



CISL PENSIONATI
Bari - BAT



#dallatuaparte

RITARDI NELLE PRESTAZIONI SANITARIE?

Raccontaci il tuo
disagio
ti aiutiamo a far
valere i tuoi diritti



Rivolgiti alla Fnp Cisl: lunedì-venerdì ore 10-13 e 16-19



1

CHIAMA IL NUMERO
080 968 85 01



2

O INVIA UN WHATSAPP
320 88 73 827

3

OPPURE SCRIVI AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:
fnpcislba.assistenzialisteattesa@gmail.com



Visite, analisi, ricoveri: liste d'attesa infinite. Sempre più persone devono rivolgersi alla sanità privata. E chi non può permetterselo? Rinuncia alle cure. Ci sono tempi massimi entro cui le prestazioni devono essere svolte. Ecco che cosa si può fare quando viene indicata una data che supera i tempi massimi: è necessario accettare la data proposta, per essere inseriti in lista d'attesa (questo fa emergere il problema). Poi, si può in applicazione del D. Lgs. 124/1998, richiedere all'ASL la possibilità di svolgere le prestazioni in intramoenia, pagando solo il ticket (se dovuto). Per farlo è necessario inviare una istanza (per mail o raccomandata) al Direttore Sanitario della Asl o dell'Azienda Ospedaliera di riferimento.
Vieni in una delle nostre Sedi della Fnp Cisl di Bari o BAT, ti aiuteremo a compilare l'istanza e saremo al tuo fianco nel fare valere i tuoi diritti.



L'edizione del presente Vademecum è aggiornata alla data di pubblicazione della Legge n. 107 del 29/07/2024, avente oggetto: "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie".

LISTE D'ATTESA INFINITE CRAC DELLA SANITA' PUBBLICA

VADEMECUM

**Visite, analisi, ricoveri: cosa sapere e come agire
per il rispetto dei tuoi diritti**

All'interno è disponibile tutta la modulistica per:

- 1- segnalare la sospensione delle attività di prenotazione (Agende Chiuse) all'ASL e richiederne direttamente la prenotazione della prestazione sanitaria nei tempi d'attesa prescritti dal Medico curante – Modulo 1;
- 2- richiedere all'ASL l'anticipazione delle cure, allorquando la prenotazione ottenuta dal CUP superi i tempi prescritti dal Medico curante – Modulo 2;
- 3- chiedere all'ASL di conoscere i tempi di attesa riferiti al ricovero ospedaliero per l'intervento chirurgico programmato – Modulo 3;
- 4- richiedere all'ASL l'inserimento in Agende dedicate ai PDTA per i pazienti cronici (*oncologici, cardiopatici, diabetici, ecc.*), per le prenotazioni delle visite di controllo diverse dal primo accesso – Modulo 4;
- 5- richiede all'ASL il rimborso delle spese sostenute per la prestazione sanitaria di cui si necessita, effettuata in regime di attività intramuraria o presso strutture private accreditate – Modulo 5, qualora non siano stati assicurati i tempi di attesa prescritti dal medico curante (*nonostante l'istanza presentata – Modulo1 e/o Modulo 2 – per richiedere l'anticipazione delle cure, rimasta senza riscontro*).

Liste di attesa: cosa sapere e come agire

1) La nuova normativa **2021/2024 sulle liste d'attesa ha apportato dei cambiamenti in materia?**

Il Ministero ha disposto delle modifiche importanti, a proposito di liste d'attesa: sul numero di prestazioni garantite e monitorate, sui tempi massimi di erogazione, sul ruolo delle strutture che hanno il paziente in carico, oltre che sulle tecnologie messe a disposizione dei cittadini per usufruire dei servizi di prenotazione di visite, esami e ricoveri.

2) Quante e quali sono le prestazioni per cui i tempi massimi sono garantiti?

Il rispetto dei tempi di attesa va garantito per tutte le prestazioni erogate dal SSN e dalla sanità regionale pubblica. Il Ministero, in tale ottica, tiene sotto controllo particolare alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale (69 in totale, divise in 14 visite e 55 esami strumentali) e altre in regime di ricovero (17 in totale) per garantire l'aderenza alle indicazioni di attesa massima.

3) Ci sono delle novità anche sulla modalità di prescrizione? Devo comunicare o chiedere qualcosa al mio Medico di base o allo Specialista?

Il Medico prescrittore, sia esso di base o specialista, per le prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali, deve sempre indicare una delle quattro classi di priorità:

U – con attesa massima 72 ore;

B – con attesa massima 10gg;

D – con attesa massima 30gg per le visite e 60gg per gli esami; P – con attesa massima 120gg (*)

- (*) A partire dal 31/12/2019, sempre per le prime visite e prime prestazioni strumentali ambulatoriali, l'attesa massima con classe di priorità "P" è stata ridotta, passando da 180gg a 120gg.

4) Per i ricoveri quali sono i tempi stabiliti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)?

Per i ricoveri, innanzitutto, l’inserimento in lista d’attesa deve essere effettuato tramite procedura informatizzata. Al momento dell’inserimento in lista d’attesa, al cittadino devono essere comunicate le informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e sui tempi massimi di attesa. Il cittadino può, inoltre, chiedere alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica ospedaliera di prendere visione della sua posizione in lista d’attesa, anche successivamente all’inserimento.

Per i ricoveri sono previste quattro classi di priorità, che corrispondono ad altrettante attese massime:

- A - con attesa massima 30gg;
- B - con attesa massima 60gg;
- C - con attesa massima 180gg;
- D - con attesa massima 12 mesi.

5) Ho letto che il PNGLA prevede anche dei “percorsi di garanzia/tutela”: di che si tratta e come funzionano?

I “percorsi di garanzia/tutela” devono essere attivati dalle Regioni, e debbono prevedere dei percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche (non per i ricoveri, in questa prima fase), nel caso che si superino i tempi indicati dal PNGLA e da quello Regionale: in tali situazioni è possibile richiedere la possibilità di effettuare la prestazione in regime di privato accreditato (**vedi punti 10 e 11**)

6) Per quanto riguarda le visite di controllo, il vigente PNGLA prevede qualche misura di tutela per i cittadini?

Una delle indicazioni del PNGLA (**vedi il punto 11**) è relativa alle visite di controllo e disciplina che le strutture che hanno **preso in carico** il paziente devono provvedere anche alla prenotazione delle necessarie successive prestazioni di controllo, e tanto in un sistema integrato di CUP che eviti le sovrapposizioni e miri a rispettare le priorità e le esigenze cliniche; **senza che il cittadino venga, come spesso accade, rinviato al CUP per prenotare visite di controllo e relativi esami diagnostico-strumentali successive al “primo accesso”.**

7) Il PNGLA prevede altre forme di tutela e partecipazione dei cittadini?

