

**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 Nuoro**

## 1. Ambito di applicazione

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

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

## 2. Destinatari

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

Considerate, pertanto, le caratteristiche peculiari della popolazione target (e.g. invisibilità e marginalità) dell'area "Contrastare la povertà sanitaria" e la diversificazione delle condizioni che

possono rappresentare uno svantaggio economico e/o sociale, sono stati considerati:

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

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

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

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

Condizioni destinatari	Documentazione comprovante
Basso reddito, iscritto al SSN	ISEE inferiore a 10.000 euro
Basso reddito, cittadino non comunitario, non iscritto al SSN	STP
Basso reddito, cittadino comunitario non iscritto al SSN	ENI
Titolare di esenzioni per reddito, tenendo conto anche delle esenzioni previste a livello regionale	Esenzione per reddito
Indigenti tracciati nelle anagrafiche dei Comuni	Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
Indigenti non tracciati nelle anagrafiche dei Comuni	Dichiarazione attestante la situazione di disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS),

	accreditato e individuato dall'azienda sanitaria (beneficiaria) per la co-progettazione degli interventi sul territorio e la funzione di orientamento dei soggetti in povertà sanitaria verso i servizi sanitari accessibili sul territorio
--	---

Con riferimento ai criteri riferiti al **contesto** di svolgimento dell'intervento, quando l'attività di *outreach* si rivolge a persone che dimorano in contesti individuati come deprivati e ad elevata marginalità socio-economica, tutta la popolazione target che verrà presa in carico è individuata come destinataria.

La documentazione attestante la vulnerabilità socio-economica non è riferita alla condizione delle singole persone, bensì prodotta dall'Azienda Sanitaria beneficiaria in riferimento al contesto di deprivazione in cui è svolto l'intervento. Saranno quindi destinatari dell'intervento: individui homeless; soggetti che vivono in insediamenti di fortuna e non autorizzati nel tessuto urbano e rurale; lavoratori stagionali in agricoltura che vivono in insediamenti informali; persone che vivono in palazzi occupati, persone RSC che vivono in insediamenti autorizzati e non. I contesti qui illustrati potranno essere oggetto di integrazione, in esito a un primo periodo di attuazione degli interventi.

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

### 3. Regime amministrativo

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

- Convenzione sottoscritta da ciascuna dalle 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;
- Art.89 comma 2, 3 del CCNL Area Sanità del 23 gennaio 2024 triennio 2019 – 2021;
- Legge 213 del 2023 che estende fino al 31/12/2026 l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del personale medico dell'attuale articolo 89 del CCNL dell'Area Sanità del 23/01/2024 triennio 2019 – 2021;
- Regolamento Aziendale in vigore al momento in cui verranno liquidate le prestazioni aggiuntive;
- Regolamenti aziendali afferenti la remunerazione al personale dipendente sui progetti;
- Regolamenti (UE) 966/2012 e 2021/1060;
- DPR 22/2018;
- linee guida n.2/2017, n.5/2019, redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP), la nuova direttiva del 28.11.2023, ai sensi del citato decreto legislativo 150/2009 e dell'art.3, comma 1, del DPR n.105 del 2016;
- Eventuali linee di indirizzo e disposizioni previste in materia dalla RAS;
- Accordi sindacali.

## 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.

Le specialità che prevediamo di erogare nella nostra Azienda, in coerenza con i progetti presentati e approvati, sono:

Oculistica, Diabetologia, Cardiologia, Pneumologia, Dermatologia, Ecografia, Ortopedia, Otorino, Radiologia e Odontoiatria.

L'erogazione delle prestazioni avverrà in giornate prestabilite e dedicate al programma in oggetto oppure in orario straordinario rispetto alla consueta apertura degli ambulatori, sempre nel rispetto dei limiti orari stabiliti nel piano degli interventi. Il calendario delle prestazioni sanitarie verrà comunicato periodicamente tramite mezzi idonei 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 i motorhome.

Ci riserviamo la possibilità di rimodulare le prestazioni in relazione alle esigenze che si rileveranno in fase di attuazione.

