



ASL Brindisi

PugliaSalute

**Regolamento per la gestione dell'Anagrafe degli assistiti:
procedure per l'iscrizione, scelta e
revoca del Medico di Medicina Generale
e del Pediatra di Libera Scelta ed esenzioni**

Art. 1 - Iscrizione al SSN

Ai cittadini italiani è “assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari.”

Per questo motivo “Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza”.

Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale.

I militari hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza delle località ove prestano servizio con le modalità stabilite nei regolamenti di sanità militare.

Gli emigrati, che rientrano temporaneamente in patria, hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza della località in cui si trovano.

Gli utenti del Servizio Sanitario nazionale sono iscritti presso l’Azienda Sanitaria Locale di residenza, e sulla base della popolazione residente si dimensiona il limite oggettivo dell’organizzazione dei servizi sanitari.

A fronte dell’iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, il cittadino ha diritto ad usufruire a tutti i servizi di assistenza previsti, quali l’assistenza tramite i medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta, l’assistenza ospedaliera, specialistica, farmaceutica, ecc. secondo le norme vigenti.

Il requisito della residenza resta il presupposto essenziale per l’iscrizione degli assistiti negli elenchi dell’ASL.

L’ASL accerta la sussistenza del suddetto requisito prendendo atto dell’iscrizione anagrafica nei registri del comune di residenza, procedendo a visure telematiche attivate tramite apposite Convenzioni e verifiche incrociate periodiche fra Anagrafe Comunale, Anagrafe Sanitaria e Sistema TS.

La Legge regola i casi in cui il Cittadino straniero è equiparato o equiparabile ai cittadini italiani.

Il presente Regolamento stabilisce i criteri di scelta, di revoca e di ricusazione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera scelta, alla luce di quanto disposto dagli accordi Collettivi nazionali e regionali.

Art. 2 - L'iscrizione e la scelta del medico di un cittadino italiano

L'iscrizione al SSN da diritto, tra l'altro, alla scelta del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta.

La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del S.S.N. può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del Medico di Medicina Generale (art.36 DPR 270/00 e successivi ACN).

La scelta del proprio Medico di fiducia è regolata dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli accordi e disposizioni regionali ed aziendali in materia.

Il cittadino può effettuare la scelta liberamente, ma nel rispetto dell'ambito territoriale e del massimale di scelta del medico.

Art. 3 - Ambito territoriale

Ciascun cittadino sceglie per sé il Medico di fiducia fra quelli iscritti nell'elenco relativo all'ambito territoriale (che è il gruppo di Comuni dell'ASL ai quali fa riferimento un gruppo di medici di medicina generale per l'organizzazione dell'assistenza primaria).

La scelta di un Medico fuori ambito è ammessa solo in particolari casi, e dietro presentazione di apposita domanda, oggetto di valutazione da parte del Comitato di Azienda dei Medici di Medicina Generale o dei Pediatri di libera scelta, o da organismi da loro delegati.

Art. 4 - Massimale di scelta

La scelta del medico di famiglia o del pediatra di fiducia può essere fatta, dal cittadino nel rispetto del numero massimo di assistiti previsto dagli accordi collettivi nazionali:

- medici di medicina generale: 1.500 scelte
- pediatri di libera scelta: 800 scelte

con le deroghe previste e le modalità di conteggio applicate sulla base degli accordi nazionali e regionali. Ciascun medico, secondo le suddette regole, ha un proprio massimale di assistiti.

Per il medico di Medicina Generale è consentita la scelta in deroga al massimale di 1500 assistiti, fino ad un massimo di 1575 assistiti, nei casi in cui il figlio, il coniuge ed il convivente dell'assistito (ad esempio i genitori), purché anagraficamente conviventi, scelgono lo stesso medico.

Per il pediatra di libera scelta è consentita la scelta in deroga al massimale di 800 assistiti, fino ad un massimo di 880 per i neonati.

La scelta relativa ad assistiti in età pediatrica, appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il Pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica, può essere effettuata anche in deroga al sopra richiamato massimale.

Il Numero massimo di scelte consentite al Pediatra di famiglia, ivi comprese le deroghe di cui agli artt. 3,8,9,10,13 dell'art. 38 dell'ACN, non può essere superiore a 1.100 unità (AIR PUGLIA 15.12.2005).

