



Giunta Regionale della Campania

Area Generale di Coordinamento

Assistenza Sanitaria

Settore Prevenzione Assistenza Sanitaria Igiene Sanitaria

AI COMMISSARI STRAORDINARI
DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI
DI AV, SA, CE, NA1 CENTRO, NA2
NORD, NA3 SUD

AL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASL DI BENEVENTO
LORO SEDI

17 GIU 2009
S. C. M. T.

Rif. nota n. _____ del _____

Oggetto Scelte in deroga e proroga

SECRET
12/09/09
Si preleva dalle uscite di
di fine di

IL RESPONSABILE
UFFICIO DI CABINETTI
Dott.ssa Rosa Daniela Gi...

Al fine di uniformare l'atteggiamento delle AA.SS.LL. della Regione Campania sulla proroga della scelta del medico fuori ambito di residenza, il Comitato ex art 24, investito dall'argomento, di concerto con questa Amministrazione, nella seduta del 10 giugno m.s. ha espresso il seguente parere: "Le AA.SS.LL. devono attenersi all'art. 40 (scelte in deroga) dell'A.C.N. vigente; la valutazione e la relativa autorizzazione della proroga è riferita al mantenimento delle condizioni che hanno determinato l'iscrizione temporanea. Il concetto di provvisorietà non è collegato alla temporalità bensì al mantenimento e al persistere delle condizioni o delle patologie che hanno determinato l'autorizzazione della scelta".

Infine si ribadisce che il rinnovo della proroga non è un automatismo ma è legato alla attenta verifica che ogni Azienda deve effettuare alla scadenza della stessa.

Il Dirigente del Settore
Dr. Antonio Gambacorta

Antonio Gambacorta

Il Presidente
Prof. Bruno Zamparelli

Bruno Zamparelli

17/6/09
10/06/09
10/06/09
10/06/09

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2009. 0515007 del 11/06/2009 ore 16.49

Dest.: COMMISSARI STRAORDINARI DELLE AA.SS.LL.
DELLA REGIONE CAMPANIA; DIRETTORE GENERALE AS
Fascicolo: 2009.L17171.5U



A.S.L. NA 1 CENTRO
Prot. N. 0048958/2009
ENTRATA
15/06/2009
CS





AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1
SERVIZIO CENTRALE
MEDICINA TERRITORIALE

Centro Direzionale – Isola F \ 9 – 80143 - NAPOLI
tel 081-2544517-4491 tel / fax 081-2549182

Prot.n. 1533

Napoli, 17 MAG. 2007

Ai Direttori Responsabili dei DD.SS.B.TUTTI

e, p.c.

All' Area Assistenza Farmaceutica Convenzionata
Al Servizio Centrale compensazione
Al Direttore Sanitario

LORO SEDI

OGGETTO: Scelte Medici fuori ambito.

Pervengono a questa Direzione numerose richieste di autorizzazione alla scelta da parte dei cittadini residenti nell'ambito dell'ASL NA1 a favore di medici di A.P./Pediatri inseriti negli elenchi delle ASL limitrofe.

Altre richieste riguardano, invece, scelte operate da assistiti residenti nell'ambito territoriale delle ASL limitrofe per medici di A.P. /Pediatri inseriti nell'elenco dell'ASL NA1.

La fattispecie è regolamentata dall'art. 40, comma 10 del vigente A.C.N. per la Medicina Generale ed è stato oggetto di ulteriore regolamentazione da parte del Comitato Aziendale art. 23 che ha limitato tale possibilità ai seguenti casi:

- a) quando gravi ed obiettive circostanze dovute anche a fattori di vicinanza o viabilità ostacolano la normale erogazione dell'assistenza
- b) quando viene invocata la prosecuzione del rapporto fiduciario nei confronti di un medico di assistenza primaria/pediatra inserito in uno degli ambiti territoriali limitrofi all'ASL NA 1

L'istanza del richiedente, unitamente alle motivazioni addotte dall'assistito e verificate dal Distretto, sarà trasmessa al Comitato Aziendale ex Art. 23 A.C.N. per la Medicina Generale ovvero del Comitato Aziendale art. 11 DPR 272/00 per la Pediatri di libera scelta per l'obbligatorio parere.

