

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

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

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 ospedaliera. 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

Il 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, l'ASP di Agrigento si atterrà a quanto riportato nei seguenti documenti:

- Convenzione sottoscritta dall'ASP di Agrigento con INMP adottata con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1076 del 31.05.2024 "Programma Nazionale Equità della Salute 2021-2027 (CCI 2021IT05FFPR002) Area di intervento: Contrastare la Povertà Sanitaria – Presa atto Stipula Convenzione tra l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.
- 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;
- Normativa vigente, CCNL vigenti ed eventuali regolamenti/circolari aziendali in materia di pagamento dei compensi straordinari e prestazioni aggiuntive al personale impiegato nelle attività di progetto

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 questa ASP di Agrigento come approvati da INMP.**

Presso l'ambulatorio di prossimità di Agrigento sito in via Imera, aperto il lunedì dalle 15:00 alle 19:00 e il mercoledì dalle 9:00 alle 13:00 saranno presenti gli operatori dell'équipe (formata da medico, infermiere/a e mediatore/trice culturale) e saranno erogate le seguenti prestazioni:

- orientamento sanitario
- screening medico
- prescrizione farmacologica ed erogazione di medicinali di Fascia C o Fascia senza nota AIFA
- referrall ai servizi sanitari del territorio
- referrall agli specialisti attivi periodicamente presso lo stesso ambulatorio
- referrall all'équipe odontoiatrica di outreach

Attraverso l'équipe clinica (formata da medico, infermiere/a e mediatore/trice culturale) di outreach presente sul territorio provinciale in base al calendario pubblicato mensilmente sulla pagina dedicata alle attività nell'ambito del PNES sul sito dell'ASP:

- orientamento sanitario
- screening medico
- prescrizione farmacologica ed erogazione di medicinali di Fascia C o Fascia A senza nota AIFA
- referrall ai servizi sanitari del territorio
- referrall agli specialisti presenti periodicamente sulla clinica mobile insieme all'équipe
- referrall all'équipe odontoiatrica di outreach

Attraverso l'équipe odontoiatrica di outreach (formata da medico odontoiatra, infermiere/a e mediatore/trice culturale) presente sul territorio provinciale in base al calendario pubblicato mensilmente sulla pagina dedicata alle attività nell'ambito del PNES sul sito dell'ASP:

- Prestazioni pre-protetiche
 - o 1. Visita odontoiatrica
 - o 2. Igiene orale
 - o 3. Estrazioni eventuali
 - o 4. Prescrizione farmacologica ed erogazione di medicinali di Fascia C o Fascia A senza nota AIFA
 - o 5. Ricostruzioni eventuali
- Prestazioni protesiche
 - o 1. Impronta in alginato
 - o 2. Impronta definitiva (con polisolfuro o silicone con porta-impronte individuale)
 - o 3. Base di masticazione
 - o 4. Prova denti
 - o 5. Applicazione protesi

Le sopracitate prestazioni potranno essere riviste in relazione alle esigenze che si rileveranno in fase di attuazione.

4.2 Modalità 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 da questa ASP 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'ASP, 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:

- la riduzione dell'efficienza masticatoria con assenza di almeno 4 denti posteriori, esclusi i terzi molari;
- 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	Denti posteriori superiori**	ValDentiPosterioriSuperiori
Assenza di 1 dente frontale superiore	1	Assenza di 4/5 denti posteriori superiori	1
Assenza di 2 denti frontali superiori	2	Assenza di 6/7 denti posteriori superiori	2
Assenza di 3 denti frontali superiori	3	Assenza di 8 denti posteriori superiori	3
Assenza di 4 denti frontali superiori	4	** Da premolare a II molare	
Assenza di 5 denti frontali superiori	5		
Assenza di 6 denti frontali superiori	6		

*Da canino dx a canino sx

Figura 3 – Variabili Denti frontali superiori e Denti posteriori superiori

Denti frontali inferiori*	ValDentiFrontaliInferiori	Denti posteriori inferiori**	ValDentiPosterioriInferiori
Assenza di 1 dente frontale inferiore	0,5	Assenza di 4/5 denti posteriori inferiori	1
Assenza di 2 denti frontali inferiori	1	Assenza di 6/7 denti posteriori inferiori	2
Assenza di 3 denti frontali inferiori	1,5	Assenza di 8 denti posteriori inferiori	3
Assenza di 4 denti frontali inferiori	2	** Da premolare a II molare	
Assenza di 5 denti frontali inferiori	2,5		
Assenza di 6 denti frontali inferiori	3		

