



04 FEB. 2025

DELIBERAZIONE N. 191 DEL _____

OGGETTO: Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 - area di intervento
"Contrastare la povertà sanitaria" - Presa d'atto del Disciplinare per l'erogazione di beni e
prestazioni sanitarie in favore dei destinatari individuati dal PNES - INMP

IL DIRETTORE SANITARIO

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che:

- con Deliberazione n. 863 del 24 giugno 2024 è stata stipulata la Convenzione con l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) regolante i rapporti per la realizzazione degli interventi di competenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino;
- con Delibera n. 1105 del 09 agosto 2024 sono stati nominati i RUP dei singoli progetti;

CONSIDERATO l'esito positivo della valutazione della Commissione sul Piano di Interventi trasmesso dall'ASL Avellino all'Organismo Intermedio con nota prot. n. 0005704 del 26/09/2024, come da Deliberazione INMP n. 343 del 04 ottobre 2024, trasmessa con nota prot. 0090709 del 09/10/2024;

VISTA la Deliberazione n.1361 del 14/10/2024 con la quale si prende atto del Piano di Interventi dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino;

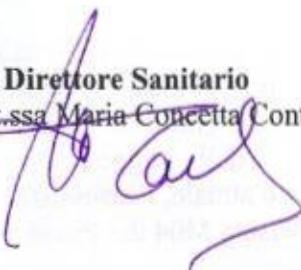
RITENUTO di procedere alla presa d'atto del Disciplinare – per l'erogazione di beni e prestazioni sanitarie in favore dei destinatari individuati dal Programma Nazionale Equità nella Salute, area "Contrastare la Povertà Sanitaria";

Attestata la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

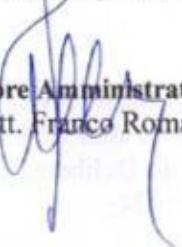
PROPONE

- **di prendere atto** del Disciplinare – per l'erogazione di beni e prestazioni sanitarie in favore dei destinatari individuati dal Programma Nazionale Equità nella Salute, area “Contrastare la Povertà Sanitaria” che si allega al presente provvedimento e ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di dare mandato** immediato ai RUP dei singoli progetti di attuare il Disciplinare al fine di realizzare il Piano di Interventi dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Collegio Sindacale, all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, nella qualità di Organismo Intermedio, ai Referenti Aziendali, ai RUP di cui alla Delibera n. 1105 del 09 agosto 2024, alla UOC Contabilità Generale, alla UOC Provveditorato, alla UOC Farmacia Territoriale, alla UOC GRU, alla UOC Cure Primarie, alla UOC Cure Domiciliari, alla UOC Qualità e Accreditamento;
- **di conferire** immediata esecutività al presente provvedimento al fine di garantire l'attuazione del progetto.

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Concetta Conte


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21.06.2022
immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.101 del 04.08.2022
immesso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09.08.2022

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore Sanitario
- Con il parere favorevole reso dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:


Il Direttore Amministrativo
Dott. Franco Romano

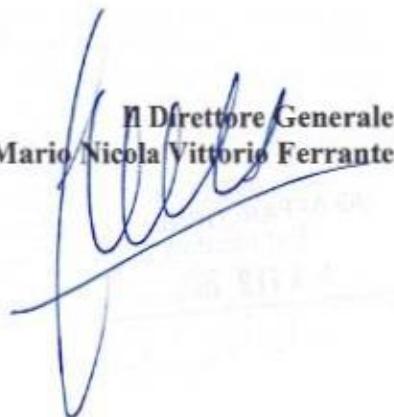
DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **di prendere atto** del Disciplinare – per l'erogazione di beni e prestazioni sanitarie in favore dei destinatari individuati dal Programma Nazionale Equità nella Salute, area “Contrastare la Povertà Sanitaria” che si allega al presente provvedimento e ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- **di dare atto** che con la Deliberazione INMP n.343 del 04/10/2024 sono stati approvati n. 7 progetti per l'ASL Avellino, che si allegano al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

- **di dare atto** immediato ai RUP dei singoli progetti approvati di attuare il Disciplinare al fine di realizzare il Piano di Interventi dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Collegio Sindacale, all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, nella qualità di Organismo Intermedio, ai Referenti Aziendali, ai RUP di cui alla Delibera n. 1105 del 09 agosto 2024, alla UOC Contabilità Generale, alla UOC Provveditorato, alla UOC Farmacia Territoriale, alla UOC GRU, alla UOC Cure Primarie, alla UOC Cure Domiciliari, alla UOC Qualità e Accreditamento;
- **di conferire** immediata esecutività al presente provvedimento al fine di garantire l'attuazione del progetto.