Lo scrivente Servizio ha già provveduto a richiedere al Servizio Informatico di apportare le necessarie modifiche all'anagrafica al fine di consentire l'inserimento dei medici gestiti dalle altre ASL, al solo fine di consentire la scelta escludendo il pagamento delle quote che restano a carico dell'ASL limitrofa.

Ciascun Distretto invierà all'ASL limitrofa il modello di scelta e l'autorizzazione del Comitato Aziendale art. 23.

Nel caso opposto, ovvero di richiesta di assistiti residenti nelle ASL limitrofe a favore di nostri medici/pediatrati, il Distretto acquisirà la comunicazione di scelta, unitamente all'autorizzazione del Comitato Aziendale art. 23 dell'ASL limitrofa e la inserirà in anagrafe ai soli fini del pagamento della quota al nostro medico, ogni altra operazione (cambio medico, revoca, ecc...) è preclusa.

Il Servizio Compensazione provvederà a richiedere alle ASL limitrofe, con cadenza annuale, le quote relative all'assistenza medica e pediatrica anticipate dall'ASL Napoli 1 per assistiti non residenti.

Si ricorda che ai sensi dell'art. 40, comma 12, la scelta in ambedue i casi è temporanea, da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno ed ogni richiesta deve essere sempre autorizzata, a secondo della competenza, dal Comitato Aziendale art. 23 di questa ASL oppure delle ASL limitrofe.

Per quanto concerne l'assistenza temporanea, si ribadisce quanto già previsto dal programma esistente, sottolineando l'obbligo di riportare con completezza di dati, l'indicazione della ASL di assistenza, del comune di residenza, del domicilio temporaneo.

Al fine di rendere omogenee le procedure in ogni distretto, si è provveduto a predisporre un modello (allegato alla presente) da utilizzare per comunicare alle ASL di provenienza degli assistiti la sospensione dell'assistenza.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dr. Francesco LA ROCCA

IL COORDINATORE AREA ASS.SANITARIA
Dr. Antonio STELLATO

IL DIRETTORE SERVIZIO
MEDICINA TERRITORIALE
Dr. Gemaro VOLPE





AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1

Distretto Sanitario _____

Prot. _____

Io sottoscritt _____
con cittadinanza _____ nato a _____ il _____
cod.fiscale _____ residente a _____
via/piazza _____ con domicilio provvisorio a
_____ via/piazza _____

CHIEDO

Per me e per i seguenti familiari conviventi l'iscrizione temporanea negli elenchi del SSN gestiti da codesta ASL in quanto dimoranti a Napoli per un periodo di _____ mesi (3-12 mesi).

Per motivi di: STUDIO LAVORO SALUTE (*barrare la voce che interessa*)

COGNOME E NOME	PARENTELA	DATA NASCITA	COD.FISCALE	CITTADINANZA

Consapevole delle sanzioni derivanti da dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000, sotto la mia responsabilità personale dichiaro di:

- Essere lavoratore alle dipendenze di _____
- Essere lavoratore autonomo _____
- Essere studente/altro _____
- Essere già iscritto con il codice _____ negli elenchi dell'ASL _____ Regione _____ alla quale chiedo per me e per i familiari sopra indicati la cancellazione dagli elenchi dei rispettivi Medici di fiducia.

Data _____

Firma _____

Allegati:

- dichiarazione dell'ASL di residenza
- Certificati anagrafici
- Certificato di studio
- Dichiarazione del datore di lavoro/iscrizione Albo od Ordine
- Certificati medici
- Tessera di iscrizione all'ASL di provenienza

Riservato all'ASL _____

Si attesta che i nominativi sopra elencati non sono iscritti negli elenchi di questa Azienda a decorrere dal _____

Timbro e firma