

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione Centrale Pensioni

**Direzione Centrale Prestazioni a
Sostegno del Reddito**

**Direzione Centrale Bilanci e
Servizi Fiscali**

Direzione Centrale Organizzazione

**Direzione Centrale Pianificazione e
Controllo di Gestione**

**Direzione Centrale Sistemi
Informativi e Tecnologici**

Roma, 02/07/2010

Circolare n. 87

*Ai Dirigenti centrali e periferici
Ai Direttori delle Agenzie
Ai Coordinatori generali, centrali e
periferici dei Rami professionali
Al Coordinatore generale Medico legale e
Dirigenti Medici*

e, per conoscenza,

*Al Presidente
Al Presidente e ai Componenti del
Consiglio di Indirizzo di Vigilanza
Al Presidente e ai Componenti del Collegio
dei Sindaci
Al Magistrato della Corte dei Conti
delegato
all'esercizio del controllo
Ai Presidenti dei Comitati amministratori
di fondi, gestioni e casse
Al Presidente della Commissione centrale
per l'accertamento e la riscossione
dei contributi agricoli unificati
Ai Presidenti dei Comitati regionali
Ai Presidenti dei Comitati provinciali*

OGGETTO: regolamento (CE) n. 883 del 29 aprile 2004, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 200 del 7 giugno 2004, come modificato dal regolamento (CE) n. 988 del 16 settembre 2009, e regolamento di applicazione (CE) n. 987 del 16 settembre 2009, pubblicati sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 284 del 30 ottobre 2009, relativi al coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale - disposizioni in materia di prestazioni di malattia e maternità.

SOMMARIO: *PREMESSA. 1. Disposizioni in materia di prestazioni in denaro di malattia, di maternità e paternità assimilate. 2. Prestazioni in natura. 3. La totalizzazione dei periodi di assicurazione e contribuzione - A) Prestazioni di malattia in denaro. - B) Prestazioni antitubercolari - C) Cure balneo-termali - D) Prestazioni in denaro collegate alla maternità - E) Assegno di maternità a carico dello Stato (articolo 49, comma 8, della legge n. 488/99). - 4. Prestazioni in denaro relative all'incapacità al lavoro in caso di dimora o di residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente. 5. Prestazioni ai pensionati. 6. Prestazioni in natura ai pensionati - assistenza sanitaria. 7. Perizie mediche.*

Premessa

Dal 1° maggio 2010, le norme di coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale dei 27 Stati membri dell'Unione europea costituite dai regolamenti CEE nn. 1408 del 14 giugno 1971 e 574 del 21 marzo 1972 sono sostituite dalle norme di coordinamento del regolamento (CE) n. 883 del 29 aprile 2004, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 200 del 7 giugno 2004, come modificato dal regolamento (CE) n. 988 del 16 settembre 2009, e dal regolamento di applicazione (CE) n. 987 del 16 settembre 2009, pubblicati sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 284 del 30 ottobre 2009.

In casi determinati è previsto che si continuino ad applicare i regolamenti CEE nn. 1408/71 e 574/72.

Le disposizioni di carattere generale sono state impartite con la circolare sui nuovi regolamenti comunitari - disposizioni di carattere generale, alla quale si rimanda integralmente. La presente circolare contiene disposizioni specifiche in materia di prestazioni di malattia e maternità.

Il regolamento n. 883/2004 è successivamente indicato anche come "regolamento di base" ed il regolamento n. 987/2009 come "regolamento di applicazione".

1. Disposizioni in materia di prestazioni in denaro di malattia, di maternità e paternità assimilate

La nuova regolamentazione nasce dall'esigenza di rendere più efficace la tutela dei diritti di sicurezza sociale dei cittadini che si spostano all'interno della comunità, attraverso una semplificazione delle disposizioni che ne renda più flessibile l'applicazione.

Pertanto, la struttura dei nuovi regolamenti presenta aspetti leggermente diversi rispetto a quella dei regolamenti nn. 1408/71 e 574/72. In particolare, le norme relative ad alcuni principi di carattere generale sono raggruppate nelle disposizioni dei titoli I e II dei nuovi regolamenti, mentre nella precedente regolamentazione alcune di tali disposizioni erano riportate per ciascuna materia nei rispettivi capitoli. Tuttavia, nella trattazione delle singole materie le disposizioni specifiche previste per ognuna di esse nei relativi capitoli devono essere esaminate in modo sistematico con riferimento anche alle disposizioni di carattere generale sopraccitate.

Le disposizioni specifiche riguardanti le prestazioni di malattia, maternità e paternità assimilate sono contenute nel Titolo III, Capitolo I (artt. da 17 a 35) del regolamento n. 883/2004, nel Titolo III, Capo I (artt. da 22 a 32) e negli articoli da 62 a 69 del regolamento di applicazione n. 987/2009.

2. Prestazioni in natura

In base alla definizione contenuta nell'articolo 1 v bis del regolamento di base per "prestazioni in natura" s'intendono:

"ai sensi del titolo III, capitolo 1 (Prestazioni di malattia, di maternità e di paternità assimilate), le prestazioni in natura previste dalla legislazione di uno Stato membro che sono destinate a fornire, mettere a disposizione, pagare direttamente o rimborsare i costi delle cure mediche e dei prodotti e dei servizi connessi con tali cure. Comprendono le prestazioni in natura per le cure di lunga durata".

Pertanto, per quanto riguarda la legislazione italiana, l'erogazione di tali prestazioni rientra nell'ambito delle competenze riservate al Ministero della Salute ed alle ASL. Invece, rientra tra le competenze riservate all'Istituto l'applicazione delle disposizioni relative alle prestazioni in denaro.

3. La totalizzazione dei periodi di assicurazione e contribuzione

Anche la nuova regolamentazione si presenta come un sistema di norme di coordinamento delle legislazioni nazionali che si inserisce nel quadro della libera circolazione delle persone con lo scopo di contribuire al miglioramento del loro tenore di vita e condizioni di lavoro.

In particolare, le norme di coordinamento devono assicurare "ai lavoratori che si spostano all'interno della Comunità, nonché ai rispettivi aventi diritto e ai loro superstiti, il mantenimento dei diritti e dei vantaggi acquisiti e in corso di acquisizione".

La totalizzazione (cumulo dei periodi di assicurazione, occupazione e residenza maturati nei diversi Stati comunitari) rappresenta un istituto fondamentale e lo strumento più importante per il raggiungimento di tale scopo.

L'articolo 6 del regolamento n. 883/2004, infatti, dispone che :

"Fatte salve disposizioni contrarie del presente regolamento, l'istituzione competente di uno Stato membro, la cui legislazione subordina:

*– l'acquisizione, il mantenimento, la durata o il recupero del diritto alle prestazioni,
– l'ammissione al beneficio di una legislazione, o
– l'accesso all'assicurazione obbligatoria, facoltativa continuata o volontaria o l'esenzione della*

medesima, al maturare di periodi d'assicurazione, di occupazione, di attività lavorativa autonoma o di residenza tiene conto, nella misura necessaria, dei periodi di assicurazione, di occupazione, di attività lavorativa autonoma o di residenza maturati sotto la legislazione di ogni altro Stato membro, come se si trattasse di periodi maturati sotto la legislazione che essa applica".