Il Medico di Medicina generale ed il Pediatra di libera scelta hanno facoltà di autolimitare il proprio massimale. In tal caso non è possibile riconoscere incrementi al massimale scelto.

Le scelte attribuite a scadenza NON CONCORRONO alla determinazione del massimale di scelta.

Art. 5 - Scelta del Medico di Medicina Generale

Fatto salvo l'obbligo di iscrizione dei bambini da 0 a 6 anni al pediatra di libera scelta, il Medico di medicina generale può acquisire scelte per la restante popolazione.

L'iscrizione di un bambino di 0-6 anni può avvenire temporaneamente al medico di medicina generale SOLO quando nell'ambito territoriale non sia presente il Pediatra.

Ne consegue che, all'atto dell'inserimento del Pediatra, i genitori hanno l'obbligo di effettuare la scelta in favore del Pediatra.

I bambini da 6 a 14 anni possono continuare ad essere iscritti ad un pediatra o scegliere di essere assistiti da un medico di famiglia.

Ordinariamente la data di iscrizione è quella del giorno di effettuazione della scelta allo sportello.

Art. 6 - Scelta del Pediatra

I bambini da 0 a 6 anni sono obbligatoriamente iscritti ad un pediatra di Libera scelta.

Ordinariamente, la data di iscrizione è quella del giorno di effettuazione della scelta allo sportello, ma se il Pediatra in regime convenzionale effettua una prestazione prima di tale giorno, e rilascia in tal senso una dichiarazione da consegnare all' ASL al momento dell'effettuazione della prima scelta, gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata, che deve quindi intendersi a carico del SSN.

In ogni caso la data della decorrenza non potrà essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

I bambini da 6 a 14 anni possono continuare ad essere iscritti ad un Pediatra o scegliere di essere assistiti da un Medico di famiglia.

Per i bambini da 14 a 16 anni, su richiesta del genitore e previa accettazione del Pediatra possono essere riconosciute come condizioni idonee al prolungamento dell'assistenza (comunque non oltre il compimento del sedicesimo anno di età) la presenza di:

- Patologia cronica o handicap
- Documentate situazioni di disagio psicosociale.

In tutti gli altri casi l'assistenza è erogata dal medico di Medicina Generale.

La scelta viene effettuata tramite il genitore o persona formalmente delegata.

Art. 7 - Cittadino residente in ASL

Prima iscrizione

Per la prima iscrizione di un NEONATO cittadino italiano residente occorrono :

1. Codice fiscale rilasciato da Agenzia Entrate

2. Autocertificazione con dati di nascita
3. Delega del genitore, nel caso in cui non sia lo stesso a presentarsi

Per la prima iscrizione nell'anagrafe ASL BR di cittadini italiani residenti occorrono:

1. tessera sanitaria (TEAM) di colore blu
2. documento personale d'identità in corso di validità
3. autocertificazione residenza
4. delega, nel caso in cui non si presenti l'interessato, né il componente del nucleo familiare convivente

La ricevuta di presentazione della domanda di residenza COSTITUISCE titolo per l'iscrizione definitiva in quanto operativa dalla richiesta

Nel caso di diniego della residenza da parte del Comune, l'iscrizione al Medico viene cancellata. La cancellazione va comunicata all'interessato all'indirizzo dichiarato.

Art. 8 - Indicazioni per gli operatori

Ai fini dell'iscrizione anagrafica, l'operatore è tenuto a :

- verificare la coincidenza dei dati sul documento di identità con quelli riportati sulla Tessera Sanitaria (TEAM) (o, per il neonato, codice fiscale) e procede all'inserimento dei dati in anagrafe solo dopo aver constatato la coincidenza dei due dati. In caso di discordanza tra i dati riportati sui documenti di identità e quelli presenti sulla TEAM, è necessario che l'assistito consulti la banca dati del Sistema TS, nonché la banca dati dell'Anagrafe Comunale di residenza per la correzione del dato ed ottenga conseguentemente il codice fiscale corretto;
- acquisire il consenso al trattamento dei dati personali ai fini dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, rilasciando l'informativa;
- rilasciare immediatamente il Libretto Sanitario cartaceo con la scelta del medico richiesto e le eventuali esenzioni di cui risulti beneficiario l'assistito.

