



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2015/00810

DEL 25/11/2015

Collegio Sindacale il 25/11/2015

OGGETTO

DM 11/12/2009: verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del sistema tessera sanitaria . integrazioni deliberazione n. 645/2015 e approvazione modello di lettera.

Struttura Proponente

Direzione Amministrativa

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
modello controdeduzioni	1	nota recupero	1

Uffici a cui notificare

--	--

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 25/11/2015

La presente diviene
eseguibile ai sensi
dell'art.44 della L.R.
n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta
approvazione
regionale

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO CHE:

- con propria precedente deliberazione n. 645 del 05/10/2015 si disciplinava la procedura di attuazione delle disposizioni di cui al D.M. 11/12/2009 approvando un sintetico regolamento con la finalità di pianificare la procedura di recupero delle quote di tiket non pagate nell'arco temporale 2011 - 2013 per un importo di €. 2.310.430,18, giusta comunicazione del MEF tramite il portale Tessera Sanitaria;
- che con deliberazione n. 790 del 19/11/2015, anche per evitare la prescrizione del credito relativo all'annualità 2011, il servizio di stampa, imbustamento, spedizione e gestione delle ricevute delle comunicazioni relative alle esenzioni non spettanti è stato affidato alla Ditta Postel S.p.A.;
- che si rende necessario procedere alla definitiva approvazione di uno schema di lettera tipo da inviare ai cittadini/utenti per il recupero delle quote non pagate;

VISTA la lettera tipo allegata alla presente e parte integrante e sostanziale;

EVIDENZIATO che:

- La responsabilità del processo di contestazione e recupero viene affidata ai Direttori di Distretto, come individuati nell'Atto Aziendale e nei successivi provvedimenti attuativi;
- Le note di contestazione saranno inviate presso la residenza del cittadino dalla ditta affidataria del servizio di cui sopra;
- Le eventuali controdeduzioni dovranno pervenire direttamente al Distretto di afferenza;
- I cittadini residenti fuori Regione o nel territorio della provincia di Matera potranno inviare le controdeduzioni al Distretto di Potenza;
- L'importo a titolo di maggiorazione indicato nella lettera di contestazione è dovuto a titolo di spese di istruttoria ed è stato calcolato sulla media del compenso orario del personale coinvolto nelle operazioni di recupero, maggiorata di una percentuale per costi indiretti (carta, telefono, ecc...);
- La dott.ssa Maria Teresa Antenori è individuata quale coordinatore del progetto con il compito facilitare l'interlocuzione tra i vari Dirigenti e soggetti a vario titolo coinvolti nel processo;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario,

DELIBERA

per quanto in premessa meglio esplicitato e che qui di seguito si intende integralmente riportato,

1. di approvare lo schema tipo di lettera di contestazione da inviare al cittadino nella sede di residenza cura della Ditta esterna e il modello di contestazione alla verifica delle esenzioni ticket per reddito relative agli anni 2011-2012-2013, allegati alla presente;
2. di dare atto che l'importo a titolo di maggiorazione, indicato nella lettera di contestazione, è stato calcolato in via forfettaria e sarà dovuto nei casi di contestazioni prodotte dal cittadino e non accolte;

3. di ribadire che la responsabilità delle fasi successive all'invio è demandata ai Direttori di Distretto;
4. di affidare la responsabilità del coordinamento dell'intero processo e dei vari attori coinvolti alla dott.ssa Maria Teresa Antenori, dirigente a tempo pieno ed indeterminato di questa Azienda;
5. di dare mandato al coordinatore del progetto di proporre ulteriori eventuali provvedimenti organizzativi in merito;
6. di notificare la presente alla dott.ssa Maria Teresa Antenori, al SIA aziendale, ai Direttori di Distretto per i seguiti di competenza;
7. di dichiarare la presente immediatamente esecutiva.