Ne consegue che, in base alle disposizioni contenute nell'articolo 6, si procederà alla totalizzazione dei periodi esteri, oltre che per il raggiungimento dei requisiti contributivi previsti per il diritto alle prestazioni e per l'autorizzazione alla prosecuzione volontaria, anche in tutti i casi in cui sia possibile attribuire un beneficio all'interessato in base al cumulo dei periodi italiani ed esteri.

Le modalità di applicazione delle norme in materia di totalizzazione sono riportate negli articoli 12 e 13 del regolamento di applicazione.

In particolare, ai sensi dell'articolo 12 del citato regolamento, ai fini dell'applicazione dell'articolo 6 del regolamento di base, l'istituzione competente deve rivolgersi alle istituzioni degli Stati membri, alla cui legislazione l'interessato è stato soggetto, per determinare tutti i periodi maturati sotto la loro legislazione. I periodi di assicurazione, di attività subordinata, di attività autonoma o di residenza maturati sotto la legislazione di uno Stato membro si aggiungono a quelli maturati sotto la legislazione di qualsiasi altro Stato membro nella misura necessaria, a condizione che tali periodi non si sovrappongano.

Nel caso in cui non sia possibile determinare in modo preciso l'epoca in cui taluni periodi di assicurazione o di residenza sono stati maturati sotto la legislazione di uno Stato membro, si presume che tali periodi non si sovrappongano a periodi di assicurazione o di residenza maturati sotto la legislazione di un altro Stato membro e di essi si tiene conto, se vantaggioso per l'interessato, nella misura in cui possono utilmente essere presi in considerazione.

L'articolo 13 del regolamento di applicazione riporta i criteri di conversione dei periodi maturati quando gli stessi sono espressi in unità di tempo diverse. La conversione necessaria ai fini della totalizzazione, a norma dell'articolo 6 del regolamento di base, si effettua secondo le regole seguenti:

- a) l'istituzione dello Stato membro sotto la cui legislazione è stato maturato il periodo comunica quale periodo debba essere utilizzato come base per la conversione;
- b) per i regimi in cui i periodi sono espressi in giorni, la conversione da giorni ad altre unità o viceversa, così come la conversione fra regimi diversi basati sui giorni, si calcola secondo la tabella seguente:

Regime basato su	1 giorno equivale a	1 settimana equivale a	1 mese equivale a	1 trimestre equivale a	N. massimo di giorni in un anno civile
5 giorni	9 ore	5 giorni	22 giorni	66 giorni	264 giorni
6 giorni	8 ore	6 giorni	26 giorni	78 giorni	312 giorni
7 giorni	6 ore	7 giorni	30 giorni	90 giorni	360 giorni

c) per i regimi in cui i periodi sono espressi in unità diverse dai giorni:

i) tre mesi o tredici settimane sono equivalenti a un trimestre e viceversa;

ii) un anno è equivalente a quattro trimestri, 12 mesi o 52 settimane e viceversa;

iii) per la conversione delle settimane in mesi e viceversa, le settimane e i mesi sono convertiti in giorni secondo le regole applicabili ai regimi basati su sei giorni di cui alla tabella alla lettera b);

d) per i periodi espressi in frazioni, le cifre sono convertite con approssimazione per difetto all'unità intera più vicina, applicando le regole di cui alle lettere b) e c). Le frazioni di anno sono convertite in mesi, a meno che il regime in causa non sia basato sui trimestri;

e) se dalla conversione, effettuata in base ai criteri sopra descritti, risulta una frazione di unità, il risultato è approssimato per eccesso all'unità intera più vicina.

L'applicazione delle regole di conversione non può avere per effetto di determinare, per l'insieme dei periodi maturati nel corso dell'anno civile, un totale superiore al numero di giorni indicato nell'ultima colonna della tabella riportata, 52 settimane, 12 mesi o quattro trimestri.

La conversione è effettuata in un'unica operazione se copre tutti i periodi comunicati come dato complessivo oppure, se i periodi sono stati comunicati su base annua, è effettuata per ogni singolo anno.

Quando un'istituzione comunica periodi espressi in giorni, essa indica contestualmente se il regime da essa gestito si basa su cinque, sei o sette giorni.

Nell'ambito dell'assicurazione italiana, in materia di malattia e maternità, il diritto alle prestazioni per le quali è richiesto un requisito di assicurazione e contribuzione potrà essere perfezionato, se necessario, con il ricorso alla totalizzazione dei periodi di assicurazione, occupazione o di residenza compiuti negli altri Stati membri.

A) Prestazioni di malattia in denaro

Come noto, nella legislazione italiana, il diritto alle prestazioni di malattia si acquisisce, in linea di massima, con l'inizio stesso del rapporto di lavoro. Fanno eccezione i lavoratori iscritti alla gestione separata, i lavoratori iscritti all'ENPALS e le fattispecie di cui ai punti successivi.

In base alle disposizioni contenute nell'articolo 5 del decreto legge n. 463 del 12 settembre 1983, convertito in legge 11 novembre 1983, n. 638, ai lavoratori pubblici e privati, con contratto a tempo determinato, i trattamenti economici e le indennità economiche di malattia sono corrisposti per un periodo non superiore a quello di attività lavorativa svolta nei dodici mesi immediatamente precedenti l'evento morboso, fermo restando, ovviamente, il limite annuo previsto dalla legge. Inoltre, a norma del citato articolo 5, se, nei dodici mesi precedenti l'evento, il lavoratore non può far valere almeno 30 giorni di lavoro l'indennità è erogata, direttamente dall'Istituto, per un massimo di trenta giorni nell'anno solare.

Nel caso di lavoratori agricoli a tempo determinato, il diritto all'indennità di malattia è subordinato alla condizione che, nell'anno solare precedente l'insorgenza dell'evento morboso, risulti l'iscrizione negli elenchi anagrafici per periodi successivi alla cessazione del lavoro all'estero, unitamente all'iscrizione negli elenchi nominativi per almeno 51 giornate. Pertanto, per tale categoria di lavoratori, il cumulo della contribuzione estera potrà essere utile anche per il perfezionamento del diritto all'indennità. Infatti, il requisito occupazionale minimo (51 giornate), previsto dal comma 6 del citato articolo 5, per il conseguimento del diritto, può essere raggiunto facendo ricorso al cumulo dei periodi di lavoro prestato in altri Stati membri. Tuttavia, il cumulo deve essere effettuato unicamente con i periodi esteri relativi a rapporti di lavoro agricolo a tempo determinato. I periodi esteri da computare ai fini del cumulo devono di norma riferirsi all'anno solare precedente quello di insorgenza dell'evento morboso.

