DISCIPLINARE - PERL'EROGAZIONE DI BENI E PRESTAZIONI SANITARIE IN FAVORE DEI DESTINATARI INDIVIDUATI DAL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITA' NELLA SALUTE, AREA "CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA"

Azienda Socio - Sanitaria Locale Cagliari

1. Ambito di applicazione

Il presente disciplinare fornisce indicazioni per l'erogazione di farmaci, dispositivi medici durevoli (protesi odontoiatriche) e prestazioni sanitarie in favore di persone in condizioni di vulnerabilità socio economica così come individuati all'interno del documento "Criteri di individuazione della popolazione target e modalità di attestazione dei requisiti", quali destinatari del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) area "Contrastare la povertà sanitaria".
Nello specifico, il paragrafo 2.1.1.1.1 del Programma - Interventi dei fondi cita testualmente che, nell'area "Contrastare la povertà sanitaria" *"si prevede il potenziamento della medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in vulnerabilità socio-economica, attraverso l'outreach e l'attivazione di Comunità, funzionali alla quantificazione e qualificazione dei bisogni di salute inespressi da rappresentare ai servizi territoriali e al loro soddisfacimento immediato. Attraverso un approccio di offerta attiva extra moenia si prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante personale sanitario e socio-sanitario dedicato da utilizzare in attività di outreach, che operi anche in ambulatori mobili, oltre che in spazi già esistenti, in collaborazione con tutte le articolazioni del territorio (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ETS, parrocchie e strutture dei servizi sociali dei Comuni), in modo da raggiungere le persone hard to reach e la popolazione invisibile ai servizi sanitari, per soddisfarne i bisogni di cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali e prevedendo, qualora necessaria, l'erogazione di medicinali e dispositivi i cui costi sono a carico del paziente e, ove necessario, il referral verso le strutture della medicina territoriale o ospedaliere. Funzionali a tale modalità operativa saranno gli accordi di coprogettazione con gli ETS e il coinvolgimento, nel partenariato operativo, dei servizi sociali dei Comuni, per facilitare ingaggio e compliance delle persone in povertà sanitaria. Gli ETS forniranno supporto alle ASL nell'individuazione e nella qualificazione dei bisogni di salute e faciliteranno la presa in carico efficace dei destinatari delle azioni all'interno dei percorsi clinico-assistenziali. Ancora, gli ETS potranno supportare le ASL nell'ingaggio efficace dei destinatari collaborando con i servizi socio-assistenziali attivi sul territorio."*

2. Destinatari

I Programma identifica come destinatari gli "individui in stato di vulnerabilità socio-economica che non riescono ad ottenere una presa in carico sanitaria e socio sanitaria adeguata (es. individui con mancanza o instabilità di reddito, di lavoro o di abitazione, soggetti invisibili con elevata marginalità sociale come senza fissa dimora e cittadini di paesi terzi, incluse le comunità RSC, individui con vulnerabilità psichica e quindi sociale) nel rispetto della Carta dei diritti fondamentali della UE, sia in termini di non discriminazione che di protezione della salute. Verrà considerato il modo più efficace per raggiungere le diverse tipologie di potenziali destinatari. In particolare, per le comunità RSC, saranno attuate azioni in linea con la Strategia nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti".

Considerate, pertanto, le caratteristiche peculiari della popolazione target (e.g. invisibilità e marginalità) dell'area "Contrastare la povertà sanitaria" e la diversificazione delle condizioni che possono rappresentare uno svantaggio economico e/o sociale, sono stati considerati:

- criteri riferiti alla **persona;**
- criteri riferiti al contesto di svolgimento dell'intervento.

Con riferimento alla persona, si prendono in considerazione le seguenti condizioni relative ai destinatari:

a) certificazione ISEE al di sotto di euro 10.000;
b) codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che assicura l'assistenza sanitaria agli stranieri cittadini di Paesi terzi privi di un permesso di soggiorno, e rilasciato su autodichiarazione di indigenza;

c) codice ENI (Europeo Non Iscritto) che garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie ai cittadini comunitari privi di TEAM (Tessera Europea Assistenza Malattia) e privi di requisiti per l'iscrizione al SSN e con autodichiarazione di indigenza.
d) titolarità di esenzioni per reddito, tenendo conto anche delle esenzioni previste a livello regionale;
e) dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza;
f) dichiarazione attestante la situazione di disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS), accreditato e individuato dall'azienda sanitaria (beneficiaria) per la co-progettazione degli interventi sul territorio e la funzione di orientamento dei soggetti in povertà sanitaria verso i servizi sanitari accessibili sul territorio.

Pertanto, per le attività previste dal PNES per l'area "Contrastare la povertà sanitaria" effettuate presso gli ambulatori di prossimità (luogo di integrazione socio-sanitaria) e durante le attività di *outreach* in comunità distanti dai punti di erogazione dei servizi sanitari (es. isolamento dovuto a conformazione geografica e orografica del territorio, etc.), il destinatario deve essere identificato mediante almeno uno dei criteri indicati in precedenza, di cui di seguito è riportata la relativa documentazione comprovante.

Condizioni destinatari	**Documentazione comprovante**
Basso reddito, iscritto al SSN	ISEE inferiore a 10.000 euro
Basso reddito, cittadino non comunitario, non iscritto al SSN	STP
Basso reddito, cittadino comunitario non iscritto al SSN	ENI
Titolare di esenzioni per reddito, tenendo conto anche delle esenzioni previste a livello regionale	Esenzione per reddito
Indigenti tracciati nelle anagrafiche dei Comuni	Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
Indigenti non tracciati nelle anagrafiche dei Comuni	Dichiarazione attestante la situazione di disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS), accreditato e individuato dall'azienda sanitaria (beneficiaria) per la co-progettazione degli interventi sul territorio e la funzione di orientamento dei soggetti in povertà sanitaria verso i servizi sanitari accessibili sul territorio

Con riferimento ai criteri riferiti al **contesto** di svolgimento dell'intervento, quando l'attività di *outreach* si rivolge a persone che dimorano in contesti individuati come deprivati e ad elevata marginalità socio-economica, tutta la popolazione target che verrà presa in carico è individuata come destinataria.
La documentazione attestante la vulnerabilità socio-economica non è riferita alla condizione delle singole persone, bensì prodotta dall'Azienda Sanitaria beneficiaria in riferimento al contesto di deprivazione in cui è svolto l'intervento. Saranno quindi destinatari dell'intervento: individui homeless; soggetti che vivono in insediamenti di fortuna e non autorizzati nel tessuto urbano e rurale; lavoratori stagionali in agricoltura che vivono in insediamenti informali; persone che vivono in palazzi occupati, persone RSC che vivono in insediamenti autorizzati e non. I contesti qui illustrati potranno essere oggetto di integrazione, in esito a un primo periodo di attuazione degli interventi.

