ASLCagliari

ACCORDO TRA FEDERFARMA CAGLIARI E ASL 8 CAGLIARI PER LA FORNITURA DEGLI AUSILI PER INCONTINENZA

L'anno 2014, addì 27 del mese di Febbraio tra l'ASL n. 8 Cagliari , rappresentata dal Direttore Generale, dr. Emilio Simeone e Federfarma Cagliari – Associazione Sindacale dei Titolari di Farmacia – provincia di Cagliari, rappresentata dal Presidente, dr.ssa Maria Pia Orrù ;

Premesso

- che i rapporti con le farmacie convenzionate con il SSN sono attualmente disciplinati dall'accordo convenzionale approvato con DPR n. 371/8 luglio 1998, il quale ridefinisce il ruolo e la funzione della farmacia convenzionate nell'ambito della trasformazione in atto nel sistema sanitario, con l'obiettivo di qualificare la rete delle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico quali strutture pienamente integrate con i servizi pubblici sanitari, in modo da fornire un'adeguata capacità di risposta assistenziale del territorio ai bisogni della collettività;

- che il succitato accordo prevede che si possano "erogare ausili, presidi e prodotti dietetici utilizzando in via prioritaria il canale distributivo delle farmacie a condizione che i costi e la qualità delle prestazioni rese al cittadino siano complessivamente competitivi con quelli delle strutture delle Aziende U.S.L";

- che si intende individuare un sistema di erogazione delle prestazioni di assistenza protesica ed in particolare gli ausili per incontinenti con cui fornire al paziente prodotti ed assistenza di elevata qualità, salvaguardandone le abitudini di acquisto, anche con prodotti innovativi di ultima generazione, al fine di soddisfare al meglio i bisogni degli utenti e agevolare chi li assiste;

- che si intende assicurare una distribuzione capillare dei prodotti garantendo un servizio di consegna appropriato rispetto alle esigenze e condizioni dei singoli pazienti;

- che occorre, inoltre, assicurare un adeguato livello di informatizzazione del servizio per consentire il pieno controllo dei costi e dei consumi erogati attraverso una gestione per paziente;

- che per il raggiungimento dei sopra indicati obiettivi, la ASL8 di Cagliari e Federfarma Cagliari hanno sottoscritto degli accordi con i quali è stata affidata la dispensazione degli ausili per incontinenza alle farmacie convenzionate al fine di mantenere elevati standard di qualità delle prestazioni erogate, in relazione alla capillare diffusione sul territorio ed alla qualifica professionale degli operatori addetti, in funzione della soddisfazione degli utenti attraverso una gamma completa di prodotti e servizi;

- che i suddetti accordi si sono rivelati complessivamente vantaggiosi sia sotto il profilo economico che sotto il profilo strettamente operativo della dispensazione degli ausili per incontinenza;

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

- che si ritiene pertanto opportuno proseguire con tale modalità di assistenza indiretta stipulando un nuovo accordo con la Federfarma Cagliari al fine di conseguire ulteriori specifici obiettivi aziendali di governo dei livelli di assistenza, nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse disponibili e della conseguente razionalizzazione della spesa;

Si conviene e stipula quanto segue

Art. 1 Oggetto

Il presente accordo ha per oggetto la distribuzione degli ausili per incontinenti di cui all'elenco 2 del DM 332/99 che viene effettuata in forma indiretta attraverso le farmacie convenzionate ubicate nel territorio della Provincia di Cagliari con rimborso a carico del SSR e nello specifico dell'ASL n. 8 di Cagliari.

Art. 2 Autorizzazione e consegna

La Federfarma Cagliari e la ASL, in attuazione a quanto stabilito dalle linee guida che fanno parte integrante del presente accordo, concordano le seguenti modalità di autorizzazione e consegna:

- Il Medico competente (specialista poliambulatoriale interno, specialista ospedaliero o medico di assistenza primaria, solo nel caso di pazienti allettati, come previsto nella nota regionale prot. n° 16531/3 del 04/05/2006 art. 4 comma 1) per menomazione o disabilità, formula la diagnosi d'incontinenza circostanziata (eziologia dell'incontinenza) , specificandone tipologia e grado (lieve, media, grave), ed indica l'ausilio prescritto completo di codice riportato dal nomenclatore (Allegati 1 e 1b Linee Guida).
  L'utente si reca presso l'Ufficio competente del Distretto di appartenenza e consegna la prescrizione del medico competente sopra descritto.
  L'Ufficio rilascia l'autorizzazione alla fornitura dell'ausilio prescritto all'assistito, previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente, della congruità tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati nel nomenclatore, nonché nel caso di forniture successive alla prima, del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo (Allegato 2 Linee Guida).
  Nell'autorizzazione è riportato il quantitativo e la tipologia degli ausili necessari.
  L'originale del modulo autorizzativo, rilasciato dai competenti uffici distrettuali, è consegnato al Servizio di Supporto ai fini dell'inserimento nel sistema informatico WebCare e resterà agli atti degli Uffici competenti della ASL unitamente alla prescrizione specialistica.
  L'assistito, il familiare, o persona da lui delegata, per ottenere la fornitura degli ausili, deve esibire la Tessera Sanitaria alla farmacia di propria fiducia.
  La Farmacia consegna i prodotti prescritti all'assistito in base al Piano Terapeutico presente nel sistema informatico (Webcare).

Art. 3 Servizio di Supporto

Il Servizio di Supporto, le cui prestazioni sono garantite da Federfarma, opererà secondo modalità e orari stabiliti di concerto con il medico del Distretto. In particolare provvederà a:
a) inserire il piano terapeutico individualizzato di ciascun paziente nel sistema Webcare;

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

b) raccogliere le adesioni al servizio da parte degli assistiti tramite la firma di una dichiarazione che autorizza il trattamento dei dati riservati del paziente necessari allo svolgimento del servizio, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 196/2003;
c) contribuire al conseguimento dell'appropriatezza prescrittiva formulando eventuali proposte di modifica del piano terapeutico personalizzato, in funzione delle effettive esigenze dei pazienti che, verranno approvate dal medico del Distretto;
d) inserire nel sistema informatico i nuovi pazienti aventi diritto al servizio
e) costituire un punto di riferimento per informazioni inerenti il servizio per tutti gli assistiti.
La presenza del Servizio di Supporto presso i vari distretti sarà organizzata nei tempi e modi concordati con la ASL, proporzionalmente al numero degli abitanti; sarà comunque garantita per almeno una media di 4 ore settimanali per Distretto.
Nel caso in cui l'assistito, il familiare o la persona da lui delegata siano impossibilitati a recarsi presso il Distretto, sono previste visite domiciliari da parte degli operatori del Servizio di Supporto.

Art. 4 Altri Servizi

Per tutta la durata dell'accordo, saranno a disposizione i seguenti servizi:

Per gli Uffici della ASL competenti in materia:

- report costi/consumi: monitoraggio complessivo, nonché per singolo Distretto, sull'andamento dei costi sostenuti dalla ASL attraverso l'impiego dei dati analitici prodotti dal sistema informatizzato Webcare, integrati eventualmente con i dati forniti dagli Uffici distrettuali della ASL;
Quanto sopra sarà garantito da Federfarma.

Per il servizio di supporto:

la ASL si fa carico di garantire una linea ADSL ed una stampante dedicata al Servizio di Supporto.

Per gli assistiti,:

- linea telefonica gratuita (numero verde): il numero telefonico gratuito viene messo a disposizione dell'utenza per ricevere informazioni sui prodotti e sulla presenza del Servizio di Supporto nei Distretti, sempre a carico di Federfarma;

Art. 5 Prodotti erogati e libera scelta

La Federfarma Cagliari si impegna ad erogare agli eventi diritto presidi per incontinenti conformi, sul piano tecnico alle normative vigenti.

A garanzia della libera scelta dell'assistito lo stesso verrà posto nelle condizioni di scegliere i prodotti coerenti con la specifica indicazione formulata dal Servizio di Supporto e validata dal medico del distretto; la Federfarma Cagliari garantirà (tramite le proprie farmacie associate) la

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

fornitura dei prodotti scelti dall'assistito, per tipo e per marchio, senza oneri per il cittadino e/o l'ASL 8.

La Federfarma Cagliari si impegna altresì a comunicare annualmente l'elenco dei prodotti forniti e a depositarne campionatura e schede tecniche specifiche.