Secondo il punto 17 del PNGLA ogni Regione deve attivare un Organismo Paritetico Regionale, con il compito di riunire le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, e le organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

8) Ho saputo che con il PNGLA e con la Legge n. 107 del 29 luglio 2024, saranno obbligatori i CUP regionali e la prenotazione dalle farmacie. È vero?

Sì, sia il nuovo PNGLA, sia la Legge n. 107 del 29 luglio 2024, sono molto incentrati sulla trasparenza e sull'accessibilità e prevedono che ogni Regione si doti di un sistema prenotazione CUP online Regionale (**vedi il punto 19**) aggiornato in tempo reale, che permetta di consultare i tempi di attesa per visite ed esami del SSR o della libera professione intramuraria.

Il CUP online, inoltre, deve permettere di prenotare e pagare la prestazione, di richiedere e stampare il promemoria e le informazioni sull'appuntamento ottenuto. La possibilità di prenotare le prestazioni specialistiche ambulatoriali deve anche essere fornita attraverso le farmacie di comunità.

9) Se mi viene comunicato che la lista d'attesa per una determinata prestazione è chiusa, posso fare qualcosa? Quali indicazioni particolari prevedono le norme vigenti e lo stesso PNGLA?

Come nella precedente normativa, e in coerenza con il diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie e all'appropriatezza, la sospensione o la chiusura delle liste rimane un'azione illegittima punibile per legge (legge n. 266/2005, art. 1 commi 282 e 284, così come modificata dall'art.3 comma 9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024).

Su questo particolare aspetto il PNGLA e la richiamata normativa fanno un ulteriore passo in avanti: se gli obiettivi di salute e assistenziali non dovessero essere raggiunti, infatti, il Direttore Generale ASL/Azienda Ospedaliera (Policlinico per esempio) può automaticamente essere rimosso dal suo incarico, per inadempienza (come da indicazioni del decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992, art. 3 bis, comma 7 bis).

In particolare, si segnala che:

1. l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che **“E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni”**;
2. l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che “ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro”, sanzioni queste ad oggi raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma 9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Tutelati !

10) Cosa posso fare quindi se al momento della prenotazione mi comunicano che la lista d'attesa per la prestazione di cui ho necessità è bloccata, le Agende sono chiuse e non sono disponibili strutture in grado di erogare la prestazione sanitaria di cui ho bisogno?

Quando ti trovi di fronte ad una lista bloccata, ad una Agenda chiusa, ti suggeriamo di segnalare il fatto inviando tramite comunicazione ufficiale (raccomandata r/r, mail o PEC) alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, all'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, alla stessa Autorità Giudiziaria, e se ritieni per fare ciò, puoi rivolgerti a noi della CISL, presso le sedi Comunali, o chiamare i numeri telefonici che come CISL e Federazione dei Pensionati abbiamo reso allo scopo disponibili (**riportati in appendice al presente opuscolo**); ti aiuteremo noi ad utilizzare e trasmettere la necessaria istanza (utilizzando l'Allegato **Modulo 1**) per richiedere lo sblocco delle liste e l'applicazione dell'ammenda.

11) Nel caso di superamento dei tempi massimi, invece, cosa devo fare?

Il suggerimento è di inviare una apposita istanza (utilizzando l'Allegato **modulo 2**) per chiedere, come prevede la Legge e il PNGLA, **l'individuazione della struttura pubblica o convenzionata, in grado di erogare la prestazione di diagnostica o specialistica entro i tempi massimi stabiliti dal tuo medico di famiglia (il cui codice di priorità è indicato nella prescrizione), o autorizzare la prestazione in intramoenia o presso il privato accreditato, senza oneri aggiuntivi oltre al ticket, ai sensi dell'art.3 comma 13 della Legge n.124/1998 e dell'art. 3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Per poter esercitare questo diritto, che la Legge e il PNGLA ti riconosce, devi però accettare al momento della prenotazione presso il CUP di essere inserito comunque in lista d'attesa, anche se non sono rispettate le condizioni di prescrizione, proprio per dimostrare l'impossibilità di ottenere il tuo diritto di accesso alle cure, quando si contatterà l'ASL successivamente, con l'istanza del **Modulo 2**.

Nel caso, invece, di superamento dei tempi massimi per gli interventi chirurgici, per richiedere la medesima tutela, puoi presentare una istanza utilizzando l'Allegato **Modulo 3**.

In entrambi i casi, se lo ritieni, puoi rivolgerti a noi della CISL, della FNP, recandoti anche in questo caso presso le nostre Sedi Comunali o chiamandoci ai numeri telefonici dedicati (080/968 8501 o whatsapp 320/88 73 827) o scrivendoci alla mail: fnpcislbari.assistenzialisteattesa@gmail.com.

12) Dove posso trovare l'elenco delle prestazioni e i relativi tempi massimi d'attesa?

Il dettaglio delle prestazioni individuate dal Piano Nazionale e le modalità di erogazione dei servizi possono essere visionati nella sezione apposita del sito web del Ministero della Salute dove è contenuto il testo del nuovo PNGLA:

➤ <https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/homeListeAttesa.jsp>

Per le disposizioni regionali puoi consultare anche il sito web della Regione Puglia:

➤ <https://www.sanita.puglia.it/homepugliasalute>

➤ <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/tempi-di-attesa>

➤ <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-barletta-andria-trani/tempi-di-attesa>

➤ <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/tempi-di-attesa>

oppure rivolgerti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della tua ASL.

13) Voglio effettuare la prestazione solo in una determinata struttura e ho verificato che l'attesa proposta non rispetta i tempi massimi previsti. Cosa posso fare?

Se decidi di recarti solo ed esclusivamente in una struttura, ma altre strutture nella tua ASL sono in grado di assicurarti ed erogare quella stessa prestazione nel rispetto dei tempi massimi, non ci sono alternative: devi attendere il tuo turno.

Il consiglio è quello di contattare sempre il CUP al fine di individuare la struttura che eroghi la prestazione nel minor tempo possibile, oppure parlarne con il tuo medico per valutare se le attese sono compatibili con le tue necessità!!!

14) Se la prestazione che devo eseguire è inserita nel piano di governo ma è una visita di controllo che segue l'avvenuta presa in carico da parte della struttura dell'ASL e non è, quindi, una "visita di primo accesso" ed ho necessità di avere la prestazione in tempi più brevi cosa posso fare?

