** che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata⁸¹

Oneri delle cure erogate e rendicontazione

Gli oneri per le prestazioni sanitarie essenziali erogate⁸², ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa **eventualmente non versate**, sono a carico della ASL territorialmente competente per il luogo in cui le prestazioni vengono erogate⁸³ che avrà cura pertanto di richiedere:

- 1) **al Ministero dell'Interno** il rimborso relativo all'onere delle prestazioni **ospedaliere** urgenti o comunque essenziali, **per malattia ed infortunio**, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, erogate in regime di ricovero, compreso il ricovero diurno (day hospital), o in via ambulatoriale⁸⁴

⁷⁸ Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000.

⁷⁹ Nella Regione Puglia gli STP, avendo sottoscritto la Dichiarazione di indigenza sono equiparati ai cittadini italiani che dichiarano condizioni economiche minime per cui è prevista l'esenzione per i cittadini residenti. (DGR n. 1501, 1 agosto 2008: "Sistema di compartecipazione alla spesa farmaceutica. Modifica alla delibera di DGR n. 1198 del 6 agosto 2005 e s.m.e.i." - pubblicata sul BURP n. 127 del 14 agosto 2008)

⁸⁰ DM n.1 febbraio, 1991.

⁸¹ Allegato "Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN", D.M. del 17 marzo 2008

⁸² Art. 35, comma 3 del TU., punti a - f pag. 28

⁸³ Art. 43, comma 4 del DPR 394/99.

⁸⁴ Ai sensi del DPCM del 29 novembre 2011 e succ. le prestazioni essenziali sono comprese in tre grandi aree: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, tra cui profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale;

2) **alla Regione** il rimborso relativo all'onere delle prestazioni di cui al comma 3

dell' art. 35 del T.U. punti a-f (pag. 28).

Le procedure di rimborso da inoltrare al Ministero dell'Interno tramite la prefettura vanno effettuate in forma **anonima**, mediante il codice STP, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazione erogata e della somma di cui si chiede il rimborso⁸⁵.

Divieto di segnalazione

L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'Autorità^{86,87}.

Si segnala anche che il Ministero dell'Interno ha dichiarato che **“per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro nascita dello stato civile) non devono essere esibiti documenti inerenti il soggiorno**, trattandosi di dichiarazioni rese anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto^{88”}.

assistenza distrettuale tra cui attività e servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio (medicina di base, assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, consultori, case famiglia e comunità terapeutiche);

assistenza ospedaliera: pronto soccorso, ricovero ordinario, day hospital, assistenza in strutture per la lungo-degenza, riabilitazione.

⁸⁵ Art. 43, comma 5 del DPR n. 394/1999.

⁸⁶ Ai sensi del comma 5 dell'art. 35 del T.U. l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme del soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il refero a parità di condizioni con il cittadino italiano.

La legge 94/2009 non solo non ha modificato tale norma, ma con la modifica l'articolo 6, comma 2 del T.U. sottolinea la *specificità ed eccezionalità* dell'articolo 35 del T.U. stesso: **“Fatta eccezione per i provvedimenti riguardanti attività sportive e ricreative a carattere temporaneo, per quelli inerenti l'accesso alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 35 e per quelli attinenti alle prestazioni scolastiche obbligatorie**, i documenti inerenti al soggiorno di cui all'articolo 5, comma 8, devono essere esibiti agli uffici della pubblica amministrazione al fine del rilascio delle licenze, autorizzazioni, iscrizioni ed altri provvedimenti di interesse dello straniero comunque denominati”.

⁸⁷ Circ. Min. dell'Interno n. 12 prot. 780/A7 del 27 novembre 2009.

⁸⁸ Circ. Min. dell'Interno n. 19 del 7 agosto 2009.

(21)

omissis

2.4. Soggiornanti indigenti, senza TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSR

I cittadini dell'Unione Europea, non residenti sul territorio nazionale che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza (vale a dire che non possiedono attestati di diritto Modelli E 106/81, E 120/81, E 121/81, E 109/81 e SED 072, TEAM), sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata.