*Da canino dx a canino sx

Figura 4 – Variabili Denti frontali inferiori e Denti posteriori inferiori

Condizioni di partenza (devono essere compresenti)

Assenza di almeno 1 dente anteriore	SE (ValDentiFrontaliSuperiori + ValDentiFrontaliInferiori) > 0 ALLORA
Assenza di almeno 4 denti posteriori	SE (ValDentiPosterioriSuperiori + ValDentiPosterioriInferiori) > 0 ALLORA

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

Facendo ricorso al file xls predisposto per il calcolo del punteggio di priorità (Cfr. Fig. 6), 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							
15		Da 60 a 70 anni							
16		Oltre i 70 anni							

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

Il medico/odontoiatra, 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 saranno utilizzate 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 AIFA¹ e fascia C inclusi SOP e OTC**. Al fine di poter assicurare la distribuzione dei farmaci ai pazienti target, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento per l'approvvigionamento dei farmaci provvederà alla stipula di una convenzione con Federfarma Agrigento. Per l'erogazione dei farmaci si seguiranno due possibili procedure: erogazione diretta da parte delle équipe sanitarie del PNES oppure attraverso ritiro presso le farmacie del territorio provinciale aderenti a Federfarma. È previsto il supporto degli ETS per facilitare l'erogazione, in caso di pazienti con difficoltà a raggiungere autonomamente i punti di erogazione.

Erogazione diretta presso gli ambulatori PNES:

L'utente avente diritto e preso in carico, qualora se ne ravvisi la necessità, riceve la prescrizione medica del farmaco di fascia A (su ricetta SSN) o di fascia C inclusi SOP e OTC (su ricetta bianca intestato). Se il farmaco risulta disponibile presso l'ambulatorio di prossimità o il Motorhome, il paziente riceve il farmaco e sottoscrive l'avvenuta ricezione nell'apposita voce del modulo di prescrizione debitamente compilato dai medici dell'équipe PNES Area *"Contrastare la povertà sanitaria"* (**Modulo a4 "Distribuzione farmaci –**

¹ Per "farmaci di fascia A senza nota AIFA" si intendono i farmaci per i quali, secondo la normativa vigente e le determinazioni AIFA non è prevista alcuna nota limitativa alla prescrizione e i farmaci di fascia A che, pur essendo normalmente soggetti a nota AIFA, possono essere erogati alla popolazione target del PNES anche in assenza dell'indicazione della nota stessa (in entrambi i casi il costo sarà a totale carico del PNES).

Erogazione diretta equipe PNES). Questo, unitamente alla ricetta, viene inviato all'incaricato del PNES per il progetto 2, avendo cura che se ne conservi una copia presso l'ambulatorio.

Erogazione attraverso le farmacie convenzionate:

L'utente avente diritto e preso in carico, qualora se ne ravvisi la necessità, riceve la prescrizione medica del farmaco di fascia A (su ricetta SSN) o di fascia C inclusi SOP e OTC (su ricettario bianco intestato). Unitamente alla ricetta deve essere allegato il modulo di prescrizione debitamente compilato dai medici dell'equipe PNES Area *“Contrastare la povertà sanitaria”* (**Modulo a4.1 “Distribuzione farmaci – Erogazione a cura della Farmacia”**) da utilizzare per la prescrizione dei soli farmaci da ritirare nelle farmacie aderenti alla convenzione con Federfarma.

La farmacia, verificata la correttezza della prescrizione, eroga il farmaco al minor costo disponibile e compila la sezione **“A cura della farmacia”** e, alla consegna del farmaco, l'utente (o suo delegato) o il rappresentante dell'ETS, attesta con firma di aver ricevuto lo stesso.

La farmacia, seguendo la procedura allegata alla Convenzione tra Federfarma Agrigento e Asp di Agrigento, fornisce evidenza dei farmaci erogati all'incaricato del PNES, che autorizza il rimborso dei farmaci di fascia A senza NOTA AIFA, fascia C, inclusi SOP e OTC, per il loro intero costo e, per i farmaci di fascia A con NOTA AIFA, solo per l'eventuale ticket a carico dell'utente.