Agli atti d'ufficio va conservata:

- fotocopia tessera sanitaria blu (TEAM) (o codice fiscale per i neonati)
- fotocopia documento di identità
- originale modello trattamento dati personali
- originale delega eventuale
- originale modulo di scelta firmato dall'utente.

Non è possibile delegare il Medico beneficiario della scelta, né sono ammissibili deleghe multiple di più assistiti in capo ad unico soggetto.

Art. 9 - Variazione della scelta in ambito

Per la variazione della scelta del Medico nello stesso ambito territoriale, da parte di cittadini italiani residenti, occorrono:

- copia tessera sanitaria (TEAM) di colore blu
- copia documento personale d'identità in corso di validità
- autocertificazione dati di residenza
- delega, nel caso in cui non si presenti l'interessato

Qualora la scelta ricada su un Medico in associazione con il Medico che l'assistito intende revocare, deve essere presentata l'accettazione scritta da parte del Medico scelto.

Per la variazione della scelta del Medico, per effetto del cambio di residenza all'interno dell'ASL, occorre precisare che l'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale dispone che “nel caso di trasferimento di residenza in comuni di ambiti territoriali diversi all'interno della medesima azienda, la revoca non si applica d'ufficio ma solo in presenza di una nuova scelta a favore di un altro medico”.

Conseguentemente il cittadino residente nell'ASL che trasferisce la residenza in altro ambito territoriale può mantenere il proprio Medico di medicina generale, se non da questi ricusato.

Il Pediatra di libera scelta va invece scelto nell'ambito di residenza, e quindi si procede alla cancellazione d'ufficio.

Documenti da presentare

In caso di variazione del medico occorrono:

1. copia della tessera sanitaria (TEAM) di colore blu
2. copia del documento personale d'identità in corso di validità
3. autocertificazione dati di residenza
4. delega, nel caso in cui non si presenti l'interessato

Non è possibile delegare il Medico beneficiario della scelta.

Art. 10 - Variazione della scelta del medico fuori ambito territoriale.

In alcuni eccezionali casi la scelta del Medico è ammessa in deroga rispetto all'ambito territoriale.

Nel caso in cui il cittadino residente in ASL voglia effettuare la scelta in favore di un Medico di medicina generale o di un Pediatra di libera scelta iscritto in un elenco di un ambito territoriale diverso da quello di residenza, deve presentare apposita domanda presso la sede distrettuale di domicilio.

La scelta in deroga rispetto ai criteri stabiliti dagli Accordi Collettivi Nazionali, secondo quanto disposto dai medesimi:

- deve rappresentare carattere di eccezionalità;
- è soggetta a parere obbligatorio del Comitato Aziendale od organismo da questo delegato;
- deve essere accompagnata dall'accettazione del Medico scelto, il quale dovrà garantire la propria disponibilità ad effettuare le prestazioni domiciliari eventualmente occorrenti;
- deve essere motivata secondo la casistica appresso prevista:
 - a) esplicita richiesta di prosecuzione del rapporto fiduciario da parte dell'assistito; in tal caso non è necessaria alcuna procedura in quanto si rammenta che per il MMG non è prevista revoca d'ufficio in caso di variazione di residenza all'interno della stessa azienda;
 - b) scelta obbligata: intendendosi che nell'ambito territoriale, per ragioni contingenti, non sia possibile effettuare altra scelta;

- c) vicinanza o migliore viabilità: da valutare nel caso specifico, fornendo tutti gli elementi per l'esame della richiesta;
- d) gravi ed obiettive circostanze che ostacolino l'erogazione dell'assistenza: da valutare nel caso specifico, fornendo tutti gli elementi utili per l'esame della richiesta.

In tutti i casi sopra descritti, trattandosi di cittadini appartenenti alla stessa azienda sanitaria, la scelta del medico sarà, salvo diversa disposizione del Comitato, illimitata e quindi concorre alla determinazione del massimale vincolato.

Occorre informare il cittadino che l'esame della pratica produrrà una comunicazione di risposta di accoglimento o diniego, nel termine di 30 giorni dalla riunione del Comitato di Azienda o organismo delegato, da effettuarsi ordinariamente con cadenza mensile.