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



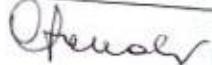
PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il
1- 4 FEB. 2025



**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 Locale Avellino

1. Ambito di applicazione

Il presente disciplinare fornisce indicazioni per l'erogazione di farmaci, dispositivi medici durevoli (protesi odontoiatriche) e prestazioni sanitarie in favore di persone in condizioni di vulnerabilità socio economica così come individuati all'interno del documento “Criteri di individuazione della popolazione target e modalità di attestazione dei requisiti”, quali destinatari del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) area “Contrastare la povertà sanitaria”.

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

2. Destinatari

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 AS devono attenersi a quanto riportato nei seguenti documenti:

- Convenzione sottoscritta da ciascuna delle AS con INMP;
- Linee Guida per le aziende sanitarie beneficiarie dell'area contrastare la povertà sanitaria del programma nazionale equità nella salute 2021-2027 di cui il presente documento ne costituisce parte integrante;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre Professionalità sanitarie vigente;
- Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre Professionalità sanitarie vigente;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità vigente;
- Contratto Integrativo Aziendale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità vigente.

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.

Presso gli Ambulatori di prossimità, temporaneamente allocati nelle strutture ASL di Grottaminarda, Avellino e Montoro, saranno erogate le visite specialistiche e le prestazioni, con supporto infermieristico, come di seguito dettagliato. In particolare, l’Azienda intende offrire alla popolazione target individuata, per le singole specialità, una prima visita di valutazione per l’inquadramento complessivo del paziente, esami strumentali qualora si renda necessario, pianificazione in ottica multidisciplinare per la creazione di percorsi personalizzati per il singolo e visite di follow-up. Tali prestazioni saranno riviste in relazione alle esigenze che si riveleranno in fase di attuazione.

SEDE OPERATIVA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	MODALITA' ORGANIZZATIVE
Ambulatorio di Prossimità - Ariano Irpino (D.S. 01)	<ul style="list-style-type: none"> • Endocrinologia • Fisiatria • Urologia 	con cadenza settimanale dalle ore 15:00 alle ore 18:00
Ambulatorio di Prossimità – Avellino (D.S. 04)	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetologia • Geriatria • Neurologia • Otorinolaringoiatria • Pediatria 	con cadenza settimanale 2h (profilo orario variabile)
Ambulatorio di Prossimità - Montoro (D.S. 05)	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologia • Diabetologia • Ginecologia 	ogni mercoledì del mese dalle ore 14:00 alle ore 17:30

Le prestazioni specialistiche, presso i motorhome saranno erogate 6 ore al giorno, 2/3 volte a settimana. I criteri di turnazione e permanenza dei motorhome presso i comuni individuati verranno stabiliti in base alla numerosità della popolazione bersaglio.

Invece, con i motorhome odontoiatrici, saranno erogate le prestazioni specialistiche, con supporto infermieristico, come di seguito dettagliato.

- Prestazioni pre-protesiche
 1. Visita odontoiatrica
 2. Igiene orale

- 3. Estrazioni eventuali
- 4. Ricostruzioni eventuali
- Prestazioni protesiche
 - 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

Si rappresenta, inoltre, che, anche in questo caso, le prestazioni potranno essere riviste in relazione alle esigenze che si rileveranno in fase di attuazione in quanto la ricettività dell'utenza avente titolo alle azioni programmatiche in argomento costituisce circostanza propedeutica ad eventuali interventi di potenziamento di organico anche rispetto ad ulteriori specialità al fine di meglio qualificare l'offerta erogata.