L'Istruttore

Cristiana Mecca

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Massimo De Fino

Giovanni Battista Bochicchio

Cristiana Mecca

Il Direttore Sanitario
Massimo De Fino

Il Direttore Generale
Giovanni Battista Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Cristiana Mecca

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



Al Direttore Generale
ASP DI POTENZA

**MODELLO DI CONTESTAZIONE ALLA VERIFICA DELLE ESENZIONI TICKET PER
REDDITO RELATIVE AGLI ANNI 2011-2012-2013**

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

e-mail _____ tel. _____

in qualità di : diretto interessato - genitore del minore - altro _____

in merito agli esiti delle verifiche sull'autocertificazione presentata nel 20____ (reddito anno
____) per il recupero del ticket non pagato (art. 1 co. 10 del D.M. 11/12/2009) notificati con nota
prot. n. _____ del _____

al Sig. _____

codice fiscale _____

CHIEDE

L'annullamento parziale dell'avviso di pagamento dell'importo di
€ _____ in quanto titolare a far data dal _____ del
seguinte codice di esenzione: _____ ,

L'annullamento totale dell'avviso di pagamento dell'importo di € _____
in quanto titolare a far data dal _____ del seguente codice
di esenzione _____

Altro _____

=====
Informativa Privacy : i dati personali acquisiti tramite il presente modulo sono raccolti per le finalità connesse allo
svolgimento dell'attività di "verifica delle esenzioni ticket per reddito" e dei collegati trattamenti di dati personali effettuati anche
con l'ausilio di strumentazione elettronica da parte della ASP di Potenza: Responsabile per lo specifico trattamento è il Direttore
Amministrativo della ASP di Potenza. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.LGS. 196/03 (accesso, correzione,
cancellazione, opposizione al trattamento, indicazione delle finalità del trattamento), effettuando richiesta all'ufficio centrale di
verifica delle esenzioni ticket per reddito email _____ . In mancanza del suo consenso il trattamento dei
dati personali e la presa in carico della sua richiesta non saranno possibili.

Data e luogo _____ FIRMA _____

=====
- Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

-In caso di delega, la persona delegata dovrà allegare copia di un documento di riconoscimento
e fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante.

Data e luogo _____

FIRMA _____



RISERVATO ALLA ASP DI POTENZA

1) Estremi del documento del richiedente : tipo _____ numero _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

fotocopia del documento allegato all'istanza

2) Estremi del documento di identità delegato: tipo _____ numero _____

rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

fotocopia del documento allegato all'istanza

ESAME PRELIMINARE A CURA DEGLI OPERATORI DI DISTRETTO

Vista la domanda, verificato che l'assistito è in possesso del seguente codice di
esenzione: _____ a far data _____
altro _____

A) Si consegna al richiedente la stampa del dettaglio delle prestazioni specialistiche effettuate
nell'anno _____ in quanto titolare o delegato

B) La stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere all' **ANNULLAMENTO
PARZIALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di
€ _____ notificato con nota prot. n° _____
Del _____ al Sig _____

C) La stessa può trovare accoglimento favorevole e si può procedere **all'ANNULLAMENTO
TOTALE** della richiesta di recupero ticket non pagato di € _____ notificato
con nota prot. n° _____ del _____ al
Sig: _____

D) La stessa non può trovare accoglimento favorevole (**DINIEGO**) e non si può procedere
all'annullamento totale/parziale della richiesta di recupero ticket non pagato di
€ _____ notificato con nota prot. n° _____ del _____ al
Sig. _____

DATA _____ **timbro e firma** _____

ESAME DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Vista la domanda e l'esame preliminare di _____ operatore del DSB Di
_____ del _____, si conferma la valutazione preliminare al

punto A) **ANNULLAMENTO PARZIALE** ; B) **ANNULLAMENTO TOTALE**; C) **DINIEGO**.

Si ritiene che la domanda possa essere accolta/rigettata per le seguenti
motivazioni _____

DATA _____

timbro e firma _____



Cognome e nome DESTINATARIO

Indirizzo.....

CAP Citta Provincia

OGGETTO: Autocertificazione anni 2011-2013 - recupero ticket non pagato (DM 11/12/2009).

Le verifiche effettuate dal Sistema Tessera Sanitaria, attraverso le banche dati dell'Agenzia delle Entrate, del Ministero del Lavoro e dell'INPS (art.1 comma 10 del D.M.11/12/2009), hanno evidenziato che la posizione reddituale/occupazionale dell'esente COGNOMEesente NOMEesente CODICEFISCALEesente non coincide con quella autocertificata.

Ciò comporta l'obbligo al pagamento del ticket per le prestazioni fruito.