Condizione destinatari	Documentazione comprovante*
Persona in vulnerabilità socio-economica in contesto deprivato	La documentazione relativa alla condizione personale non è richiesta. La documentazione è riferita all'intervento e al contesto in cui è svolto e sarà prodotta dall'Azienda Sanitaria.

3. Regime amministrativo

Con riferimento alle risorse attribuite e al circuito finanziario, le AS devono attenersi a quanto riportato nei seguenti documenti:

- Convenzione sottoscritta da ciascuna dalle AS con INMP;
- Linee Guida per le aziende sanitarie beneficiarie dell'area contrastare la povertà sanitaria del programma nazionale equità nella salute 2021-2027 di cui il presente documento ne costituisce parte integrante;
- Art.89 comma 2, 3 del CCNL Area Sanità del 23 gennaio 2024 triennio 2019 - 2021;
- Legge 213 del 2023 che estende fino 31/12/2026 l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico dell'attuale Art.89 del CCNL Area Sanità del 23/01/2024;
- Regolamento Aziendale in vigore al momento in cui verranno liquidate le prestazioni aggiuntive;
- Regolamenti aziendali afferenti alla remunerazione al personale dipendente sui progetti;
- Regolamenti (UE) 966/2012 e 2021/1060;
- DPR 22/2018;
- linee guida n.2/2017, n.5/2019, redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), la nuova direttiva del 28/11/2023, ai sensi del DL 150/2009 e dell'art 3 comma1 del DPR n. 105 del 2016;
- Eventuali linee di indirizzo e disposizioni previste in materia dalla RAS;
- Accordi sindacali.

4. Prestazioni

4.1 Elenco Prestazioni

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché altre prestazioni sanitarie ambulatoriali e non, sono definite sulla base dell'analisi del bisogno di popolazione e **sono in coerenza con i progetti presentati da ciascuna AS come approvati da INMP**.
Rientrano in questo gruppo:
a) le visite specialistiche e le prestazioni erogate presso gli ambulatori di prossimità;
b) le visite specialistiche e le prestazioni erogate presso i motorhome.

Le prestazioni erogate presso gli ambulatori di prossimità coinvolgeranno medici e uno psicologo con competenze in medicina delle migrazioni e di prossimità. Le specialità mediche che prevediamo di erogare, in coerenza con i progetti presentati e approvati, sono:

Oculistica, Otorino, Odontoiatria, Ginecologia, Psichiatria, Pediatria, Neuropsichiatria, Dermatologia, Geriatria,Cardiologia, Infettivologia, Diabetologia.

L'erogazione delle prestazioni avverrà in giornate prestabilite e dedicate al programma in oggetto oppure in orario straordinario rispetto alla consueta apertura degli ambulatori, sempre nel rispetto dei limiti orari stabiliti nel piano degli interventi. Il calendario delle prestazioni sanitarie verrà comunicato periodicamente con l'indicazione dei giorni, degli orari, delle visite erogate sia relativamente alle visite negli ambulatori di prossimità sia relativamente alle visite con i motorhome.

Ci si riserva la possibilità di rimodulare le prestazioni in relazione alle esigenze che si rileveranno in fase di attuazione.

Si prevede un iter costituito da:

- Pima visita dove verrà predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico;
- Orientamento ai servizi del territorio o invio al Centro di Orientamento dei Servizi Sanitari per gli Immigrati (C.O.S.S.I.);
- Sostegno-accompagnamento nei percorsi sanitari derivati dalla presa in carico sanitaria presso l'ambulatorio di prossimità, sia per gli aspetti burocratici che per orientamento nelle procedure diagnostico-terapeutiche;
- Eventuale follow up del piano diagnostico adottato.

Prestazioni pre-protesiche

- Visita odontoiatrica
- Igiene orale
- Estrazioni eventuali
- Ricostruzioni eventuali

Prestazioni protesiche

- Impronta in alginato
- Impronta definitiva (con polisolfuro o silicone con porta-impronte individuale)
- Base di masticazione
- Prova denti
- Applicazione protesi

4.2Modalità da seguire per l'erogazione delle prestazioni

Al fine di tracciare i pazienti arruolati e le prestazioni erogate, a soli fini esemplificativi, si adotta la modulistica per la presa in carico del paziente.

L'arruolamento del paziente al PNES avviene attraverso la compilazione, con l'eventuale supporto di personale dell'ETS, della **scheda di adesione partecipanti** (Allegato a.1) che non può essere modificata e dovrà essere debitamente sottoscritta dal paziente e custodita dall'AS in modalità cartacea.

In seguito, il paziente potrà essere indirizzato alle prestazioni sanitarie richieste e/o proposte per ciascuna delle quali deve prevedersi apposita modulistica in essere in azienda.

Le schede e i moduli dovranno essere compilati in maniera più completa ed esaustiva possibile per consentire una corretta tracciabilità ed un idoneo monitoraggio al fine di alimentare gli indicatori di output.

L'AS, nel rispetto della norma vigente sulla tutela della privacy, utilizzerà il registro in formato .xls fornito da INMP per tracciare le prestazioni sanitarie erogate contenente non solo i dati anagrafici ma anche luogo, data e tipologia di prestazione erogata.

Criteri di arruolamento dei pazienti

Oltre ai criteri generali socio-economici di arruolamento per il PNES, descritti nella sezione 2 del presente disciplinare, per le prestazioni odontoiatriche si tiene conto del fattore clinico e sociale.

In dettaglio si valuta:

a) la riduzione dell'efficienza masticatoria con assenza di almeno 4 denti posteriori, esclusi i terzi molari;
b) il danno estetico-sociale con assenza di almeno 1 dente frontale.