Qualora l'interessato risulti iscritto negli elenchi nominativi dell'anno precedente per almeno 51 giornate, sarà sufficiente – e ai soli fini del prolungamento del periodo indennizzabile – che egli segnali i periodi di lavoro all'estero, indicando data di inizio e di cessazione dei relativi rapporti, denominazione e indirizzo delle aziende nonché della competente Cassa malattie estera, possibilmente allegando la documentazione (dichiarazioni del datore di lavoro, buste paga, etc.) in suo possesso. Le prestazioni di malattia ulteriormente spettanti a seguito della totalizzazione potranno essere concesse una volta acquisite le informazioni necessarie presso l'istituzione estera in causa.

Nel caso in cui, invece, negli elenchi dell'anno precedente non risulti alcuna iscrizione (neppure una giornata di lavoro agricolo in Italia) a nulla rilevano eventuali giornate di lavoro all'estero nell'anno predetto, considerato che la totalizzazione può operare solo in corrispondenza di successivi rapporti di lavoro in Italia con cui cumulare le giornate prestate all'estero. In tal caso, pertanto, anche nell'ipotesi in cui risultino prestate all'estero nell'anno precedente 51 o più giornate di lavoro agricolo a tempo determinato, nessuna prestazione può essere concessa nell'anno in corso oltre le giornate eventualmente erogabili in virtù della situazione assicurativa vantata sulla base della sola contribuzione italiana.

Ai fini del raggiungimento del requisito di 51 giornate di lavoro agricolo a tempo determinato nel primo anno di lavoro agricolo in Italia possono, invece, come detto, essere totalizzate le giornate di lavoro svolte precedentemente all'estero nello stesso settore e nel medesimo anno solare.

Nelle ipotesi in cui i periodi di assicurazione riportati sui formulari internazionali non siano espressi in giornate ma vengano indicati complessivamente con la data iniziale e finale della loro maturazione, le Sedi determineranno il numero di giornate, da cumulare a quelle italiane, attribuendo tante settimane quante saranno quelle

comprese nei periodi segnalati e trasformando, quindi, le settimane in giorni secondo il rapporto di 6 giorni per ogni settimana: l'eventuale frazione di settimana darà diritto a tanti giorni quanti sono quelli di calendario, ricompresi nella frazione, con esclusione della domenica. Ove i periodi esteri siano espressi in unità temporali diverse dai giorni (trimestri, mesi, settimane), verranno applicate le regole di conversione stabilite dall'articolo 13 del regolamento di applicazione.

La misura dell'indennità deve essere determinata in funzione delle sole retribuzioni fruite in Italia dai lavoratori interessati. Non vengono, pertanto, prese in considerazione le retribuzioni di cui gli stessi abbiano beneficiato all'estero. Infatti, secondo i principi generalmente previsti per il calcolo delle prestazioni in regime internazionale e in particolare in base a quanto dispone, per la specifica materia, l'articolo 21, paragrafo 2, del regolamento n. 883/2004, l'istituzione competente determina le prestazioni di propria competenza sulla base dei salari, dei redditi accertati, o delle basi contributive presi in considerazione durante i periodi maturati sotto la legislazione nazionale applicata.

Le Sedi dovranno, se necessario, richiedere all'istituzione estera la certificazione dei periodi di lavoro e le informazioni relative al settore ed alla durata dell'attività (PAPER SED S040 richiesta periodi di assicurazione - articolo 6 del regolamento n. 883/2004; PAPER SED S041 comunicazione dei periodi di assicurazione; PAPER SED H001 richiesta di ulteriori informazioni; PAPER SED H002 comunicazione di ulteriori informazioni).

Inoltre, il criterio della totalizzazione deve essere utilizzato anche per i lavoratori a tempo determinato di settori non agricoli in tutti i casi in cui possano avvantaggiarsi dei periodi di occupazione all'estero per ricevere prestazioni più favorevoli di quelle che loro spetterebbero in base alla sola attività lavorativa prestata sul territorio nazionale. Anche in tali ipotesi la possibilità di ricorrere al cumulo dei periodi esteri è subordinata alla condizione che gli interessati, al momento del verificarsi del rischio, siano occupati in Italia in attività soggetta all'obbligo assicurativo.

E' appena il caso di precisare che, per quanto concerne le indennità di malattia, il diritto continua a perfezionarsi, anche per i lavoratori a tempo determinato, col costituirsi stesso del rapporto di lavoro e, quindi, senza necessità di far ricorso alla totalizzazione. Il periodo di erogazione delle prestazioni, invece, varia in funzione della durata del rapporto di lavoro. Per tale motivo nasce l'esigenza, proprio allo scopo di ampliare la tutela assicurativa del lavoratore, di utilizzare il criterio della totalizzazione dei periodi fatti valere in un altro Stato membro.

Si ribadisce, infine, che nelle more dell'acquisizione delle informazioni relative ai periodi esteri, le Sedi si limiteranno ad accertare il diritto e a liquidare - per la parte che deve essere corrisposta direttamente dall'Istituto - le prestazioni spettanti sulla base della situazione assicurativa e contributiva risultante in Italia.

Si precisa che, per quanto riguarda le prestazioni da erogare a lavoratori a tempo determinato di settori extra-agricoli, le Sedi liquideranno le prestazioni che risulteranno ulteriormente dovute in relazione ai periodi esteri, a prescindere dalla natura dei corrispondenti rapporti di lavoro (a tempo determinato o indeterminato), purché, beninteso, siano collocabili nei 12 mesi che precedono l'evento morboso. Tuttavia, poiché ai fini del calcolo del massimo erogabile devono essere presi in considerazione soltanto i periodi di lavoro comportanti, in caso di malattia, il diritto alla relativa indennità, le Sedi - qualora tale circostanza non sia

desumibile dalla documentazione eventualmente trasmessa dagli interessati - avranno cura di richiedere ai competenti organismi esteri l'attestazione che i rapporti di lavoro, relativi ai periodi di assicurazione comunicati, avrebbero dato diritto alle prestazioni economiche di malattia nell'eventualità che il lavoratore si fosse ammalato prima della loro cessazione (PAPER SED H001 richiesta di ulteriori informazioni - PAPER SED H002 comunicazione di ulteriori informazioni) (vedi circolare n. 1093 C.I./36 dell'11 febbraio 1985).

B) Prestazioni antitubercolari

La totalizzazione può trovare applicazione, relativamente alle prestazioni economiche antitubercolari, per il perfezionamento del requisito contributivo, previsto dall'articolo 3 della legge 6 agosto 1975, n. 419, di almeno un anno di contribuzione (52 contributi settimanali) nell'intera vita lavorativa.

La nuova regolamentazione comunitaria non modifica le competenze e le modalità di trattazione delle domande di prestazioni economiche antitubercolari. Infatti, anche i nuovi regolamenti prevedono che l'istituzione competente è l'istituzione alla quale l'assicurato è iscritto al momento della richiesta di prestazione.