Intanto si può pretendere che sia la struttura sanitaria presso la quale hai fatto la visita di primo accesso ad effettuare direttamente le prenotazioni delle visite di controllo successive e dei relativi necessari esami diagnostico strumentali (si tratta in questo caso di percorsi di tutela dedicati per esempio ai malati oncologici, soggetti affetti da cardiopatie e malattie endocrinologiche o dismetaboliche come il "diabete"). Nel caso si rifiutassero si può procedere con una segnalazione alla Direzione Sanitaria dell'ASL competente (Modulo 4).

Qualora, invece, si dovesse essere costretti a ritornare al CUP per prenotare la visita di controllo (successiva al primo accesso) e l'attesa prospettata dovesse risultare incompatibile con le tue necessità, parlane con il tuo medico che eventualmente provvederà a certificare la necessità della prestazione in tempi più brevi. Utilizza l'Allegato [modulo 2](#)) e allega la certificazione del medico che attesta l'incompatibilità dei tempi per richiedere l'anticipazione.

15) Devo svolgere una visita di controllo ma i tempi comunicati superano quelli pubblicati nel piano, è legale?

Il Piano ha fissato tempi massimi per prestazioni diagnostico-specialistiche in regime ambulatoriale **solo per le prime visite** e primi esami diagnostici, ovvero per quelle prestazioni volte ad individuare una diagnosi; restano quindi **esclusi i controlli periodici**.

Purtuttavia, nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate. La gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza.

16) Al momento della prescrizione il medico è tenuto ad indicare il quesito diagnostico e la classe di priorità?

Il PNGLA 2019-2021 e la normativa vigente rimarcano l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico e, per le prestazioni in primo accesso, la classe di priorità.

Il quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare la prestazione.

La classe di priorità definisce i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

17) L'ASL deve fornire comunicazioni ed informazioni su tempi e liste di attesa?

Il PNGLA 2019-2021 sottolinea l'importanza della comunicazione e della informazione sulle liste di attesa (e in particolare circa la prenotazione e i "percorsi di garanzia" in caso di sfioramento dei tempi massimi) attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

18) Che succede se il cittadino non accetta la prima data proposta per la prestazione sanitaria prescritta dal proprio medico curante?

Al momento della prenotazione verrà indicata la prima data utile. Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata e non può richiedere l'attivazione di percorsi di tutela.

Se il cittadino volesse procedere con una prenotazione presso una struttura sanitaria specifica, i tempi di attesa potrebbero essere più lunghi di quelli previsti.

19) Che accade in caso di disdetta di prestazioni prenotate e prestazioni non eseguite?

Il PNGLA 2019-2021 e la normativa vigente prevedono l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate e l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.

I CUP sono tenuti ad attivare un sistema di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione effettuata, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche in modalità da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione.

Ai sensi del comma 6 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, l'assistito che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

20) Si può chiedere il rimborso al ASL per una prestazione sanitaria effettuata a proprie spese in intramoenia o presso strutture private accreditate o autorizzate dal SSR?

Si, si può chiedere il rimborso se si sono verificate le seguenti circostanze (utilizzando gli allegati Moduli 5 e 5.1):

- a) **Quando l'ASL non sia in grado di erogare la prestazione di diagnostica o specialistica di cui hai bisogno entro i tempi massimi stabiliti dal tuo medico di famiglia (entro 72 ore per le prestazioni urgenti "U", entro 10 giorni per quelle "B" – Brevi, 30/60 giorni per le Differibili "D" e 120 giorni per le Programmabili "P");** ossia, quindi, in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti dal PGNLA e dopo che, nel caso di specie, una volta accettata la prenotazione data dal CUP (anche se oltre i tempi massimi), sia stata presentata una apposita istanza alla Direzione Sanitaria dell'ASL per segnalare l'accaduto (allegando la prescrizione del medico curante e la prenotazione data del CUP) e chiedere l'anticipazione delle cure affinché venga garantito il diritto alla salute, presso strutture pubbliche o private accreditate, oppure in alternativa affinché la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13 e dell'art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, senza che si debbano sostenere maggiori oneri, oltre al ticket se dovuto;

- b) **Quando** l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta, presso le diverse strutture dell'ASL è risultata sospesa o comunque non erogabile (Agende Chiuse) e si è proceduto alla relativa segnalazione alla Direzione sanitaria dell'ASL (*utilizzando il Modulo 1 e allegando la prescrizione del medico curante*), e sia stata richiesta l'anticipazione delle cure affinché possa essere garantito il diritto alla salute, presso strutture pubbliche o private accreditate, oppure in alternativa affinché la prestazione gli venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13 e dell'art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, senza che si debbano sostenere maggiori oneri, oltre al ticket se dovuto;

in presenza di queste situazioni il cittadino, trascorsi 5 giorni dalla scadenza dei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicati nella prescrizione medica, e dall'inoltro dell'istanza avanzata al Direttore Sanitario dell'ASL (sia quella effettuata con il Modulo 1 che quella con il Modulo 2), qualora non abbia ricevuto risposta alcuna dall'ASL, con il quale l'assistito fa presente che si vedrà costretto, per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita, ad effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Segnalando, altresì, che il mancato riscontro alla suddetta istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e dell'art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Solo in questo modo, secondo autorevoli pareri legali, si può avere la possibilità di vedersi riconoscere il richiesto rimborso e nel caso di resistenza da parte dell'ASL si può invocare la tutela giudiziaria innanzi al Giudice di Pace (competente per liti fino a 5.000 euro).

Sia per avanzare la richiesta di rimborso (dopo aver seguito il percorso innanzi indicato) – Moduli 5 e 5.1., sia per l'eventuale ricorso innanzi al Giudice di Pace in caso di resistenza dell'ASL, per il quale come CISL offriremo gratuito patrocinio a tutti gli iscritti e a quanti si trovano in condizioni di comprovata fragilità economica, ci si può rivolgere, se lo si ritiene, a noi della CISL, della FNP, recandosi presso le nostre Sedi Comunali o chiamandoci ai numeri telefonici dedicati (080/968 8501 o whatsapp 320/8873827) o scrivendoci alla mail: fnpcislbari.assistenzeattesa@gmail.com .



Per ulteriori informazioni e approfondimenti, o per denunciare gravi situazioni di disagio e chiedere assistenza, contatta le Sedi territoriali o comunali della CISL e della Federazione Nazionale Pensionati della CISL di Bari e BAT, oppure puoi chiamare i numeri di telefonia fissa o mobile dedicati sull'argomento, attivi dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 13:00 e dalle ore 16:00 alle ore 19:00; puoi chiamare al numero 080 968 85 01 oppure inviare un messaggio al numero WhatsApp 320 887 3827 in modo da essere richiamato, o ancora puoi scrivere all'indirizzo mail:

➤ fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

Allegato Modulo 1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari.