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, si procederà con una manifestazione di interesse per identificare la disponibilità di laboratori odontotecnici in grado di garantire la produzione di protesi con tempi di lavorazione brevi; è infatti importante, nel lavoro di prossimità, poter raggiungere i pazienti con risposte celeri, per evitare che la presa in carico s'interrompa.

L'amministrativo membro del coordinamento dell'area odontoiatrica curerà tutti gli adempimenti burocratici e finanziari relativi all'acquisizione delle protesi. In particolare, 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:

- La prescrizione
- La modulistica prevista
- La fatturazione della spesa per la protesi

Sarà cura dell'Azienda predisporre eventuali specifici regolamenti volti a dettagliare le suddette prestazioni.

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 erogazione diretta equipe
5. Allegato a.4.1 Modulo – Distribuzione Farmaci erogazione farmacia
6. Allegato a.5: “Farmaci di fascia A con le note AIFA più in uso” e “Farmaci di fascia C per gruppo farmacologico”
7. Allegato a.6: Algoritmo calcolo del punteggio di OS (file .xls)
8. Informativa e consenso sulla Privacy

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 POVERTÀ SANITARIA"

A cura dell'Azienda sanitaria _____

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

.....I.....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

1. Informativa sul trattamento dei dati personali Art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 e del D.Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018 – Allegato A Deliberazione 202 del 12.02.2019
2. Consenso al trattamento dei dati personali – Allegato B Deliberazione 202 del 12.02.2019

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'operatoreche 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 di²:
☐ 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

Prestazione erogata

Descrizione o codice

Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

(Luogo, data)

(FIRMA DEL MEDICO/ODONTOIATRA)

² 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.

Allegato a.3

MODULO - PROTESICA ODONTOIATRICA PNES

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

(Luogo, data)

(Firma dell'operatoreche 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 di¹:

☐ 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

Descrizione tipo di protesi e piano di consegna

(Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

(Luogo, data)

(FIRMA DEL MEDICO/ODONTOIATRA)

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.

Allegato a.4

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI – Erogazione diretta equipe PNES

Cognome e nome del Mediatore/Medico/Psicologo/Odontoiatra/Altro operatore che acquisisce

(Luogo, data)

(Firma dell'operatore che acquisisce l'autodichiarazione)

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

(COGNOME)

(NOME)

☐ M ☐ F

(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 di³

☐ 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

Riceve i farmaci sotto indicati 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)

Dichiaro di aver ricevuto il farmaco sopra descritto

Firma _____

³ 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.

Allegato a.4.1

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI – Erogazione a cura della FARMACIA

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: _____
(Cognome, Nome del medico)

telefono del medico (ad uso della Farmacia): _____

in favore del paziente: _____

nato a _____, il _____ (TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO)
(Luogo) (data)

A CURA DELLA FARMACIA

I farmaci prescritti sono stati consegnati in data ____/____/____

dalla Farmacia _____

il Farmacista _____
(Cognome, Nome del farmacista)

note eventuali del Farmacista

_____, _____ (TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)
(Luogo) (data)

Apporre le fustelle sul retro

Riceve il farmaco

☐ Il paziente ☐ o suo familiare

☐ L'incaricato dell'ETS _____
(Nome dell'ETS)