Pertanto, nel caso in cui la richiesta sia presentata all'Istituto occorre preliminarmente verificare se l'ultima attività sia stata esercitata in Italia o all'estero, in quanto solo il Paese in cui è stata svolta da ultimo un'attività lavorativa, assoggettata all'obbligo assicurativo, potrà effettuare il cumulo dei periodi nazionali ed esteri (PAPER SED S040 richiesta periodi di assicurazione - PAPER SED S041 comunicazione dei periodi di assicurazione).

Nell'ipotesi in cui l'ultima attività sia stata svolta in un altro Stato membro, si dovrà accertare (PAPER SED H001 richiesta di ulteriori informazioni - PAPER SED H002 comunicazione di ulteriori informazioni) se in tale Stato sussista un diritto a prestazioni e, in caso affermativo, la domanda dovrà essere respinta con la motivazione che "le prestazioni spettano prioritariamente a carico dell'assicurazione estera a cui l'interessato è stato assoggettato da ultimo".

Nel caso, invece, l'ultima attività sia stata esercitata in Italia, o non siano stati perfezionati nell'assicurazione estera i requisiti per il diritto alle prestazioni, dovrà essere verificata la sussistenza dei requisiti fissati dalla legislazione italiana per il riconoscimento del diritto a carico dell'Istituto:

a) con il cumulo dei periodi esteri, se l'ultima attività lavorativa sia stata espletata in Italia;

b) con il computo dei soli periodi assicurativi, se l'interessato sia stato assoggettato da ultimo all'assicurazione estera (vedi circolare n. 99 del 26 aprile 1993).

C) Cure balneo-termali

La totalizzazione dei periodi esteri può essere effettuata anche per il perfezionamento del requisito contributivo richiesto per ottenere le prestazioni relative alle cure termali. In proposito, si rammenta che, per poter fruire delle cure termali, gli interessati debbono far valere lo stesso duplice requisito richiesto per l'assegno ordinario di invalidità (articolo 4, legge n. 222/1984) ossia 5 anni di anzianità assicurativa e 3 anni di contribuzione (n. 156 contributi) nel quinquennio precedente la domanda.

Pertanto, nel caso in cui tale requisito non sia raggiunto con la sola contribuzione italiana, si può far ricorso alla totalizzazione della contribuzione versata negli altri Stati

membri per l'assicurazione contro l'invalidità (PAPER SED S040 richiesta periodi di assicurazione - articolo 6 Reg. n. 883/2004; PAPER SED S041 comunicazione dei periodi di assicurazione, per accertare che si tratti di periodi di assicurazione per il rischio invalidità; PAPER SED H001 richiesta di ulteriori informazioni; PAPER SED H002 comunicazione di ulteriori informazioni, in alternativa PAPER SED P5000). Si precisa che condizione indispensabile per la totalizzazione é che gli interessati risultino già assicurati in Italia (vedi circolare n. 99 del 26 aprile 1993).

D) Prestazioni in denaro collegate alla maternità

Come già precisato per le prestazioni economiche di malattia, anche in questo caso il diritto alle prestazioni di maternità si acquisisce, in linea di massima, con l'inizio stesso del rapporto di lavoro, salvo le seguenti fattispecie.

OPERAI AGRICOLI A TEMPO DETERMINATO

Gli operai agricoli a tempo determinato hanno diritto, secondo quanto previsto dalla legislazione italiana, all'indennità a titolo di congedo di maternità a condizione che nell'anno precedente quello di insorgenza dell'evento indennizzabile abbiano effettuato almeno 51 giornate di lavoro in agricoltura; tale requisito può essere maturato anche nello stesso anno in cui si verifica l'evento di maternità, purché prima dell'evento medesimo. Tali lavoratori hanno diritto, altresì, all'indennità per congedo parentale a condizione che siano state effettuate almeno 51 giornate di lavoro in agricoltura nell'anno precedente quello dell'inizio del congedo parentale, oppure nello stesso anno, purché prima dell'inizio del congedo stesso. Analogamente a quanto fino ad oggi previsto per le indennità di malattia (vedi circolare n. 1093 C.I./36 dell'11 febbraio 1985), i periodi assicurativi italiani possono essere totalizzati, in base alla regolamentazione comunitaria di sicurezza sociale, con i periodi esteri relativi a lavoro agricolo prestato a tempo determinato.

LAVORATORI DOMESTICI

Ai lavoratori domestici spetta, secondo quanto previsto dalla legislazione italiana, l'indennità giornaliera di maternità a condizione che risultino versati o dovuti dal datore di lavoro, anche in settori diversi da quello domestico, 52 contributi settimanali nei 24 mesi che precedono l'inizio dell'astensione dal lavoro per maternità, ovvero 26 contributi settimanali nei 12 mesi che precedono l'inizio dell'astensione dal lavoro (articolo 4 del DPR n.1403/1971). Il requisito contributivo previsto può essere perfezionato, in base alla regolamentazione comunitaria, totalizzando i periodi assicurativi italiani ed esteri.

LAVORATRICI AUTONOME (ARTIGIANE, COMMERCianti, COLTIVATRICI DIRETTE, COLONE, MEZZADRE, IMPRENDITRICI AGRICOLE PROFESSIONALI)

Secondo quanto previsto dalla legislazione italiana, alle lavoratrici autonome spetta l'indennità per maternità se risulta l'effettiva copertura contributiva del periodo indennizzabile. Pertanto, considerato che non è previsto un requisito di contribuzione pregressa e che vi è contemporaneità tra requisito contributivo ed erogazione della prestazione, non è necessaria la totalizzazione dei periodi italiani ed esteri.

Le stesse lavoratrici hanno diritto all'indennità per congedo parentale se si accerta il pagamento dei contributi relativi al mese precedente quello in cui ha inizio il congedo parentale richiesto.

E) Assegno di maternità a carico dello Stato (articolo 49, comma 8, della legge n. 488/99)

L'assegno di maternità a carico dello Stato deve essere chiesto entro sei mesi dal parto o dall'ingresso in famiglia del minore (in caso di adozione/affidamento) e, quindi, rientra tra le prestazioni di *maternità e di paternità assimilate* che, in quanto erogate durante i primi mesi di vita del neonato, in base a quanto precisato nel considerando n. 19 del regolamento n. 883/2004, possono essere assimilate alle prestazioni di maternità *strictu sensu*. Ne consegue che detta prestazione rientra nel campo di applicazione del regolamento n. 883/2004, in base all'articolo 3, paragrafo 1, lett. b).

Pertanto, in applicazione dell'articolo 6 del regolamento di base, i relativi requisiti di assicurazione possono essere raggiunti anche attraverso la totalizzazione dei periodi italiani con periodi - ovviamente non sovrapposti - effettuati negli altri Stati che applicano il regolamento stesso. Fermo restando quanto suindicato, si evidenzia che, per poter procedere alla totalizzazione, è necessario almeno un contributo settimanale in Italia (messaggio n. 4193 del 19 febbraio 2008).

4. Prestazioni in denaro relative all'incapacità al lavoro in caso di dimora o di residenza in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente

L'articolo 21, paragrafo 1, prima frase, del regolamento di base prevede in linea di principio che *"la persona assicurata e i suoi familiari che risiedono o dimorano in uno Stato membro diverso dallo Stato membro competente hanno diritto a prestazioni in denaro erogate dall'istituzione competente¹ ai sensi della legislazione che essa applica"*.