Art. 6 Corrispettivi

A fronte del servizio reso, l'ASL 8 di Cagliari si obbliga a riconoscere alle singole farmacie per ogni paziente assistito l'importo standard mensile come sotto definito:

- *Euro 31,50 mensili, oltre all'I.V.A. agevolata in vigore.*

Per le farmacie rurali sussidiate, in considerazioni delle particolari condizioni di disagio nel quale operano, che godono dell'indennità di residenza con fatturato SSN inferiore a € 387.342,67 al netto dell'IVA, ai sensi della legge n.405/2001, verranno invece corrisposti:

- *Euro 32,50 mensili, oltre all'I.V.A. agevolata in vigore.*

Considerato che il volume mensile medio di kit esitati nell'ultimo trimestre 2013 è pari a 9.169,a fronte di 10.800 pazienti iscritti, il costo presunto su base annua è pari a € 3.465.882,00 oltre all'I.V.A. agevolata in vigore.

Si dà atto che tale valore complessivo presunto è suscettibile di variazione in relazione a:

- *Variabilità dei pazienti presi in carico*
- *Modifiche delle modalità prescrittive*
- *Ulteriori economie di gestione nel sistema distributivo*

Il pagamento sarà effettuato entro 60 gg. dalla data di presentazione da parte della farmacia di una fattura riepilogativa, accompagnata dai moduli regolarmente compilati, sottoscritti per ricevuta dall'assistito o da un suo delegato e recanti i fustelli autoadesivi comprovanti la consegna dei prodotti.

In caso di pagamento effettuato oltre il 60 giorno la ASL corrisponderà alla farmacia gli interessi di mora così come previsto dal D.lgvo 231/02.

Art. 7 Controlli periodici

La ASL si riserva la facoltà, in qualsiasi momento, di effettuare controlli domiciliari e/o presso le farmacie associate in relazione al rispetto di tutti gli aspetti di cui al presente accordo. La procedura di controllo prevede l'accesso, con un preavviso massimo di un giorno, di funzionari dell'Azienda presso le farmacie associate; al termine delle operazioni viene redatto, in contraddittorio con il titolare o un suo delegato, il verbale di controllo.
I controlli presso le farmacie associate verranno effettuati a campione, i controlli domiciliari verranno effettuati dietro specifica segnalazione degli assistiti.

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

ASLCagliari

Art. 8 Razionalizzazione dei consumi

La ASL si impegna a collaborare per la migliore riuscita del progetto ed in particolare per la ridefinizione del protocollo terapeutico del cittadino finalizzato alla razionalizzazione dei consumi. Le parti, inoltre, al fine di ottimizzare i costi senza perdere in funzionalità, si danno reciprocamente atto che il Servizio di Supporto possa dare indirizzi per consentire una maggiore aderenza del prodotto alle esigenze specifiche dell'assistito nei limiti dei quantitativi massimi autorizzati e previa autorizzazione del medico del Distretto.

Art. 9 Trattamento dati

I dati rilevati dal Servizio di Supporto che saranno utilizzati per il buon svolgimento del servizio sono:

- Dati anagrafici inseriti nel sistema informatico;
- Tipo e quantitativi dei prodotti prescritti.

Federfarma si impegna, tramite le farmacie associate, al pieno rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, sia nei trattamenti interni che nelle eventuali comunicazioni esterne.

Art. 10 Durata

Il presente accordo ha una durata di 24 mesi a decorrere dal 1° marzo 2014 e potrà essere rinnovato per ulteriori 12 mesi con specifico atto formale, previo assenso scritto fra le parti.
Eventuali inadempimenti nello svolgimento del servizio verranno contestati con lettera raccomandata A.R. al legale rappresentante della parte inadempiente.
Nel caso di inadempimenti reiterati che possano pregiudicare la piena funzionalità del servizio e la corretta erogazione degli ausili, ciascuna delle parti, in presenza di almeno 3 contestazioni formali, potrà procedere alla risoluzione anticipata del presente accordo.

Art. 11 Norma di rinvio

Per quanto non espressamente previsto dal presente accordo si rinvia alle norme di legge e di regolamento in materia sanitaria, amministrativa, civile e penale.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA SANITARIA LOCALE N°8 di CAGLIARI

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Emilio Simeone

IL PRESIDENTE FEDERFARMA CAGLIARI
Dott.ssa Maria Pia Orrù

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 8 di Cagliari

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue

_____

_____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

_____

_____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

_____

_____

Tempi di impiego previsti

_____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "**riconducibile per omogeneità funzionale**"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

a. se trattasi di fornitura che **ha superato** i tempi minimi di rinnovo ed è ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato

☐ data dell'ultima fornitura _____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

trattasi di presidio: ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato ☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro_____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99.)