Se impossibilitati a pagare la prestazione perché indigenti allora dovranno **autocertificare alla ASL** l'assenza dei requisiti assistenziali e **autodichiarare** la propria condizione di indigenza (come da allegato)

In tal caso a tali cittadini verrà rilasciato un tesserino¹²⁹ attraverso cui saranno assicurate le seguenti prestazioni^{130,131}

- _ le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative¹³² per malattia ed infortunio,
- _ sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Sono in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani¹³³
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei cittadini comunitari di cui sopra vengono effettuate con l'utilizzo di un codice regionale che, secondo quanto già avviene

¹²⁹Le prestazioni vengono erogate e registrate tramite il Codice Regionale nelle seguenti Regioni e PA.: Bolzano (codice CTA), Lombardia (codice CSCS), Toscana (Codice STP), Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Sicilia, Sardegna (Codice ENI). Umbria e PA. Trento hanno dato indicazioni per l'erogazione delle cure indifferibili ma senza codice ENI.

¹³⁰ Con riferimento ai diritti inviolabili della Costituzione italiana che sancisce "la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" e al "principio di non discriminazione" ai sensi dell'articolo 10 del Trattato sul funzionamento dell'UE

¹³¹Circ. Min. della salute DGRUERI/II/S152-P/1.3.b/1 del 19 febbraio 2008: "si è del parere che il D.Lgs 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano (art. 32 della Costituzione italiana), dei cui principi discende il carattere solidaristico ed universale del Servizio sanitario Nazionale"

¹³²L'assistenza per le prestazioni essenziali e continuative viene erogata secondo le modalità individuate dalle Regioni e PA.

in 13 Regioni e PA. può essere denominato ENI (Europeo Non Iscritto)”, anche ai fini della tracciabilità delle prescrizioni.

Il tesserino può essere rilasciato in occasione della prima erogazione delle prestazioni o, al fine di favorire l’accesso alle cure, su richiesta dell’interessato, a seguito di:

- _ esibizione di documento di identità ai sensi della normativa europea,
- _ dichiarazione di domicilio nel territorio regionale (da più di tre mesi),
- _ dichiarazione di non essere iscritto all’anagrafe dei residenti,
- _ dichiarazione di non essere nelle condizioni di iscrizione al SSR, di non aver sottoscritto alcun contratto di assicurazione sanitaria, di essere sprovvisto di attestazione di diritto rilasciata dallo stato di provenienza
- _ sottoscrizione della dichiarazione di indigenza.

Il tesserino ha validità semestrale sul territorio regionale di emissione ed è rinnovabile.

Il tesserino può essere utilizzato per:

- _ la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche),
- _ la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate,
- _ a rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture del SSR”?

Partecipazione alla spesa (Ticket)

Le prestazioni devono essere erogate a parità di condizioni con i cittadini italiani per quel che riguarda l’eventuale compartecipazione alla spesa.

¹³³ Circ. Min. Salute DGRUERI/II/3152/P/1.feb/1 del 29 febbraio 2008 “prestazioni sanitarie relative alla tutela della maternità, all’Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978 n. 194, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998”.

¹³⁴ Il codice ENI è un codice identificativo composto da 16 caratteri:
_ tre caratteri costituiti dalla sigla ENI
_ tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla regione
_ tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla ASL (Azienda Sanitaria) che attribuisce il codice
_ sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio

¹³⁵ Circ. Min. della Salute Prot. DG RUERI/II/12712/1.3.b del 3 agosto 2007; Circ. Min. della Salute DGRUERI/II/3152-P/1.3.b11 del 19 febbraio 2008: “di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASL, contabilità separata, da cui risulti l’identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l’azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica”

[7]

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

Art. 62

**Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea
iscritti al Servizio sanitario nazionale**

1. Ai sensi dell'art. 34 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni e dell'art. 42 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli stranieri obbligatoriamente o volontariamente iscritti, parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Art. 63

**Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea
non in regola con il permesso di soggiorno**

1. Ai sensi dell'art. 35 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni e dell'art. 43 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio ed i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute; sono considerate essenziali le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, per complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti.

2. Sono, in particolare, garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della legge 29 luglio 1975, n. 405 e della legge 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n.

176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni e dalle province autonome;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei relativi focolai.

