



**COMUNE DI NULE**  
**Provincia di Sassari**  
*Ufficio Servizi Sociali*

# *REGOLAMENTO*

**SERVIZIO DI DISBRIGO PRATICHE PRESSO**

**IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

*Faccio la Fila per Te!*

Allegato alla Deliberazione del Consiglio Comunale n. 25 del 12/10/2018

SERVIZIO DI DISBRIGO PRATICHE PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA  
GENERALE

**FACCIO LA FILA PER TE!**

## **INDICE**

ART. 1 FINALITA'

ART. 2 SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'

ART. 3 NOMINA DELLE FIGURE COSTITUENTI IL SERVIZIO

ART. 4 COMPITI DELLA FIGURA PREPOSTA

ART. 5 OBBLIGHI DELLA FIGURA PREPOSTA

ART. 6 REQUISITI PER POTER ACCEDERE AL SERVIZIO

ART. 8 PROBLEMATICHE E CONTESTAZIONI

ART. 7 MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO

**FACCIO LA FILA PER TE!**

**ART. 1 FINALITA'**

Il Comune di Nule istituisce il servizio **gratuito** "Faccio la Fila per Te!" in ausilio alle persone più deboli che si trovino nell'impossibilità di recarsi presso il medico di base o di permanere presso lo stesso per i tempi di attesa previsti per il disbrigo delle pratiche mediche, inerenti la sola prescrizione dei farmaci. Si specifica che il servizio non potrà essere attuato per la richiesta di prescrizione di esami medici, visite specialistiche o certificazioni di altro genere.

**ART. 2 SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'**

L'organizzazione del Servizio è disciplinata dal Comune di Nule quale Ente che rappresenta la propria Comunità, ne cura gli interessi e facilita, con maggiore attenzione rispetto alla totalità, l'accesso ai servizi, a chi per ragioni di salute o di età ne sia impossibilitato. Nello specifico l'attività viene organizzata direttamente dall'Amministrazione Comunale e dall'Ufficio di Servizio Sociale con la stretta collaborazione del Medico di Medicina Generale che ha dato la propria disponibilità all'amministrazione affinché tale servizio potesse essere realizzato.

**ART. 3 NOMINA DELLE FIGURE COSTITUENTI IL SERVIZIO**

Il servizio in parola viene svolto da personale incaricato e preventivamente prescelto dall'Ufficio di Servizio Sociale, tra coloro che risultino beneficiari di una misura sociale a sostegno del reddito, previa partecipazione ad un avviso pubblico nonché accesso ad un progetto personalizzato volto all'attuazione del servizio civico.

**ART. 4 COMPITI DELLA FIGURA PREPOSTA**

L'incaricato al disbrigo delle pratiche mediche si occuperà di svolgere le seguenti attività:

- ◆ Ritirare presso la casa comunale o presso l'abitazione del cittadino che intende usufruire del servizio gratuito, le richieste di prescrizione dei farmaci;
- ◆ Consegna delle richieste presso il medico;
- ◆ Riconsegna delle prescrizioni presso il domicilio del beneficiario del servizio.

**ART. 5 OBBLIGHI DELLA FIGURA PREPOSTA**

L'incaricato al disbrigo delle pratiche mediche deve:

- ◆ svolgere le proprie funzioni nelle modalità, orari e luoghi secondo le direttive e regole stabilite dall'Assistente Sociale e dal Medico che collabora al progetto;
- ◆ operare con diligenza, perizia, puntualità e riservatezza;

E' fatto assoluto divieto all'incaricato al disbrigo delle pratiche mediche di espletare le sue funzioni in maniera indipendente dal programma di lavoro o in difformità al presente regolamento, pena decadimento dal compito.

### **ART. 6 REQUISITI PER POTER ACCEDERE AL SERVIZIO**

I cittadini residenti a Nule e Pazienti del Medico di Medicina Generale che potranno aver accesso al servizio gratuito sono i seguenti:

- ◆ **Persone in situazione di handicap grave ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3**
- ◆ **Non possessori di L. 104, art. 3 comma 3, maggiori di anni 70, connotati da particolari condizioni di salute, valutate preventivamente dal Medico di Medicina Generale. Le domande di accesso prima di essere protocollate dovranno essere avvallate con sottoscrizione da parte del Medico Medesimo.**

Tutti le richieste effettuate da cittadini che non abbiano i seguenti requisiti non verranno accolte e pertanto in carenza dei requisiti sopraindicati non sarà possibile accedere al servizio.

### **ART. 7 MODALITA' DI ACCESSO AL SERVIZIO**

Unica modalità di accesso al servizio, da rispettare rigorosamente, pena il mancato disbrigo della pratica è la seguente:

1. Compilazione della domanda allegata al presente regolamento, da depositare presso l'ufficio protocollo del Comune di Nule. La richiesta potrà essere effettuata direttamente dalla persona in situazione di handicap grave ai sensi della L. 104 art 3, comma 3 e dall'ultrasettantenne, o per loro conto da un familiare, tutore o amministratore di sostegno;
2. Per i possessori di Legge 104, art. 3 comma 3 la domanda potrà essere protocollata presso l'ufficio protocollo del Comune di Nule. Per gli ultra settantenni la domanda dovrà essere avvallata con sottoscrizione da parte del medico di medicina Generale e solo successivamente protocollata in Comune.