Per il fattore clinico-sociale, al paziente viene attribuito un punteggio di priorità. Il punteggio è il risultato di una somma tra i valori di alcune variabili. Per ottenere un valore del Punteggio, innanzitutto si attribuirà un valore alla variabile Età (Cfr. ValEtà in Fig. 1), quindi alla variabile Edentulia totale (Cfr. ValEdentuliaTotale in Fig. 2). In base all'opzione selezionata per la variabile Edentulia totale si compileranno le successive quattro variabili (Cfr. figure 3 e 4), come indicato nella tabella riportata in figura 2.

Calcolato il punteggio, però, perché il calcolo sia effettivo occorrerà verificare due condizioni che devono essere compresenti (Cfr. Fig. 5):

- assenza di almeno 1 dente anteriore;
- assenza di almeno 4 denti posteriori.

Soddisfatte queste condizioni si otterrà un punteggio che può variare da un minimo di 2,5 punti a un massimo di 23.

Età	ValEtà
Meno di 30 anni	6
Da 30 a 39 anni	5
Da 40 a 49 anni	4
Da 50 a 59 anni	3
Da 60 a 70 anni	2
Oltre i 70 anni	1

Figura 1 - Variabile Età

Edentulia totale	ValEdentuliaTotale	DentiFrontaliSuperiori	DentiPosterioriSuperiori	DentiFrontaliInferiori	DentiPosterioriInferiori
Presenza di denti su entrambe le arcate	0	compilare	compilare	compilare	compilare
Edentulia mono-mascellare superiore	8	NON compilare	NON compilare	compilare	compilare
Edentulia mono-mascellare inferiore	8	compilare	compilare	NON compilare	NON compilare
Edentulia bi-mascellare	9	NON compilare	NON compilare	NON compilare	NON compilare

Figura 2 - Variabile Edentulia totale e guida alla compilazione delle altre variabili

Denti frontali superiori*	ValDentiFrontaliSuperiori
Assenza di 1 dente frontale superiore	1
Assenza di 2 denti frontali superiori	2
Assenza di 3 denti frontali superiori	3
Assenza di 4 denti frontali superiori	4
Assenza di 5 denti frontali superiori	5
Assenza di 6 denti frontali superiori	6

*Da canino dx a canino sx

Denti posteriori superiori**	ValDentiPosterioriSuper
Assenza di 4/5 denti posteriori superior	1
Assenza di 6/7 denti posteriori superior	2
Assenza di 8 denti posteriori superiori	3

** Da premolare a II molare

Figura 3 – Variabili Denti frontali superiori e Denti posteriori superiori

Denti frontali inferiori*	ValDentiFrontaliInferiori
Assenza di 1 dente frontale inferior	0,5
Assenza di 2 denti frontali inferiori	1
Assenza di 3 denti frontali inferiori	1,5
Assenza di 4 denti frontali inferiori	2
Assenza di 5 denti frontali inferiori	2,5
Assenza di 6 denti frontali inferiori	3

*Da canino dx a canino sx

Denti posteriori inferiori**	ValDentiPosterioriIr
Assenza di 4/5 denti posteriori inferior	1
Assenza di 6/7 denti posteriori inferior	2
Assenza di 8 denti posteriori inferiori	3

** Da premolare a II molare

Figura 4 – Variabili Denti frontali inferiori e Denti posteriori inferiori

Condizioni di partenza (devono essere compresenti)	
Assenza di almeno 1 dente anterior	SE (ValDentiFrontaliSuperiori + ValDentiFrontaliInferiori) > 0 ALLORA 1
Assenza di almeno 4 denti posterior	SE (ValDentiPosterioriSuperiori + ValDentiPosterioriInferiori) > 0 ALLORA 1

Figura 5 – Condizioni che occorre soddisfare perché il valore di Punteggio sia valido

Facendo ricorso al file xls **(All.a.6 Algoritmo calcolo del punteggio di OS-** Cfr. Fig. 6**)** predisposto per il calcolo del punteggio di priorità, sarà possibile gestire in maniera assistita e automatizzata le attività di compilazione delle variabili, calcolo del punteggio e verifica delle condizioni.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	ID paziente	Età	Edentulia totale	Denti frontali sup	Denti posteriori sup	Denti frontali infer	Denti posteriori infe	Condizioni	Punteggio
2	1	Meno di 30 anni	Presenza di denti su entrambe le	Assenza di 1 dente	frontale superiore	Assenza di 2 denti frontali inferiori		0	
3	2	Da 30 a 39 anni	Presenza di denti su entrambe le arcate		Assenza di 6/7 denti	posteriori superiori	Assenza di 4/5 denti	0	
4	3	Da 40 a 49 anni	Edentulia mono-mascellare inferiore		Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	14
5	4			Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
6	5	Meno di 30 anni	Edentulia mono-mascellare supe	Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	17
7	6	Meno di 30 anni	Edentulia bi-mascellare	Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	15
8	7	Da 40 a 49 anni		Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
9	8	Meno di 30 anni		Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
10	9							0	
11		Meno di 30 anni							
12		Da 30 a 39 anni							
13		Da 40 a 49 anni							
14		Da 50 a 59 anni							
		Da 60 a 70 anni							
		Oltre i 70 anni							

Figura 6 - Screenshot del foglio xls di calcolo del punteggio di OS

Il medico/odontoiatra dell'AS, ravvisata l'essenzialità e l'indifferibilità del motivo clinico e appresa la condizione di disagio dell'Utente, propone allo stesso la prestazione gratuita mediante la compilazione di apposita modulistica.

Fatte salve le indicazioni cliniche valide per tutti i pazienti, essendo un progetto di odontoiatria sociale **si raccomanda vivamente** di utilizzare il più possibile protesi mobili che garantiscono il soddisfacimento del bisogno di salute del maggior numero possibile di persone in condizione di vulnerabilità sociale.

Per ogni paziente arruolato è compilata una Scheda individuale che riporta gli esiti della valutazione e la programmazione delle prestazioni necessarie all'applicazione delle protesi. L'assegnazione della protesi avviene secondo un principio di priorità su riportati.