3. Secondo quanto previsto dall'art. 35, comma 4, del citato decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni, le prestazioni di cui al comma 1 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

4. I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani.

Seconda appendice

Elenco normative nazionali ed europee in argomento

Vengono di seguito riportati (in ordine cronologico) i principali riferimenti normativi nazionali ed europei.

Riferimenti generali

Costituzione italiana, art. 32, 1948;

L. n. 405, 29 luglio 1975:
Istituzione dei consultori familiari;

L. n. 194, 22 maggio 1978, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998:
Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza;

Convenzione di Dublino, 16 giugno 1990
Convenzione sulla determinazione dello stato competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in uno degli stati membri delle Comunità Europee;

L. n. 176 del 27 maggio 1991:
Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo fatta a New York il 20 novembre 1989;

L. n. 537, 24 febbraio 1993 e successive modificazioni, art. 8 comma 16. [11]
(Collegato alla Finanziaria 1994) Capo 1 disposizioni in materia di spesa.

L. n. 59 del 15 marzo 1997
Delega al Governo per il conferimento di funzioni e competenze alle Regioni e agli Enti locali.

D.M. 28 maggio 1999, n. 329:
Elenco patologie esenti;

Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001: [9]
Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

DPCM del 29 novembre 2001:
Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

L. 296/06, (finanziaria 2007), art. 1 comma 796 punto p: [8]
Esonero dal ticket per i cittadini;

Accordo Stato-Regioni, n. 255/CSR, 20 dicembre 2012: [6]
"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione Straniera da parte delle Regioni e Province autonome".

Stranieri non comunitari

L. n. 1228 del 24 dicembre 1954:
Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente;
L. n. 304 del 18 maggio 1973:

Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, con allegati e protocollo, adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969;

L. n 184, del 4 maggio 1983:

Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori;

D.M. Sanita' dell'8 ottobre 1986:

Determinazione per l'anno 1986 del contributo per l'assistenza sanitaria a carico dei cittadini stranieri, ai sensi dell'art. 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito in legge 29 febbraio 1980, n. 33;

DPR n. 309 del 9 ottobre 1990:

Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;

D.Lgs. n. 502 del 30 del dicembre 1992:

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

D. Lgs. 517/93:

Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

D.Lgs. n. 286, del 25 luglio 1998:

Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero;

[1]

DPR n. 394, del 31 agosto 1999:

Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286;

[2]

D.Lgs n. 230 del 22 giugno 1999:

Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Circolare Ministero della Salute n. 5, del 24 marzo 2000:

Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. Disposizioni in materia di assistenza sanitaria" ;

[3]

Telex Min. S DPS-X-40-286/98 del 3 aprile 2000

Sentenza Corte Costituzionale n. 376 del 27 luglio 2000:

"Illegittimita' costituzionale dell'art. 17, comma 2, lettera d) della legge 6 marzo 1998, n. 40 (Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), ora sostituito dall'art. 19, comma 2, lett, d) del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero), nella parte in cui non estende il divieto di espulsione al marito convivente della donna in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figli";

DPR n. 445 del 28 dicembre 2000:

Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa;

D.Lgs.n. 196 del 30 giugno 2003:

Codice in materia di protezione dei dati personali;

Regolamenti CE n. 1408 del 1971, numero 574 del 1972, nelle more del recepimento del Regolamento CE numero 883 del 29 aprile 2004, del Parlamento europeo e del Consiglio, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale;

Circolare Ministero della Salute DGRUERI VI/AG412591 del 4 giugno 2004
DPR 31 luglio 1980, n. 681:

Assistenza sanitaria in Italia ai religiosi e alle religiose del clero che svolgono attività lavorativa all'estero e che ricevono una remunerazione equiparata al reddito da lavoro dipendente ai sensi della legge 222/85 e del DPR 17.2.87, n. 33;

D.Lgs. n. 3, dell'8 gennaio 2007:

Attuazione della Direttiva 2003/109/CE relativa allo status di cittadini di Paesi terzi soggiornanti di lungo periodo;

D.Lgs. n. 30, del 6 febbraio 2007:

Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri";

Direttiva Ministero dell'Interno e Ministero della Famiglia del 21 febbraio 2007:

Abolizione della richiesta del permesso di soggiorno per il minore straniero adottato o affidato a scopo di adozione;

Circolare Ministero della Salute DGRUERINIA.3.b.a15719/13 del 17 aprile 2007:

Chiarimenti in materia di assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari a seguito delle recenti Direttive emanate dal Ministero dell'Interno;

Circolare Ministero della Salute, DGRUERIA/1/11494/1.3.b.a./P del 19 luglio 2007:

Iscrizione al Servizio Sanitario nazionale di studenti non appartenenti all'Unione europea;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/II/12712/1.3.b del 3 agosto 2007:

Diritto di soggiorno per i cittadini comunitari, Direttiva 3872004 e D.Lgs del 3 febbraio 2007, n. 30; Accordo intergovernativo tra il Governo Italiano e il Governo di Bielorussia sulle condizioni di risanamento dei minori bielorussi in Italia (artt. 2 e 4), anno 2007;

[21]

D.Lgs. n. 251, del 19 novembre 2007:

Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta;

Circolare Ministero della Salute DGRUERINI/1.3.b.a120114/P del 19 novembre 2007:

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di cittadini non appartenenti all'UE in attesa del rilascio del permesso di soggiorno per motivi familiari e nuova disciplina introdotta con il D. Lgs 10 agosto 2007, n. 154;

D.M. del 17 marzo 2008:

Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale (Allegato: Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN);

Ministero della Salute DGRUERINI/3.b a/4537/P del 24 febbraio 2009:

Nuove disposizioni in materia di ricongiungimento familiare ai sensi dell'articolo 29 del Testo unico immigrazione, come modificato dal Decreto legislativo n.160 del 3 ottobre 2008. Assicurazione sanitaria per ricongiungimento genitore ultrasessantacinquenne;

Circolare Ministero della Salute DGRUERINI/Bba/8489/P del 16 aprile 2009:

Assistenza sanitaria in Italia ai titolari di permesso di soggiorno che svolgono regolare attività lavorativa;

Circolare Ministero della Salute DGRUERINI/3.b.a/9682 del 4 maggio 2009:

Nuove disposizioni in materia di ricongiungimento familiare ai sensi dell'articolo 29 del Testo Unico Immigrazione, come modificato dal Decreto legislativo n. 160 del 3 ottobre 2008;

L. n. 94 del 15 luglio 2009:
Disposizioni in materia di sicurezza pubblica;

Circolare Ministero dell'interno n.19 del 7 agosto 2009:
Legge n.94 del 15 luglio 2009, recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica". Indicazioni in materia di anagrafe e di stato civile;

Circolare Ministero dell'Interno, prot. n. 0004820 del 27 agosto 2009:
Legge 15 luglio 2009, n.94, recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica";

Circolare Ministero dell'Interno n. 12, prot. 7801A7 del 27 novembre 2009:
Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale Divieto di segnalazione degli stranieri non in regola con le norme del soggiorno. Sussistenza;

Risoluzione del Parlamento Europeo A7-0032/2011 dell'a febbraio 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE:

DPCM del 5 aprile 2011 emanato ai sensi dell' art 20, comma 1 del T.U.:
Misure umanitarie di protezione temporanea

Stranieri comunitari

Regolamenti Comunita' Europea:

Regolamento 1408/1971 (attualmente valido unicamente per gli Stati SEE, Svizzera e cittadini extracomunitari);

Regolamento CE 574/1972 (attualmente valido unicamente per gli Stati SEE, Svizzera e cittadini extracomunitari);

Regolamento CE n. 631/2004 che modifica il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si' spostano all'interno della Comunita' e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio che stabilisce le modalita' di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, per quanto riguarda l'allineamento dei diritti e la semplificazione delle procedure;

Direttiva 2004/38/CE "Diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri" del 29 aprile 2004;

[18]

D.Lgs. n. 30/2007 "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri" del 6 febbraio 2007;

Guida ad una migliore trasposizione ed applicazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente all'interno del territorio degli Stati membri. Commissione Europea n. 313 del 2 luglio 2009;

Regolamento CE n. 987/2009 che stabilisce le modalita' di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale del 16 settembre 2009;

Regolamento CE n. 988/2009 che modifica il regolamento CE n. 883/2004;

Regolamento UE 1231/2010 che estende i Regolamenti CE n. 883/2004 e CE n. 987/2009 ai cittadini dei Paesi terzi che risiedono legalmente nel territorio degli Stati membri (ad esclusione di Regno Unito e Danimarca).

