

Regione Campania – ASL Caserta

Via Unità Italiana, 28 – 81100 Caserta
DIREZIONE GENERALE



Comitato Permanente Aziendale per la Medicina Generale

Via Unità Italiana 28 - Caserta

Tel. 0823/ 445472 – 445449. Fax 0823/ 445173 - 445909

PEC: coordinamentosociosanitario@pec.aslcaserta.it

Mail: aniello.sacco@aslcaserta1.it; giulia.polverino@aslcaserta1.it

Asl CE Prot. n. 34539 del 20-11-2013



SCELTE IN DEROGA.

Ai Direttori Distretti Sociosanitari

E, per il loro tramite, Responsabili UOASB

Oggetto: scelte in deroga. Modulistica.

Si trasmette, in allegato, la modulistica da utilizzare per le scelte in deroga, validata dal CPA-MG con il verbale n. 20 del 13/11/2013 dopo che, con il precedente verbale n. 19/2013, era stata validata la procedura. Non si tratta di una “nuova” procedura ma della conferma, da parte del nuovo Comitato, di quella in essere (già trasmessa dal precedente Presidente).

Estratto verbale n. 19/2013

Omissis

Si ritorna alla discussione sulle scelte in deroga e si conferma che la procedura condivisa prevede:

- *Vale la volontà dell'assistito*;*
- *Per poter procedere all'assegnazione, il modulo di richiesta deve essere compilato correttamente in ogni suo punto;*
- *Nell'assegnazione del paziente al MG, si dovrà tener conto esclusivamente dei pazienti in carico, escludendo dal numero totale i pazienti assistiti temporaneamente (bambini al di sotto dei 6 anni, pazienti extracomunitari con regolare permesso di soggiorno);*
- *Il sistema anagrafico permette di controllare, in ogni distretto, tutti i MMG anche appartenenti ad un altro Distretto.*

..... Omissis

* La volontà dell'assistito nei limiti e nel rispetto delle norme contrattuali vigenti.

Il Presidente CPA-M.G.
Dott. Aniello Sacco

Paolo Menduni
Direttore Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA

Al Comitato Permanente Aziendale della Medicina Generale
Da inoltrare tramite il Distretto Sociosanitario di appartenenza

Oggetto: DOMANDA DI SCELTA IN DEROGA

Il /La sottoscritt _____ nat a _____
Il _____ e residente a _____ via _____ n. _____
tel. _____

CHIEDE

Per se stesso Per i seguenti familiari

COGNOME E NOME	Data di nascita	RELAZIONE DI PARENTELA

Di essere assistit dal dott. _____ ambito _____

E non più dal dott. _____ ambito _____

Per i seguenti motivi vicinanza viabilità gravi ed obiettive circostanze (allegare breve relazione)

Firma e Timbro per accettazione del Medico scelto in deroga

(firma leggibile)

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. della Legge 675/1966 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'assistito

(firma leggibile)

Spazio riservato al Distretto Sociosanitario

- Assistiti in carico al Medico di cui si chiede la scelta n. _____
- Di cui numero di scelte in deroga _____
- Assistiti in carico al Medico di cui si chiede la deroga n. _____
- Si conferma il motivo di vicinanza o viabilità addotto dall'assistito si no
- Eventuali osservazioni _____

Il Responsabile UOASB DS _____

Spazio riservato al Comitato Aziendale

- Si autorizza si no
- Osservazioni _____

Il Presidente del Comitato

I Componenti

BREVE RELAZIONE PER MOTIVARE LA SCELTA IN DEROGA

1. VICINANZA O VIABILITA'

2. GRAVI ED OBIETTIVE CIRCOSTANZE

3. PROSECUZIONE DEL RAPPORTO DI FIDUCIA

Il Responsabile UOASB DS _____