Lei è pertanto, invitato a pagare la somma

- di € Saldo 2011 per l'anno 2011, giusta comunicazione MEF allegata protocollo Protocollo 2011;
- di € Saldo 2012 per l'anno 2012, giusta comunicazione MEF allegata protocollo Protocollo 2012;
- di € Saldo 2013 per l'anno 2013, giusta comunicazione MEF allegata protocollo Protocollo 2013

comprensiva di € 5,50 per le spese notifica, tramite i bollettini allegati alla presente, entro le date di scadenza ivi indicate.

In caso di mancato pagamento alla data di scadenza indicata sul bollettino, si procederà d'ufficio alle ulteriori azioni previste dalla legge per il recupero di quanto dovuto.

Nel caso in cui vorrà produrre eventuali contestazioni, dovrà utilizzare l'apposito modello, disponibile sul sito ASP e presso gli sportelli distrettuali aziendali, allegando copia di un documento di riconoscimento, da trasmettere con una delle seguenti modalità:

- Raccomandata a/r indirizzata ad ASP..... In questo caso si invita l'assistito ad indicare nella lettera il proprio recapito telefonico.
- Pec all'indirizzo: protocollo@pec.aspbasilicata.it (solo nel caso si sia in possesso di una PEC).

Si rappresenta altresì che in caso di mancata accettazione delle contestazioni formulate le sarà applicata una maggiorazione pari ad €. 40,00 per ogni annualità contestata a titolo di spese di istruttoria.

Il Direttore Generale

Dr. Giovanni Battista Bochicchio

(firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 D.Lgs n.39/1993)



VADEMECUM DI GUIDA PER AUTONOME VERIFICHE

Si riportano definizioni ed esempi per un'autonoma verifica della propria posizione. L'assistito è comunque invitato a controllare, preventivamente al pagamento, il reddito di riferimento del proprio nucleo familiare relativo all'anno precedente a quello dell'autocertificazione.

Nell'allegato Verifica Autocertificazione sono riportati: il codice di esenzione (per es. E02); il nominativo di chi ha usufruito delle prestazioni "ASSISTITO ESENTE" il nominativo del titolare del diritto di esenzione "TITOLARE" il nominativo di chi ha reso nell'anno considerato l'autocertificazione "DICHIARANTE"; la motivazione dell'ESITO NEGATIVO (es. Il reddito del nucleo familiare risulta sopra soglia; il titolare risulta occupato nel periodo nell'archivio MDL- Ministero del Lavoro); il nucleo fiscale di riferimento ricostruito dalla dichiarazione dei redditi; l'elenco delle ricette di prestazioni fruite indebitamente in regime di esenzione per reddito; l'ammontare quota di partecipazione alla spesa (ticket) da versare al Servizio Sanitario Nazionale.

Definizione della categoria codice di esenzione E02

E02	Disoccupati (che hanno perduto una precedente occupazione e sono iscritti nelle liste dei entri per l'Impiego) e loro familiari a carico, con reddito familiare relativo all'anno recedente inferiore a € 8.263,31 incrementato ad € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico. Sono richiesti 2 requisiti: disoccupazione +reddito. Controllare la propria posizione occupazionale dal modello C/2 storico rilasciato dai Centri per l'Impiego.
-----	---

Altre Definizioni

Per NUCLEO FAMILIARE deve intendersi quello rilevante ai fini fiscali (e non anagrafici) costituito dall'interessato, dal coniuge non legalmente separato e dagli altri familiari a carico. In ogni caso dichiarante e coniuge (anche se fiscalmente non a carico e con residenze diverse) costituiscono un nucleo familiare fiscale unico.

Il REDDITO COMPLESSIVO DEL NUCLEO FAMILIARE è pari alla somma dei redditi riferiti all'anno precedente di tutti i componenti il nucleo familiare fiscale. Il reddito da verificare è relativo all'anno precedente a quello dell'autocertificazione. I modelli da verificare sono: CUD, 730, UNICO.

Per FAMILIARI A CARICO si intendono coloro che hanno percepito nell'anno precedente un reddito complessivo inferiore ad € 2.840,51 per i quali il dichiarante usufruisce delle detrazioni fiscali.

Per PENSIONE INTEGRATA AL MINIMO (E04) non si intende genericamente una pensione di importo basso. Infatti è un trattamento economico specifico riconosciuto al cittadino la cui pensione, sulla base dei contributi versati, risulta inferiore a un livello minimo fissato per legge. In questi casi lo stato integra l'importo fino al raggiungimento di tale livello.

Sono richiesti (per l'esenzione E04) 2 requisiti: pensione integrata al minimo + età.