Ministero dell'Interno. Circolare n. 01 del 2 gennaio 2014
Assistenza Sanitaria ai Cittadini Comunitari nei Paesi dell'Unione Europea (U.E.), Spazio Economico Europeo (S.E.E.) e Confederazione Svizzera.

D. Lgs. n. 38 del 4 marzo 2014: Assistenza sanitaria transfrontaliera_ Attuazione alla direttiva 2011/24/UE, consente ai cittadini comunitari di spostarsi in altro paese dell'Unione per ricevere cure inserite nei cosiddetti livelli essenziali di assistenza; nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro.

D.lgs. 18 agosto 2015, n. 142

“Attuazione della Direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della Direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale (15G00158).

[12]

Leggi, Decreti, Circolari Ministeriali

L. n. 1228 del 24 dicembre 1954:
Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente;

D.M. dell'8 ottobre 1986:
Determinazione per l'anno 1986 del contributo per l'assistenza sanitaria a carico dei cittadini stranieri, ai sensi dell'art. 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito in legge 29 febbraio 1980, n. 33;

DPR n. 223 del 30 maggio 1989:
Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente;

D.M. 1° febbraio 1991.
Rideterminazione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione dalla spesa sanitaria.

D.Lgs n. 230 del 22 giugno 1999:
Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419;

D.Lgs n. 181 del 21 aprile 2000:
Disposizioni per agevolare l'incontro fra domanda ed offerta di lavoro, in attuazione dell'articolo 45, comma 1, lettera a), della legge 17 maggio 1999, n. 144;

Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296 recante: "Regolamento di aggiornamento del decreto ministeriale 28 maggio 1999, n. 329 recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124."

[10]

D.Lgs n. 297 del 19 dicembre 2002:
Disposizioni modificative e correttive del decreto legislativo 21 aprile 2000, n. 181, recante norme per agevolare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, in attuazione dell'articolo 45, comma 1, lettera a) della legge 17 maggio 1999, n. 144;

DPR n. 334 del 18 ottobre 2004:
Regolamento recante modifiche ed integrazioni al decreto del

Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, in materia di immigrazione;

Circolare Ministero della Salute DGRUERI/9310/1.3.b del 18 novembre 2004:
Nuova ricetta del SSN e modalita' di compilazione per l'addebito alle Istituzioni
estere delle prestazioni erogate in Italia nell'ambito della mobilita' sanitaria internazionale;

D.Lgs. n. 30 del 6 febbraio 2007:

Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione
e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri ;

[22]

L. n. 17 del 26 febbraio 2007:

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, recante
proroga di termini previsti da disposizioni legislative. Disposizioni di delegazione legislativa;

Circolare Ministero dell'interno n. 19 del 6 aprile 2007:

Decreto legislativo n. 30, del 6 febbraio 2007, recante "Attuazione della direttiva 2004/38/CE
del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativa al diritto dei cittadini dell'unione
e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri,
che modifica il regolamento (CEE) n. 1612/68 ed abroga le direttive 64/221/CEE, 68/360/CEE,
72/194/CEE, 73/194/CEE, 75/34/CEE, 75/35 (CE), 90/364/CEE, 90/365/CEE e 93/96/CEE;

Circolare Ministero dell'Interno n. 39 del 18 luglio 2007:

Decreto legislativo 6 febbraio 2007 n. 30. Diritto di libera
circolazione e di soggiorno dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari ;
Nota Ministero della Salute prot. DGRUERI/11/12712/I 3.b del 3 agosto 2007:
Diritto di soggiorno per i cittadini comunitari - direttiva 38/2004 e D.lgs 3/02/2007 n. 30;

Circolare Ministero dell'Interno n. 45 del 8 agosto 2007:

Decreto legislativo n. 30/2007. Diritto di libera circolazione e di
soggiorno dei cittadini dell'Unione europea;

