**OGGETTO: MODULO DI RACCOLTA DELLA CANDIDATURA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS) A COLLABORARE CON LA AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) DI PAVIA NEL RUOLO DI CO-GESTORI DEI PAZIENTI CRONICI DI 1°, DI 2° E DI 3° LIVELLO NELLE PRESA IN CARICO ANCHE TRAMITE REDAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE E DEL PATTO DI CURA.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MMG/PLS, PI/CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con studio in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

con la presente esprimo interesse a svolgere l’attività di Co - Gestore per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili, con la Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia, quest’ultima in qualità di Ente Gestore.

In qualità di Co-Gestore esprimo l’impegno ad assicurare l’attività per i miei assistiti nel territorio di competenza (indicare con una X il territorio di competenza e indicare il Comune di competenza):

*TERRITORIO DI COMPETENZA:*

* LOMELLINA
* PAVESE
* OLTREPO

*COMUNE*

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

In qualità di Co-gestore esprimo l’impegno ad assicurare, a regime, alcune delle prestazioni indicate nei provvedimenti regionali richiamati, tra cui tipicamente la stesura del PAI, per tutte le patologie e nei livelli sotto indicati*.* (Indicare con una X la patologia di interesse ed il relativo livello e/o livelli di interesse)*:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATOLOGIA PRINCIPALE** |  | **1 livello** | **2 livello** | **3 livello** |
| TUTTE LE PATOLOGIE |  |  |  |  |
| 01 - TRAPIANTATI ATTIVI |   |  |  |  |
| 02 - IRC - DIALISI |   |  |  |  |
| 03 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI |   |  |  |  |
| 04 - ACROMEGALIA E GIGANTISMO |   |  |  |  |
| 05 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI |   |  |  |  |
| 06 - HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO |   |  |  |  |
| 07 - TRAPIANTATI NON ATTIVI |   |  |  |  |
| 08 - DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO |   |  |  |  |
| 09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA |   |  |  |  |
| 10 - NEOPLASIA ATTIVA |   |  |  |  |
| 11 - NEUROMIELITE OTTICA |   |  |  |  |
| 12 - ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI |   |  |  |  |
| 13 - SCLEROSI MULTIPLA |   |  |  |  |
| 14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA |   |  |  |  |
| *15 - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE* |  |  |  |  |
| 16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO |   |  |  |  |
| 17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA |   |  |  |  |
| 18 - MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE |   |  |  |  |
| 19 - CIRROSI EPATICA |   |  |  |  |
| 20 - SCOMPENSO CARDIACO |   |  |  |  |
| 21 - SINDROME DI CUSHING |   |  |  |  |
| 22 - SCLEROSI SISTEMICA |   |  |  |  |
| 23 - VASCULOPATIA CEREBRALE |   |  |  |  |
| 24 - SPONDILITE ANCHILOSANTE |   |  |  |  |
| 25 - CARDIOPATIA VALVOLARE |   |  |  |  |
| 26 - PANCREATITE CRONICA |   |  |  |  |
| 27 - VASCULOPATIA VENOSA |   |  |  |  |
| 28 - DEMENZE |   |  |  |  |
| 29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA |   |  |  |  |
| 30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA |   |  |  |  |
| 31 - DIABETE INSIPIDO |   |  |  |  |
| 32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA |   |  |  |  |
| 33 - PARKINSON E PARKINSONISMI |   |  |  |  |
| 34 - EPILESSIA |   |  |  |  |
| 35 - NANISMO IPOFISARIO |   |  |  |  |
| 36 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO |   |  |  |  |
| 37 - MIASTENIA GRAVE |   |  |  |  |
| 38 - MORBO DI ADDISON |   |  |  |  |
| 39 - BPCO |   |  |  |  |
| 40 - ARTRITE REUMATOIDE |   |  |  |  |
| 41 - PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA |   |  |  |  |
| 42 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO |   |  |  |  |
| 43 - EPATITE CRONICA |   |  |  |  |
| 44 - DIABETE MELLITO TIPO 1 |   |  |  |  |
| 45 - LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO |   |  |  |  |
| 46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD) |   |  |  |  |
| 47 - ALZHEIMER |   |  |  |  |
| 48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON |   |  |  |  |
| 49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE |   |  |  |  |
| 50 - DIABETE MELLITO TIPO 2 |   |  |  |  |
| 51 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE |   |  |  |  |
| 52 - MALATTIA DI SJOGREN |   |  |  |  |
| 53 - IPER ED IPOPARATIROIDISMO |   |  |  |  |
| 54 - MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO |   |  |  |  |
| 55 - MALFORMAZIONI CONGENITE |   |  |  |  |
| 56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA |   |  |  |  |
| 57 - NEOPLASIA FOLLOW-UP |   |  |  |  |
| 58 - MALATTIE DELLA PELLE E CONNETTIVO |   |  |  |  |
| 59 - NEOPLASIA REMISSIONE |   |  |  |  |
| 60 - IPOTIROIDISMO |   |  |  |  |
| 61 - TUMORI |   |  |  |  |
| 62 - MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI |   |  |  |  |
| 63 - ASMA |   |  |  |  |
| 64 - TIROIDITE DI HASHIMOTO |   |  |  |  |
| 65 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE |   |  |  |  |

Dichiaro che il numero di pazienti stimato presi in carico in co-gestione è il seguente:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite, compreso il sistema di remunerazione, dalle DDGGRR n. 6164/2017 e 6551/2017.

Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_