

* Al Direttore Generale dell'A.S.P. n.5
Via La Farina, n.263/N
98124 MESSINA

p.c. FIMMG sede Provinciale di Messina
Via Centonze 182
98123 Messina

Oggetto: Attività integrative di assistenza (ex progetto qualità)

Il sottoscritto dott., nato a
il, codice regionale , numero di assistiti circa, 1° studio sito
in..... Via..... n°....., 2° studio sito in.....
Via.....n°....., comunica l'adesione alle attività integrative (ex progetto qualità)
trasformato nelle aree progettuali: area "compiti di servizio" e "paziente competente", secondo l'art.
4 ,A.I.R. Sicilia (Decreto 6 settembre 2010) pubblicato il 15.10.2010

DICHIARA

Svolgere attività integrative e aggiuntive di assistenza secondo l'art. 17 del A.C.R. 2004 e usufruire della relativa indennità (*cassare in caso negativo*)

AREA "COMPITI DI SERVIZIO"

- L'orario di apertura dello studio per complessive ore è il seguente:

1° Studio	mattina	pomeriggio	2° Studio	mattina	pomeriggio
Lunedì			Lunedì		
Martedì			Martedì		
Mercoledì			Mercoledì		
Giovedì			Giovedì		
Venerdì			Venerdì		
Sabato			Sabato		

- La disponibilità telefonica diurna dalle ore 08.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali e dalle ore 08.00 alle ore 10.00 del sabato e prefestivi. Tale disponibilità è garantita, durante gli orari di ambulatorio, attraverso la postazione telefonica del proprio studio (nr. tel.), nel restante periodo attraverso il telefonino (nr. tel.); eventuali altri recapiti occasionali potranno essere comunicati mediante segreteria telefonica.
- Di partecipare ad ADI, ADP, ADR.

- Di poter analizzare e segnalare al distretto, tramite strumenti che saranno definiti dal tavolo tecnico, i ricoveri inappropriati

AREA “PAZIENTE COMPETENTE”

- informazione e motivazione dei pazienti relativamente all’autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativo-educativi);
- diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione;
- uso della scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

Si allega Fotocopia documento d’identità

....., li

Firma

Dott.

** inviare agli indirizzi sopra riportati con raccomandata R. R.*