A) Procedura che deve seguire la persona assicurata

L'articolo 27, lett. a), paragrafi da 1 a 4, del regolamento di applicazione prevede che:

- 1) *"Se la legislazione dello Stato membro competente esige che la persona assicurata presenti un certificato per fruire di prestazioni in denaro relative all'incapacità al lavoro ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, del regolamento di base, la persona assicurata chiede al medico dello Stato membro di residenza che ha constatato il suo stato di salute di attestare la sua incapacità al lavoro e la durata probabile della stessa.*
- 2) *La persona assicurata trasmette il certificato all'istituzione competente entro il termine stabilito dalla legislazione dello Stato membro competente.*
- 3) *Se i medici che somministrano le cure nello Stato membro di residenza non rilasciano i certificati di incapacità al lavoro e se tali certificati sono richiesti ai sensi della legislazione dello Stato membro competente, la persona interessata si rivolge direttamente all'istituzione del luogo di residenza. Questa istituzione fa procedere immediatamente all'accertamento medico dell'incapacità al lavoro e alla*

compilazione del certificato di cui al paragrafo 1. Il certificato è trasmesso immediatamente all'istituzione competente.

- 4) *La trasmissione del documento di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 non dispensa la persona assicurata dall'adempire agli obblighi previsti dalla legislazione applicabile, in particolare nei confronti del suo datore di lavoro. Se del caso, il datore di lavoro e/o l'istituzione competente possono chiamare il lavoratore a partecipare ad attività intese a promuovere e ad agevolare il suo ritorno al lavoro".*

In base alla legislazione italiana, il lavoratore è tenuto, *entro due giorni* dal rilascio della certificazione relativa all'infermità comportante incapacità lavorativa, a recapitare o a trasmettere a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alla sede INPS competente il certificato di malattia e, al datore di lavoro, l'attestato della malattia (privo dei dati relativi alla diagnosi), rilasciati dal medico curante (articolo 2, secondo comma, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito in legge 29 febbraio 1980 n. 33, modificato dal comma 149 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311). Se il giorno di scadenza del termine è festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno seguente non festivo. Si ricorda, altresì, che in materia di trasmissione telematica delle certificazioni di malattia, l'Istituto ha dettato precise disposizioni con circolare n. 60 del 16 aprile 2010.

Pertanto, la persona iscritta al regime assicurativo italiano che venga colpita da evento morboso nel periodo di dimora o di residenza in un altro Stato dell'Unione europea e desideri che sia accertato il diritto all'indennità di malattia, è tenuta a rivolgersi al medico dello Stato membro di dimora o di residenza per ottenere la prescritta certificazione dello *status* di incapacità al lavoro. Tale certificazione, nei termini e con le modalità previste dalla legislazione italiana, dovrà essere trasmessa alla sede INPS e al datore di lavoro.

Nel caso in cui il medico curante nello Stato membro di dimora o di residenza non sia abilitato ovvero non sia tenuto al rilascio della certificazione di incapacità al lavoro, poiché per la legislazione italiana tale certificazione è indispensabile per ottenere le prestazioni di malattia, il lavoratore deve rivolgersi all'istituzione del luogo di dimora o di residenza. Detta istituzione provvede, attraverso il medico da essa incaricata, all'accertamento dell'incapacità al lavoro, alla compilazione del certificato e alla trasmissione dello stesso all'istituzione competente italiana.

La domanda intesa ad ottenere le prestazioni in denaro per incapacità al lavoro potrà essere presentata all'istituzione dello Stato membro di dimora o di residenza, che provvederà ad inoltrarla all'istituzione competente (PAPER SED S055) unitamente al certificato o referto medico. Nel caso in cui la domanda sia presentata a un'istituzione diversa da quella competente, l'istituzione che riceve la domanda provvederà ad inoltrarla all'istituzione competente (PAPER SED H065 per il trasferimento della domanda - PAPER SED H066 per la comunicazione delle informazioni relative alla competenza).

Analogamente, il lavoratore comunitario, colpito da evento morboso durante la residenza o dimora in Italia, dovrà, nei termini e con le modalità stabiliti dalla legislazione dello Stato membro cui è assoggettato, inviare, se previsto da tale legislazione, il certificato relativo all'incapacità al lavoro, ovvero presentare detto certificato, unitamente alla domanda di prestazione, alla ASL territorialmente competente, che provvederà, in veste di istituzione dello Stato di residenza o di dimora, a trasmetterla all'istituzione estera competente (PAPER SED S055).

unitamente al certificato stesso.

B) Procedura che deve seguire l'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora

L'articolo 27, paragrafo 5, del regolamento di applicazione descrive gli adempimenti cui è tenuta l'istituzione dello Stato membro di residenza. In particolare tale disposizione prevede che : " 5) *Su richiesta dell'istituzione competente, l'istituzione del luogo di residenza procede ai necessari controlli amministrativi o medici della persona assicurata conformemente alla legislazione applicata da quest'ultima istituzione. Il referto del medico che effettua il controllo, indicante in particolare la durata probabile dell'incapacità al lavoro, è trasmesso senza indugio dall'istituzione del luogo di residenza all'istituzione competente*".

Pertanto, nel caso in cui l'istituzione competente ne faccia richiesta (PAPER SED S063), l'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora è tenuta ad effettuare, secondo le modalità previste dalla propria legislazione, i controlli sia di carattere amministrativo che sanitario, relativamente alla persona assicurata.

Una volta effettuati i controlli, l'istituzione dello Stato di residenza o di dimora comunica all'istituzione competente le informazioni relative all'esito dei controlli medesimi (PAPER SED S064), unitamente alle informazioni relative ai costi sostenuti per l'effettuazione dei controlli medici richiesti (PAPER SED S065).

Infine, l'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora, è tenuta a comunicare all'istituzione competente le informazioni relative al termine dell'incapacità al lavoro (PAPER SED S047).

Per ulteriori indicazioni inerenti le modalità procedurali relative agli accertamenti sanitari si rinvia al successivo punto "Perizie mediche".

C) Procedura che deve seguire l'istituzione competente

L'articolo 27, paragrafi 6 e 7, del regolamento di applicazione riporta gli adempimenti che sono a carico dell'istituzione competente ed in particolare stabilisce che:

" 6) *L'istituzione competente si riserva la facoltà di fare sottoporre la persona assicurata a controllo da parte di un medico di sua scelta*".

7) *Fatto salvo l'articolo 21, paragrafo 1, seconda frase, del regolamento di base, l'istituzione competente versa le prestazioni in denaro direttamente alla persona interessata e ne avverte, se necessario, l'istituzione del luogo di residenza*".

L'articolo 21, paragrafo 1, seconda frase, prevede che: "*previo accordo tra l'istituzione competente e l'istituzione del luogo di residenza o di dimora, tali prestazioni possono essere corrisposte dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora per conto dell'istituzione competente ai sensi della legislazione dello Stato membro competente*".

