

**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 Socio-Sanitaria della Gallura

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 inespresi 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 l'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, le Aziende Sanitarie devono attenersi a quanto riportato nei seguenti documenti:

- Convenzione sottoscritta da ciascuna dalle Aziende Sanitarie 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;
- Regolamento aziendale sulle prestazioni aggiuntive di cui alla Delibera n. 771 del 11/12/2023

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 Azienda Sanitaria come approvati da INMP.**

Rientrano in questo gruppo:

- a) le visite ambulatoriali e le prestazioni erogate presso gli ambulatori di prossimità;
- b) le visite specialistiche e le prestazioni erogate presso il motorhome.

Altre prestazioni che potranno essere garantite sono le seguenti:

- Medicazioni
- Suture di ferita superficiale
- Rimozione di punti di sutura e medicazione
- Cateterismo uretrale nell'uomo
- Cateterismo uretrale nella donna
- Tamponamento nasale anteriore

- Iniezioni di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica
- Tampone faringeo prelievo per esame batteriologico
- Vaccinazioni

La tipologia delle prestazioni potrà essere integrata o rivista in relazione alle esigenze che si rileveranno in fase di attuazione del progetto.

L'ambulatorio di prossimità prevede un'apertura tri-settimanale per 6 ore, con un totale stimato di circa 954 ore in un anno. L'equipe multidisciplinare di tale ambulatorio sarà costituita da:

- N. 1 medico;
- N. 1 OSS;
- N. 1 mediatore culturale

L'equipe multidisciplinare prenderà in carico i pazienti attraverso le seguenti prestazioni:

- screening medico
- colloqui psicologici finalizzati all'analisi della domanda,
- osservazione dello stato di salute psichica e all'avvio di processi psicodiagnostici

Le prestazioni sanitarie odontoiatriche sotto-indicate saranno erogate mediante l'ambulatorio mobile. Tali prestazioni possono essere suddivise come segue:

- Prestazioni pre-protesi
 - 1. Visita odontoiatrica
 - 2. Igiene orale
 - 3. Estrazioni eventuali
 - 4. Ricostruzioni eventuali
- Prestazioni protesi
 - 1. Impronta in alginato
 - 2. Impronta definitiva (con polisolfuro o silicone con porta-impronte individuale)
 - 3. Base di masticazione
 - 4. Prova denti
 - 5. Applicazione protesi

Le prestazioni odontoiatriche saranno garantite attraverso 1 seduta della durata di 10 ore ogni 15 giorni con il seguente personale dedicato:

- N. 1 odontoiatra;
- N. 1 assistente di poltrona;
- N. 1 autista.

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 dall'Azienda Sanitaria 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'Azienda Sanitaria, 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 | 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 1 |
| Assenza di almeno 4 denti posteriori | SE (ValDentiPosterioriSuperiori + ValDentiPosterioriInferiori) > 0 ALLORA 1 |

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 dell'Azienda Sanitaria, 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.**

Per consentire il controllo della spesa l'Azienda Sanitaria si impegna attraverso l'equipe multidisciplinare alla registrazione e conservazione dei dati dei pazienti rendendo disponibile una lista pseudonomizzata degli stessi. L'Azienda Sanitaria, per dotare di farmaci l'ambulatorio di prossimità e l'ambulatorio mobile, dovrà attivare la seguente procedura di approvvigionamento e distribuzione che consisterà nell'attivazione di uno specifico centro di costo e armadietto di reparto. Le richieste dei farmaci necessari per l'ambulatorio di prossimità e mobile dovranno essere trasmesse online al Servizio Farmaceutico; ciò consentirà lo scarico al centro di costo con relativa rendicontazione di quanto richiesto ed utilizzato: seguirà quindi la fase di fatturazione della spesa dei farmaci in relazione a quanto consegnato all'ambulatorio di prossimità, all'ambulatorio mobile, nonché a ciò che è stato distribuito direttamente al paziente dal Servizio Farmaceutico.

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

Si riporta in allegato (Allegato a.5) l'elenco dei farmaci di fascia C e quelli di fascia A con nota AIFA rimborsabili inseriti nella tabella "Farmaci di fascia A con le note AIFA più in uso" e nella tabella "Farmaci di fascia C per gruppo farmacologico".

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.

L'Azienda Sanitaria acquisterà le protesi odontoiatriche in base alle normative vigenti nazionali e regionali, in base agli obiettivi di progetto, al target da raggiungere. Più analiticamente, la ASL Gallura non disponendo di un servizio dedicato alla fornitura di protesi odontoiatriche provvederà a stipulare apposito contratto per la fornitura attraverso una procedura di evidenza pubblica.

In seguito alle visite specialistiche odontoiatriche effettuate dal professionista nell'ambulatorio mobile verranno richieste le protesi dentali da impiantare ai pazienti che ne necessitano.

Tali richieste verranno inoltrate dall'equipe dell'ambulatorio mobile al laboratorio individuato per la realizzazione delle protesi odontoiatriche mobili ed il successivo impianto; in seguito al loro utilizzo le suddette protesi verranno scaricate al centro di costo relativo al progetto con conseguente rendicontazione di quanto richiesto ed utilizzato: seguirà quindi la fase di fatturazione della spesa delle protesi in relazione a quanto consegnato e impiantato dall'ambulatorio mobile.