Nota Ministero della Salute DGRUER1/11/3152-P/1.3.b/1 del 19 febbraio 2008:

Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia;

[4]

Circolare Ministero dell'Interno, n. 18 del 21 luglio 2009:

Direttiva n. 2004/38 CE, sul diritto dei cittadini dell'Unione europea e dei loro familiari
di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri.
Pubblicazione delle linee guida della Commissione europea. Chiarimenti sulla copertura
sanitaria richiesta ai fini del soggiorno del cittadino dell'Unione e
sulla nozione di "risorse economiche sufficienti al soggiorno" ;

Allegato al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17 marzo 2008; 8-27 Allegato 12

Codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa.
Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione.

[5]

Nota Ministero della Salute OGRUERI/11/15645-P del 24 luglio 2009:

Linee guida della Commissione Europea riguardo l'applicazione della Direttiva 2004/38 -.
Nota informativa relativa alla copertura sanitaria degli assistiti stranieri muniti di
tessera europea di assicurazione malattia (TEAM);

Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 2005 - Testo integrato con l'A.C.N. del 29 luglio 2009:

Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.Lgs. n. 502
del 1992 e successive modificazioni e integrazioni;

Provvedimento Agenzia delle Entrate, prot N. 12293 del 1 febbraio 2010:

Approvazione del modello di dichiarazione "Unico 2010-PE" con le relative istruzioni ;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/II/005846-P/1.3.b/1 del 30 marzo 2010:

Nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale - Emissione Tessera
Europea di Assicurazione Malattia per pensionati (e loro familiari) e familiari di lavoratori;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/11/ 7656- P del 28 aprile 2010:
Nota informativa sui nuovi formulari e sulla decorrenza del loro utilizzo;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/II/ 7672- P del 29 aprile 2010:
Nuovi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale, Reg. CE 883/04 (Regolamento di base),
Reg. CE 987/09 (Regolamento di attuazione), Principi generali e principali innovazioni;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/11/ 9004- P del 18 maggio 2010:
Nuovi regolamenti comunitari di sicurezza sociale - Compilazione
certificato sostitutivo provvisorio per pensionati (e loro familiari)
e familiari di lavoratori che risiedono in un Paese diverso da quello del capofamiglia;

Nota Ministero della Salute OGRUER1/11/10437-P del 11 giugno 2010:
Nuove decisioni e raccomandazioni della Commissione Amministrativa da applicare dal 1° maggio 2010;

Nota Ministero della Salute DGRUERI/II/12647-P/1.3.b/1 del 20 luglio 2010:
Documenti portabili e SEDs;

Circolare Ministero della Salute DGRUERWI/1.3.b-b/12881 del 22 luglio 2010:
Nuovi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale 883/2004 e 987/2009
- Assistenza sanitaria ai pensionati titolari di due o piu' pensioni residenti in un altro Stato membro;

Circolare Ministero della Salute DGRUERI/11/13254/ 1.3.b/1 del 28 luglio 2010:
Assistenza indiretta - Tariffazione: novita' introdotte dall'art. 35
lett. B del Reg. 987/09 (ex art. 34 del Reg. CEE 574/72);

Circolare Ministero della Salute DGRUERI/11/18839/1.3.b/1 del 12 ottobre 2010:
Nuova procedura per l'emissione del modello E106 (S1) per lavoratori;

Nota Ministero della Salute DGRUERINI/13ball 192 del 13 gennaio 2011:
Regolamento (UE) N. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio
del 24 novembre 2010 che estende il Regolamento (CE) n, 883/2004 e il Regolamento (CE)
n. 987/2009 ai cittadini di paesi terzi cui tali regolamenti non siano gia' applicabili
unicamente a causa della nazionalita';

Nota Ministero della Salute DGPROG S/ 3020 /1.3.b11 del 7 febbraio 2012:
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: documenti portabili e SEDS;

Nota Ministero della Salute DGPROGS/ 7257 /1.3.b/1 del 19 marzo 2012:
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: applicazione alla Svizzera;

Nota Ministero della Salute DGPROGS/ 7366 /1.3.b/1 del 20 marzo 2012:
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: passaggio dell'Italia dal doppio
regime contabile a quello unico al costo;