3. Presa in carico da Parte dell'Assistente Sociale entro giorni sette dalla data di protocollazione;
4. Convocazione del richiedente il servizio presso l'ufficio di Servizio Sociale oppure eventuale visita domiciliare da concordarsi preventivamente entro giorni sette;
5. Il richiedente, previo benestare dell'Assistente Sociale e consegna del presente Regolamento, verrà reso edotto delle regole circa l'accesso al servizio e in particolare dovrà provvedere alla predisposizione di una busta chiusa nominativa con indicazione all'esterno della stessa del:

- ◆ NOME, COGNOME E DOMICILIO (della persona in situazione di handicap grave ai sensi della L. 104 art 3, comma 3, o dell'ultrasettantenne);
- ◆ DATA DI DEPOSITO/CONSEGNA DELLA BUSTA
- ◆ DATA DI SCADENZA DELLA PRESCRIZIONE DEL FARMACO.

L'interno della busta dovrà contenere, invece, la richiesta delle prescrizioni del beneficiario del servizio. Non verranno lavorate richieste di parenti, amici e familiari contenute all'interno della busta e non riconducibili al nominativo riportato all'esterno della stessa. Pertanto anche in caso di nuclei nei quali siano presenti più cittadini, ammessi preventivamente al servizio, è obbligatorio ed indispensabile compilare più buste.

6. NB: le richieste dovranno riguardare solo ed esclusivamente la prescrizione di farmaci ed essere depositate presso la Casa Comunale almeno 7 giorni prima della data di scadenza della prescrizione precedente, riportata all'esterno della busta. L'incaricato al disbrigo delle pratiche mediche consegnerà la busta al medico nei 3 giorni antecedenti la scadenza della prescrizione precedente, pertanto il medico non predisporrà prescrizioni dei farmaci antecedenti ai 3 giorni dalla scadenza.
7. L'incaricato al disbrigo delle pratiche mediche, previo ritiro delle richieste, dovrà consegnare al Medico massimo 4 buste per volta e solo durante l'orario di ambulatorio e NON nella prima ora dello stesso, dedicato alla predisposizione delle prescrizioni mediche della generalità dei pazienti. Inoltre, lo stesso avrà l'obbligo di consegnare le buste al medico nei 3 giorni antecedenti la scadenza della prescrizione precedente.

## **ART. 8 PROBLEMATICHE E CONTESTAZIONI**

Ogni cittadino può segnalare all'Ufficio di Servizio Sociale l'eventuale violazione del presente regolamento. Ogni contestazione o problematica che dovesse insorgere dall'espletamento del servizio dovrà essere fatta presso l'Ufficio di Servizio Sociale, durante l'orario di ricevimento del pubblico (martedì dalla 15.00 alle 17.00, mercoledì e giovedì dalle 11.00 alle 13.00)



**COMUNE DI NULE**  
**Provincia di Sassari**  
*Ufficio Servizi Sociali*

**All'Ufficio Servizi Sociali**

**Comune di Nule**

Richiesta di accesso al Servizio: "FACCIO LA FILA PER TE!"

**Il/la sottoscritto** \_\_\_\_\_ **nato/a a**

\_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **e residente a**

\_\_\_\_\_ **in Via** \_\_\_\_\_

**telefono (obbligatorio)** \_\_\_\_\_

**In qualità di:**  **Richiedente beneficiario del Servizio**

**Familiare**

**Incaricato della tutela**

**Amministratore di sostegno**

**della persona beneficiaria del Servizio in oggetto:**

**Nome** \_\_\_\_\_

**Cognome**

**nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_ **e residente a Nule in Via**

\_\_\_\_\_ **n°** \_\_\_\_\_

**CF** \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

**che il beneficiario del servizio è**  **maggiore di anni 70 (Situazione di salute da valutare da parte del Medico)**

**persona in situazione di handicap grave ai sensi della L. 104, art. 3 comma 3**

**CHIEDE**

**di poter accedere al Servizio Gratuito “Faccio la Fila per Te!”**

**ALLEGA**

**Carta d'identità**

**Copia Verbale Commissione Medica con riconoscimento L. 104, art. 3 comma 3**

**Firma**

**Nule, li \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

**SOLO per i NON possessori di L. 104, art. 3 comma 3, maggiori di anni**

**70:**

**Approvazione del MMG:**

**E)**

**Il Comune di Nule con sede in Nule Via Roma, pec: protocollo.nule@legalmail, tel: 079/798025 - fax 079/765128 nella sua qualità di Titolare del trattamento dei dati, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.**

**La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell' Amministrazione.**

**Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd “minimizzazione dei dati” , i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.**

**In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.**

**Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.**

**I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata “Amministrazione Trasparente” (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).**

**Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico “generalizzato”, ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.**

**I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.**

**I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.**

**Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.**

**Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.**

**Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato nella SIPAL srl, con sede a Cagliari nella Via San Benedetto, 60 – Tel: 070/42835 – email: [dpo@sipal.sardegna.it](mailto:dpo@sipal.sardegna.it) – pec: [sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it](mailto:sipalpostacertificata@pec.sipal.sardegna.it)**

**Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.**

**dati**

**L'interessato al trattamento dei**

---

(Firma per esteso)