5. Forniture

5.1 Farmaci

IL PNES prevede la presa in carico dei bisogni di salute delle persone in stato di povertà sanitaria e la **Dotazione di farmaci di fascia A senza nota AIFA e fascia C.** Al fine di poter assicurare la distribuzione dei farmaci di **fascia A senza nota AIFA e fascia C** ai pazienti target, l'Azienda stipulerà una convenzione con le farmacie convenzionate della ASL di Cagliari.

I farmaci potranno essere consegnati direttamente agli utenti presso ambulatorio o motohome, oppure gratuitamente presso le farmacie convenzionate dietro presentazione dell'apposita modulistica di autorizzazione da parte del medico (Allegato a 4 - Distribuzione Farmaci);

Le farmacie provvederanno mensilmente a comunicare alla SC Farmacia Territoriale il riepilogo dei farmaci consegnati per la liquidazione del rimborso.

La SC Farmacia Territoriale, per controllare la spesa farmaceutica, registrerà mensilmente i dati così da consentire il monitoraggio continuo attraverso l'utilizzo di una lista pseudonomizzata dei pazienti target in cui saranno indicati

- Prescrizione
- Modulistica prevista
- Fatturazione della spesa
- Farmaco consegnato
- numero di confezioni, costo unitario e costo totale dei farmaci distribuiti

Verranno conservati in Azienda i dati e tutta la documentazione utile ai fini della rendicontazione della spesa.

L'autorizzazione alla distribuzione del farmaco avviene previa compilazione di un'apposita modulistica (Allegato a.4: Modulo - Distribuzione Farmaci).

Si riportano in allegato (Allegato a.5) i riferimenti relativi a "Classi di rimborsabilità dei farmaci (A, H, C), note AIFA e gruppi farmacologici ATC", per la corretta compilazione della modulistica di autorizzazione alla consegna dei farmaci.

5.2 Protesi

IL PNES prevede l'erogazione di prestazioni odontoiatriche e la dotazione di protesi odontoiatriche**.**

Al fine di poter assicurare entrambi i servizi ai pazienti target, la ASL di Cagliari in base alle normative vigenti nazionali e regionali avvierà, per la fornitura delle protesi mobili odontoiatriche, una procedura ad evidenza pubblica ad hoc, tesa alla individuazione annuale di laboratori odontotecnici e la conseguente stipula dei contratti.

L'individuazione dei beneficiari si baserà su elementi clinici ben definiti che porteranno a una valutazione del medico odontoiatra e una conseguente graduatoria dei pazienti che necessitano delle protesi. La stessa sarà indispensabile per le richieste di fornitura delle protesi ai laboratori odontotecnici.

L'Azienda Sanitaria di Cagliari per controllare l'approvvigionamento delle protesi registrerà mensilmente i dati per consentire il monitoraggio continuo attraverso l'utilizzo di una lista pseudonomizzata dei pazienti target in cui saranno indicati:

- dati anagrafici
- prescrizione erogata
- farmaci prescritti, numero di confezioni, costo unitario e costo totale
- richiesta dettagliata della protesi odontoiatrica

Verranno conservati in Azienda i suddetti dati e tutta la documentazione utile ai fini della rendicontazione della spesa:

- prescrizione
- modulistica prevista
- fatturazione del costo per la protesi

L'autorizzazione all'impianto e alla consegna della protesi avviene previa compilazione di un'apposita modulistica (Allegato a.3: Modulo - Protesica odontoiatrica PNES).

In elenco gli allegati al disciplinare:

1. Allegato a.1: SCHEDA DI ADESIONE PARTECIPANTI
2. Allegato a.2: Modulo -Visita/Prestazione
3. Allegato a.3: Modulo - Protesica odontoiatrica PNES
4. Allegato a.4: Modulo - Distribuzione Farmaci
5. Allegato a.5: classi di rimborsabilità dei farmaci (A, H, C), note AIFA e gruppi farmacologici ATC
6. Allegato a.6: "Informativa sul trattamento dei dati personali ex art.13 e 14, Reg. UE 679/2016"

Allegato a.1

PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE 2021-2027

SCHEDA DI ADESIONE PARTECIPANTI

FESR e FSE+ 2021-2027

La presente scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte e conservata dalla Azienda sanitaria

(SCRIVERE IN STAMPATELLO E ARCHIVIARE CARTACEO)

Area di intervento "CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA"

A cura dell'Azienda sanitaria di Cagliari

Titolo Progetto _____

Codice progetto |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sezione "Condizione di accesso del partecipante"

Possesso del partecipante di una delle condizioni di accesso all'intervento finanziato nell'ambito del PNES "Contrastare la Povertà sanitaria" come stabilito dal documento Criteri di individuazione della popolazione target e modalità di attestazione dei requisiti (*barrare almeno una casella*)

- ☐ Persona in condizioni di povertà (certificazione ISEE inferiore a 10.000 euro)
- ☐ Straniero/a temporaneamente presente (STP)
- ☐ Europeo/a non iscritto (ENI)
- ☐ Titolare di esenzioni per reddito (nazionali e/o regionali)
- ☐ Indigente tracciato nelle anagrafiche dei Servizi Sociali dei Comuni, in possesso di dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
- ☐ Indigente non tracciato nelle anagrafiche dei Servizi Sociali dei Comuni, in possesso di dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS), presa in carico durante le attività di *outreach* in contesti deprivati

__I__ sottoscritto/a_____

nato/a il (gg/mm/aaaa) ____/____/_____ a _____(*Comune o Stato estero di nascita*) _____(Provincia) (___) (Stato di nascita)_____

Codice Fiscale																
Altro Codice IDENTIFICATIVO																

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA:

A) di essere di sesso: □M □F

B) di avere cittadinanza _____,

C) di risiedere

- **a.** in via/piazza _____n°___
- **b.** Comune_____ _____
- **c.** CAP_____
- **d.** Provincia _____
- **e.** n° tel. _____
- **f.** n° cell._____
- **g.** e-mail _____

D) di non avere residenza □ _____,

E) di non avere domicilio □_____

F) *(da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)*
di essere domiciliato in via/piazza_____ n°___
Comune_____CAP_____Provincia__
_____ n° tel. _____

G) **di essere in possesso del seguente titolo di studio** *(Indicare il titolo di studio più elevato posseduto; in assenza di titolo riconosciuto indicare il titolo maggiormente assimilabile)***:**

□ 00 Nessun titolo

□ 01 Licenza elementare

□ 02 Licenza media/avviamento professionale

□ 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)