Ne consegue che l'istituzione competente potrà richiedere controlli relativi allo *status* di incapacità del lavoratore all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora ovvero a un medico di fiducia. Per quanto riguarda l'Istituto, nel caso di lavoratori colpiti da eventi morbosi durante la residenza o la dimora in uno Stato comunitario, le Sedi potranno, qualora fosse necessario, richiedere il controllo di un medico di fiducia

tramite, di regola, le autorità consolari.

Inoltre, salvo che non vi sia un accordo tra l'istituzione competente e l'istituzione del luogo di residenza o di dimora, le prestazioni in denaro spettanti saranno erogate direttamente al lavoratore interessato. Per quanto concerne l'Istituto, il pagamento delle prestazioni sarà effettuato direttamente all'interessato nei termini e secondo le modalità previste dalla normativa nazionale.

L'articolo 27, paragrafo 8, precisa che: *"ai fini dell'applicazione dell'articolo 21, paragrafo 1, del regolamento di base, le indicazioni del certificato d'incapacità al lavoro di una persona assicurata rilasciato in un altro Stato membro sulla base degli accertamenti sanitari effettuati dal medico o dall'istituzione hanno lo stesso valore legale di un certificato rilasciato nello Stato membro competente"*. Pertanto, nel caso in cui la certificazione dello *status* di incapacità al lavoro sia trasmesso all'Istituto dall'istituzione di uno Stato membro, detta certificazione è da considerare valida a tutti gli effetti di legge come se fosse stata rilasciata dal medico competente italiano; analoga validità dovrà essere riconosciuta alle comunicazioni relative agli esiti dei controlli effettuati, a richiesta dell'Istituto, da parte delle istituzioni estere.

Infine, in base alle disposizioni dell'articolo 27, paragrafo 9: *"Se l'istituzione competente rifiuta le prestazioni in denaro, notifica la propria decisione alla persona assicurata e, allo stesso tempo, all'istituzione del luogo di residenza"*. Ne consegue che l'istituzione competente valuterà le informazioni ricevute e assumerà le decisioni in merito alla concessione della prestazione in denaro richiesta (PAPER SED S046), informandone la persona interessata e l'istituzione dello Stato membro di residenza e di dimora.

L'istituzione competente, nel caso in cui abbia richiesto all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora di effettuare controlli medici, dovrà, inoltre, comunicare a tale ultima istituzione la propria approvazione in merito all'ammontare delle spese comunicate (PAPER SED S066).

Le Sedi saranno tenute ad effettuare gli adempimenti sopra descritti, in veste di istituzione competente, nel caso di persone assicurate in Italia colpite da evento morboso mentre risiedono o dimorano in uno Stato comunitario. Invece, come già precisato, sono di competenza della ASL, in veste di istituzione dello Stato di residenza o di dimora, gli adempimenti relativi ai casi di persone assicurate in uno Stato comunitario colpite da evento morboso durante la loro residenza o dimora in Italia.

5. Prestazioni ai pensionati

L'articolo 29 del regolamento n. 883/2004 prevede che: *"Le prestazioni in denaro sono erogate ad una persona che riceve una pensione o pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri, dall'istituzione competente dello Stato membro in cui è situata l'istituzione competente responsabile per il costo delle prestazioni in natura erogate al pensionato nel suo Stato membro di residenza"*. Il paragrafo 1 trova applicazione anche per i familiari del pensionato.

Inoltre, l'articolo 10 del regolamento di base sancisce il divieto di cumulo precisando che il nuovo regolamento *"non conferisce né mantiene, salvo disposizioni contrarie, il diritto a fruire di varie prestazioni di uguale natura relative ad uno stesso periodo di*

assicurazione obbligatoria”.

In base alla legislazione italiana, le prestazioni sanitarie ed economiche dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi spettano, per sé e per i componenti la propria famiglia, ai titolari di pensioni o rendite di cui ai punti 1 e 3 dell'articolo 1 della legge 4 agosto 1955, n. 692, sempreché l'assistenza stessa non spetti per altro titolo o in virtù di assicurazione obbligatoria propria o di altri membri della famiglia (articolo 1 della legge 6 agosto 1975, n. 419).

Ne consegue che, onde evitare il cumulo di prestazioni della stessa natura relative allo stesso periodo, nel caso in cui le prestazioni a carico dell'assicurazione contro la tubercolosi spettino a una persona titolare di pensione a carico di due o più Stati membri, devono trovare applicazione le norme di priorità già previste per le prestazioni in natura per stabilire quale sia lo Stato tenuto in via prioritaria ad erogare dette prestazioni.

La normativa comunitaria disciplina le seguenti ipotesi:

- a) Diritto a prestazioni in natura ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza

L'articolo 23 del regolamento di base prevede che: *“Chiunque riceva una pensione o pensioni ai sensi della legislazione di due o più Stati membri, uno dei quali sia lo Stato membro di residenza, e abbia diritto a prestazioni in natura secondo la legislazione di tale Stato membro, beneficia con i familiari di tali prestazioni dall'istituzione del luogo di residenza e a spese della medesima, come se avesse diritto alla pensione soltanto ai sensi della legislazione di tale Stato membro”.* Pertanto, poiché, come già precisato, il criterio trova applicazione anche nel caso di prestazioni in denaro spettanti a pensionati titolari di pensione a carico di più Stati, nell'ipotesi in cui siano dovute prestazioni economiche per l'assicurazione contro la tubercolosi a un titolare di pensione a carico dell'Italia e di un altro Stato membro, se il pensionato è residente in Italia le prestazioni sono a carico dell'assicurazione italiana, viceversa, se residente in altro Stato comunitario sono a carico di tale Stato.

- b) Mancato diritto a prestazione in natura ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza

L'articolo 24 del regolamento di base regola l'ipotesi in cui nello Stato membro di residenza non sorga alcun diritto a prestazioni in natura ed in proposito dispone che:

“ 1. Chiunque riceva una pensione o pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri e non abbia diritto a prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza, beneficia tuttavia di tali prestazioni per sé e per i familiari nella misura in cui vi avrebbe diritto ai sensi della legislazione dello Stato membro o di almeno uno degli Stati membri cui spetta versare la pensione, se risiedesse in tale Stato membro. Le prestazioni in natura a spese dell'istituzione di cui al paragrafo 2 sono erogate dall'istituzione del luogo di residenza, come se l'interessato avesse diritto alla pensione e a tali prestazioni ai sensi della legislazione dello Stato membro in cui risiede.

2. Nei casi di cui al paragrafo 1, si decide quale istituzione debba sostenere i costi delle prestazioni in natura in base alle seguenti disposizioni:

- a) *se il pensionato ha diritto alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione di un solo Stato membro, il costo è sostenuto dall'istituzione competente di tale Stato membro;*
- b) *se il pensionato ha diritto alle prestazioni in natura ai sensi della legislazione di due*

o più Stati membri, il relativo costo è sostenuto dall'istituzione competente dello Stato membro alla cui legislazione l'interessato è stato più a lungo soggetto; se l'applicazione della presente disposizione comporta che il costo delle prestazioni debba essere sostenuto da varie istituzioni, tale costo sarà sostenuto dall'istituzione che applica l'ultima legislazione alla quale l'interessato è stato soggetto”.

