

**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 Locale ORISTANO

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 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, ci si attiene a quanto riportato nei seguenti documenti:

- Convenzione sottoscritta dalla Azienda Sanitaria 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;
- Codice di comportamento ASL Oristano adottato in data 03/01/2024 e pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale
- Regolamento Unico ATS in tema di gestione del personale, approvato con Deliberazione D.G. n.1106 del 31/10/2017, successivamente modificato con Deliberazione D.G. n.1325 del 28/12/2017;
- Regolamento per lo svolgimento della libera professione intramoenia e delle attività aziendali a pagamento ATS Sardegna approvato con DGR n. 578 DEL 28/06/2019
- Regolamento ASL 5 Oristano: conferimento di incarichi individuali di lavoro autonomo (Art. 7, comma 6 D. Lgs 165/2001 E SS.MM.II) Deliberazione-del-Direttore-Generale-n.-796 del 05/12/2024
- Contratti Collettivi di Lavoro vigenti dell'Area Dirigenza e Comparto della Sanità
- Legge 213 del 2023 che estende fino al 31/12/2026 l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico dell'attuale art. 89 del CCNL Area Sanità triennio 2019-2021 del 23/01/24
- Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati (GDPR);
- Decreto Legislativo 101/2018 Nuovo Codice Privacy;

4. Prestazioni

4.1 Elenco Prestazioni

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché altre prestazioni sanitarie ambulatoriali e non, sono definite sulla base dell'analisi del bisogno di popolazione e sono in coerenza con i progetti presentati da ciascuna AS come approvati da INMP.

Rientrano in questo gruppo:

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

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

- visita medica con predisposizione di appropriata documentazione clinica ed impostazione di eventuale piano diagnostico-terapeutico
- screening psicologici finalizzati all'analisi della domanda
- osservazione dello stato di salute psichica e dell'avvio dei processi psico-diagnostici e terapeutici

Verranno inoltre eseguite prestazioni specialistiche ambulatoriali di varia natura, erogabili dagli Specialisti ambulatoriali interni convenzionati con l'Azienda, o da specialisti convenzionati con altre ASL della Sardegna ed aderenti al progetto abbattimento liste d'attesa della ASL di Oristano, oltre che da Dirigenti medici Specialisti appartenenti alle varie branche ospedaliere.

Le prestazioni verranno erogate dai professionisti aderenti alle manifestazioni di interesse sia come attività in extra-orario in regime di prestazioni aggiuntive per i Dirigenti del SSR, che in collaborazione libero-professionale per le altre figure professionali disponibili. Le prestazioni verranno effettuate in giornate prestabilite e dedicate al programma in oggetto oppure in orario straordinario rispetto alla consueta apertura degli ambulatori, sempre nel rispetto dei limiti orari stabiliti nel piano degli interventi

Allo scopo di garantire il maggior rispetto del principio di prossimità delle cure, le prestazioni verranno erogate, in attesa del motorhome, presso i presidi identificati nei tre distretti aziendali e/o nelle altre strutture aziendali o comunali, già dedicate ai servizi sanitari. Una volta pianificate le attività necessarie, l'organizzazione delle stesse verrà concordata con le Direzioni dei Distretti onde evitare sovrapposizioni o sovraffollamento nelle strutture ospitanti. La programmazione sarà inevitabilmente flessibile e tarata sui bisogni raccolti, non essendo pertanto possibile una calendarizzazione dettagliata in apertura di progetto. Il calendario delle prestazioni sanitarie verrà periodicamente pubblicato ed aggiornato sulla sezione dedicata del sito web della Asl di Oristano, con indicazione dei giorni, degli orari e della visita specialistica erogata, sia relativamente alle visite negli ambulatori di prossimità che in quelle con il motorhome

- Per quanto riguarda il Progetto delle cure odontoiatriche, verranno effettuate
 - Prestazioni pre-protetiche
 - 1. Visita odontoiatrica
 - 2. Valutazione ed educazione all'Igiene orale quotidiana
 - 3. Piano di trattamento per Estrazioni
 - 4. Piano di trattamento per Ricostruzioni

- Prestazioni protesiche
 - 1. Impronta in alginato
 - 2. Impronta definitiva (con polisolfuro o silicone con porta-impronte individuale)
 - 3. Base di masticazione con montaggio e scelta colore dei denti
 - 4. Prova denti
 - 5. Applicazione protesi
 - 6. Controlli successivi post-protesici

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'AS in modalità cartacea.

