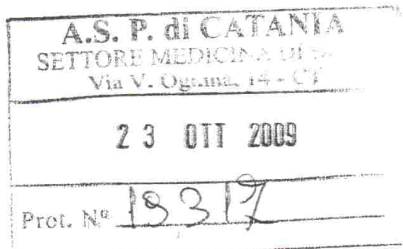




Settore Assistenza Sanitaria di base
U.O. Anagrafe Assistiti

Prot. 19317



D. Torre
Catania, 23, 10, 2009

Ai Direttori dei Distretti Sanitari

E p.c. Al Capo Servizio ASB

LORO SEDE

OGGETTO: Richieste deroga ambito per i Pediatri di L.S. Procedure

A seguito della dovuta revoca per i PLS dell'autorizzazione concessa agli Uffici anagrafe ad effettuare le scelte in deroga all'ambito per ambiti limitrofi senza il preventivo parere del Comitato Aziendale, il numero di istanze che pervengono al Comitato è notevolmente aumentato e si è determinato un forte disagio nell'utenza.

Al fine di evitare colpevoli ritardi e uniformare i comportamenti, si reputa opportuno dettare le procedure da attuare per la valutazione corretta e tempestiva delle scelte in deroga per i PLS:

A) Le istanze devono pervenire esclusivamente tramite lo specifico modulo (in allegato).

Il modulo si compone di 4 parti:

I parte. A cura dell'utente. L'istante deve specificare i dati anagrafici e di residenza, indicare i figli per cui chiede la deroga ed il pediatra di altro ambito che desidera scegliere. Al fine di consentire al Comitato una corretta valutazione dell'istanza è obbligatorio che il richiedente specifichi dettagliatamente le motivazioni della richiesta di scelta in deroga (non è sufficiente solo la motivazione).

II parte: A cura del pediatra. Il Pediatra individuato deve autorizzare la scelta in deroga all'ambito apponendo timbro e firma sul modulo.

III parte: A cura dell'Ufficio anagrafe competente. Il funzionario addetto deve attestare la possibilità del pediatra scelto di acquisire scelte.

Al fine di snellire le procedure, nei casi in cui la scelta di pediatra di ambito limitrofo diventi obbligatoria (nessun pediatra dell'ambito di residenza dell'utente può acquisire la scelta) o quando il pediatra ha già in carico un figlio, la scelta in deroga all'ambito può essere effettuata direttamente dall'operatore dell'Ufficio Anagrafe.

In questi casi l'operatore dovrà successivamente ugualmente trasmettere il modulo al Comitato, attestando quale dei motivi suddetti ha consentito la scelta in deroga.

Servizio

Si rappresenta che l'accertamento di attestazioni mendaci e/o errate, saranno contestate al funzionario per l'eventuale provvedimento disciplinare.

IV Parte: a cura del Comitato Aziendale di Pediatria. In questa sezione viene espresso il parere del Comitato, in base ai dati acquisiti.

B) I Moduli, debitamente compilati, saranno trasmessi settimanalmente dagli Uffici Anagrafe, anche mezzo fax (095 2545860), alla Segreteria del Comitato di pediatria presso il Settore ASB.

C) Il Comitato di Pediatria, al fine di evadere tempestivamente le istanze, ha costituito un gruppo di lavoro ristretto, che si riunirà con cadenza quindicinale.

D) Le valutazioni espresse dal Comitato verranno trasmesse ai Distretti entro la settimana successiva alla data della seduta.

Il Presidente del Comitato di Pediatria
Dr. Vincenzo Torre



Distretto di _____

RICHIESTA DI SCELTA IN DEROGA ALL'AMBITO

AL COMITATO AZIENDALE DEI PEDIATRI DI L.S.

A cura dell'Utente

Io sottoscritt _____ nat_ il _____

a _____ residente a _____ in via _____

n. _____ Tel.n° _____ Codice fiscale _____

chiede il parere favorevole di codesto Comitato affinché, in deroga al principio in oggetto specificato, possa scegliere quale medico di fiducia il Dr. _____

per se ed/o i seguenti familiari:

1. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

2. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

3. _____ nato a _____ il _____ Rel. Parentela _____

_____ li _____ firma _____

Indicare a quale dei seguenti principi si fa riferimento per giustificare la richiesta di scelta in deroga all'ambito

- trattasi di scelta obbligata
- sussistono condizioni di vicinanza o viabilità
- sussistono circostanze che ostacolano l'assistenza
- altri

Specificare _____

(obbligatorio specificare)

A cura del Pediatra scelto

Il Dr. _____ incluso negli elenchi dei medici Pediatri dell'ambito di

_____ Distretto di _____ con codice regionale N° _____

ed ambulatorio in _____ via _____

dichiara di accettare la scelta di cui alla presente istanza.

_____ li _____ firma e timbro del medico _____



Distretto

A cura dell'Ufficio Anagrafe Competente

Si attesta che il pediatra dr. _____, C.R. _____
può acquisire la scelta non avendo raggiunto il massimale o perché rientra tra le deroghe al massimale previste
dall'ASR: (specificare) _____

Il Responsabile dell'Ufficio Anagrafe

Timbro e firma

A cura de Comitato Aziendale dei Pediatri di L.S.

Nella seduta del _____ il Comitato Aziendale dei Pediatri di L.S.,
dopo aver valutato la richiesta del Sig./ra _____
esprime il parere:

Favorevole

Sfavorevole

Per le seguenti motivazioni _____

Catania li _____

Il Presidente del Comitato di Pediatria
