

Al Direttore Sanitario  
dell' ASP 9 - Trapani

Fax 0923 28686

[direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it](mailto:direzione.sanitaria@pec.asptrapani.it)

[direzione.sanitaria@asptrapani.it](mailto:direzione.sanitaria@asptrapani.it)

Al Direttore del Distretto di .....

Alla dott. ssa Maria Grazia Scrofani  
U.O.C. Assistenza Farmaceutica territoriale  
fax 0923.472532

[farmaceutica@asptrapani.it](mailto:farmaceutica@asptrapani.it)

e, p.c.

Al Presidente dell'Ordine dei Medici  
della Provincia di Trapani

[segreteria@omeceotrapani.it](mailto:segreteria@omeceotrapani.it)

fax 0923.25935

**OGGETTO: 1. Decreto Ministeriale 09/12/2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" (GURI 20/01/2016).**  
**2. Decreto assessoriale 12/08/2010 – regolamento di gestione delle prescrizioni – GURS 27/08/2010 Parte 1 n. 38**

Il sottoscritto Dott. .... comunica, suo malgrado, che il Dott. ....  
specialista in ..... presso ....., ha disatteso quanto previsto

- o dal Decreto Ministeriale 09/12/2015 in oggetto per "**Richiesta di accertamenti sanitari "inappropriati"**";
- o dal Decreto assessoriale 12/08/2010 – **regolamento di gestione delle prescrizioni – per mancato uso del ricettario S.S.N.**

Si rammenta che i soggetti prescrittori sono: Specialisti Ospedalieri, Specialisti Poliambulatoriali, Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico e dei Policlinici Universitari.

Trapani, .....

Timbro e Firma