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

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

L'Azienda Sanitaria, nel rispetto della normativa 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. Val Età in Fig. 1), quindi alla variabile Edentulia totale (Cfr. Val Edentulia Totale 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 anteriori	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							
		Oltre i 70 anni							

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

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

Fatte salve le indicazioni cliniche valide per tutti i pazienti, essendo un progetto di odontoiatria sociale si utilizzeranno prevalentemente 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 in fascia A senza nota AIFA e di 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, *che preveda la prescrizione, la modulistica prevista, la fatturazione della spesa, il farmaco consegnato, il numero di confezioni, il costo unitario e totale dei farmaci distribuiti.*

Al fine di poter assicurare la distribuzione dei farmaci ai pazienti target nell'ambito della presa in carico, l'Azienda, provvederà all'acquisizione di farmaci identificando, nel rispetto delle normative previste, specifiche procedure quale l'individuazione di un deposito/grossista, a seguito di procedura di bando, che si occupi della fornitura su richiesta del SC Farmacia Territoriale dei medicinali essenziali.

L'azienda provvederà inoltre all'acquisto delle protesi odontoiatriche nel rispetto delle disposizioni previste dal Codice dei contratti Pubblici (D.Lcs n. 36/2023) e delle vigenti normative regionali in materia di organizzazione delle attività di approvvigionamento, identificando le specifiche procedure a seconda delle specifiche necessità definite in fase di attuazione del progetto.

L'azienda Sanitaria per dotare di farmaci l'ambulatorio di prossimità e l'ambulatorio mobile, e le conseguenti procedure di approvvigionamento e distribuzione, attiverà uno specifico centro di costo e armadio farmaceutico. 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.

In alternativa, nella gestione di casi eccezionali, l'Azienda potrà assumere rapporti di convenzione con le farmacie del territorio individuate tramite bando pubblico per manifestazione di interesse. I pazienti target debitamente autorizzati potranno rivolgersi ad una delle farmacie convenzionate per il ritiro dei farmaci prescritti. Le farmacie con cadenza trimestrale produrranno la documentazione contabile completa di bollino autoadesivo con allegato rendiconto e fattura delle erogazioni eseguite a seguito di autorizzazione della ASL con indicazione della spesa, del farmaco consegnato, del numero di confezioni e del costo

unitario e totale dei farmaci distribuiti. La ASL terrà documentazione e registrazione dei pazienti e delle prestazioni e produrrà un elenco anonimizzato dei pazienti target e delle prestazioni di cui hanno beneficiato.

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 e protesi odontoiatriche. Al fine di poter assicurare entrambi i servizi ai pazienti target, l'Azienda, provvederà all'acquisizione di protesi odontoiatriche nel rispetto delle disposizioni previste dal Codice dei contratti Pubblici (D.Lcs n. 36/2023) e delle vigenti normative regionali in materia di organizzazione delle attività di approvvigionamento identificando le specifiche procedure.

Non disponendo la ASL di Oristano di un servizio dedicato alla fornitura di protesi odontoiatriche provvederà a stipulare apposito contratto per la fornitura attraverso una procedura di evidenza pubblica, con uno o più laboratori odontotecnici, preferenzialmente ubicati nel territorio della ASL di Oristano. La costituzione del centro di costo relativo al progetto consentirà la rendicontazione di quanto richiesto e quanto utilizzato e conseguente fatturazione della spesa delle protesi.