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzialisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità _____** - **entro _____ giorni**, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia " _____", sita in _____ alla Via _____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta - (indicare) _____, presso le diverse struttura dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analoga situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data _____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"

Considerato

- che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma 9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- che Il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali".

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 1.A

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato al CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____,
residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie
che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità** _____ -
entro _____ giorni, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL
sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia "
_____", sita in _____ alla Via
_____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria
richiesta - (indicare) _____, presso le
diverse struttura dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analoga situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data
_____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie
ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo
selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre
negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per
maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della
ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- **Che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"**

Considerato

- Che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- Che il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali".

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 1.B

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato al CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

via Fornaci, 203

76123 Andria (BT)

protocollo.asl.bat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzialisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità** _____ - **entro** _____ **giorni**, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia " _____", sita in _____ alla Via _____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta - (indicare) _____, presso le diverse strutture dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analoga situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data _____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- **Che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"**

Considerato che

- Che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- Che Il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali".

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 1.C

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP dell'ASL Bari)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità** - **entro _____ giorni**, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia " _____", sita in _____ alla Via _____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta - (indicare) _____, presso le diverse struttura dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analoga situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data _____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- **Che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"**

Considerato

- Che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- Che Il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali".

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 1.D

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP dell'ASL BAT)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzialisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità** _____ - **entro** _____ **giorni**, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia " _____", sita in _____ alla Via _____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta - (indicare) _____, presso le diverse strutture dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analogha situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data _____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- **Che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"**

Considerato

- Che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- Che Il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali";

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 1.E

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari.

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

Oggetto: Sospensione attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282. Art.3 comma 9 e comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____, per effettuare la prenotazione delle prestazioni sanitarie che mi sono state prescritte dal proprio medico curante – **con codice priorità** _____ - **entro _____ giorni**, di cui si allega la ricetta elettronica dematerializzata, si è rivolto/a al CUP della ASL sita in _____ alla Via _____ (oppure presso la Farmacia " _____", sita in _____ alla Via _____).

Nella circostanza sono stato/a informato/a che l'attività di prenotazione per la prestazione sanitaria richiesta - (indicare) _____, presso le diverse strutture dell'ASL era sospesa o comunque non erogabile.

Analoga situazione si è registrata, con analogo esito, sul Portale di Puglia Salute sul quale, sempre in data _____, il sottoscritto ha provato inutilmente ad effettuare le prenotazioni necessarie ad effettuare le precitate prestazioni sanitarie. Come si evince dall'allegata documentazione, pur avendo selezionato nella ricerca di strutture disponibili ove effettuare le prestazioni, l'esito è stato sempre negativo, ossia "**Al momento non ci sono appuntamenti disponibili per le prestazioni ricercate, per maggiori informazioni rivolgersi al call center CUP o alle strutture ospedaliere e territoriali della ASL di residenza e/o domicilio.**"

Visto

- Che l'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"

Considerato

- Che l'art. 1, comma 284, della l. 266/2005 prevede che "ai soggetti responsabili delle violazioni del divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1000 euro ad un massimo di 6000 euro", sanzioni queste raddoppiate nel minimo e nel massimo edittale (da €.2000 ad €. 12.000) per effetto delle disposizioni di cui all'art.3 comma9 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024;
- Che Il Dpcm 16/04/2002, divenuto parte integrante dei Lea come allegato 5, stabilisce che "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali";

Il sottoscritto, Chiede

- Che sia ripristinata l'attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie;
- Che siano adottati i provvedimenti del caso (sanzioni amministrative, ecc.) in capo ai responsabili della situazione denunciata con la presente, informandomi dei motivi di fatto e di diritto che hanno indotto a tale decisione;
- Che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- Che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione, entro i tempi stabiliti dal codice di priorità indicato in ricetta, venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno (anche per effetto della segnalata violazione dell'art. 1, comma 282, della l. 266/2005 che stabilisce che "E' vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni"), negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa **arretrare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.**

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame, al Comando Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98, art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____, con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]** (barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'ASL o l'Azienda Ospedaliera, nonché l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____.

Tanto premesso e considerato il sottoscritto,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. **a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**

2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.A

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____, con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]** (barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

Tanto premesso e considerato, il sottoscritto

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arreare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;
2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.A1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari, il quale nel riscontrare l'istanza presentata con il modulo 2.A per anticipare la prestazione sanitaria prenotata oltre i tempi massimi di attesa, ha rinviato all'ASL di Bari)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,

residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,

con la presente rappresenta quanto segue:

1. In data _____ rivolgeva l'allegata istanza al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari (inviando la stessa anche alla S.V e all'Assessorato Regionale alla Sanità) affinché la prestazione sanitaria in oggetto, prescritta dal Medico curante con priorità (scrivere per esteso): _____, prenotata presso l'Unità Operativa di _____ del Policlinico di Bari, per il giorno _____, oltre, quindi, il tempo massima di attesa previsto da PNGLA;

2. In data _____ il/la sottoscritto/a, riceveva l'allegata comunicazione dal Policlinico di Bari con la quale si veniva invitati a rivolgersi all'ASL presso la quale si è assistiti per richiedere che la suddetta prestazione sanitaria, la cui attesa si sta prolungando oltre il termine previsto dalle norme vigenti, nel caso di specie, sia resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'ASL medesima i relativi costi;

Tanto premesso e considerato, nel chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, stante il conclamato superamento del tempo massimo di attesa previsto per la prestazione sanitaria in oggetto, il sottoscritto

CHIEDE

- che l'ASL di Bari autorizzi l'erogazione della prestazione sanitaria in oggetto richiesta in regime di attività libero professionale intramuraria presso l'Unità Operativa di _____ del Policlinico di Bari, assumendone i relativi costi;
- che in alternativa la richiamata prestazione sanitaria sia prenotata, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, nei tempi di attesa previsti in una struttura sanitaria pubblica dell'ASL di Bari, oppure presso una struttura sanitaria privata accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che, diversamente, nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arreare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice d priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.B

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

via Fornaci, 203

76123 Andria (BT)

protocollo.asl.bat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,
con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]**
(barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

Tanto premesso e considerato il sottoscritto,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;
2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.B1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari, il quale nel riscontrare l'istanza presentata con il modulo 2.B per anticipare la prestazione sanitaria prenotata oltre i tempi massimi di attesa, ha rinviato all'ASL di BAT)

Al Direttore Sanitario della ASL di BAT

via Fornaci, 203

76123 Andria (BT)

protocollo.asl.bat@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,

residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,

con la presente rappresenta quanto segue:

1. In data _____ rivolgeva l'allegata istanza al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari (inviando la stessa anche alla S.V e all'Assessorato Regionale alla Sanità) affinché la prestazione sanitaria in oggetto, prescritta dal Medico curante con priorità (scrivere per esteso): _____, prenotata presso l'Unità Operativa di _____ del Policlinico di Bari, per il giorno _____, oltre, quindi, il tempo massima di attesa previsto da PNGLA;

2. In data _____ il/la sottoscritto/a, riceveva l'allegata comunicazione dal Policlinico di Bari con la quale si veniva invitati a rivolgersi all'ASL presso la quale si è assistiti per richiedere che la suddetta prestazione sanitaria, la cui attesa si sta prolungando oltre il termine previsto dalle norme vigenti, nel caso di specie, sia resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'ASL medesima i relativi costi;

Tanto premesso e considerato, nel chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, stante il conclamato superamento del tempo massimo di attesa previsto per la prestazione sanitaria in oggetto, il sottoscritto

CHIEDE

- che l'ASL di BAT autorizzi l'erogazione della prestazione sanitaria richiesta in regime di attività libero professionale intramuraria presso l'Unità Operativa di _____ del Policlinico di Bari, assumendone i relativi costi;
- che in alternativa la richiamata prestazione sanitaria sia prenotata, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, nei tempi di attesa previsti in una struttura sanitaria pubblica dell'ASL BAT, oppure presso una struttura sanitaria privata accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che, diversamente, nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica dell'ASL BAT, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa **arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.**

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.C

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP dell'ASL di Bari)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari
Lungomare Starita, 6
70132 Bari
protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia
Via Gentile, 52
70126 Bari
segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT
Via Fornaci, 201
76123 Andria
direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari
Via Carulli, 68
70121 Bari
fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.
Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,
con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]**
(barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'ASL o l'Azienda Ospedaliera, nonché l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____.

Tanto premesso e considerato il sottoscritto,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arreare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. **a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
2. **ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.C1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP dell'ASL di Bari, la quale nel riscontrare l'istanza presentata con il modulo 2.C per anticipare la prestazione sanitaria prenotata oltre i tempi massimi di attesa, ha rinviato all'ASL BAT)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,

residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,

assistito dall'ASL BAT, con la presente rappresenta quanto segue:

1. In data _____ rivolgeva l'allegata istanza al Direttore Sanitario dell'ASL di Bari (inviando la stessa anche alla S.V e all'Assessorato Regionale alla Sanità) riguardante la prestazione sanitaria in oggetto, prescritta dal Medico curante con priorità (scrivere per esteso): _____, prenotata presso (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, oltre, quindi, il tempo massima di attesa previsto da PNGLA;

2. In data _____ il/la sottoscritto/a riceveva l'allegata comunicazione dalla ASL di Bari al punto 1 citata, con la quale si veniva invitati a rivolgersi all'ASL presso la quale si è assistiti (ASL BAT) per richiedere che la succitata prestazione sanitaria, la cui attesa si sta prolungando oltre il termine previsto dalle norme vigenti, nel caso di specie, sia resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'ASL BAT medesima i relativi costi;

Tanto premesso e considerato, nel chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, stante il conclamato superamento del tempo massimo di attesa previsto per la prestazione sanitaria in oggetto, il sottoscritto

CHIEDE

- che l'ASL BAT autorizzi l'erogazione della prestazione sanitaria in oggetto richiesta in regime di attività libero professionale intramuraria presso (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria)

dell'ASL di BARI, assumendone i relativi costi;

- che in alternativa la richiamata prestazione sanitaria sia prenotata, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, nei tempi di attesa previsti in una struttura sanitaria pubblica dell'ASL BAT, oppure presso una struttura sanitaria privata accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;

- che, diversamente, nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;

- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica dell'ASL BAT, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa **arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.**

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**
- 2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.D

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP dell'ASL BAT)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____, con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]**
(barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'ASL o l'Azienda Ospedaliera, nonché l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____.

Tanto premesso e considerato il sottoscritto,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arreare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;
2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.D1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP dell'ASL BAT, la quale nel riscontrare l'istanza presentata con il modulo 2.D per anticipare la prestazione sanitaria prenotata oltre i tempi massimi di attesa, ha rinviato all'ASL di Bari)

	Al Direttore Sanitario della ASL di Bari Lungomare Starita, 6 70132 Bari protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it
E, p.c.	Al Direttore Sanitario della ASL BAT Via Fornaci, 201 76123 Andria direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it
E, p.c.	All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia Via Gentile, 52 70126 Bari segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it
E, p.c.	Alla FNP CISL di Bari Via Carulli, 68 70121 Bari fncislba.assistenzealtesteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13.
Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,
il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,
assistito dall'ASL di Bari, con la presente rappresenta quanto segue:

1. In data _____ rivolgeva l'allegata istanza al Direttore Sanitario dell'ASL BAT (inviando la stessa anche alla S.V e all'Assessorato Regionale alla Sanità) riguardante la prestazione sanitaria in oggetto, prescritta dal Medico curante con priorità (scrivere per esteso): _____, prenotata presso (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, oltre, quindi, il tempo massima di attesa previsto da PNGLA;

2. In data _____ il/la sottoscritto/a riceveva l'allegata comunicazione dalla ASL BAT al punto 1 citata, con la quale si veniva invitati a rivolgersi all'ASL presso la quale si è assistiti (ASL di Bari) per richiedere che la succitata prestazione sanitaria, la cui attesa si sta prolungando oltre il termine previsto dalle norme vigenti, nel caso di specie, sia resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, ponendo a carico dell'ASL di Bari medesima i relativi costi;

Tanto premesso e considerato, nel chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, stante il conclamato superamento del tempo massimo di attesa previsto per la prestazione sanitaria in oggetto, il sottoscritto

CHIEDE

- che l'ASL di Bari autorizzi l'erogazione della prestazione sanitaria in oggetto richiesta in regime di attività libero professionale intramuraria presso (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria)

dell'ASL BAT, assumendone i relativi costi;

- che in alternativa la richiamata prestazione sanitaria sia prenotata, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, nei tempi di attesa previsti in una struttura sanitaria pubblica dell'ASL di BARI, oppure presso una struttura sanitaria privata accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;

- che, diversamente, nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;

- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica dell'ASL BARI, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa **arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.**

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice d priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

- 3. a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**

- 4. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____

2. _____

3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 2.E

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____

(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n. 107 del 29 luglio 2024 - art.3 comma 10.