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

Criteri di arruolamento dei pazienti

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

In dettaglio si valuta:

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

Per il fattore clinico-sociale, al paziente viene attribuito un punteggio di priorità. Il punteggio è il risultato di una somma tra i valori di alcune variabili. Per ottenere un valore del Punteggio, innanzitutto si attribuirà un

valore alla variabile Età (Cfr. 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
Assenza di 1 dente frontale superiore	1
Assenza di 2 denti frontali superiori	2
Assenza di 3 denti frontali superiori	3
Assenza di 4 denti frontali superiori	4
Assenza di 5 denti frontali superiori	5
Assenza di 6 denti frontali superiori	6

*Da canino dx a canino sx

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

** Da premolare a II molare

Figura 3 – Variabili Denti frontali superiori e Denti posteriori superiori

Denti frontali inferiori*	ValDentiFrontaliInferiori	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 anteriores	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 sugli Denti posteriori sugli Denti frontali inferiore	Denti posteriori inferiore	Condizioni		Punteggio
2	1	Meno di 30 anni	Presenza di denti su entrambe le arcate	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 denti	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 superiore	Assenza di 3 denti	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1
7	6	Meno di 30 anni	Edentulia bi-mascellare	Assenza di 3 denti	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1
8	7	Da 40 a 49 anni		Assenza di 3 denti	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 denti	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0
10	9			Assenza di 3 denti	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	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'AS, ravvisata l'essenzialità e l'indifferibilità del motivo clinico e appresa la condizione di disagio dell'Utente, propone allo stesso la prestazione gratuita mediante la compilazione di apposita modulistica.

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

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

5. Forniture

5.1 Farmaci

IL PNES prevede la presa in carico dei bisogni di salute delle persone in stato di povertà sanitaria e la **Dotazione di farmaci di fascia A senza nota AIFA e fascia C**. Al fine di poter assicurare la distribuzione dei farmaci di fascia A senza nota AIFA e fascia C ai pazienti target, l’Azienda Sanitaria Locale di Avellino

- *Protocollo operativo aziendale*
- *Nota prot. ASLAV 00177982024 del 08/11/2024 veniva richiesto dalla U.O.C. Provveditorato alla Direzione Generale SO.RE.SA SPA, l’incremento dei fabbisogni delle gare regionali relative ai farmaci di cui all’allegato 2 alle medesime condizione della gara So.Re.Sa,*
- *So.Re.Sa con Nota Prot. PG/2024/0535225 del 12/11/2024 riscontrava ed invitava le AA.SS.LL. ad attivare procedure autonome di acquisto, previa acquisizione di autorizzazione a gara autonoma.*
- *Potendo le AA.SS.LL procedere agli acquisti in autonomia dal fondo PNES, si è proceduto a proporre a So.re.SA.,congiuntamente alla U.O.C. Provveditorato, richiesta di autorizzazione all’acquisto di farmaci, di cui all’elenco allegato approvato.*
- *Con nota prot. ASL AV 0106105 del 20/11/2024 ,al fine di poter rispondere al meglio ai bisogni della popolazione target veniva richiesto all’INMP, nella persona della Dott.ssa Carmela Pierri, l’autorizzazione all’implementazione del Disciplinare dei farmaci;*
- *In data 27/11/2024, il Responsabile dell’organismo Intermedio INMP Dott.ssa Carmela Pierri autorizzava l’adozione di un proprio disciplinare al fine di poter rispondere al meglio ai bisogni della popolazione target*

Al fine di consentire un controllo distinto e puntuale della spesa ricadente sul programma PNES, viene adottata la procedura informatizzata utilizzando l’attuale sistema informativo aziendale (SIAC), creando un conto economico, un centro di costo e un magazzino appositamente destinato al progetto IN.4k.l_04. Il farmaco consegnato verrà registrato su SIAC-FIORI attraverso procedure Z1E - EDF (Erogazione Diretta Farmaco), generando un movimento con un codice documento. Alla procedura informatizzata è resa disponibile la lista dei pazienti target identificati attraverso pseudonomizzazione, in cui vi è la prescrizione e la modulistica prevista. I pazienti sono identificati con codice id in sostituzione al codice fiscale, ad ognuno viene ricondotto il codice documento generato da piattaforma SIAC-FIORI riportante l’erogazione esatta del farmaco e il numero di confezioni. Per quanto concerne il monitoraggio della spesa e il totale dei farmaci distribuiti verrà utilizzato il sistema informatico aziendale SAP tramite il magazzino dedicato.