□ 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università

□ 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)

□ 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)

□ 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)

□ 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)

□ 09 Titolo di dottore di ricerca

H) **di essere attualmente nella seguente condizione professionale:** *(barrare una sola casella)*:

☐ 01 In cerca di prima occupazione *(non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro)* – **Compilare punto G)**
☐ 02 Occupato (*compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG ordinaria*) -
☐ 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (*o iscritto alle liste di mobilità - CIG straordinaria* – Contratti *solidarietà difensivi*) - **Compilare il punto G)**
☐ 04 Studente
☐ 05 Inattivo diverso da studente (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione*)

I) **di essere alla ricerca di lavoro da (durata) –** (*compilare in caso di disoccupato o in cerca di prima occupazione; barrare una sola casella)*:

☐ 01 Fino a 6 mesi (<=6)
☐ 02 Da 6 mesi a 12 mesi (< = 12 mesi)
☐ 03 Da 12 mesi e oltre (>12)
☐ 04 Non disponibile

J) **di appartenere a una delle seguenti categorie di vulnerabilità:**

☐ 01 Persona disabile
☐02 Cittadino/a di paesi terzi
☐ 03 Partecipante di origine straniera
☐04 Appartenente a minoranze (comprese le comunità come i Rom)
☐05 Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa
☐06 Persona che vive in zone rurali
☐07 Altro tipo di vulnerabilità

DICHIARAZIONE

.....l....sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'intervento è finanziato dal "Programma Nazionale Equità nella Salute" a valere sui fondi europei FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e FSE+ (Fondo Sociale Europeo Plus)

Allegati n° _____:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):

☐ ISEE inferiore a 10.000 euro
☐ STP
☐ ENI
☐ Esenzione per reddito
☐ Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
☐ Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)
☐ Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

_____

Per i minori di anni 18 e per le persone con tutela legale, firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

_____

DATI Genitore o tutore

- Nome _____
- Cognome _____
- CF _____
- Indirizzo _____
- Telefono _____
- Email _____

A cura dell'Azienda sanitaria

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:
☐*sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,*
……
☐*sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

Il soggetto incaricato dall'Azienda sanitaria alla compilazione e raccolta della presente scheda di adesione (Inserire Nome e Cognome) ha provveduto a compilare la **Sezione "Condizione di accesso del partecipante"** *e ad allegare il corrispondente documento comprovante*

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

_____

L'informativa sul trattamento dei dati personali ex art.13 e 14, Reg. UE 679/2016, è riportata nell'Allegato a.6

Firma del paziente

_____

Per i minori di anni 18 firma del genitore o di chi ne esercita la tutela _____

Allegato a.2

MODULO– VISITA/PRESTAZIONE PNES

Cognome e nome del Mediatore/Medico/Psicologo/Odontoiatra/Altro operatore che acquisisce l'autodichiarazione:

_____

_____

(Luogo, data) *(Firma dell'operatore ……che acquisisce l'autodichiarazione)*

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

_____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____

(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

Fotocopia di Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno. In caso di mancanza di documento, l'operatore deve riportare in questo spazio il codice STP/ENI e una dichiarazione dell'interessato circa la mancanza del documento d'identità

☐ in qualità di diretto interessato;
☐ in qualità di[1]:
- ☐ familiare_____
  (indicare grado di parentela)
- ☐ accompagnatore/responsabile struttura_____
  (indicare per esteso il nome del Centro/Struttura/altro)
- ☐ rappresentante legale_____
  (indicare il provvedimento dell'Autorità competente)

Viene preso in carico presso il Presidio/Ambulatorio /Motorhome (codice)

(Indirizzo completo sede)_____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

[1]Per minori. Per adulti, solo in casi speciali e documentati. Ai sensi del D.P.R. n. 445 28.12.2000 art. 35, si prende nota del documento dell'accompagnatore in ragione della dichiarazione rilasciata.

Prestazione erogata

Descrizione o codice

Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

_____

(Luogo, data) *(FIRMA DEL MEDICO/ODONTOIATRA)*

Allegato a.3

MODULO -PROTESICA ODONTOIATRICAPNES

Cognome e nome del Mediatore/Medico/Psicologo/Odontoiatra/Altro operatore che acquisisce l'autodichiarazione: _____ _____ *(Luogo, data)* *(Firma dell'operatore ……che acquisisce l'autodichiarazione)*

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____ ☐ M ☐ F
(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____
(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

Fotocopia di Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno. In caso di mancanza di documento, l'operatore deve riportare in questo spazio il codice STP/ENI e una dichiarazione dell'interessato circa la mancanza del documento d'identità

☐ in qualità di diretto interessato;
☐ in qualità di[1]:
- ☐ familiare _____
  (indicare grado di parentela)
- ☐ accompagnatore/responsabile struttura _____
  (indicare per esteso il nome del Centro/Struttura/altro)
- ☐ rappresentante legale_____
  (indicare il provvedimento dell'Autorità competente)

Viene preso in carico presso il Presidio/Ambulatorio /Motorhome (codice)

(Indirizzo completo sede)_____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

[1]Per minori. Per adulti, solo in casi speciali e documentati. Ai sensi del D.P.R. n. 445 28.12.2000 art. 35, si prende nota del documento dell'accompagnatore in ragione della dichiarazione rilasciata.

Descrizione tipo di protesi e piano di consegna

_____

_____

_____

_____

_____

(Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

_____

(Luogo, data) *(FIRMA DEL MEDICO/ODONTOIATRA)*

Allegato a.4

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI

Cognome e nome del Mediatore/Medico/Psicologo/Odontoiatra/Altro operatore che acquisisce l'autodichiarazione:

_____

_____

(Luogo, data) *(Firma dell'operatore ……che acquisisce l'autodichiarazione)*

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

_____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____

(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

Fotocopia di Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno. In caso di mancanza di documento, l'operatore deve riportare in questo spazio il codice STP/ENI e una dichiarazione dell'interessato circa la mancanza del documento d'identità

☐ in qualità di diretto interessato;
☐ in qualità di[1]

- ☐ familiare_____
  (indicare grado di parentela)
- ☐ accompagnatore/responsabile struttura _____
  (indicare per esteso il nome del Centro/Struttura/altro)
- ☐ rappresentante legale_____
  (indicare il provvedimento dell'Autorità competente)

del paziente _____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____/_____/_____ _____ (NATO/A IL)

(STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

(Codice Sanitario STP/ENI/CF; Carta d'Identità; Passaporto; Permesso di soggiorno)

[1]Per minori. Per adulti, solo in casi speciali e documentati. Ai sensi del D.P.R. n. 445 28.12.2000 art. 35, si prende nota del documento dell'accompagnatore in ragione della dichiarazione rilasciata.

