



GR - Giunta Regionale del Lazio
39 - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Direttori Generali/Commissario Straordinario
 ASL
 e, p.c. Direttori Generali/Commissario Straordinario
 AO, AOU, IRCCS
 Società LAZIOcrea

Oggetto: D.M. 12 febbraio 2019 “ripartizione del fondo di 60 milioni di riduzione della quota fissa per ricetta di prestazioni di specialistica ambulatoriale” pubblicato sulla G.U. del 3 marzo 2019. Attivazione codice esenzione per le categorie vulnerabili destinatarie della riduzione della quota fissa sulla ricetta di specialistica ambulatoriale.

Facendo seguito al DCA 319/2019, la Regione Lazio con Determinazione -GSA n. G02321 del 03.03.2020 ha eseguito l'accertamento e l'impegno dei fondi che il Ministero della Salute ha destinato alla riduzione della quota fissa sulla ricetta di specialistica ambulatoriale per le seguenti categorie di soggetti vulnerabili alle quali applicare l'esenzione contributiva:

- a) i soggetti di età maggiore o uguale a 60 anni (e inferiore a 65 anni) con reddito familiare IRPEF inferiore ad € 36.151,98;
- b) minori ospitati in strutture residenziali assistenziali;
- c) minori in affidamento familiare;
- d) cittadini ENI;
- e) donne vittime di violenza e figli minori a carico, accolti in strutture residenziali

Alle categorie sopra riportate sono state associate i seguenti codici esenzione:

- **E10:** *soggetti di età maggiore o uguale a 60 anni (e inferiore a 65 anni) con reddito familiare IRPEF inferiore ad € 36.151,98.*
 Rilasciate in automatico da SOGEI ed inseriti nell'elenco degli aventi diritto con validità analoga a quella delle altre esenzioni per reddito (scadenza 31/03/2021); sarà possibile effettuare comunque l'autocertificazione compilando il modulo. In fase di inserimento informatico dovrà essere controllata l'età (compresa tra 60 e 65); non sarà stampata la tessera;
- **V10:** *cittadini ENI.*
 Verranno rilasciate in automatico massivamente per tutti i titolari di tesserino ENI valido e successivamente ad ogni rilascio/rinnovo di tesserino con validità analoga a quella del tesserino. Non è necessaria l'autocertificazione in quanto la condizione è già nota (chi non ha il tesserino e ne ha diritto se lo fa rilasciare). Non verrà stampata la tessera esenzione in quanto è valido il tesserino ENI;
- **V11:** *minori ospitati in strutture residenziali assistenziali e minori in affidamento familiare.*
 Verranno rilasciate esclusivamente presentando il modulo di autocertificazione (allegato 1), con validità 6 mesi dal rilascio. In fase di inserimento informatico verrà controllata età (minore di 18); verrà stampata la tessera riportante il codice di esenzione e descrizione generica “D.M. 12 febbraio 2019”;

GR - Giunta Regionale del Lazio

39 - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

- **V12: donne vittime di violenza e figli minori a carico, accolti in strutture residenziali.**
Verranno rilasciate esclusivamente presentando il modulo di autocertificazione (allegato 2), con validità 6 mesi dal rilascio; in fase di inserimento informatico verrà controllato o sesso (F) o età (minore di 18); verrà stampata la tessera riportante il codice di esenzione e descrizione generica "D.M. 12 febbraio 2019".

Si invitano le SS.LL. a dare la massima diffusione ai medici prescrittori.

Cordiali saluti

Dirigente Ufficio programmazione e
verifica attività specialistiche, libera professione e
governo delle liste di attesa

Monica Foniciello


IL Dirigente dell' Area
Rete Ospedaliera e Specialistica

Giuseppe Spiga


IL DIRETTORE REGIONALE

Renato Batti


Modello V11

D.C.A. n. U00319/2019

Il/la sottoscritto/a

CODICE FISCALE

Tutore legale di

CODICE FISCALE

DICHIARA

Che

Il CODICE FISCALE

Domiciliato presso la Struttura

HA DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA
PER CONDIZIONE V11

Data

FIRMA

.....

.....

Modello V12

D.C.A. n.U00319/2019

Il/la sottoscritto/a

CODICE FISCALE

Tutore legale di

CODICE FISCALE

DICHIARA

che

Il CODICE FISCALE

Domiciliato presso la Struttura

.....

HA DIRITTO ALL'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA
PER CONDIZIONE V12

Data

FIRMA

.....

.....