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

Si prevede la digitalizzazione del Allegato a.4: Modulo - Distribuzione Farmaci e che lo stesso, una volta compilato, venga inviato ad un indirizzo email specifico al fine di velocizzare l’itero processo di erogazione e monitoraggio.

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”.

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 utilizzerà una procedura aperta ai sensi dell'art. 71 del D.Lgs. 36/2023 per l'acquisizione e dotazione di protesi odontoiatriche.

Per consentire il controllo della spesa, l'Azienda Sanitaria intende avvalersi di un sistema di registrazione e conservazione dei dati utilizzando tecniche di pseudonimizzazione e crittografia, secondo modalità già utilizzate e altre in implementazione.

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: Consenso al trattamento dei dati personali e particolari;
8. Allegato a.8: Consenso al trattamento dei dati personali e particolari del rappresentato;
9. Allegato a.9: Informativa per il trattamento dati personali .

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

.....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

In riferimento agli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, l'ASL Avellino con delibera n.821/2018 ha approvato il Regolamento sopra citato con le relative procedure di somministrazione informativa e acquisizione del consenso privacy e modelli "informativa" (Allegato A) e "consenso" (Moduli 1 e 2). Inoltre, con delibera n.127/2025 si è proceduto ad aggiornare i soggetti "autorizzati" e "designati" al trattamento dei dati personali.

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

(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 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

(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 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

(COGNOME)

(NOME)

M F

(STATO)

(NATO/A IL)

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:</p> <p>Artropatie su base connettivitica; Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria; Dolore neoplastico; Attacco acuto di gotta.</p>
	<p>Farmaci antinfiammatori non sterolidei (FANS)</p>
NOTA 74	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto.</p>
	<p>Colecalciferolo, Calcidiololo</p>
NOTA 97	<p>Farmaci anti-vitamina K (AVK): Warfarin, Acenocumarolo NAO: Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban</p>
	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:</p> <p>medicinali per uso inalatorio per la terapia di mantenimento della BPCO.</p>
NOTA 99	<p>LABA: Formoterolo, Indacaterolo, Olodaterolo, Salmeterolo; LAMA: Aclidinio, Glicopirronio, Tiotropio, Umeclidinio; LABA + ICS; LABA + LAMA; ICS + LABA + LAMA.</p>
	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:</p> <p>pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato.</p>
NOTA 100	<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 steroidi (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 chenoursoesossicolico, acido taureoursoesossicolico
NOTA 4	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie: neuralgia 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 polienolici, 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 positiva per Helicobacter pylori; malattia da reflusso gasteroesofageo 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, Triptorellina, Leuprorelin, Goserelina, Buserelin
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, Meziocillina, 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 butill bromuro (comprese e supposte)
Prokinetici	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	Levcarnitina
Antipropulsivi	Loperamide
Vitamine	Acido ascorbico (vitamina C) Tiamina (vitamina B1) Nicotinamide Pridoxalina
Integratori minerali	Calcio gliconato Potassio cloruro

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Farmaci antiemetic	Acido flico e derivati
Soluzioni nutrizionali parenterali	Aminoacidi ramificati
Soluzioni che influenzano l'equilibrio elettrolitico	Elettrolitico reidratante: Ringer lattato Glucosio + Sodio cloruro
Soluzioni che favoriscono la diuresi osmotica	Mannitolo Glicerolo

SISTEMA CARDIOVASCOLARE

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antiemorroidiali per uso topico	Preparazioni locali antiemorroidarie + cortisonici

SISTEMA GENITO – URINARIO E ORMONI SESSUALI

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antimicrobici e antisettici ginecologici	Acido flico e derivati
Contracezettivi ormonali sistematici	Aminoacidi ramificati
Farmaci usati nella disfunzione erettile	Alprostadil Sildenafil Tadalafil Vardenafil

DERMATOLOGICI

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antimicotici per uso topico	Ketoconazolo Clotrimazolo Miconazolo Econazolo Tiocconazolo
Preparati per il trattamento di ferite ed ulcerazioni	Acido ialuronico sale sodico Collagene e cipramileno
Anestetici per uso topico	Lidocaina
Antibiotici per uso topico	Gentamicina Acido fusidico Mupirocina Sulfadiazina argentea
Antivirali per uso topico	Aciclovir
Antisettici e disinettanti	Clorexidina difluoruro Iodopovidone Perossido di idrogeno

FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

SISTEMA NERVOSO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Analgesici	Paracetamolo/codirina fosfato Urtice acetilsalicilato Acido acetilsalicilico Paracetamolo
Anestetici locali	Mepivacaína Prilocaina Lidocaina
Antipsicotici	Promazina cloridrato Sulpiride
Derivati benzodiazepinici	Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Triazolam, Deslorazepam, Bromazepam, Clorazepam, Prazeepam, Etizolam, Clotiazepam

SISTEMA RESPIRATORIO	
GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antiasmatici	Aminofilina 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	Oxitoprocaina Lidocaina

VARI	
GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antidotici	Glutathione
Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici	Calcio folinato

ALLEGATO A6

ID paziente	Età	Edentulia totale	Denti frontali super	Denti posteriori super
1	Meno di 30 anni	Presenza di denti su entrambe le arcate	Assenza di 1 dente frontale superiore	
2	Da 30 a 39 anni	Presenza di denti su entrambe le arcate		Assenza di 6/7 denti
3	Da 40 a 49 anni	Edentulia mono-mascellare inferiore		Assenza di 6/7 denti
4			Assenza di 3 denti frontali	Assenza di 6/7 denti
5	Meno di 30 anni	Edentulia mono-mascellare superiore	Assenza di 3 denti frontali	Assenza di 6/7 denti
6	Meno di 30 anni	Edentulia bi-mascellare	Assenza di 3 denti frontali	Assenza di 6/7 denti
7	Da 40 a 49 anni		Assenza di 3 denti frontali	Assenza di 6/7 denti
8	Meno di 30 anni		Assenza di 3 denti frontali	Assenza di 6/7 denti
9				

ALLEGATO A6

Denti frontali inferiori	Denti posteriori inferiori	Condizioni	Punteggio
Assenza di 2 denti frontali inferiori	0		
posteriori superiori	Assenza di 4/5 denti	0	
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	1	14
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	0	
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	1	17
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	1	15
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	0	
Assenza di 4 denti fr	Assenza di 4/5 denti	0	

Allegato a.7

Mod.1

**Consenso al trattamento dei dati personali e particolari
Regolamento Europeo 2016/679 e D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii.**

Il/la sottoscritta.....nato/a a.....
il..... residente inalla via.....
Codice fiscale.....

Dichiara

- di aver ricevuto e compreso le informazioni fornite a norma dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di

- concedere il consenso libero, consapevole, informato e specifico**
 negare il consenso

al trattamento dei propri dati personali per la/e finalità specificata/e nell'informativa
(specificare.....).

Data..... Firma.....

(da compilare in caso di necessità)

Visto che l'interessato sopra identificato è impossibilitato a firmare perché, come dal medesimo dichiarato, è *(specificare il motivo)* _____ i testimoni :

1. _____
2. _____

con la sottoscrizione della presente attestano che il sig. _____ ha prestato/negato il proprio consenso al trattamento dei dati personali dopo aver letto e compreso le informazioni fornite a norma degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 e dell'art.79 D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii presenti nell'allegato A del presente modulo.

Data..... Firma.....

Firma.....

Si allega documento di riconoscimento dell'interessato e, ove presenti, dei testimoni

Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____ in servizio presso _____
Estremi documento d'identità dell'interessato e, ove presenti, dei testimoni:

Allegato a.8

Mod.2

Consenso al trattamento dei dati personali e particolari del rappresentato
Regolamento Europeo 2016/679 e D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii

Il/la sottoscritta.....nato/a a.....
il..... residente inalla via.....
Codice fiscale.....

Dichiara

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle responsabilità penali e decadenza dai benefici in cui incorre chi rilascia dichiarazioni mendaci (artt. 76 e 77)

- di essere:
- tutore
 - rappresentante legale (per minori di 18 anni)
 - amministratore di sostegno
 - genitore
 - responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
 - altro _____

di *(nome e cognome)* _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____

- di aver ricevuto e compreso le informazioni fornite a norma degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 e dell'art.79 D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. presenti nell'allegato A del presente modulo e di :

- concedere il consenso** libero, consapevole, informato e specifico
- negare il consenso**

al trattamento dei dati personali riguardanti il proprio rappresentato per la/e finalità specificata/e nell'informativa.