Egregio Direttore,

il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____, con la presente intende, nel richiamare la Sua attenzione, chiedere l'attivazione di un percorso di tutela, considerato il superamento del tempo massimo di attesa previsto per la richiesta prestazione sanitaria in oggetto, che in data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale (di cui si allega copia).

La predetta prestazione sanitaria mi è stata prescritta con codice di priorità: **[U] [B] [D] [P]**

(barrare con X la lettera riportata nella prescrizione dal Medico curante)

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a:

1. al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____;
2. alla Farmacia sita in _____ alla Via _____;
3. sul Portale di Puglia Salute.

Nella circostanza, la suddetta prestazione è stato possibile prenotarla, presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'ASL o l'Azienda Ospedaliera, nonché l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____, per il giorno _____ (si allega la relativa documentazione), e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe ad essere erogata superando il tempo di attesa massimo che il PNGLA stabilisce in giorni _____.

Tanto premesso e considerato il sottoscritto,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, e che l'erogazione della stessa avvenga in una struttura pubblica o accreditata, entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante di medicina generale, come indicato dallo stesso nella mia prescrizione, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia con riferimento al domicilio/alla residenza dello scrivente;
- che nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la prestazione venga erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket, se dovuto;
- che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

E' oltremodo evidente che i ritardi nella prenotazione delle prestazioni sanitarie di cui sia ha bisogno, negherebbero al sottoscritto la possibilità (il diritto) che le stesse possano essermi erogate nei tempi massimi previsti per il codice di priorità indicato nella prescrizione (ossia entro _____ giorni), con il rischio che ciò possa arrecare un grave pregiudizio alla mia salute, con la prospettiva di compromettermi la qualità della vita e la stessa aspettativa, circostanza questa che richiamerebbe la responsabilità diretta dell'ASL, nelle persone della Dirigenza preposta per i propri doveri di ufficio.

In definitiva il sottoscritto fa presente che, in difetto, nell'eventualità in cui non dovesse seguire riscontro alla presente istanza entro giorni 5 giorni dalla data di scadenza del tempo massimo di cui al Codice di priorità prescritto in ricetta dal medico curante, suo malgrado si vedrà costretto, per tutelare i propri diritti e per non pregiudicare la guarigione e in conseguenza la propria aspettativa di vita:

1. **a rappresentare i fatti in esame al Comando dei Carabinieri per la tutela della salute e per il loro tramite alla competente Autorità Giudiziaria, affinché vengano valute le condotte esposte;**

2. ad effettuare, eventualmente, autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria o presso strutture private accreditate o autorizzate, sostenendone i relativi costi, e successivamente richiederà alla ASL il rimborso di dette spese, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket. Il mancato riscontro alla presente istanza verrà considerato quale silenzio assenso per l'esercizio del richiesto rimborso delle spese sanitarie sostenute ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e del art.3 comma 10 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), **presso il Presidio Ospedaliero di _____ -**
Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, **presso il Presidio Ospedaliero di**
_____ - Unità Operativa Complessa di _____. dal giorno
_____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *“Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.**”*

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora pre-ricovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1) _____

2) _____

3) _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3.A

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), presso il Presidio Ospedaliero di _____ -
Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, **presso il Presidio Ospedaliero di _____ - Unità Operativa Complessa di _____.**
dal giorno _____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *“Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell’inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d’attesa**, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.”*

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora pre-ricovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3.B

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

via Fornaci, 203

76123 Andria (BT)

protocollo.asl.bat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzealtesteattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), presso il Presidio Ospedaliero di _____
_____ - Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla _____ Via _____

è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, **presso il Presidio Ospedaliero di _____**
_____ - Unità Operativa Complessa di _____.
dal giorno _____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *“Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell’inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d’attesa**, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.”*

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora pre-ricovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3.C

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP dell'ASL di Bari)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), presso il Presidio Ospedaliero di _____ -
Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, **presso il Presidio Ospedaliero di _____ - Unità Operativa Complessa di _____.**
dal giorno _____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *“Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.”***

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora pre-ricovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____

2. _____

3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3.D

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è prenotato presso il CUP dell'ASL BAT)

All Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

All Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), presso il Presidio Ospedaliero di _____ -
Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, presso il Presidio Ospedaliero di _____ - Unità Operativa Complessa di _____.
dal giorno _____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *“Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa**, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.”*

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora pre-ricovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____

2. _____

3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 3.E

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per intervento di _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta), presso il Presidio Ospedaliero di _____ -
Unità Operativa Complessa di _____.

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto, **presso il Presidio Ospedaliero di _____ - Unità Operativa Complessa di _____.**
dal giorno _____.

Visto che

Il Piano di Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 (Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019 - 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266), ha fissato i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero.

Considerato che

lo stesso Piano di Governo delle Liste d'attesa prevede che *"Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, **devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera."***

Chiede

il rispetto delle misure contenute nel “Piano nazionale di Governo delle liste d’attesa per il triennio 2019/2021”, in particolare:

- ✓ di conoscere la posizione occupata all’interno della lista d’attesa;
- ✓ di conoscere la data entro cui si prevede che la prestazione sarà erogata;
- ✓ di conoscere le informazioni organizzative previste (data e ora prericovero, struttura, etc.)

Si informa fin d’ora che, in caso di mancata erogazione della prestazione entro i tempi massimi fissati, si provvederà a tutelare i propri interessi presso tutte le sedi opportune.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è in cura in Servizi e Strutture della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,
residente in _____ alla Via _____
intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,
sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità
Operativa Complessa) _____
dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero
di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo
_____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la
sede) _____ e mi è stato risposto
che:

- > la lista d'attesa è bloccata;
 - > il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;
 - > devo (altro, specificare) _____
- _____

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____ (indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4.A

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è in cura in Servizi e Strutture del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,

residente in _____ alla Via _____

intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,

sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità Operativa Complessa) _____

dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo _____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____ e mi è stato risposto

che:

> la lista d'attesa è bloccata;

> il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;

> devo (altro, specificare) _____

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____ (indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4.B

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è in cura in Servizi e Strutture del Policlinico di Bari)

Al Direttore Sanitario del Policlinico di Bari

Piazza Giulio Cesare, 11

70124 Bari

direzione.sanitaria.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

via Fornaci, 203

76123 Andria (BT)

protocollo.asl.bat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzialisteattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,
residente in _____ alla Via _____
intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,
sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità Operativa Complessa) _____
dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero
di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo _____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____ e mi è stato risposto
che:

- > la lista d'attesa è bloccata;
- > il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;
- > devo (altro, specificare) _____

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____
(indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4.C

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è in cura in Servizi e Strutture dell'ASL di Bari)

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,
residente in _____ alla Via _____
intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,
sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità
Operativa Complessa) _____
dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero
di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo
_____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la
sede) _____ e mi è stato risposto
che:

- > la lista d'attesa è bloccata;
 - > il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;
 - > devo (altro, specificare) _____
- _____.