Si prevede un iter composto da:

- ✓ Prima visita dove verrà predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico;
- ✓ Eventuale visita follow up della diagnosi e delle terapie adottate, unitamente alle informazioni necessarie in merito alla eventuale prosecuzione dei controlli clinici periodici e all'esecuzione di alcuni esami strumentali.

Prestazioni pre-protesi:

- ✓ Visita odontoiatrica
- ✓ Igiene orale
- ✓ Estrazioni eventuali
- ✓ Ricostruzioni eventuali

Prestazioni protesiche:

- ✓ Impronta in alginato
- ✓ Impronta definitiva (con polisolfuro o silicone con porta-impronte individuale)
- ✓ Base di masticazione
- ✓ Prova denti
- ✓ Applicazione protesi

## 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.

### Criteria di arruolamento dei pazienti

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

In dettaglio si valuta:

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

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

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

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

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



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

Figura 1 - Variabile Età

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

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

Denti frontali superiori*	ValDentiFrontaliSuperiori	Denti posteriori superiori**	ValDentiPosterioriSuperiori
Assenza di 1 dente frontale superiore	1	Assenza di 4/5 denti posteriori superiori	1
Assenza di 2 denti frontali superiori	2	Assenza di 6/7 denti posteriori superiori	2
Assenza di 3 denti frontali superiori	3	Assenza di 8 denti posteriori superiori	3
Assenza di 4 denti frontali superiori	4		
Assenza di 5 denti frontali superiori	5		
Assenza di 6 denti frontali superiori	6		

\*\* Da premolare a II molare

\*Da canino dx a canino sx

Figura 3 – Variabili Denti frontali superiori e Denti posteriori superiori

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

\*\* Da premolare a II molare

\*Da canino dx a canino sx

Figura 4 – Variabili Denti frontali inferiori e Denti posteriori inferiori

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

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

Facendo ricorso al file xls predisposto per il calcolo del punteggio di priorità (Cfr. Fig. 6), sarà possibile gestire in maniera assistita e automatizzata le attività di compilazione delle variabili, calcolo del punteggio e verifica delle condizioni.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	ID paziente	Età	Edentulia totale	Denti frontali sup	Denti posteriori sup	Denti frontali infer	Denti posteriori infe	Condizioni	Punteggio
2	1	Meno di 30 anni	Presenza di denti su entrambe le	Assenza di 1 dente frontale superiore	Assenza di 2 denti frontali inferiori			0	
3	2	Da 30 a 39 anni	Presenza di denti su entrambe le arcate		Assenza di 6/7 denti posteriori superiori	Assenza di 4/5 denti		0	
4	3	Da 40 a 49 anni	Edentulia mono-mascellare inferiore		Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	14
5	4			Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
6	5	Meno di 30 anni	Edentulia mono-mascellare supe	Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	17
7	6	Meno di 30 anni	Edentulia bi-mascellare	Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	1	15
8	7	Da 40 a 49 anni		Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
9	8	Meno di 30 anni		Assenza di 3 dent	Assenza di 6/7 denti	Assenza di 4 denti f	Assenza di 4/5 denti	0	
10	9							0	
11		Meno di 30 anni							
12		Da 30 a 39 anni							
13		Da 40 a 49 anni							
14		Da 50 a 59 anni							
15		Da 60 a 70 anni							
16		Oltre i 70 anni							

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

Il medico/odontoiatra dell'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 convenzionate della ASL di Nuoro.

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 SC Farmacia Territoriale il riepilogo dei farmaci consegnati per la liquidazione del rimborso.

La SC Farmacia Territoriale, per controllare la spesa farmaceutica, registrerà mensilmente i dati così da 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 dati e tutta la documentazione utile ai fini della rendicontazione della spesa.

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, la ASL di Nuoro in base alle normative vigenti nazionali e regionali avvierà, per la fornitura delle protesi mobili odontoiatriche, una procedura ad evidenza pubblica ad hoc, tesa all'individuazione annuale dei laboratori odontotecnici e la conseguente stipula dei contratti.

L'individuazione dei beneficiari si baserà su elementi clinici ben stabiliti che porteranno a una valutazione del medico odontoiatra e una conseguente graduatoria dei pazienti che necessitano delle protesi. La stessa sarà indispensabile per le richieste di fornitura delle protesi ai laboratori odontotecnici.