Data.....

Firma.....

-
- Si allega documento di riconoscimento del rappresentante e dell'interessato
 - Il presente consenso viene raccolto dall'operatore _____
in servizio presso _____

 - Estremi documento d'identità del rappresentante e dell'interessato _____
-

Allegato a.9

Azienda Sanitaria Locale AVELLINO

Informativa per il trattamento dei dati personali
(Regolamento UE 2016/679 art. 13)

Gentile utente,

quando Lei richiede una prestazione all'ASL deve fornire i Suoi dati personali, alcuni dei quali definiti "particolari" (dati che rivelino origine razziale, etnica, opinioni politiche, convinzioni religiose, appartenenza sindacale, genetici, biometrici, di salute, vita sessuale o orientamento sessuale della persona), indispensabili per ricevere quanto da Lei richiesto.

A norma dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito Regolamento), Le forniamo una serie di informazioni generali in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, o del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale, con riferimento all'attività che può essere esercitata nella ASL, nelle sue diverse articolazioni, anche in regime libero professionale intramoenia.

Per informazioni più specifiche in ordine ai vari punti della presente Informativa, legate alla peculiare attività di trattamento e finalità per la quale conferisce i Suoi dati, si rinvia alle informative specifiche, presenti sul sito web aziendale (www.aslavellino.it) e/o che saranno fornite presso la struttura aziendale deputata al trattamento da Lei richiesto.

CONSEGUENZE DELLA MANCATA COMUNICAZIONE DEI SUOI DATI.

Se non fornisce i dati richiesti e il suo consenso, se richiesto, l'Azienda Sanitaria Locale potrebbe non essere in grado di erogare i servizi.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI è l'Azienda Sanitaria Locale Avellino, con sede legale in Avellino - Via degli Imbimbo n.10/12 (di seguito ASL AV), nella persona del suo legale rappresentante pro-tempore il Direttore Generale.

Lo stesso potrà essere contattato tramite:

posta ordinaria: all'indirizzo della sede legale dell'ASL;
e-mail: direzionegenerale@aslavellino.it;
telefono: 0825.292202;
fax: 0825.292092.

IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD), nominato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento con provvedimento reperibile sul sito web del Titolare nell'apposita sezione Privacy, potrà essere contattato, per qualsiasi problematica riguardante la Sua privacy, ai seguenti recapiti:

posta ordinaria: Responsabile Protezione Dati ASL Avellino - Via degli Imbimbo 10/12 - 83100 AVELLINO c/o Direzione Generale;
e-mail: responsabileprotezionedati@aslavellino.it;
telefono/fax: 0825.292170;

LE FINALITA' per le quali potranno essere trattati i dati da Lei forniti in occasione di una sua richiesta di prestazione alla ASL sono quelle collegate agli scopi istituzionali dell'Azienda:

- attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione (servizi diagnostici, programmi terapeutici, screening e qualsivoglia altro servizio erogato dalla ASL in caso di prestazioni specialistiche ambulatoriali o di ricovero ospedaliero) ivi compresa l'assistenza sanitaria a stranieri, detenuti, cittadini all'estero, personale navigante e aeroportuale;

- altre attività sanitarie, diverse da quelle di cui al precedente punto, comunque connesse alla salute degli utenti a tutela della salute di altre persone o della collettività per fini di sanità ed igiene pubblica;
- attività amministrative e di gestione operativa correlate ai servizi forniti, ivi comprese quelle connesse al processo di iscrizione al SSR, prenotazione, accettazione, certificazione, denuncia, prescrizione, compilazione documentazione clinica e registri, accertamento invalidità civile, disabilità, handicap, recupero crediti, esenzione ticket, programmazione, gestione, controllo e valutazione;
- attività legate alla fornitura di beni e servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica a tutela della salute (es. fornitura ausili e protesi)
- attività amministrative correlate ai trapianti d'organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano;
- attività didattica e di formazione professionale;
- l'effettuazione di indagini sul gradimento dei servizi e delle prestazioni da parte dei cittadini;
- scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti;
- applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
- instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale;
- teleassistenza e telemedicina;
- farmacovigilanza.