_____, Firma _____
(Cognome, Nome dell'incaricato)

FARMACI DI FASCIA A CON LE 20 NOTE AIFA PIU' IN USO

NOTA 66	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: Artropatie su base connettivica; Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; Dolore neoplastico; Attacco acuto di gotta. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
NOTA 74	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: trattamento dell'infertilità femminile; trattamento dell'infertilità maschile; preservazione della fertilità femminile in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche. Urofollitropina, Menotropina, Lutropina alfa, Follitropina delta, Follitropina beta, Follitropina alfa/Lutropina alfa, Follitropina alfa, Coriogonadotropina alfa, Corifollitropina alfa
NOTA 79	Prescrizione a carico del SSN limitata alle condizioni di rischio di frattura osteoporotica. Teriparatide, Ranelato di stronzio, Raloxifene, Denosumab, Bazedoxifene, Acido risedronico, Acido ibandronico, Acido alendronico, Vitamina D3, Acido alendronico
NOTA 82	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: trattamento secondario dell'asma moderata persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria; profilassi dell'asma da sforzo. Zafirlukast, Montelukast
NOTA 84	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: Virus Herpes simplex; Virus varicella-zoster (VZV). Valaciclovir, Famciclovir, Brivudina, Aciclovir
NOTA 85	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato. Rivastigmina, Memantina, Galantamina, Donepezil
NOTA 89	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti affetti da patologie allergiche di grado medio e grave. Prometazina, Oxatomide, Mizolastina, Loratadina, Levocetirizina, Ketotifene, Fexofenadina, Ebastina, Desloratadina, Cetirizina, Acrivastina, Rupatadina
NOTA 96	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto. Colecalciferolo, Calcifediolo
NOTA 97	Farmaci anti-vitamina K (AVK): Warfarin, Acenocumarolo NAO: Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban
NOTA 99	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: medicinali per uso inalatorio per la terapia di mantenimento della BPCO. LABA: Formoterolo, Indacaterolo, Olodaterolo, Salmeterolo; LAMA: Aclidinio, Glicopirronio, Tiotropio, Umeclidinio; LABA + ICS; LABA + LAMA; ICS + LABA + LAMA.
NOTA 100	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato. INIBITORI SGLT2 (canagliflozin - dapagliflozin - empagliflozin - ertugliflozin); AGONISTI RECETTORIALI GLP1 (dulaglutide - exenatide - liraglutide - lixisenatide - semaglutide); INIBITORI DPP4 (alogliptin - linagliptin - saxagliptin - sitagliptin - vildagliptin)

FARMACI DI FASCIA A CON LE 20 NOTE AIFA PIU' IN USO

NOTA 1	Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore: in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS); in terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico a basse dosi Pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo
NOTA 2	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti affetti da: cirrosi biliare primitiva; colangite sclerosante primitiva; colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare; calcolosi colesterinica. Acido ursodesossicolico, acido chenoursodesossicolico, acido tauroursodesossicolico
NOTA 4	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie: nevralgia post-erpetica correlabile ad infezione da Herpes zoster; neuropatia associata a malattia neoplastica. dolore post-ictus o da lesione midollare; polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose; neuropatia diabetica; Duloxetina, gabapentin, pregabalin
NOTA 13	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti: ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta e ipercolesterolemia poligenica; dislipidemia familiare; iperlipidemia in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave. Simvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Omega polienoici, Lovastatina, Gemfibrozil, Fluvastatina, Fenofibrato, Ezetimibe, Bezafibrato, Atorvastatina
NOTA 15	Albumina umana
NOTA 48	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: ulcera duodenale o gastrica positive per <i>Helicobacter pylori</i> ; malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite; sindrome di Zollinger-Ellison. Roxatidina, Rabeprazolo, Pantoprazolo, Omeprazolo, Nizatidina, Lansoprazolo, Famotidina, Esomeprazolo, Cimetidina
NOTA 51	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: carcinoma della prostata; carcinoma della mammella; endometriosi; fibromi uterini non operabili; pubertà precoce. Ulipristal acetato, Triptorelina, Leuprorelina, Goserelina, Buserelina
NOTA 55	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: trattamento iniettivo di infezioni gravi delle vie respiratorie, delle vie urinarie, dei tessuti molli, intra-addominali, ostetrico-ginecologiche, ossee e articolari. Tobramicina, Piperacillina + Tazobactam, Piperacillina, Netilmicina, Mezlocillina, Gentamicina, Ceftazidima, Cefepime, Ampicillina + Sulbactam, Amikacina
NOTA 65	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: trattamento sclerosi multipla recidivante-remittente e sclerosi multipla progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive Teriflunomide, Peginterferone β-1a, Interferone β-1b, Interferone β-1a, Glatiramer, Dimetilfumarato

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 (comprese e supposte)
Procinetici	Levosulpiride (comprese e gocce) Metoclopramide (comprese 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 argentea
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	Glutazione
Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici	Calcio folinato

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi dell'art. 13 e 14 REGOLAMENTO (UE) n. 679/2016 e del D. Lgs. n. 101/2018)

Gentile Signore/a,

questo documento Le fornisce tutte le informazioni ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, di cui potrà prendere visione sul sito del Garante per la Protezione dei Dati Personali <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>, relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari.

DATI DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, con sede legale in Agrigento (AG), Viale della Vittoria n. 321, in persona del suo legale rappresentante.

Il Titolare è contattabile via e-mail all'indirizzo ufficio.protezionedeidati@aspag.it, oppure all'indirizzo pec: protocollo@pec.aspag.it, ovvero scrivendo a: Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento - Ufficio Protezione dei dati, Viale della Vittoria n. 321, 92100-Agrigento (AG).

