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"

ASL Ogliastra

1. Ambito di applicazione

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

2. Destinatari

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

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

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

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

a) certificazione ISEE al di sotto di euro 10.000;
b) codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che assicura l'assistenza sanitaria agli stranieri cittadini di Paesi terzi privi di un permesso di soggiorno, e rilasciato su autodichiarazione di indigenza;
c) codice ENI (Europeo Non Iscritto) che garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie ai cittadini comunitari privi di TEAM (Tessera Europea Assistenza Malattia) e privi di requisiti per l'iscrizione al SSN e con autodichiarazione di indigenza.
d) titolarità di esenzioni per reddito, tenendo conto anche delle esenzioni previste a livello regionale;
e) dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza;
f) dichiarazione attestante la situazione di disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS), accreditato e individuato dall'azienda sanitaria (beneficiaria) per la co-progettazione degli interventi sul territorio e la funzione di orientamento dei soggetti in povertà sanitaria verso i servizi sanitari accessibili sul territorio.

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

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

	povertà sanitaria verso i servizi sanitari accessibili sul territorio

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

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

3. Regime amministrativo

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

- Convenzione sottoscritta dalla ASL Ogliastra 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;
- Linee guida e note RAS;
- Regolamenti aziendali

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 presentato dalla ASL Ogliastra come approvati da INMP**.
Rientrano in questo gruppo:
a) le visite specialistiche e le prestazioni erogate presso gli ambulatori di prossimità: Casa della Salute di Tortolì, Casa della Salute di Lanusei e Casa della Salute di Jerzu;
b) le visite specialistiche e le prestazioni erogate presso i motorhome.

- di specialistica ambulatoriale (es. cardiologiche, ginecologiche, diabetologiche, urologiche, otorinolaringoiatriche, pneumologiche, odontoiatriche,screening oncologici, otorinolaringoiatriche

psicologiche, psichiatriche) e quant'altro possa emergere dalla richiesta dei pazienti, anche rimodulandone l'offerta.

- colloqui psicologici finalizzati all'analisi della domanda
- osservazione dello stato di salute psichica e all'avvio di processi psicodiagnostici
- Prestazioni pre-protesiche (esclusivamente presso gli ambulatori di prossimità)
    - 1. Visita odontoiatrica
    - 2. Igiene orale
    - 3. Estrazioni eventuali
    - 4. Ricostruzioni eventuali
- Prestazioni protesiche (esclusivamente presso gli laboratorio di ortodonzia selezionato con manifestazione di interesse)
    - 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

La tipologia di prestazioni specialistiche erogate, potranno essere riviste in relazione alle esigenze dell'utenza che si rileveranno in fase di attuazione.

L'erogazione delle prestazioni potrà avvenire in giornate appositamente dedicate al programma in oggetto oppure in orario straordinario rispetto alla consueta apertura degli ambulatori, sempre nel rispetto dei limiti orari stabiliti nel piano degli interventi. Il calendario delle prestazioni sanitarie verrà periodicamente pubblicato sulla sezione dedicata del sito web della Asl Ogliastra con l'indicazione dei giorni, degli orari e della visita specialistica erogata, sia relativamente alle visite negli ambulatori di prossimità sia relativamente alle visite con il motorhome.

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

Criteri di arruolamento dei pazienti

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

In dettaglio si valuta:

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

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

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

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

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

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

Figura 1 - Variabile Età

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

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

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

*Da canino dx a canino sx

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

** Da premolare a II molare

Figura 3 – Variabili Denti frontali superiori e Denti posteriori superiori

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

*Da canino dx a canino sx

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

** Da premolare a II molare

Figura 4 – Variabili Denti frontali inferiori e Denti posteriori inferiori

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

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

Facendo ricorso al file xls 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							
		Da 60 a 70 anni							
		Oltre i 70 anni							

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

Il medico/odontoiatra dell'AS, ravvisata l'essenzialità e l'indifferibilità del motivo clinico e appresa la condizione di disagio dell'Utente, propone allo stesso la prestazione gratuita mediante la compilazione di apposita modulistica.
Fatte salve le indicazioni cliniche valide per tutti i pazienti, essendo un progetto di odontoiatria sociale **si raccomanda vivamente** di utilizzare il più possibile protesi mobili che garantiscono il soddisfacimento del bisogno di salute del maggior numero possibile di persone in condizione di vulnerabilità sociale.