La Asl di Nuoro per controllare l'approvvigionamento 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)

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 Criteria 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 ( $\leq 6$ )
- 02 Da 6 mesi a 12 mesi ( $\leq 12$  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 senzatecto o persone colpite da esclusione abitativa
- 06 Persona che vive in zone rurali
- 07 Altro tipo di vulnerabilità

#### DICHIARAZIONE

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

Allegati n° \_\_\_\_\_:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):
- ISEE inferiore a 10.000 euro
- STP
- ENI
- Esenzione per reddito

- Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
- Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)
- Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

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

DATI Genitore o tutore

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

*A cura dell'Azienda sanitaria*

*Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:*

*sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,*

*sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*

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

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

**INSERIRE I RIFERIMENTI NORMATIVI VIGENTI IN AZIENDA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, inserire l'informativa sul trattamento dei dati personali secondo il modello di gestione dei dati adottato presso ciascuna organizzazione e comprensiva di tutte le informazioni richieste come obbligatorie dalle sopra citate disposizioni normative.**

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<sup>1</sup>:
- 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*

<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>:
- 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*

<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>

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

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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.



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

**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:  <b>Artropatie su base connettivica;                      Osteoartrosi in fase algica o infiammatoria;                      Dolore neoplastico;                      Attacco acuto di gotta.</b></p> <p>Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)</p>
NOTA 74	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>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.</b></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 <b>rischio di frattura osteoporotica.</b></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:  <b>trattamento secondario dell'asma moderata persistente, in aggiunta agli steroidi per via inalatoria;                      profilassi dell'asma da sforzo.</b></p> <p>Zafirlukast, Montelukast</p>
NOTA 84	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>Virus Herpes simplex;                      Virus varicella-zoster (VZV).</b></p> <p>Valaciclovir, Famciclovir, Brivudina, Aciclovir</p>
NOTA 85	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>pazienti con malattia di Alzheimer di grado lieve e moderato.</b></p> <p>Rivastigmina, Memantina, Galantamina, Donepezil</p>
NOTA 89	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>pazienti affetti da patologie allergiche di grado medio e grave.</b></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:  <b>prevenzione e trattamento della carenza di vitamina D nell'adulto.</b></p> <p>Colecalciferolo, Calcifediolo</p>
NOTA 97	<p>Farmaci anti-vitamina K (AVK): Warfarin, Acenocumarolo                      NAO: Dabigatran, Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban</p>
NOTA 99	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>medicinali per uso inalatorio per la terapia di mantenimento della BPCO.</b></p> <p>LABA: Formoterolo, Indacaterolo, Olodaterolo, Salmeterolo;                      LAMA: Acclidinio, Glicopirronio, Tiotropio, Umeclidinio;                      LABA + ICS;                      LABA + LAMA;                      ICS + LABA + LAMA.</p>
NOTA 100	<p>Prescrizione a carico del SSN limitata alle seguenti condizioni:  <b>pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato.</b></p> <p>INIBITORI SGLT2 (canagliflozin - dapagliflozin - empagliflozin - ertugliflozin);                      AGONISTI RECETTORIALI GLP1 (dulaglutide - exenatide - liraglutide - lixisenatide - semaglutide);                      INIBITORI DPP4 (alogliptin - linagliptin - saxagliptin - sitagliptin - vildagliptin)</p>

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

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



## FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

### APPARATO GASTROINTESTINALE E METABOLISMO

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

### SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI

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

### SISTEMA CARDIOVASCOLARE

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

### SISTEMA GENITO – URINARIO E ORMONI SESSUALI

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

### DERMATOLOGICI

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



## FARMACI DI FASCIA C PER GRUPPO FARMACOLOGICO

### SISTEMA NERVOSO

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

### SISTEMA RESPIRATORIO

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

### ORGANI DI SENSO

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

### VARI

GRUPPO FARMACOLOGICO	PRINCIPIO ATTIVO
Antidoti	Glutazione
Sostanze disintossicanti per trattamenti antineoplastici	Calcio folinato