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Titolare del Trattamento ha designato un Responsabile della Protezione dei dati ("**Data Protection Officer**" o "**DPO**"). Il DPO è contattabile via e-mail all'indirizzo dpo@aspag.it, pec: dpo@pec.aspag.it, ovvero scrivendo a: Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento - Ufficio Protezione dei dati, Viale della Vittoria n. 321, 92100 -Agrigento (AG)

RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

L'Azienda si può avvalere di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui ha la titolarità. Tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento. L'Azienda formalizza istruzioni, compiti e oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento".

SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

FINALITÀ' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato:

- per l'esecuzione degli obblighi contrattuali sottoscritti con il contratto di lavoro/collaborazione;
- per adempiere a specifiche Sue richieste;
- per adempiere a determinati obblighi anche di natura fiscale o previdenziale che la legge affida al datore di lavoro.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei Suoi Dati Personali per le suddette finalità trova la sua base giuridica nell'art. 6, comma 1 lett. e) ai sensi del quale "*il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento*".

La comunicazione dei Suoi dati personali è necessaria per l'adempimento degli obblighi connessi alla gestione contabile, amministrativa e gestionale. La mancata comunicazione determina per Lei l'impossibilità di dare seguito alla sua collaborazione e di rispondere alle sue richieste.

CATEGORIE DI DATI PERSONALI

L'ASP di Agrigento raccoglie e/o riceve le informazioni che riguardano l'interessato, quali:

- dati personali comuni, anagrafici (nome, cognome, indirizzo fisico, nazionalità, provincia e comune di residenza, codice fiscale) e bancari (IBAN e dati bancari/postali);
- Dati personali particolari, (iscrizione a sindacati, dati relativi alla salute ecc.);

- Dati giudiziari.

Il trattamento è esteso ai dati personali comuni e particolari dei Suoi famigliari di cui l'Azienda dovesse venire in possesso perché da Lei forniti in funzione della corretta gestione della sua posizione.

MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il trattamento (sia cartaceo sia elettronico) dei dati forniti dall'Interessato è basato sui principi di legittimità, correttezza e trasparenza. Le logiche del trattamento sono strettamente correlate alle finalità indicate e con modalità tali da garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi rispettando le misure di sicurezza prescritte dalla legge.

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento si avvale di Società o persone esterne che svolgono attività strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto di lavoro quali:

- Soggetti a cui la comunicazione è obbligatoria per legge (INPS, INAIL, ecc),
- istituti di credito,
- consulenti e liberi professionisti, singoli ed associati,
- compagnie assicurative.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per una durata massima di 10 anni dalla conclusione del rapporto contrattuale.

TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI

I suoi dati personali non verranno trasferiti verso Paesi terzi (extra UE) e/o Organizzazioni internazionali.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento, Lei potrà esercitare i diritti, secondo le modalità e le condizioni ivi indicate previsti dagli art. 15 -22 Reg. Ue 2016/679, in particolare può:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo all'Autorità di controllo.

Può esercitare i propri diritti, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per esercitare i suoi diritti può inviare richiesta, utilizzando l'apposito modulo “ *Edi esercizio dei diritti dell'interessato*” presente nella sezione Privacy del sito aziendale, via e-mail all'indirizzo ufficio.protezionedeidati@aspag.it, oppure all'indirizzo pec: protocollo@pec.aspag.it, ovvero scrivendo a:
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Ufficio Protezione
dei dati

Viale della Vittoria n. 321, 92100-Agrigento (AG)



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

Direzione Generale- Ufficio Privacy
Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100
Tel. 0922/407232 www.aspag.it; rdp@aspag.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 7 Reg. UE n. 679/2016 e D. Lgs. n. 101/2018)

Io sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

C.F. _____

Documento di riconoscimento _____

In qualità di diretto interessato esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/ l'amministrazione di sostegno su:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

C.F. _____

☐ esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;

☐ non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;

☐ esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa

☐ non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa

☐ esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali

☐ non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali

☐ esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali

☐ non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali

- nel caso di esercenti la potestà:

☐ il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la potestà sul minore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali.

- nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea:

☐ il soggetto che autorizza il trattamento dati (familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non appena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e della possibilità di revocarlo.

DATA _____

FIRMA _____*

*(Possono sottoscrivere i soggetti di età maggiore di anni 14 ex D. Lgs. n. 101/2018)