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

5. Forniture

5.1 Farmaci

IL PNES prevede la presa in carico dei bisogni di salute delle persone in stato di povertà sanitaria e la **Dotazione di farmaci di fascia A senza nota AIFA e fascia C.** Al fine di poter assicurare la distribuzione dei farmaci di **fascia A senza nota AIFA e fascia C** ai pazienti target, l'Azienda stipulerà una convenzione con le farmacie del territorio. Gli utenti potranno quindi ritirare direttamente i farmaci gratuitamente in farmacia dietro presentazione dell'apposita modulistica di autorizzazione da parte del medico (Allegato a.4: Modulo - Distribuzione Farmaci). Le farmacie provvederanno mensilmente a comunicare alla ASL Ogliastra il riepilogo dei farmaci consegnati per la liquidazione del rimborso.

L'Asl Ogliastra per controllare la spesa farmaceutica registrerà mensilmente i dati per consentire il monitoraggio continuo attraverso l'utilizzo di una lista pseudonomizzata dei pazienti target in cui saranno indicati:

- *Dati anagrafici*
- *Prescrizione erogata*
- *Farmaci prescritti, numero di confezioni, costo unitario e costo totale*

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

L'elaborazione di quanto sopra sarà effettuato nel rispetto di quanto descritto nel Progetto.

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, in base alle normative vigenti nazionali e regionali, individuerà un laboratorio per la fornitura delle protesi mobili odontoiatriche, attraverso una manifestazione di interesse. Il medico odontoiatra, in seguito alla presa in carico del paziente compilerà il modulo excel con cui viene attribuito un punteggio di priorità a ciascuno (così come precedentemente descritto). Sulla base della graduatoria, che verrà periodicamente aggiornata, invia le richieste di fornitura delle protesi al laboratorio, che le evaderà entro i termini concordati in fase contrattuale.

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

- *Dati anagrafici*
- *Prescrizione erogata*

- *Farmaci prescritti, numero di confezioni, costo unitario e costo totale*
- *Richiesta dettagliata della protesi odontoiatrica*

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

- *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)

SCHEDA DI ADESIONE PARTECIPANTI

FESR e FSE+ 2021-2027

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

(SCRIVERE IN STAMPATELLO E ARCHIVIARE CARTACEO)

Area di intervento "CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA"

A cura dell'Azienda sanitaria _____

Titolo Progetto _____

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

Sezione "Condizione di accesso del partecipante"

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

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

__I__ sottoscritto/a_____

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

Codice Fiscale																
Altro Codice IDENTIFICATIVO																

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

DICHIARA:

A) di essere di sesso: □M □F

B) di avere cittadinanza _____,

C) di risiedere

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

D) di non avere residenza □ _____,

E) di non avere domicilio □

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

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

□ 00 Nessun titolo

□ 01 Licenza elementare

□ 02 Licenza media/avviamento professionale

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

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

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

□ 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)

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

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

□ 09 Titolo di dottore di ricerca

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

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

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

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

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

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

DICHIARAZIONE

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

Allegati n° _____:

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

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

Data

Firma del paziente

_____

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

_____

DATI Genitore o tutore

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

A cura dell'Azienda sanitaria

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

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

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

_____

Firma del paziente

_____

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

Allegato a.2

MODULO – VISITA/PRESTAZIONE PNES

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

_____

_____

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

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

_____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____

(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

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

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

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

(Indirizzo completo sede)_____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

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

Prestazione erogata

Descrizione o codice

Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

_____

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

Allegato a.3

MODULO - PROTESICA ODONTOIATRICA PNES

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

_____

_____

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

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A _____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____

(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

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

☐ in qualità di diretto interessato;

☐ in qualità di[1]:

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

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

(Indirizzo completo sede)_____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

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

Descrizione tipo di protesi e piano di consegna

_____

_____

_____

_____

_____

(Cognome, Nome del Medico/Odontoiatra)