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____
(indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4.D

(da compilare se si è assistiti dall'ASL Bari e si è in cura in Servizi e Strutture dell'ASL BAT)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E, p.c.

Al Direttore Sanitario della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,
residente in _____ alla Via _____
intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,
sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità
Operativa Complessa) _____
dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero
di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo
_____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la
sede) _____ e mi è stato risposto
che:

- > la lista d'attesa è bloccata;
- > il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;
- > devo (altro, specificare) _____

_____.

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____
(indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 4.E

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si è prenotato presso il CUP della medesima ASL)

Al Direttore Sanitario della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessoralute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzeattesa@gmail.com

**OGGETTO: Liste d'attesa per visita/esame di controllo _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Presa in carico e Agende dedicate ai percorsi PDTA –
Art. 3 comma 8 Legge n. 107 del 29 luglio 2024.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato/a il _____ a _____,
residente in _____ alla Via _____
intende porre alla Sua attenzione la propria situazione.

Sono affetto da _____,
sono in cura presso (indicare la Struttura/Distretto/Ambulatorio/Presidio Ospedaliero e Unità Operativa Complessa) _____
dal _____, dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero
di _____ al mese/anno.

In data _____, mi è stata prescritta una visita/esame di controllo
_____.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto/a al CUP dell'ASL (specificare la
sede) _____ e mi è stato risposto
che:

- > la lista d'attesa è bloccata;
- > il tempo di attesa massimo è di _____ giorni;
- > devo (altro, specificare) _____

Atteso

Che, ai sensi dell'art.3 comma 8 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, nell'ambito della gestione delle patologie cronic-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), attraverso agende dedicate e che la gestione di tali agende può essere effettuata direttamente dallo specialista di riferimento o dalla struttura appositamente dedicata della ASL di appartenenza;

Premesso

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dalla stessa Struttura Sanitaria _____ (indicare Ambulatorio/Distretto/Presidio Ospedaliero U.O.C), in ragione dell'apertura nuova di una cartella clinica, di nuova anamnesi e possibili modifiche della terapia farmacologica e che essere seguiti presso una stessa struttura è di fondamentale importanza per ogni persona affetta da patologia cronica.

Chiede

- Che la prestazione possa essere erogata presso la Struttura pubblica all'interna della quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;
- Che nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che, **nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto dal PGNLA**, eroghi le prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione Puglia adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di curala continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Domanda, inoltre:

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. _____
2. _____
3. _____

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Allegato Modulo 5

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BARI e si richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute a causa del superamento dei tempi di attesa per il Codice di priorità prescritto dal medico curante)

Al Direttore Generale della ASL di Bari

Lungomare Starita, 6

70132 Bari

protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fncislba.assistenzeattesa@gmail.com

OGGETTO: Lista d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____ (indicare la prestazione sanitaria richiesta). Legge n. 107 del 29 luglio 2024, art.3 comma 9 e 10. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282 e comma 284.

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____, Codice Fiscale _____, con la presente intende richiamare la Sua attenzione riguardo la propria situazione.

In data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto con codice di priorità: _____, tanto con espressa indicazione riportata nell'allegata prescrizione del Medico curante.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto al CUP dell'Asl _____.

Nella circostanza, ho potuto prenotare la prestazione in oggetto presso _____ per il giorno _____;

Considerato che in tal caso, in conseguenza della prenotazione ottenuta dal CUP, verrebbero a superarsi i tempi di attesa per l'effettuazione della prestazione di cui trattasi di giorni __ che il PNGLA stabilisce, a fronte della priorità “_” indicata nella prescrizione dal mio medico curante;

Atteso che con apposita istanza del _____ - che si allega in copia, lo scrivente richiedeva:

1. che la richiamata prestazione sanitaria mi venisse prenotata entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante;

2. che l'erogazione della stessa avvenisse, previa prenotazione d'ufficio, in una struttura pubblica o accreditata, e qualora fosse stato impossibile prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la stessa gli venisse erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, **come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket se dovuto;**
3. Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Decreto Legislativo n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

Tanto premesso e considerato, non avendo ricevuto alcuna risposta alla situazione sopra descritta entro i tempi massimi stabiliti per il Codice di Priorità (giorni _____) indicato dalla prescrizione medica, il/la sottoscritto/a, per non pregiudicare la guarigione, la propria salute e in conseguenza la propria aspettativa di vita, ha proceduto ad effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria presso (indicare la struttura sanitaria) _____ /o presso la Struttura Privata _____ Accreditata/Autorizzata _____ (indicare la denominazione) _____, il giorno _____.

In definitiva, il/la sottoscritto/a,

chiede alla S.V.

- **il rimborso delle spese sanitarie sostenute**, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket, ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 art. 3 comma 9 e 10.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. Indirizzo di residenza: _____
2. Recapito telefonico: _____
3. Indirizzo mail: _____

Data ____/____/____/

Firma _____

Allegato Modulo 5.1

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BAT e si richiede il rimborso delle spese sanitarie sostenute a causa del superamento dei tempi di attesa per il Codice di priorità prescritto dal medico curante)

Al Direttore Generale della ASL BAT

Via Fornaci, 201

76123 Andria

direzione.sanitaria.aslbat@pec.rupar.puglia.it

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia

Via Gentile, 52

70126 Bari

segreteria.assessorosalute@pec.rupar.puglia.it

E p.c.

Alla FNP CISL di Bari

Via Carulli, 68

70121 Bari

fnpcislba.assistenzalisteattesa@gmail.com

**OGGETTO: Lista d'attesa per visita/esame di controllo. Superamento tempo massimo liste di Attesa per _____
(indicare la prestazione sanitaria richiesta). Legge n. 107 del 29 luglio 2024, art.3 comma 9 e 10. Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13. Legge n.266/2005, art. 1 comma 282 e comma 284.**

Egregio Direttore,

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____, alla Via _____, Codice Fiscale _____, con la presente intende richiamare la Sua attenzione riguardo la propria situazione.

In data _____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto con codice di priorità: _____, tanto con espressa indicazione riportata nell'allegata prescrizione del Medico curante.

Per cui, il giorno _____ mi sono rivolto al CUP dell'Asl _____.