In caso di accoglimento della domanda, ad integrazione della stessa occorrono:

- 1.copia della tessera sanitaria (TEAM) di colore blu
- 2.copia del documento personale d'identità in corso di validità
- 3.delega, nel caso in cui non si presenti l'interessato.

art. 11 - Iscrizione e scelta del medico in Asl di temporanea dimora

Il requisito della residenza è presupposto essenziale per l'iscrizione degli assistiti negli elenchi delle ASL. L'attribuzione in deroga sarà possibile solo se la motivazione ricade tra quelle ammesse per tale scelta. I soggetti iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che soggiornano per un periodo superiore ai tre mesi nel territorio di una ASL diversa da quella di residenza per motivi di lavoro, studio o salute, hanno diritto all'iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di quella ASL.

Tale scelta è espressamente prorogabile.

Bisogna recarsi presso il Distretto Socio-Sanitario di appartenenza della temporanea dimora e fare richiesta di scelta del medico muniti di :

- 1. avvenuta cancellazione dall'ASL di provenienza

2. tessera sanitaria (TEAM) di colore blu
3. documento personale d'identità in corso di validità
4. delega, nel caso in cui non si presenti l'interessato.

e, a seconda delle motivazioni del soggiorno, se:

per motivi di lavoro

- attestazione del datore di lavoro, da cui risulti che l'interessato, per motivi di lavoro, è dimorante in un comune diverso da quello di residenza per un periodo superiore a tre mesi

per motivi di studio

- certificato di frequenza a corsi di studio, con indicazione della durata dei corsi stessi

Per motivi di salute o climatici

- certificato per comprovati motivi di salute, rilasciato da un medico specialista della ASL, con l'individuazione del periodo di permanenza.

Nel caso in cui sussistano i presupposti per l'utente, hanno diritto all'assistenza anche i componenti il nucleo familiare del richiedente, allorché, per motivi di convivenza, abbiano lo stesso domicilio sanitario.

Tale termine è prorogabile allorché motivazioni di studio, di lavoro, di malattia o altro giustifichino tali istanze.

Nei casi in cui l'operatore rilevi una difficoltà di interpretazione, la pratica sarà sottoposta al Comitato Aziendale per la valutazione.

Casi da sottoporre unicamente al Comitato Aziendale o organismo delegato

La domanda in deroga sarà necessariamente valutata dal Comitato Aziendale o dall'organismo delegato in tutti i restanti casi, ed in particolare:

- Scelte in deroga per permanenza prolungata presso parenti per motivi di organizzazione familiare (previa accettazione del Medico scelto)
- Motivazioni di salute ma NON IN POSSESSO di esenzioni per patologia o invalidità civile.

Art. 12 - Conclusione del procedimento di scelta in deroga

L'operatore darà comunicazione al cittadino delle determinazioni adottate dal Comitato di Azienda:

- in caso di diniego, darà comunicazione motivata sulle ragioni del diniego (entro 30 gg.) per scritto.

art. 13 - Utenti in strutture convenzionate

Per gli assistiti non residenti, ospiti in una struttura residenziale a valenza sanitaria, l'assistenza verrà erogata attraverso l'attribuzione di un Medico di medicina generale scelto dall'ospite, dietro presentazione di specifica certificazione da parte della Direzione della struttura. Anche in questo caso occorre l'avvenuta cancellazione del Medico dell'ASL di residenza.

art. 14 - Revoca del medico

La revoca può essere effettuata:

- dall'assistito che può revocare il Medico precedentemente scelto ed effettuare contemporaneamente una nuova scelta
- dal rappresentante legale nel caso della revoca del pediatra per un minore
- d'ufficio nei seguenti casi:
 - a. cessazione dell'attività
 - b. trasferimento dell'assistito
 - c. morte dell'assistito

art. 15 - Ricusazione

Il Medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta, dandone comunicazione scritta all'Azienda ASL AL che provvederà ad avvisare l'assistito. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità.

La ricusazione non ha effetto immediato, infatti il paziente ricusato ha tempo 16 giorni per fare una nuova scelta ed il medico è tenuto ad assisterlo per tutto questo periodo in modo che non rimanga senza assistenza.

art. 16 - Sospensione

Sono sospesi dagli elenchi degli assistiti:

- i cittadini che si recano all'estero per un periodo superiore ai 30 gg.,
- il personale navigante marittimo e dell'aviazione civile individuato dal DPR 01.07.80 n. 620.
- i detenuti presso Case circondariali
- i cittadini che attivino iscrizione temporanee presso Asl al di fuori del Comune di residenza

Tali scelte, temporaneamente sospese, sono riattribuite al Medico dal momento della reinscrizione, anche in deroga al massimale.