☐modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

☐particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. **se trattasi di minore di anni 18**

☐rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva

☐rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

☐**invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

☐ **invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica <u>non correlata</u> alla invalidità riconosciuta

☐ trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

☐ trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

☐ **minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

☐ **<u>istante in attesa di accertamento</u> di invalidità**

☐ trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

DATA

_____

Lo Specialista

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei Presidi su ricettario SSN

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N_____ di _____

ALLEGATO 1 B

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione per il M.M.G. e PLS

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

- ❑ Paziente allettato
- ❑ Paziente allettato assistito in ADI
- ❑ Paziente allettato assistito in ADP

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Tempi di impiego previsti

_____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio (vedi retro pagina)	Codice ISO	Quantità

Data_____

Il Medico di Medicina Generale/Il Pediatra di libera scelta

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

☐ data dell' ultima fornitura _____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha non superato i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co.3 dell'art.5 del D.M. 332/99.)

trattasi di presidio: ☐ guasto ☐ rotto ☐ usurato ☐ sostituzione componenti usurate

☐ Altro _____ ☐ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co.2 dell'art.5 del D.M. 332/99.)

☐ modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

☐ particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di minore di anni 18

☐ rinnovo dovuto ad esigenze correlata all'età evolutiva

☐ rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art.2 del D.M. 332/99

☐ Invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

☐ invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta

☐ trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

☐ trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

☐ minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art.2 del D.M. 332/99

☐ istante in attesa di accertamento di invalidità

☐ trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella " impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua" : la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART.2 LETTERA E DEL DM 332/99

A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. ____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITÀ OPERATIVA DI _____

B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA

AZIENDA USL N.____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITÀ OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessità con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

_____

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

Azienda ASL 8 Cagliari

Allegato 2

Modulo Proposta Fornitura Ausili Incontinenza Sistema Assorbenza

☐ Nuovo Utente ☐ Utente già codificato n. _____

Il/La Sig.ra _____ nato/a il _____

Residente _____ Comune _____ CAP _____

Scheda Valutativa in quanto affetto/a da incontinenza di livello :

Deambulante	Deambulante/Non	Non deambulante	Portatore di catetere Interno /esterno
Sente lo stimolo	Sente lo stimolo	Non sente lo stimolo	
Da sforzo	Incontinenza doppia	Incontinenza doppia	
	Terapia diuretica	Terapia diuretica	
Lieve/Medio	**Medio/Grave**	**Grave/Gravissimo**	**Portatore/rice di catetere interno/esterno**
Due pz al di	**Due/tre pz al di**	**Tre pz. al di**	**Due pz. al di**

Viene arruolato alla fornitura mensile dei seguenti ausili per l'incontinenza:

Codice Nomenclatore	Quantità Mensile	Descrizione Prodotto
09.30.04.003		Pannolone a mutandine formato grande
09.30.04.006		Pannolone a mutandine formato medio
09.30.04.009		Pannolone a mutandine formato piccolo
09.30.04.012		Pannolone sagomato formato grande
09.30.04.015		Pannolone sagomato formato medio
09.30.04.018		Pannolone sagomato formato piccolo
09.30.09.003		Mutande elastiche riutilizzabili formato grande
09.30.09.006		Mutande elastiche riutilizzabili formato medio
09.30.09.009		Mutande elastiche riutilizzabili formato piccolo
09.30.04.021		Pannolone rettangolare
09.30.04.003		Pannolone mutandine per bambini mis grande RICONDUCIBILI
09.30.04.006		Pannolone mutandine per bambini mis media RICONDUCIBILI
09.30.04.009		Pannolone mutandine per bambini mis piccola RICONDUCIBILI
18.12.15.003		Traverse salvamaterasso rimboccabili 80x180
18.12.15.006		Traverse salvamaterasso non rimboccabili 60x90

Fino alla data di scadenza del piano terapeutico (max 12 mesi dalla data della prescrizione) _____

Firma Addetto proponente _____ data _____

Firma per accettazione utente/familiare/tutor _____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 270 DEL 6 MAR. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Morelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA - AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8 di CAGLIARI

Il presente allegato è composto di n° 10 fogli.