Nota del Ministero della Salute DGPROGS/ 852511.3.b/1 del 30 marzo 2012:
Emissione documento portabile S1 (E106) per i lavoratori pubblici;

Nota dei Ministero della Salute DGPROGS/ 11841 /I.3.b/1 del 10 maggio 2012:
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: applicazione agli Stati SEE;

Nota del Ministero della Salute DGPROGS/ 17416 /1.3111 del 11 luglio 2012:
Al ed S1 per lavoratori - chiarimenti. 11.07.2012;

Nota del Ministero della Salute DGPROGS/28053/13.b/1 del 19 ottobre 2012
Regolamenti UE 883/2004 e 987/2009: passaggio dell'Italia dal doppio
regime contabile a quello unico al costo. Precisazione compilazione
ricetta SSN.

Ministero dell'Interno. Circolare n. 1/13 del 14 gennaio 2013
La mancanza dei requisiti igienico-sanitari dell'alloggio non preclude l'iscrizione anagrafica.

Ministero degli Esteri. Circolare n. 26215 dell'8 agosto 2013

Chiarimento delle modifiche introdotte al D.Lgs. n. 30/2007 che norma l'ingresso e soggiorno dei familiari extracomunitari dei cittadini UE. Questa normativa si applica anche ai familiari dei cittadini italiani.

Ministero della Salute. Circolare n. 27162-P del 24 ottobre 2013

Procedura di emersione dal lavoro irregolare ex art. 5 del decreto legislativo 16 luglio 2012, n. 109. Assistenza sanitaria nelle more della conclusione della procedura di emersione.

Ministero dell'Interno. Circolare n. 37783 del 26 novembre 2013

Rilascio del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in favore dei lavoratori stranieri ammessi in Italia in qualità di infermieri professionali ai sensi dell'art. 27, co. 1), lett. r.bis), del novellato d.lgs. 286/98 e dell'art. 40, co. 23 del novellato D.P.R. 394/99.

Ministero dell'Interno. Circolare n. 850/A.18/9-1549 del 18 aprile 2014

Tutela igienico-sanitaria per la salute degli operatori di Polizia impiegati in servizi di accoglienza, trasferimento ed accompagnamento di cittadini extracomunitari migranti.

Decreto del Presidente della Repubblica n. 21 del 12 gennaio 2015

Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento e la revoca della protezione internazionale a norma dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25. (15G00029).

Ministero dell'Interno. Circolare n. 5274 del 3 aprile 2015

Scuole di specializzazione di area sanitaria A.A. 2014/2015- indicazioni operative sull'ammissione alle scuole da parte dei medici stranieri.

D.P.R. n. 126 del 17 luglio 2015

“Regolamento recante adeguamento del regolamento anagrafico della popolazione residente, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223, alla disciplina istitutiva dell'anagrafe nazionale della popolazione residente” (G.U. 14/8/2015, n. 188).

DPCR 12 gennaio 2017

“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) “

(GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).

[7]

L. 7 aprile 2017, n.47; pubblicata in G.U. del 21 aprile 2017, n.93

“Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. (17G00062)

[13]

DPCM del 6 gennaio 2017, n. 234/16

“Regolamento che definisce i meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta”

[14]

d.l. 24 aprile 2017, n. 50, art. 32

“Disposizioni urgenti in materia finanziaria...”

[15]

d.lgs. 3 febbraio 2007, n.30

“Diritto dei cittadini dell'U.E. di circolare e soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri”.

[16]

Circolare Ministero Interno , 18 luglio 2007, n. 39

“Soggiorno e circolazione cittadini dell'U.E.”

[17]

d.lgs. 150/2015 Jobs act	[19]
l. 24 dicembre 1993, n. 537 “Interventi correttivi di finanza pubblica”.	[20]
l. n.132, 1 dicembre 2018 (disposizioni in materia di rilascio di speciali permessi di soggiorno temporaneo per esigenze di carattere umanitario, nonché in materia di protezione internazionale e di immigrazione...)	[23]
Circolare Ministero della Salute n. 0021901-P-24/07/2019 “Risvolti sanitari applicativi della l. n. 132, 1 dicembre 2018. /	[24]