Pertanto, in assenza di copertura sanitaria da parte dello Stato membro di residenza, l'istituzione competente, su cui ricade l'onere delle prestazioni sanitarie, è quella dello Stato che eroga la pensione. In caso di corresponsione di più pensioni, l'istituzione competente è quella dello Stato membro alla cui legislazione il titolare è stato più lungamente soggetto o soggetto da ultimo.

Tale disposizione trova applicazione anche in materia di prestazioni in denaro ed in particolare, per quanto riguarda l'Istituto, in materia di prestazioni antitubercolari; di conseguenza:

- nel caso in cui il titolare di pensione a carico dell'Italia risieda in un altro Stato membro, se ai sensi della legislazione dello Stato di residenza non matura il diritto ad alcuna prestazione, le prestazioni antitubercolari restano a carico dell'assicurazione italiana, come se il pensionato risiedesse in Italia;
 - nel caso in cui la persona sia titolare di pensione a carico dell'Italia e di un altro Stato membro e risieda in un terzo Stato membro, se nessun diritto sorge nello Stato di residenza, le prestazioni sono a carico dello Stato con il periodo di assicurazione più lungo o dello Stato in cui risulta assicurato da ultimo. In questi casi le Sedi dovranno acquisire le informazioni necessarie in merito ai periodi di assicurazione fatti valere a carico dello Stato o degli Stati interessati (PAPER SED P5000). Le prestazioni antitubercolari saranno a carico dell'assicurazione italiana solo se in Italia risulti perfezionato il periodo di assicurazione più lungo ovvero se il pensionato sia stato soggetto da ultimo alla legislazione italiana.
- c) Pensione ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri diversi dallo Stato membro di residenza nei casi in cui vi sia diritto a beneficiare di prestazioni nello Stato membro di residenza

Infine, l'articolo 25 del regolamento di base disciplina l'ipotesi in cui il diritto a pensione o rendita sia a carico di uno o più Stati membri diversi dallo Stato di residenza e precisa che:

"Qualora il pensionato abbia diritto alla pensione o alle pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri e risieda in uno Stato membro la cui legislazione non subordina il diritto a prestazioni in natura a condizioni di assicurazione o di esercizio di un'attività subordinata o autonoma e l'interessato non riceva una pensione da detto Stato membro, il costo delle prestazioni in natura erogate all'interessato e ai familiari è sostenuto dall'istituzione di uno degli Stati membri competenti in materia di pensioni, determinata a norma dell'articolo 24, paragrafo 2, nella misura in cui il pensionato e i familiari avrebbero diritto a tali prestazioni se risiedessero in tale Stato membro”. Pertanto, nel caso di titolare di sola pensione italiana o di pensione italiana e di un altro Stato membro che risiede in un terzo Stato membro la cui legislazione non richiede né l'esercizio di un'attività lavorativa né la titolarità di un trattamento pensionistico per riconoscere il diritto alle prestazioni antitubercolari, le prestazioni medesime sono dovute dallo Stato membro che paga il trattamento pensionistico. Qualora il pensionato sia titolare di pensione a carico di due o più Stati, lo Stato competente sarà determinato con i criteri indicati al

punto precedente.

6. Prestazioni in natura ai pensionati – assistenza sanitaria

Le prestazioni in natura ai pensionati e ai loro familiari sono generalmente a carico dello Stato che eroga la pensione, se questo è anche lo Stato di residenza.

Nel caso in cui il pensionato non abbia diritto a prestazioni in natura ai sensi della legislazione dello Stato membro di residenza, l'articolo 24, paragrafo 1 del regolamento n. 883/2004 prevede che *“Chiunque riceva una pensione o pensioni ai sensi della legislazione di uno o più Stati membri e non abbia diritto a prestazioni in natura secondo la legislazione dello Stato membro di residenza, beneficia tuttavia di tali prestazioni per sé e per i familiari nella misura in cui vi avrebbe diritto ai sensi della legislazione dello Stato membro o di almeno uno degli Stati membri cui spetta versare la pensione, se risiedesse in tale Stato membro”*.

Il paragrafo 2 del citato articolo 24 riporta i criteri per individuare lo Stato competente nel caso di titolarità di pensione a carico di due o più Stati.

Ne consegue che, in assenza di copertura sanitaria da parte dello Stato membro di residenza, l'istituzione competente, su cui ricade l'onere delle prestazioni sanitarie, è quella dello Stato che eroga la pensione. In caso di corresponsione di più pensioni, l'istituzione competente è quella dello Stato membro alla cui legislazione il titolare è stato più lungamente soggetto o soggetto da ultimo.

Ciò premesso, i presupposti per beneficiare dell'assistenza sanitaria a carico dello Stato italiano sono i seguenti:

- la residenza in uno Stato comunitario;
- la fruizione di una pensione erogata da un Istituto previdenziale italiano;
- l'assenza del diritto all'assistenza sanitaria a carico di altro Stato membro.

In tale ipotesi, le Sedi dovranno fornire le informazioni in merito alla situazione pensionistica delle persone interessate compilando le sezioni dei PAPER SED relative ai dati di propria competenza (PAPER SED S071 richiesta documento attestante il diritto alla prestazione; PAPER SED S072 documento attestante il diritto alla prestazione; PAPER SED S073 informazioni su iscrizione/residenza).

7. Perizie mediche

In relazione agli accertamenti sanitari, l'articolo 82 del regolamento di base precisa che le perizie mediche, previste dalla legislazione di uno Stato membro per le persone che risiedono o dimorano in un altro Stato membro, possono essere effettuate, su richiesta dell'istituzione competente, dall'istituzione del luogo di residenza o di dimora del richiedente o del beneficiario di prestazioni, secondo i criteri e le modalità stabilite dal regolamento di applicazione o concordate dalle autorità competenti degli Stati membri interessati.

L'articolo 87 del regolamento di applicazione disciplina le modalità procedurali per l'effettuazione degli esami medici e i controlli amministrativi. In particolare il paragrafo 1 di tale disposizione stabilisce che, fatte salve altre disposizioni, se un richiedente o un beneficiario di prestazioni o un membro della sua famiglia, dimora o

risiede nel territorio di uno Stato membro diverso da quello in cui si trova l'istituzione competente per l'erogazione della prestazione (istituzione debitrice), detta istituzione richiede l'esame medico all'istituzione del luogo di dimora o di residenza del beneficiario che procede ai controlli richiesti secondo le procedure stabilite dalla propria legislazione. L'istituzione debitrice, se necessario, informa l'istituzione del luogo di dimora o di residenza di eventuali condizioni speciali che devono essere soddisfatte e dei punti che devono essere oggetto dell'esame medico.