Viene preso in carico presso il Presidio/Ambulatorio /Motorhome (codice)

(Indirizzo completo sede) _____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

Descrizione farmaco consegnato

indicare il tipo di Farmaco: (descrizione e codice Aic)

_____

(Cognome, Nome del Medico)

_____

(Luogo, data) *(FIRMA DEL MEDICO)*

Modello per la Farmacia, da utilizzare per la prescrizione dei soli farmaci da ritirare in farmacie aderenti al PNES con accordi con l'Azienda

PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA (valida fino a tre giorni dalla data della prescrizione)

allegata a: ☐ RICETTA S.S.R. ☐ PRESCRIZIONE IN CARTA INTESTATA

descrizione per esteso della prescrizione:_____
_____

_____
_____

_____
_____

rilasciata da: _____ telefono del medico (ad uso della Farmacia):
(Cognome, Nome del medico)

_____

in favore del paziente: _____
(Cognome, Nome)

nato a, _____, il_____
(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO)

A cura della Farmacia

I FARMACI PRESCRITTI SONO STATI CONSEGNATI IN DATA _____/_____ /_____

DALLAFARMACIA

_____

IL FARMACISTA

_____

(Cognome, Nome del farmacista)

NOTE EVENTUALI DEL FARMACISTA

_____

_____

_____

_____

_____, _____

(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)

Allegato a.5

CLASSI DI RIMBORSABILITA' DEI FARMACI (A, H, C), NOTE AIFA E GRUPPI FARMACOLOGICI ATC

I farmaci possono essere classificati secondo tre criteri**:**

il **regime di rimborsabilità**, il **regime di fornitura** (ossia le modalità di prescrizione) e **la classificazione ATC** (Sistema di classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico).

Per **"regime di rimborsabilità"** si intende la modalità di pagamento di un farmaco ed indica, in particolare, il soggetto che se ne fa carico. Attualmente **in Italia esistono 3 classi di rimborsabilità**:

- **CLASSE A:** Comprende i **farmaci essenziali e quelli per le malattie croniche**, interamente rimborsati dal SSN, a condizione che non sia presente una **nota limitativa**. In tal caso la loro erogabilità a carico del SSN è subordinata alla presenza di determinate condizioni definite dall' AIFA, che ne vincola la rimborsabilità a specifiche condizioni patologiche o terapeutiche in atto.

Attualmente le Note AIFA in uso sono 39, consultabili sul portale istituzionale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) al link https://www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa, al fine adeguare il loro utilizzo al processo di revisione e aggiornamento delle Note avviene in maniera continua

La dispensazione dei farmaci di fascia A avviene attraverso le farmacie territoriali o le strutture sanitarie pubbliche; per i farmaci la cui erogabilità a carico del SSN è subordinata alla presenza delle condizioni previste dall'AIFA, sulla ricetta dovrà essere riportato il numero della specifica Nota, qualora ricorrano le condizioni di rimborsabilità indicate.

- **CLASSE H:** Comprende medicinali erogabili a carico del SSN solo in ambito ospedaliero, dispensati dalle farmacie ospedaliere e per il tramite delle farmacie territoriali, secondo modalità definite con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni più rappresentative delle farmacie pubbliche e private e le organizzazioni delle imprese distributrici.

- **CLASSE C:** Appartengono a questo gruppo tutti i farmaci non appartenenti alla fascia "A" o non erogabili in fascia A in quanto l'indicazione terapeutica non rientra tra le condizioni previste dalle note limitative AIFA. In questa fascia vengono inseriti i farmaci prescritti per patologie di lieve entità o, comunque, non considerati essenziali o salvavita e il cui costo non è rimborsato dal Sistema Sanitario Nazionale. Il metodo di dispensazione dei farmaci di fascia C varia in funzione del tipo di principio attivo prescritto. Infatti, alla categoria dei farmaci di fascia C appartengono sia medicinali con obbligo

di prescrizione medica, sia medicinali che possono essere dispensati senza obbligo di prescrizione medica.

Il **"regime di fornitura"** identifica la modalità con cui un farmaco può essere dispensato, con o senza ricetta del medico, in farmacia, in ospedale o in strutture ad esso assimilabili. La Commissione Tecnico-Scientifica

(CTS) dell'AIFA stabilisce il regime di fornitura tenendo in considerazione le problematiche relative alla sicurezza d'uso (appropriatezza prescrittiva) del medicinale.

Sulla base del regime di fornitura, si possono individuare le seguenti categorie di medicinali:

a) **Medicinali soggetti a ricetta medica ripetibile (Ricetta Ripetibile - RR)**
La ricetta ripetibile è la forma più comune di prescrizione. Ha validità di sei mesi e il medicinale può essere dispensato per non più di dieci volte entro tale periodo. Un caso particolare è rappresentato dalla prescrizione degli psicofarmaci (tranquillanti, sedativi, ipnotici), per i quali la ricetta ha validità di trenta giorni ed è ripetibile per non più di tre volte.

b) **Medicinali soggetti a ricetta medica da rinnovare volta per volta (Ricetta non Ripetibile-RNR)**
La ricetta non ripetibile è necessaria per tutti i medicinali che presentano rischi di tossicità acuta o cronica, assuefazione e intolleranza e possibilità di abuso da parte del paziente. Per i medicinali soggetti a ricetta non ripetibile, la prescrizione da parte del medico deve essere rilasciata ogni volta che il paziente necessita del medicinale.

c) **Medicinali soggetti a prescrizione medica speciale (RMS) (T.U. in materia di stupefacenti D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e m.i);**

d) **Medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa, comprendenti:**

- medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (RRL; RNRL);
- medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile (OSP);
- medicinali utilizzabili esclusivamente da specialisti individuati dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA - (USPL); il farmacista non può vendere al pubblico farmaco USPL ma può detenere questi farmaci, che possono essere forniti direttamente allo specialista anche dai produttori e dai grossisti.

e) **Medicinali non soggetti a prescrizione medica comprendenti:**

- medicinali da banco o di automedicazione (OTC);
- altri medicinali non soggetti a prescrizione medica (SOP)

La **validità nel tempo della ricetta** (salvo le ricette ripetibili e alcuni casi particolari) è fissata in 30 giorni per il numero di confezioni indicate. Ha invece validità di tre mesi se riferita a preparazioni magistrali (medicinali preparati in farmacia in base ad una prescrizione medica destinata ad un determinato paziente in base alle specifiche esigenze) non contenenti sostanze stupefacenti.

