

Al Direttore Generale dell'A.S.P di Enna
Viale Diaz 7/9
94100 Enna

Al Direttore della U.O.C. Cure Primarie
ASP Enna

Oggetto: Attività Integrative di Assistenza (Ex Progetto Qualità)

Il sottoscritto dott....., nato a..... il,
codice regionale, numero di assistiti, 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

Di svolgere attività integrative e aggiuntive di assistenza e di non usufruire della relativa indennità;

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 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 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 i ricoveri inappropriati.

AREA "PAZIENTE COMPETENTE"

• informazione e motivazione dei pazienti relativamente all'autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativi-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.....

da inviare all'indirizzo pec: cureprimarie@pec.asp.en.it

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale - Enna
U.O.C. CURE PRIMARIE
N. Diatore
Dot. F. La Tona