_____

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

Allegato a.4

MODULO – DISTRIBUZIONE FARMACI

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

_____

_____

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

UTENTE

IL /LA SOTTOSCRITTO/A

_____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

_____ ____/_____/_____ _____

(NATO/A IL) (STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

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

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

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

del paziente _____ ☐ M ☐ F

(COGNOME) (NOME)

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

(STATO)

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

_____

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

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

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

(Indirizzo completo sede)_____

Data _____

A cura del personale sanitario responsabile dell'erogazione della prestazione

Descrizione farmaco consegnato

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

_____
(Cognome, Nome del Medico)

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

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

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

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

descrizione per esteso della prescrizione:

_____

_____

_____

_____

_____

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

(Cognome, Nome del medico)

_____

in favore del paziente: _____

(Cognome, Nome)

nato a , _____, il _____

(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL MEDICO)

A cura della Farmacia

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

DALLA FARMACIA

_____

_

IL FARMACISTA

_____

(Cognome, Nome del farmacista)

NOTE EVENTUALI DEL FARMACISTA

_____

_____

_____

_____

_____

_____, _____

(Luogo, data)

(TIMBRO e FIRMA DEL FARMACISTA)

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

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

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

NOTA 1	**Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**: in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS); in terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico a basse dosi
	Pantoprazolo, omeprazolo, misoprostolo, lansoprazolo, esomeprazolo
NOTA 2	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti affetti da: **cirrosi biliare primitiva;** **colangite sclerosante primitiva;** **colestasi associata alla fibrosi cistica o intraepatica familiare;** **calcolosi colesterinica.**
	Acido ursodesossicolico, acido chenoursodesossicolico, acido tauroursodesossicolico
NOTA 4	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti con dolore grave e persistente dovuto alle seguenti patologie: **nevralgia post-erpetica correlabile ad infezione da Herpes zoster;** **neuropatia associata a malattia neoplastica.** **dolore post-ictus o da lesione midollare;** **polineuropatie, multineuropatie, mononeuropatie dolorose;** **neuropatia diabetica;**
	Duloxetina, gabapentin, pregabalin
NOTA 13	Prescrizione a carico del SSN limitata ai pazienti: **ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta** e **ipercolesterolemia poligenica**; **dislipidemia familiare**; **iperlipidemia in pazienti con insufficienza renale cronica moderata e grave.**
	Simvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina, Omega polienoici, Lovastatina, Gemfibrozil, Fluvastatina, Fenofibrato, Ezetimibe, Bezafibrato, Atorvastatina
NOTA 15	**Albumina umana**
NOTA 48	Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni: **ulcera duodenale o gastrica positive per 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

APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO

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

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

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

SISTEMA CARDIOVASCOLARE

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

SISTEMA GENITO – URINARIO E ORMONI SESSUALI

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antimicrobici e antisettici ginecologici	Acido folico e derivati
Contraccettivi ormonali sistemici	Aminoacidi ramificati
Farmaci usati nella disfunzione erettile	Alprostadil Sildenafil Tadalafil Vardenafil

DERMATOLOGICI

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

FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

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

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

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

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

AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE n.4

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI(art.13 Reg.UE 2016/679 - GDPR)

Gentile Signora/Signore,
l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n.4 Ogliastra provvede ad informarLa sulle modalità ditrattamento dei suoi dati personali.
La Legge Regionale 11 settembre 2020 n.24 ha previsto e disciplinato la riforma delservizio sanitario regionale nonchè la riorganizzazione sistematica delle norme in materiaed, a tal fine, dal 1 gennaio 2022 ha istituito le Aziende Socio-Sanitarie Locali (ASSL) lequali, in quanto soggetti tenuti ad assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie inambito locale, hanno preso in carico i dati personali sia comuni che sensibili degli utentirispetto al territorio di propria competenza, derivante dalla ripartizione dell'intero territorioregionale precedentemente gestito dall'Azienda Tutela della Salute della Sardegna (ATS). In seguito a ciò, Le forniamo le seguenti informazioni relative alle modalità di trattamentodei Suoi dati personali, specificando fin d'ora che il trattamento dei Suoi dati sarà eseguitosecondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità, adeguatezza, pertinenza, minimizzazione delle finalità, esattezza, limitazione dellaconservazione, sicurezza ed integrità (art.5 Reg.UE 2016/679) nonchè nel rispetto delsegreto professionale:

- Titolare del trattamento

Azienda Socio-Sanitaria Locale n.4 Ogliastra, Via Piscinas n.5 – 08045 – Lanusei tel. 0782490211, protocollo@pec.aslogliastra.it

- Responsabile per la Protezione Dati

KARANOA S.r.l. – Via Principessa Iolanda n.48 – 07100 – Sassari (karanoa@email.it -334 5344282) ed il referente è l'Avv. Giacomo CROVETTI (avv.giacomocrovetti@pec.it - 340 0698849)

- Base giuridica del trattamento

Le basi giuridiche di riferimento sono previste dall'art.6 par.1 – lett. c) ed e), per quanto attiene i dati comuni mentre per quanto attiene i dati appartenenti a categorie particolari (dati "sensibili") sono previste dall'art. 9 par. 2 lett. g), h), i) del Reg. UE 2016/679:

art.6.1 lett. e) trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento;

art. 6.1 lettera c)- trattamento necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetta la Assl n.4, in qualità di Titolare del trattamento;

art.9.2 lettera g) – rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica; art.9.2 lettera h) – finalità di

cura e secondo le modalità previste dall'art. 9.3; art.9.2 lettera i) – per motivi di interesse pubblico nel settore

della sanità pubblica.

Ulteriori trattamenti di Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alla legge e ai regolamenti, previa applicazione di ulteriori misure di garanzia e, comunque, attraverso il rilascio di un'ulteriore nota informativa e, ove richiesto, previa acquisizione del Suo specifico consenso, da Lei manifestato liberamente (artt. 6.1.a e 9.2.a del Regolamento) e tenere presente che, nei casi espressamente previsti, Lei ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Finalità del trattamento

I suoi dati saranno raccolti e trattati per le seguenti finalità (art.2-sexies D.Lgs. n.196/2003e ss.mm.ii.) oltre che da quelle già indicate al precedente punto:

- prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed incolumità fisica delle persone (tutela dellasalute);
- programmazione dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, controllo evalutazione dell'assistenza erogata;
- tutela socio-assistenziale e interventi di rilievo sanitario in favore di soggetti bisognosi,non autosufficienti o incapaci;
- attività epidemiologica, statistica, didattica nei limiti rappresentati dai compiti istituzionalidell'ASL
- attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza terapia sanitaria o sociale nonché ai compiti istituzionali delle ASSL;
- compiti del servizio sanitario nazionale e dei soggetti operanti in ambito sanitario nonchécompiti di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro e sicurezza e salute della popolazione, protezione civile, salvaguardia della vita e dell'incolumità fisica;
- vigilanza sulla sperimentazioni, farmacovigilanza, autorizzazione all'immissione in commercio e all'importazione di medicinali ed altri prodotti di rilevanza sanitaria;
- interesse pubblico nel settore della sanità pubblica;Inoltre, la raccolta ed il trattamento avverranno, per:
- gestione di esposti, doglianze e contenziosi;
- ulteriori altre finalità di interesse pubblico previsti da leggi e/o regolamenti.

- Categorie di dati trattati

Dati personali comuni: nome, cognome, codice fiscale, tessera sanitaria, dati relativi all'ubicazione, indirizzo email, iban ed eventuali altri non ricompresi nella categoria di cui all'art.9 GDPR.

Dati appartenenti a categorie particolari (art.9 Reg. UE 2016/679): dati relativi alla salute, all'originale ed etnica, alle convinzioni religiose, filosofiche, politiche e sindacali,dati genetici, dati relativi alla vita e/o all'orientamento sessuale della persona.