I farmaci sono suddivisi in gruppi terapeutici sulla base degli organi o apparati su cui agiscono e delle loro proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche, secondo il sistema di classificazione ATC, che costituisce il sistema di codifica utilizzato per la classificazione sistematica dei farmaci. La classificazione è di tipo alfa- numerico strutturata in 5 livelli gerarchici.

I **gruppi farmacologici** del primo livello, che sono identificati da una specifica lettera alfabetica e corrispondono ai gruppi anatomici principali, sono i seguenti:

A	APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO

B	SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI
C	SISTEMA CARDIOVASCOLARE
D	DERMATOLOGI
G	SISTEMA GENITO – URINARIO E ORMONI SESSUALI
H	PREPARATI ORMONALI SISTEMATICI, ESCLUSI ORMONI SESSUALI E INSULINA
I	IMMUNOLOGICI
J	ANTIMICROBICI PER USO SISTEMICO
L	FARMACI ANTINEOPLASTICI E IMMUNOMODULATORI
M	SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO
N	SISTEMA NERVOSO
P	FARMACI ANTIPARASSITARI, INSETTICIDI E REPELLENTI
R	SISTEMA RESPIRATORIO
S	ORGANI DI SENSO
V	VARI

Lo strumento, che riassume e aggiorna periodicamente le caratteristiche dei farmaci ad uso umano autorizzati in Italia in base alle categorie sopra elencate, è rappresentato dal Nuovo prontuario farmaceutico nazionale pubblicato dal Ministero della Salute a partire dal 2003. La banca dati dei Farmaci è consultabile alla pagina **https://medicinali.aifa.gov.it/it/#/it/ (AIFA Medicinali) e** consente di consultare il Foglio Illustrativo (FI), con le informazioni su composizione, posologia, malattie o condizioni per cui il farmaco è indicato, e il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) in cui sono riportate le informazioni fondamentali relative all'efficacia e alla sicurezza dei medicinali.

Di seguito si riportano i principali farmaci di fascia C per gruppo farmacologico:

FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antimicrobici per il trattamento orale locale	Clorexidina
Antagonisti dei recettori H2	Cimetidina
Farmaci per i disturbi funzionali gastrointestinali	Scopolamina butilbromuro (compresse e supposte)
Procinetici	Levosulpiride (compresse e gocce) Metoclopramide (compresse e sciroppo) Domperidone
Lassativi	Lattulosio Macrogol 4000 Glicerolo Senna foglie (glucosidi A e B) Sodio Fosfato Acido Paraffina liquida Bisacodile Picosolfato sodico
Aminoacidi e derivati	Levocarnitina
Antipropulsivi	Loperamide
Vitamine	Acido ascorbico (vitamina C) Tiamina (vitamina B1) Nicotinamide Piridossina
Integratori minerali	Calcio gluconato Potassio cloruro

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Farmaci antianemici	Acido folico e derivati
Soluzioni nutrizionali parenterali	Aminoacidi ramificati
Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	Elettrolitica reidratante Ringer lattato Glucosio + Sodio cloruro
Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica	Mannitolo Glicerolo

SISTEMA CARDIOVASCOLARE	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antiemorroidali per uso topico	Preparazioni locali antiemorroidarie + cortisonici

SISTEMA GENITO – URINARIO E ORMONI SESSUALI	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antimicrobici e antisettici ginecologici	Acido folico e derivati
Contraccettivi ormonali sistemici	Aminoacidi ramificati
Farmaci usati nella disfunzione erettile	Alprostadil Sildenafil Tadalafil Vardenafil

DERMATOLOGICI	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antimicotici per uso topico	Ketoconazolo Clotrimazolo Miconazolo Econazolo Tioconazolo
Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni	Acido ialuronico sale sodico Collagenasi e cloramfenicolo
Anestetici per uso topico	Lidocaina
Antibiotici per uso topico	Gentamicina Acido fusidico Mupirocina Sulfadiazina argentica
Antivirali per uso topico	Aciclovir
Antisettici e disinfettanti	Clorexidina digluconato Iodopovidone Perossido di idrogeno

FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

SISTEMA NERVOSO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Analgesici	Paracetamolo/codeina fosfato Lisina acetilsalicilato Acido acetilsalicilico Paracetamolo
Anestetici locali	Mepivacaina Prilocaina Lidocaina
Antipsicotici	Promazina cloridrato Sulpiride
Derivati benzodiazepinici	Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Triazolam, Delorazepam, Bromazepam, Clobazam, Prazepam, Etizolam, Clotiazepam

SISTEMA RESPIRATORIO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antiasmatici	Aminofillina Cromoglicato sodico
Antistaminici per uso sistemico	Clorfenamina
Preparati per la tosse e le malattie da raffreddamento	Acetilcisteina Ambroxolo

ORGANI DI SENSO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antibiotici oftalmologici	Gentamicina, Tobramicina, Cloramfenicolo, Clortetraciclina, Netilmicina
Corticosteroidi	Desametasone
Preparati antiglaucoma e miotici	Dapiprazolo
Midriatici e cicloplegici	Atropina Ciclopentolato Tropicamide Fenilefrina
Anestetici locali	Oxibuprocaina Lidocaina

VARI	
GRUPPO FARMACOLOGICO	**PRINCIPIO ATTIVO**
Antidoti	Glutatione
Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici	Calcio folinato

Allegato a.6

Informativa sul trattamento dei dati personali

ex art.13 e 14, Reg. UE 679/2016 (c.d."GDPR")

In relazione ai dati personali (riferiti a "persona fisica") trattati dall'ASL n.8 di Cagliari, ai sensi degli artt.13-14 del Reg.UE 2016/679, si informano gli utenti e pazienti che:

- Il Titolare del trattamento dei dati è la ASL n.8 di Cagliari, con sede a Cagliari, Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12, 09126- Cagliari, rappresentato per quanto concerne gli obblighi in materia di privacy dal Direttore Generale; E-mail: **direzione.generale@aslcagliari.it**; Pec: **protocollo@pec.aslcagliari.it**; ai sensi dell'art.37,GDPR, il dato di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati è l'indirizzo di posta elettronica: **rpd@aslcagliari.it**;
- l'ASL n.8 di Cagliari per il trattamento dei dati si può avvalere di soggetti terzi (in tal caso necessariamente individuati quali Responsabili del trattamento ex art.28, GDPR) sulla base di un contratto od altro atto giuridico;
- i dati personali sono trattati per le finalità istituzionali assegnate all'ASL di Cagliari, ovvero finalità rientranti nella cura, assistenza del paziente e nell'erogazione di servizi sanitari di base. Si evidenzia a tal proposito come per detta finalità di cura non sia più richiesto alcun Consenso al trattamento dei dati personali da parte dei pazienti.
- la base giuridica applicabile al trattamento in parola risiede nell'art. 6 lett. c), GDPR, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, nonché nell'art.6, lett. e), GDPR, quando il trattamento è attuato in osservanza di disposizioni di legge o di regolamento per adempiere agli obblighi ed alle facoltà *ivi* previsti in capo alle PP.AA.; infine, la base giuridica risiede nell'art. 9, lett. h) del GDPR, ogniqualvolta i dati personali oggetto del trattamento appartengono alle "categorie particolari" ivi previste, come per esempio quelli riguardanti la salute, dati genetici o l'origine razziale;
- Il Titolare, inoltre, tratta i dati personali degli utenti al fine di garantire la sicurezza e per prevenire eventi imprevisti o atti illeciti o dolosi che compromettano la disponibilità, l'autenticità, l'integralità e la riservatezza dei dati personali conservati o trasmessi. A tali fini il Titolare prevede procedure per la gestione della violazione dei dati personali (il c.d. "Data Breach").
- il trattamento dei dati degli utenti è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi e può avvenire sia in forma cartacea/manuale che con strumenti elettronici/informatici, nel rispetto degli ulteriori principi di protezione previsti dall'**art. 5**, GDPR, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative che assicurino idonei livelli di sicurezza e riservatezza ai sensi degli **artt. 25 e 32** del GDPR;
-
- gli Uffici acquisiscono unicamente i dati obbligatori per l'avvio e la conclusione dei procedimenti amministrativi ed il personale incaricato è formato ed istruito al pieno rispetto della normativa europea e nazionale in materia di privacy, nello specifico: Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) e ss.mm.ii.;

- vengono trattate le seguenti categorie di dati: dati personali identificativi dei soggetti proponenti e nel dettaglio: dati personali "comuni" (per esempio, dati anagrafici e di contatto) e dati personali appartenenti a "categorie particolari di dati" di cui all'art. 9 del GDPR, quali per esempio i dati relativi alla salute, i dati che possono rivelare l'origine etnica;
- non vengono adottati processi decisionali esclusivamente automatizzati (e pertanto senza intervento umano) che comportino l'adozione di decisioni sulle persone, nemmeno la profilazione, fatto salvo l'utilizzo dei cookies come specificato all'interno del sito internet dell'ASL di Cagliari;
- la comunicazione dei dati a terzi soggetti avviene sulla base di norme di legge o di regolamenti, e comunque al solo fine di poter erogare i summenzionati servizi istituzionali, nonchè di poter avviare e concludere gli eventuali procedimenti amministrativi previsti dalla normativa;
- i dati vengono conservati per la durata prevista dalla vigente normativa in materia di conservazione dati/documenti cartacei/digitali, sanitari e amministrativo-contabili della Pubblica Amministrazione. Nello specifico: i dati trattati vengono conservati secondo i termini di conservazione previsti da obblighi di legge, nel rispetto delle tempistiche stabilite dal **"Prontuario di selezione e scarto per gli archivi – Allegato A"**, recepito dalla ASL n.8 unitamente al "Regolamento di Selezione e Scarto" ATS ed attualmente in vigore ed, ad ogni modo, per un tempo non superiore a quello necessario alla gestione di possibili ricorsi/contenziosi;
- il mancato conferimento dei dati all'ASL di Cagliari, il rifiuto a rispondere o la mancata acquisizione possono comportare l'impossibilità all'erogazione del servizio di cura ed al compimento e conclusione dell'eventuale procedimento amministrativo interessato;
- gli "Interessati" (ossia le persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno sempre ed in ogni momento la possibilità di esercitare i seguenti diritti ai sensi degli artt da 15-22, GDPR:
  il diritto di **accedere ai dati personali** che La riguardano; il diritto di chiedere al titolare del trattamento la **rettifica** dei propri dati qualora questi siano inesatti (si applica in tal caso l'art. 110, comma 2, del Codice); il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la **cancellazione** dei dati personali che La riguardano qualora ricorra uno dei casi indicati dal paragrafo 1 dell'art. 17 del GDPR e non sussista una delle deroghe di cui al paragrafo 3; il diritto di ottenere la **limitazione del trattamento** da parte del titolare nei casi indicati dall'art. 18 del GDPR; il diritto di **opporsi al trattamento** dei propri dati personali per motivi connessi alla Sua situazione particolare.
- l'Interessato ha altresì il diritto di **proporre reclamo e segnalazioni** all'Autorità competente (in Italia, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma) ai sensi dell'articolo 77 del GDPR e degli articoli 141-144 del c.d. Codice Privacy, ove ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il GDPR o per qualsiasi altra questione relativa al trattamento dei propri dati personali. Il reclamo potrà essere fatto secondo le modalità indicate sul sito internet

  del Garante accessibile all'indirizzo www.garanteprivacy.it. Il reclamo e la segnalazione non pregiudicano ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale presentato.
- la pubblicazione dei dati personali avviene nei casi e con i limiti previsti dalla vigente normativa.
- I dati personali a Lei riferibili ed oggetto dello Studio **non sono** comunicati a **soggetti non operanti nello Spazio Economico Europeo**.