Art. 17 - Cittadini A.I.R.E.

I cittadini italiani che hanno spostato la residenza anagrafica all'estero (AIRE-Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero), anche se ivi domiciliati e con i contributi attualmente versati in tale Paese, hanno diritto all'iscrizione gratuita al Servizio Sanitario Regionale, ma senza l'iscrizione col medico e valida solo per prestazioni ospedaliere urgenti, per la durata massima di 90 giorni nell'anno solare, anche non consecutivi (D.M. sanità-tesoro 1/2/96, circ. Min. San. 1000.V-19/833/630).

I documenti da presentare sono:

- Documento di identità
- Codice fiscale
- Autocertificazione attestante la non copertura assicurativa pubblica o privata nel Paese estero di provenienza
- Autocertificazione dello stato di emigrante
- Autocertificazione di eventuale pensione erogata da Enti previdenziali italiana
- Autocertificazione di eventuale frazione dei 90 giorni di assistenza già fruiti per richiesta ad altra ASL

I cittadini italiani che hanno spostato la residenza anagrafica all'Estero (AIRE), aventi attività lavorativa comportante invece versamento dei contributi in Italia, se temporaneamente domiciliati in Italia, possono iscriversi, con scelta anche del medico, per la durata massima dell'anno solare.

I documenti da presentare sono:

- Documento di identità
- Codice fiscale
- Autocertificazione attestante la non copertura assicurativa pubblica o privata nel Paese estero di provenienza
- Documentazione comprovante il versamento dei contributi in Italia

art. 18 - Stranieri comunitari

Ai cittadini provenienti da un Paese dell'Unione Europea, dallo Spazio Economico Europeo o dalla Svizzera, presenti in Italia per turismo, l'assistenza sanitaria è garantita mediante la Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM) che dà diritto a fruire delle cure necessarie, anche non urgenti.

In situazioni diverse dal soggiorno per turismo, i cittadini comunitari possono iscriversi al Servizio Sanitario Regionale se in possesso di apposita modulistica comunitaria (modello E106, E109, E120, E121 ora documento S1) rilasciata dal paese di provenienza ovvero se lavoratore subordinato con contratto di lavoro italiano o lavoratore autonomo assoggettato alla imposizione fiscale italiana.

Per l'iscrizione al SSR il cittadino comunitario dovrà presentare all'apposito ufficio dell' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di riferimento la seguente documentazione: se lavoratore dipendente o autonomo in Italia, anche stagionale:

- contratto di lavoro attestante il rapporto di impiego e la durata
- documento di identità
- codice fiscale
- autocertificazione di domicilio e/o residenza

- autocertificazione di iscrizione alla camera di commercio o ad un Albo o Ordine Professionale (solo se lavoratore autonomo)
- autocertificazione di apertura partita IVA o apertura posizione INPS (solo se lavoratore autonomo)

se familiare del lavoratore dipendente o autonomo:

- documento di identità
- codice fiscale
- autocertificazione di domicilio e/o residenza
- autocertificazione di carico familiare fiscale nei casi di ascendenti diretti o figli maggiori di 21 anni
- certificato di matrimonio tradotto
- per i figli, certificato di nascita con l'indicazione di paternità e maternità
- "Carta di Soggiorno per familiare cittadino UE/italiano", qualora il familiare sia extracomunitario

ex lavoratore in stato di disoccupazione involontaria:

- documento di identità
- codice fiscale
- autocertificazione di domicilio e/o residenza
- ex contratto di lavoro attestante il rapporto di impiego cessato e la durata
- autocertificazione di iscrizione presso il Centro per l'impiego dove si trova il proprio domicilio

titolari di modelli E106, E109, E120, E121, ora documento S1

- documento di identità
- codice fiscale
- autocertificazione di domicilio e/o residenza
- modello E106 o E109 o E120 o E121 (ora S1)

art. 19 - Stranieri non comunitari – iscrizione obbligatoria

I cittadini provenienti da Paesi extra Unione Europea devono essere iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Regionale se sono in possesso di permesso di soggiorno per i seguenti motivi:

- lavoro subordinato o autonomo
- iscrizione alle liste di collocamento – attesa di occupazione
- motivi familiari (visto per ricongiungimento o coesione familiare) - Familiare extra-UE di cittadino comunitario/italiano
- cure mediche per donne in stato di gravidanza e sino a sei mesi successivi alla nascita del figlio
- Motivi di salute (proroga di altro Permesso di Soggiorno) - Assistenza a minore (valido per lavoro)
- attesa adozione/Affidamento/Recupero psico-fisico
- minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale;
- detenuti o sottoposti a misure detentive alla pena
- richiesta di Asilo Politico/Umanitario Internazionale
- asilo politico o richiesta di asilo
- protezione sussidiaria
- casi speciali: a) motivi di protezione sociale, vittime di violenza o grave sfruttamento, vittime di violenza domestica, particolare sfruttamento del lavoratore straniero, atti di particolare valore civile: Tessera sanitari a e certificato sostitutivo provvisorio di durata temporanea in relazione alla durata del permesso di soggiorno; b) situazioni di contingente ed eccezionale calamità – solo per territorio nazionale – no TEAM
- protezione speciale
- cure mediche ex art. 1 , comma 2, lett. d-bis) del D.Lgs. 286/98 (valido solo sul territorio nazionale – No TEAM)

- motivi umanitari (mantenimento dell'assistenza sanitaria a titolo obbligatorio per gli stranieri già titolari di un permesso di soggiorno per motivi sanitari fino alla scadenza, revoca o conversione del permesso stesso)
- Protezione Sussidiaria/Internazionale
- acquisto cittadinanza
- motivi di studio (proroga di altro Permesso di Soggiorno o lavoratore)
- misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali
- possessori di permesso CE o UE per soggiornanti di lungo periodo (Ex Carta di Soggiorno)

I familiari a carico (figli e coniuge) del cittadino straniero hanno diritto all'iscrizione al SSN come per il capo-famiglia, in attesa che la loro posizione venga regolarizzata. L'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale coincide con il periodo del permesso di soggiorno e, alla scadenza dello stesso, il cittadino straniero non comunitario deve provvedere al rinnovo.

Il diritto di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale decade per:

- mancato rinnovo del permesso di soggiorno
- revoca o annullamento del permesso di soggiorno
- espulsione del cittadino straniero

Il cittadino deve esibire la seguente documentazione:

- permesso di soggiorno valido o ricevuta della richiesta di rilascio del permesso di soggiorno rilasciata dagli enti competenti (Questura, Prefettura o Ufficio Postale);
- autocertificazione di residenza/domicilio abituale;
- codice fiscale.

art. 20 - Stranieri – iscrizione volontaria

Possono fruire dell'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale le seguenti categorie di stranieri in possesso di permesso di soggiorno con validità superiore a tre mesi e i cittadini comunitari che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria o non

godono di idonea copertura sanitaria a carico dello Stato UE di provenienza, che si trovano in una delle seguenti situazioni:

- stranieri residenti per residenza elettiva e familiari a carico
- stranieri residenti per motivi religiosi e familiari a carico
- stranieri residenti per affari e familiari a carico
- specifiche categorie di lavoratori e familiari a carico
- lavoratori alla pari
- studenti
- cittadini che partecipano a programmi di volontariato

Il cittadino deve esibire la seguente documentazione:

- solo se cittadino extracomunitario, permesso di soggiorno valido o ricevuta della richiesta di primo rilascio del permesso di soggiorno rilasciata dagli enti competenti (Questura, Prefettura o Ufficio Postale);
- autocertificazione di residenza/domicilio abituale;
- codice fiscale;
- ricevuta del versamento effettuato con bollettino postale sul c/c ----- intestato all'Asl Brindisi, causale "Iscrizione volontaria al SSN, della quota annua (anno solare) non frazionabile".

I cittadini stranieri con visto per turismo o per cure mediche oppure con permesso di soggiorno inferiore a tre mesi non possono essere iscritti al Servizio Sanitario Regionale, nemmeno facoltativamente, ma possono fruire a pagamento delle prestazioni sanitarie necessarie.