- Comunicazione e trasferimento a paesi terzi o ad organizzazioni internazionali

I suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi, pubblici e privati, in adempimento diobblighi di legge o contrattuali ovvero su specifica richiesta dell'interessato e solo se necessario. Ulteriori comunicazioni potranno avvenire nei confronti di soggetti che eseguono trattamenti di dati personali per conto del Titolare in forza di specifici accordicon il medesimo stipulati. L'Assl n.4 Ogliastra, di norma, non trasferisce i Suoi dati a paesi extra UE: ciò, tuttavia, potrebbe avvenire per adempimento ad obbligo di legge o per l'assolvimento ad obblighi contrattuali ed in tal caso il trasferimento sarà eseguito nelpieno rispetto della normativa, verificando preliminarmente se il paese destinatario offra unadeguato livello di protezione dei dati personali; in assenza di tale requisito, il Titolare stesso ovvero il Responsabile attueranno le misure di garanzia a tutela dell'interessato (quali, ad esempio, la richiesta di consenso al trasferimento, etc.)

- Natura obbligatoria o facoltativa dei dati personali

In forza delle rappresentate finalità, il conferimento dei dati è obbligatorio ed il mancato, parziale ovvero inesatto conferimento, potrà rendere impossibile l'esecuzione della prestazione richiesta, fatta eccezione per i trattamenti urgenti. Il conferimento sarà, invece, facoltativo qualora i dati siano volontariamente forniti dall'interessato ed, in ogni caso, ogniqualvolta non sia prevista l'obbligatorietà del conferimento ovvero ancora quando l'interessato possa prestare o negare il proprio consenso.

- Periodo di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali saranno conservati per il singolo relativo periodo di conservazione previsto nella deliberazione del Commissario straordinario ATS Sardegna n.172/30 del 30 gennaio 2020 avente ad oggetto "Aggiornamento del regolamento e del prontuario di selezione e scarto per gli archivi" rinvenibile al seguente link https://www.atssardegna.it/documenti/12_134_20210624103155.pdf o richiedibile al Titolare o al Responsabile per la Protezione Dati ai recapiti indicati.

- Diritti dell'interessato

Lei può esercitare i diritti specificati negli articoli da 15 a 22 del Reg.UE 2016/679,ovverosia:

- **Diritto di accesso** ai dati personali ovvero a conoscere se sia o meno in corso il trattamento dei dati, per quali finalità e per quali tipologie di dati nonché i destinatari ed il tempo di conservazione dei medesimi (art.15);
- **Diritto alla rettifica** ovvero il diritto ad ottenere, senza ingiustificato ritardo, dal titolare la rettifica dei dati inesatti (art.16);
- **Diritto alla cancellazione** ovvero il diritto di ottenere dal Titolare la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo per i motivi di cui allarelativa disposizione del GDPR ivi specificamente inclusa la possibilità di revoca delconsenso (art.17)

Diritto di limitazione del trattamento in caso di contestazione dell'esattezza dei dati, opposizione al trattamento di essi in caso di trattamento illecito, utilizzo per fini di esercizio di diritti in sede giudiziaria e contestuale non necessità per trattamento da parte del titolare ed, infine, nelle more della verifica sulla prevalenza degli interessi legittimi del titolare rispetto a quelli dell'interessato (art. 18);

- Diritto alla portabilità dei dati ovvero il diritto di ricevere in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico su cui trasferirli verso altro titolarenel caso in cui il trattamento avvenga sulla base del consenso ovvero sia eseguito con mezzi automatizzati (art.20);
- **Diritto di opposizione** al trattamento (art. 21).

- Diritto di proporre reclamo all'Autorità Nazionale di Controllo

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati possa violare nel normative specifiche di riferimento europee e nazionali, potrà esercitare il proprio diritto di inoltrare reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali – Piazza Venezia n.11 – 00187 – ROMA (**protocollo@pec.gdpd.it**) così come previsto dall'art.77 del Reg. UE 2016/679 ovvero adire le competenti Autorità giudiziarie così come previsto dall'art.79 del medesimo Regolamento.

- Aggiornamenti

Il Titolare procederà a revisione ed aggiornamento continuo dei propri atti e documenti e, pertanto, quelle pubblicate saranno da considerare le ultime versioni.

- Ulteriori informazioni

Ulteriori informazioni sul trattamento dei Suoi dati potranno essere richieste direttamenteal Titolare ovvero al al Responsabile della Protezione Dati ai recapiti sopra indicati.