Ai sensi del paragrafo 2 dell'articolo in esame, l'istituzione del luogo di dimora o di residenza trasmette una relazione all'istituzione debitrice che ha chiesto l'esame medico. L'istituzione debitrice è vincolata dalle valutazioni fatte dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza. Tuttavia all'istituzione debitrice è data facoltà di fare esaminare il beneficiario da un medico di sua scelta. Peraltro, il beneficiario può essere invitato a recarsi nello Stato membro dell'istituzione debitrice soltanto a condizione che possa effettuare lo spostamento senza pregiudizio per il suo stato di salute; in tal caso le relative spese di viaggio e di soggiorno sono a carico dell'istituzione debitrice.

Analogamente, in base al paragrafo 3 del citato articolo 87, nel caso in cui sia necessario procedere a controlli amministrativi per un richiedente o un beneficiario di prestazioni, o un membro della sua famiglia, che dimori o risieda nel territorio di uno Stato membro diverso da quello in cui si trova l'istituzione debitrice, il controllo amministrativo è effettuato, su richiesta di detta istituzione, dall'istituzione del luogo di dimora o di residenza del beneficiario. In relazione agli adempimenti cui sono tenute le istituzioni nel caso di controlli amministrativi, trovano applicazione gli stessi criteri e modalità procedurali previste per i controlli sanitari dal sopraccitato paragrafo 2 dell'articolo 87.

Il paragrafo 5 dell'articolo 87 prevede che le autorità competenti o le istituzioni competenti di due o più Stati membri possano concordare disposizioni e procedure specifiche per migliorare, in tutto o in parte, la disponibilità sul mercato del lavoro delle persone richiedenti o beneficiarie di prestazioni. Per tali scopi, alle persone interessate è riconosciuta la possibilità di partecipare a regimi o programmi di riabilitazione nello Stato membro di dimora o di residenza.

L'istituzione debitrice è tenuta a rimborsare l'importo effettivo delle spese sostenute per i controlli medici all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora che è stata incaricata di eseguirli.

Pertanto, l'istituzione debitrice che debba effettuare accertamenti sanitari e/o amministrativi per persone che risiedono o dimorano in un altro Stato membro, inoltra la richiesta relativa a detti accertamenti all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora (PAPER SED S063), che effettua gli esami richiesti e trasmette la relativa relazione (PAPER SED S064) unitamente alle informazioni relative ai costi sostenuti (PAPER SED S065). L'istituzione debitrice, nel caso la relazione relativa agli accertamenti sanitari sia completa, comunica (PAPER SED S066) all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora l'approvazione della relazione medesima.

Per quanto riguarda le modalità procedurali relative al rimborso delle spese sostenute, l'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora (istituzione creditrice) che ha effettuato gli accertamenti trasmette la richiesta di rimborso (PAPER SED S020) all'istituzione competente che, nel caso non vi siano contestazioni in merito ai costi comunicati, informa l'istituzione creditrice dell'avvenuta ricezione della richiesta

(PAPER SED S021). Peraltro, nel caso vi siano delle contestazioni in merito alla richiesta di rimborso relativamente a un singolo credito, esse devono essere comunicate all'istituzione creditrice dello Stato membro di residenza o di dimora (PAPER SED S023), che replica alle contestazioni (PAPER SED S024) comunicando le proprie decisioni in merito (accetta la contestazione del credito ovvero invia informazioni ulteriori che giustifichino i costi).

Una volta accertata la fondatezza di un singolo credito e della richiesta complessiva, l'istituzione competente informa l'istituzione creditrice del pagamento di un singolo credito (PAPER SED S022) ovvero del pagamento finale (PAPER SED S025).

Adempimenti delle Sedi

Le Sedi saranno tenute al rispetto delle modalità procedurali sopra descritte soltanto quando agiscano in veste di istituzione competente (istituzione debitrice), nelle ipotesi in cui la richiesta di accertamenti debba essere fatta dall'INPS all'istituzione dello Stato membro di residenza o di dimora, per persone richiedenti o beneficiarie di prestazioni di malattia a carico dell'Istituto che risiedono o dimorano in un altro Stato membro.

Nel caso, invece, in cui la richiesta di accertamenti pervenga all'Istituto (istituzione creditrice) dall'istituzione di un altro Stato membro per persone che risiedono o dimorano in Italia richiedenti o beneficiarie di prestazioni di malattia a carico di detto Stato comunitario, la competenza ad effettuare gli accertamenti spetta alle ASL, cui le suddette richieste saranno trasmesse, qualora pervenute per errore all'Istituto.

Accertamenti sanitari effettuati da istituzioni estere a carico dell'INPS

Nel caso di richieste di rimborso da parte delle istituzioni estere per le spese da esse sostenute per accertamenti sanitari effettuati per conto dell'INPS, le Sedi dovranno, prima di procedere al rimborso delle somme richieste, verificare che la richiesta si riferisca ad accertamenti effettivamente richiesti nell'esclusivo interesse dell'Istituto e che gli accertamenti stessi non presentino interesse anche per l'Ente estero che li ha effettuati.

Pertanto, le Sedi interessate, dopo aver accertato la regolarità della documentazione sanitaria ricevuta in allegato ai relativi formulari (PAPER SED S020) e che la spesa sia effettivamente da porsi a carico dell'Istituto, procederanno al rimborso delle somme richieste rispettando la periodicità con cadenza semestrale (31 dicembre - 30 giugno, tempo massimo per il rimborso 31 gennaio - 31 luglio).

Circa l'imputazione contabile degli oneri in questione, nel confermare il capitolo 5U1104019 "Spese per accertamenti sanitari per la concessione di prestazioni istituzionali", si è ritenuto opportuno prevedere, nell'ambito dello stesso, la seguente voce di spesa di nuova istituzione:

05 – Spese per accertamenti sanitari effettuati da Istituzioni estere.

I mandati di pagamento, sui quali dovrà essere indicato il citato capitolo/voce di spesa, saranno emessi in euro ovvero nella rispettiva valuta estera per gli Stati che non hanno adottato la moneta unica.

Per la loro registrazione in euro dovrà essere applicato il tasso di cambio del giorno in cui viene effettuata l'operazione. L'eventuale rettifica dell'importo registrato potrà essere eseguita non appena in possesso della relativa contabile bancaria di addebito.

Una copia del mandato di pagamento, con allegata la specifica delle spese, dovrà essere inviata all'istituzione creditrice come prova dell'esecuzione dell'ordine (PAPER SED S022).

Accertamenti sanitari a carico di istituzioni estere saranno effettuati dall'INPS qualora si tratti di accertamenti relativi alle pensioni di invalidità, per i quali si rinvia alla circolare sulle prestazioni pensionistiche in applicazione delle disposizioni del regolamento n. 883/2004.

Il Direttore Generale
Nori

¹ *Istituzione competente*, in base alla definizione contenuta nell'articolo 1, lett. q. i), del Reg. n. 883/2004 è l'istituzione nei cui confronti l'interessato ha diritto a prestazioni.