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO:

In relazione alle diverse attività di trattamento, alle finalità e alle varie tipologie di dati trattati, la base giuridica del Suo trattamento sarà:

- il suo consenso al trattamento dei dati
- l'adempimento di un obbligo di legge del Titolare
- l'esecuzione di un contratto di cui Lei è parte
- la salvaguardia di Suoi interessi vitali o di terzi
- esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso ai pubblici poteri del Titolare
- un legittimo interesse del Titolare (che sarà specificato)

I Suoi dati personali oggetto di trattamento sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente; raccolti per finalità determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo compatibile con tali finalità; adeguati, pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono trattati; esatti, aggiornati, conservati in una forma che consenta a sua identificazione per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per conseguire le finalità per le quali sono stati trattati. I dati saranno trattati in maniera da garantirne la sicurezza, la protezione mediante misure tecniche ed organizzative adeguate al fine di evitare trattamenti non autorizzati, illeciti e a garantirne l'integrità e riservatezza.

I dati personali "particolari" possono essere trattati solo se:

- ci sia il Suo consenso per una o più finalità specifiche;
- sia necessario per esercitare diritti e obblighi del Titolare in materia di diritto del lavoro, sicurezza sociale e protezione sociale
- sia necessario, in caso di sua incapacità fisica o giuridica a prestare il consenso, per tutelare un suo interesse vitale o di altra persona
- riguarda dati personali resi da Lei manifestamente pubblici
- sia necessario per accettare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria
- sia necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto UE o del nostro Stato

- sia necessario per finalità di medicina preventiva o del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi assistenza o terapia sanitaria o sociale o gestione di servizi sanitari o sociali sulla base del diritto UE o dello Stato o conformemente al contratto con un professionista della sanità
- sia necessario per motivi di interesse pubblico nel settore sanità pubblica
- sia necessario a fini di archiviazione per pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica, a fini statistici

DESTINATARI E CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI:

Si informa che i Suoi dati potranno essere destinati ad altri soggetti e categorie di soggetti diversi quali: responsabili esterni di trattamento (Società Informatiche, Associazioni, Onlus, Cooperative, Aziende Informatiche, Ditta, consulenti, avvocati, assicurazioni, arbitri, periti, broker, etc.) altre Pubbliche Amministrazioni, consulenti, responsabile della Sicurezza, medico competente, ex D.Lgs 81/2008 e ss.mm.ii.

PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI:

I dati personali che la riguardano e i relativi documenti saranno conservati:

- per il tempo previsto dalle specifiche normative;
- per i periodi indicati dal Regolamento aziendale Protocollo e Archivi e dal Regolamento uso strumenti informatici cui si rinvia, disponibili nell'apposita sez. privacy del sito web aziendale.

Se non è possibile predeterminare un periodo di conservazione dei dati saranno indicati, nelle specifiche informative i criteri utilizzati per determinare tale periodo.

I DIRITTI

La informiamo dell'esistenza di alcuni diritti sui suoi dati personali e sul relativo trattamento che potranno essere esercitati:

- diritto di revoca del consenso (art. 7 comma 3; art.9 comma 2 lett.a); e art. 13 comma 2 lett.c);
- diritto di accesso ai propri dati personali (art.15)
- diritto di rettifica dei dati inesatti (art. 16);
- diritto di cancellazione - cd. diritto all'oblio - (art. 17);
- diritto alla limitazione del trattamento (art. 18);
- diritto alla portabilità dei propri dati personali (art. 20);
- diritto di opposizione al trattamento dei dati personali (art.21)
- diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo (art.13 c.2 lett. d)

Per l'esercizio di tali diritti potrà utilizzare l'apposita modulistica predisposta dall'Azienda e rinvenibile sul sito web aziendale nell'apposita sezione privacy

Si ricorda che per un dettaglio dei vari punti della presente informativa si rinvia alle specifiche informative presenti sul sito web aziendale (www.aslavellino.it) e/o che saranno fornite presso la struttura aziendale deputata allo specifico trattamento dei Suoi dati.