Al fine del monitoraggio della spesa e del raggiungimento degli obiettivi, si procederà alla registrazione e conservazione dei dati dei pazienti rendendo disponibile una loro lista pseudonomizzata, con annotazione della prescrizione, della tipologia della protesi e della relativa spesa.

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: “Farmaci di fascia A con le note AIFA più in uso” e “Farmaci di fascia C per gruppo farmacologico”
6. Allegato a.6: Algoritmo calcolo del punteggio di OS (file xls)

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 senzatesto 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

Delibera del Direttore Asl Gallura n. 474 del 10/06/2024 ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016.

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 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

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 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

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'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)

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 _____/_____/_____

DALLA FARMACIA

IL FARMACISTA

(Cognome, Nome del farmacista)

NOTE EVENTUALI DEL FARMACISTA

_____, _____

(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)

Allegato a.5

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

| | |
|----------|--|
| NOTA 66 | <p>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.</p> <p>Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)</p> |
| NOTA 74 | <p>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.</p> <p>Urofollitropina, Menotropina, Lutropina alfa, Follitropina delta, Follitropina beta, Follitropina alfa/Lutropina alfa, Follitropina alfa, Coriogonadotropina alfa, Corifollitropina alfa</p> |
| NOTA 79 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle condizioni di rischio di frattura osteoporotica.</p> <p>Teriparatide, Ranelato di stronzio, Raloxifene, Denosumab, Bazedoxifene, Acido risedronico, Acido ibandronico, Acido alendronico Vitamina D3, Acido alendronico</p> |
| NOTA 82 | <p>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.</p> <p>Zafirlukast, Montelukast</p> |
| NOTA 84 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: Virus Herpes simplex; Virus varicella-zoster (VZV).</p> <p>Valaciclovir, Famciclovir, Brivudina, Aciclovir</p> |
| NOTA 85 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato.</p> <p>Rivastigmina, Memantina, Galantamina, Donepezil</p> |
| NOTA 89 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti affetti da patologie allergiche di grado medio e grave.</p> <p>Prometazina, Oxatomide, Mizolastina, Loratadina, Levocetirizina, Ketotifene, Fexofenadina, Ebastina, Desloratadina, Cetirizina, Acrivastina, Rupatadina</p> |
| NOTA 96 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto.</p> <p>Colecalciferolo, Calcifediolo</p> |
| NOTA 97 | <p>Farmaci anti-vitamina K (AVK): Warfarin, Acenocumarolo NAO: Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban</p> |
| NOTA 99 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: medicinali per uso inalatorio per la terapia di mantenimento della BPCO.</p> <p>LABA: Formoterolo, Indacaterolo, Olodaterolo, Salmeterolo; LAMA: Acclidinio, Glicopirronio, Tiotropio, Umeclidinio; LABA + ICS; LABA + LAMA; ICS + LABA + LAMA.</p> |
| NOTA 100 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato.</p> <p>INIBITORI SGLT2 (canagliflozin - dapagliflozin - empagliflozin - ertugliflozin); AGONISTI RECETTORIALI GLP1 (dulaglutide - exenatide - liraglutide - lixisenatide - semaglutide); INIBITORI DPP4 (alogliptin - linagliptin - saxagliptin - sitagliptin - vildagliptin)</p> |

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

| | |
|----------------|--|
| NOTA 1 | <p>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</p> <p>Pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo</p> |
| NOTA 2 | <p>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.</p> <p>Acido ursodesossilico, acido chenoursodesossilico, acido tauroursodesossilico</p> |
| NOTA 4 | <p>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;</p> <p>Duloxetina, gabapentin, pregabalin</p> |
| NOTA 13 | <p>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.</p> <p>Simvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Omega polienoici, Lovastatina, Gemfibrozil, Fluvastatina, Fenofibrato, Ezetimibe, Bezafibrato, Atorvastatina</p> |
| NOTA 15 | <p>Albumina umana</p> |
| NOTA 48 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: ulcera duodenale o gastrica positive per Helicobacter pylori; malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite; sindrome di Zollinger-Ellison.</p> <p>Roxatidina, Rabeprazolo, Pantoprazolo, Omeprazolo, Nizatidina, Lansoprazolo, Famotidina, Esomeprazolo, Cimetidina</p> |
| NOTA 51 | <p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: carcinoma della prostata; carcinoma della mammella; endometriosi; fibromi uterini non operabili; pubertà precoce.</p> <p>Ulipristal acetato, Triptorelina, Leuprorelina, Goserelina, Buserelina</p> |
| NOTA 55 | <p>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.</p> <p>Tobramicina, Piperacillina + Tazobactam, Piperacillina, Netilmicina, Mezlocillina, Gentamicina, Ceftazidima, Cefepime, Ampicillina + Sulbactam, Amikacina</p> |
| NOTA 65 | <p>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</p> <p>Teriflunomide, Peginterferone β-1a, Interferone β-1b, Interferone β-1a, Glatiramer, Dimetilfumarato</p> |

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 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 | Glutazione |
| Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici | Calcio folinato |