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

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 delle prescrizioni farmaceutiche, richiesta dettagliata della protesi odontoiatrica e delle relative spese.

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

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)
7. Allegato a.7: Modulo di acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali in ambito sanitario (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679)

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

Firma del paziente

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

Sul sito web aziendale della ASL di Oristano, alla sezione Privacy Policy è specificato il modello di gestione del trattamento dei dati personali adottato dall'organizzazione ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, comprensiva di tutte le informazioni richieste come obbligatorie dalle sopra citate disposizioni normative. (Allegato a.7 MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679))

ALLEGATO

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

Prestazione erogata

Descrizione o codice

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

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 _____

□□□□□□ 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.

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)

ALLEGATO

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI

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

(Luogo, data)

(Firma dell'operatore che acquisisce l'autodichiarazione)

UTENTE

Il /la sottoscritto/a _____
(COGNOME) (NOME)

CF _____ 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 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

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 prescritto/consegnato <i>indicare il tipo di Farmaco: (descrizione e codice Aic)</i>	

<i>(Cognome e Nome del Medico)</i>	

<i>(Luogo, data)</i>	<i>(FIRMA DEL MEDICO)</i>
BOLLINI AUTOADESIVI	
<i>(Cognome e Nome erogatore)</i>	

(Luogo, data)

(FIRMA PER AVVENUTA CONSEGNA)

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 SSR prescrizione in carta intestata

descrizione per esteso della prescrizione:

rilasciata da: _____
(Cognome e Nome del medico)

telefono del medico (ad uso della Farmacia): _____

in favore del paziente:

(Cognome, Nome)

Nato/a a _____, il _____
(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO)

A cura della Farmacia

I FARMACI PRESCRITTI SONO STATI CONSEGNA TI IN DATA _____ / _____ / _____

DALLA FARMACIA (denominazione completa)

TIMBRO FARMACIA

Comune _____

BOLLINI AUTOADESIVI

NOTE EVENTUALI DEL FARMACISTA

_____, _____
(Luogo e data)

(TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)

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: Acilidinio, 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	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 ursodesossilico, acido chenoursodesossilico, acido tauroursodesossilico
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 Helicobacter pylori; 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

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

ALLEGATO a.7

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO (ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE 2016/679)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punibili dalla Legge, sotto la mia responsabilità ed ai sensi della normativa vigente, preso atto dell'informativa di cui agli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (RDPG),

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
residente in _____ Prov. _____

Via _____, n° _____, CAP _____

tel. _____ e-mail: _____

C.F. _____

in qualità di:

- INTERESSATO
- TUTORE
- ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- LEGALE RAPPRESENTANTE

Di (Nome Cognome) _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
residente in _____ Prov. _____

Via _____, n° _____, CAP _____

tel. _____ e-mail: _____

C.F. _____

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE
APPARTENENTI ACATEGORIE PARTICOLARI DI CUI**

ALL'ART. 9 DEL RDPG.

da il proprio consenso nega il proprio consenso

al trattamento dei propri dati personali, anche appartenenti a categorie particolari di cui all'art. 9 del RGPD, tra cui quelli relativi allo stato di salute per finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per le altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a questa ASL.

da il proprio consenso nega il proprio consenso

affinche le notizie inerenti il proprio stato di salute possano essere trasmesse in forma sintetica, complete di diagnosi, al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

da il proprio consenso nega il proprio consenso

affinche il personale sanitario del Reparto/della struttura dell'ASL di Sassari fornisca le informazioni riguardanti il proprio stato di salute ovvero dell'assistito ai soggetti da me specificati

1 Solo al sottoscritto _____

2 A (specificare chi) _____

3 Al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta _____

Si precisa che l'eventuale rifiuto di prestare il consenso in alcuni casi potrebbe comportare, come conseguenza, l'impossibilità per la struttura di perseguire le finalità

Le ricordiamo che il consenso potrà in qualsiasi momento essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revocato

DATA _____ **FIRMA** _____