Nella circostanza, ho potuto prenotare la prestazione in oggetto presso _____ per il giorno _____;

Considerato che in tal caso, in conseguenza della prenotazione ottenuta dal CUP, verrebbero a superarsi i tempi di attesa per l'effettuazione della prestazione di cui trattasi di giorni __ che il PNGLA stabilisce, a fronte della priorità “_” indicata nella prescrizione dal mio medico curante;

Atteso che con apposita istanza del _____ - che si allega in copia, lo scrivente richiedeva:

1. che la richiamata prestazione sanitaria mi venisse prenotata entro i tempi massimi stabiliti per la classe di priorità indicata dal mio medico curante;

2. che l'erogazione della stessa avvenisse, previa prenotazione d'ufficio, in una struttura pubblica o accreditata, e qualora fosse stato impossibile prenotarla in strutture pubbliche o accreditate, che la stessa gli venisse erogata in regime di Attività libero professionale intramuraria, **come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il sottoscritto debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket se dovuto;**

3. Che, in ogni caso, nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, codesta Direzione Strategica Aziendale, ai sensi e per gli effetti del comma 10 dell'art.3 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024, garantisca l'erogazione delle prestazioni richieste **attraverso l'utilizzo dell'attività libero professionale intra muraria o del sistema privato accreditato**, sulla base della tariffa nazionale vigente. Ai sensi della richiamata Legge n. 107 del 29 luglio 2024 i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie vigilano sul rispetto della richiamata disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione in parola nei confronti dell'assistito, il quale stante il superamento dei tempi massimi di attesa abbia nel contempo fatto ricorso al privato chiedendo il conseguente rimborso della prestazione effettuata.

Tanto premesso e considerato, non avendo ricevuto alcuna risposta alla situazione sopra descritta entro i tempi massimi stabiliti per il Codice di Priorità (giorni _____) indicato dalla prescrizione medica, il/la sottoscritto/a, per non pregiudicare la guarigione, la propria salute e in conseguenza la propria aspettativa di vita, ha proceduto ad effettuare autonomamente la prenotazione della prestazione sanitaria di cui necessita in regime di Attività libero professionale intramuraria presso (indicare la struttura sanitaria) _____ /o presso la Struttura Privata _____ Accreditata/Autorizzata _____ (indicare la denominazione) _____, il giorno _____.

In definitiva, il/la sottoscritto/a,

chiede alla S.V.

- **il rimborso delle spese sanitarie sostenute**, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket, ai sensi del decreto legislativo N.124/98 art.3 comma 13 e della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 art. 3 comma 9 e 10.

Domanda, inoltre

una risposta formale alla presente comunicazione, come da normativa attualmente vigente, ai seguenti riferimenti (indirizzo di residenza o domicilio – recapito telefonico – indirizzo mail per eventuali comunicazioni rapide):

1. Indirizzo di residenza: _____

2. Recapito telefonico: _____

3. Indirizzo mail: _____

Data ____/____/____

Firma _____

SEDI CISL E FNP CISL BARI - BAT

Bari - Carbonara

Piazza Santa Maria del Fonte, 9
Tel. 080/5650619

Bari - Libertà

Via Rogadeo, 36
Tel. 080/5742947

Bari - Madonnella

Via M. Signorile, 2d
Tel. 080/5530521

Bari - San Paolo

Viale delle Regioni, 27/M
Tel. 080/5316356

Acquaviva delle Fonti

Piazza Vittorio Emanuele, 30
Tel. 080/769343

Barletta

Via degli ulivi, 11
Tel. 0883/251593

Bitritto

Via Cavour, 37

Capurso

Piazza Gramsci, 51
Tel. 080/4550076

Castellana Grotte

Via F. Cisternino, 7
Tel. 080/5794849

Giovinazzo

Via G. De Turcolis, 7
Tel. 080/3948954

Locorotondo

Corso Cavour, 55
Tel. 080/4311225

Mola di Bari

Via Matteotti, 2
Tel. 080/4734175

Noci

Via della Repubblica 81 Tel.
Tel. 080/4970374

Putignano

Via della Repubblica, 74/A
Tel. 080/4912812

Santeramo in Colle

Via Ugo Foscolo, 23
Tel. 080/2374340

Toritto

Corso V. Emanuele, 22
Tel. 080/603222

Triggiano

Via Ameglio, 61
Tel. 080/4683106

Bari - Carrassi

Via Adige, 21
Tel. 080/5422810

Bari - Libertà

P.za Enrico De Nicola
Tel. 3519200467

Bari - Palese

Corso Vitt. Emanuele, 40
Tel. 080/5306250

Alberobello

Via Manzoni, 81
Tel. 080/4321189

Adelfia

Corso Vitt. Veneto, 40
Tel. 080/4597055

Binetto

Via Grumo, 23
Tel. 080/7831094

Bitonto

Via A. Volta, 6
Tel. 080/3751089

Casamassima

Via Conte Torino, 23
Tel. 080/4168185

Corato

Piazza Buonarroti 16/A
Tel. 080/8721376

Gravina in Puglia

Piazza Scacchi, 1
Tel. 080/5125851

Minervino

Via A. de Gasperi, 51
Tel. 0883/691385

Molfetta

Via Principe Amedeo, 50
Tel. 080/3975214

Noicattaro

Piazza Umberto I, 44
Tel. 080/4796999

Rutigliano

Piazza Kennedy, 10
Tel. 080/4767051

Spinazzola

C.so V. Emanuele 23
Tel. 0883/683252

Trani

Via Montebello, 21-23
Tel. 0883/491958

Valenzano

Via Monte Carmelo, 21
Tel. 080/4671339

Bari - Japigia

Viale Japigia, 82
Tel. 080/5588655

Bari - Libertà

Via Ettore Fieramosca, 102/A
Tel. 3519200467

Bari - San Paolo

Viale Lazio, 5/c
Tel. 0809674611

Altamura

Piazza E. Fieramosca, 1
Tel. 080/5127418

Andria

Via Romagnosi, 23
Tel. 0883/565009

Bisceglie

Via Isonzo, 5
Tel. 080/3957751

Canosa di Puglia

Via Intra 4
Tel. 0883/663020

Cassano delle Murge

Via Gramsci, 35
Tel. 080/3466475

Gioia del Colle

Via Giotto, 2
Tel. 080/3431173

Grumo

Via Galtieri, 2/d
Tel. 080/638763

Modugno

Piazza Giuseppe Garibaldi, 1
Tel. 080/5328714

Monopoli

Via Gioberti, 1
Tel. 080/9303041

Polignano a mare

Piazza Caduti di Via Fani, 32
Tel. 080/4251219

Ruvo di Puglia

Corso Carafa, 62-64 Tel.
Tel. 080/3628636

Terlizzi

Via Rosmini 32
Tel. 080/3516675

Trani

Via Umberto, 75
Tel. 0883/890100

Turi

Via XX Settembre, 40
Tel. 080/6199626