La quota annua dovuta per le diverse categorie di cittadini è calcolata sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e/o all'estero. Le aliquote da applicare per il calcolo della quota dovuta sono quelle stabilite dal D.M. 08.10.1986:

7,50% fino alla quota di reddito pari a € 20.658,28

4% sugli importi eccedenti a € 20.658,28 e fino al limite di € 51.645.69.

art. 21 - Stranieri temporaneamente presenti (STP)

I cittadini non comunitari e non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (clandestini/irregolari) hanno diritto presso le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate alle seguenti prestazioni:

- cure ambulatoriali e di ricovero urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio;
- interventi di medicina preventiva (tutela sociale della gravidanza e della maternità compreso l'accesso ai consultori familiari; tutela della salute del minore; vaccinazioni previste dai piani sanitari; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai).

Sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze e le prestazioni nei confronti dei soggetti con HIV.

A questi stranieri irregolarmente presenti, in sede di prima erogazione dell'assistenza, viene assegnato dalla struttura sanitaria, pubblica o privata accreditata del SSN (sempre che lo straniero non ne sia già in possesso e non l'abbia con sé) il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che ha validità semestrale e viene rinnovato in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

Contestualmente al rilascio del codice STP l'assistito indigente deve sottoscrivere la relativa dichiarazione d'indigenza.

Il codice STP dà diritto anche alle prescrizioni farmaceutiche, su ricettario regionale da parte di medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata, e alle prestazioni di assistenza protesica, sempre nell'ambito delle cure urgenti ed essenziali.

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).

L'accesso alle strutture sanitarie dello straniero clandestino non può comportare alcun tipo di segnalazione ad organi istituzionali, salvo i casi in cui la stessa si rende obbligatoria a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Art. 22 – Esenzione ticket

Dal 1 aprile di ogni anno si rinnovano, ai sensi del D.M. 11/12/2009, le esenzioni per motivi di reddito dal pagamento del ticket per visite ed esami specialistici e per l'acquisto di farmaci. I cittadini in possesso di credenziali SPID o di una TS_CNS (Tessera Sanitaria - Carta Nazionale dei Servizi) possono accedere al servizio on line.

Le esenzioni per motivi diversi dal reddito (patologia, invalidità, ecc.) continuano ad essere valide e si può continuare ad usufruire delle esenzioni dal pagamento del ticket senza nessun adempimento aggiuntivo.

Gli assistiti che hanno diritto all'esenzione sono inseriti automaticamente nella lista degli esenti fornita dal sistema informativo "Tessera Sanitaria" del Ministero dell'Economia e delle Finanze ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta.

Gli interessati aventi diritto all'esenzione per reddito dovranno sottoscrivere presso l'Ufficio Anagrafe Distrettuale apposita dichiarazione, resa ai sensi del Dpr. 445/2000 e s.m.i., corredata da copia di documento di identità in corso di validità, attestante la sussistenza di una delle condizioni di seguito indicate:

- Assistiti di età inferiore a 6 anni e superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98€ (codice E01);
- Disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31€, incrementato fino a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46€ per ogni figlio a carico (codice E02);

- I cittadini con esenzione E02 non sono inseriti negli elenchi e devono autocertificare la condizione economica e lo stato di disoccupazione ogni anno
- Titolari di pensione sociale e loro familiari a carico (codice E03);
- Titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31€, incrementato fino a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46€ per ogni figlio a carico (codice E04);
- Assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo complessivo fino a 18.000,00 €, incrementato di 1.000,00 € per ogni figlio a carico (codice E94);
- Assistiti di età superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 € (codice E95);
- Assistiti appartenenti a nuclei familiari con reddito annuo fino a 23.000,00 €, incrementato di 1.000,00 € per ogni figlio a carico (codice E96).

E' ammessa la delega per la presentazione della richiesta di esenzione ticket per reddito. In tal caso il delegante dovrà sottoscrivere apposito atto di delega alla consegna in favore del delegato, corredato di copia del documento di identità del delegante e del delegato. La dichiarazione attestante la sussistenza di una delle condizioni che comportano il diritto all'esenzione ticket per reddito, resa ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., dovrà essere sottoscritta dal delegante beneficiario.

Art. 23 – Norma di chiusura

Per quanto non espressamente previsto in questo Regolamento, si fa espresso rinvio ai vigenti ACN e AIR per i rapporti con i MMG e PLS, al DPCM 12 gennaio 2017 (Livelli essenziali di assistenza), al D.Lgs. n. 286 del 27 luglio 1998 e s.m.i. ed all'Accorso Stato Regioni Rep. Atti n. 255/CSR del 20.12.2012.

