FNP CISL PENSIONATI Bari - BAT

CISL 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

2

CHIAMA IL NUMERO
080 968 85 01

O INVIA UN WHATSAPP
320 88 73 827

3

OPPURE SCRIVI AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:
fnpcislba.assistenzalisteattesa@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.

CISL BARI

FNP CISL PENSIONATI BARI - BAT

LISTE D'ATTESA INFINITE
CRAC DELLA SANITA' PUBBLICA

VADEMECUM

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

Liste di attesa: cosa sapere e come agire

1) ***La nuova normativa 2021/2023 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 in carico il paziente devono provvedere anche alla prenotazione delle necessarie prestazioni di controllo, in un sistema integrato di CUP che eviti le sovrapposizioni e miri a rispettare le priorità e le esigenze cliniche.

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 saranno obbligatori i CUP regionali e la prenotazione dalle farmacie. È vero?***

Si, il nuovo PNGLA è molto incentrato sulla trasparenza e sull'accessibilità: prevede che ogni Regione si doti di un sistema prenotazione CUP online (**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? Il PNGLA prevede indicazioni particolari?***

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).

Il PNGLA, su questo particolare aspetto, fa 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).

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 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, 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 (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 senza oneri aggiuntivi oltre al ticket.

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 diritto quando si contatterà l'ASL successivamente.

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.

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

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 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 un controllo e non una prima visita ed ho necessità di avere la prestazione in tempi più brevi cosa posso fare?

Se l'attesa prospettata dal CUP risulta 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.

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**.

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

Il PNGLA 2019-2021 rimarca 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 sforamento 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 prevede 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.

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 FNP CISL Bari, 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 – 080 9688501 oppure 320 887 3827 (anche attraverso messaggi WhatsApp), o scrivici all'indirizzo mail:

- ➢ **fnpcislba.assistenzalisteattesa@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.assessoresalute@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.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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.assessoresalute@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.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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):

4) _____

5) _____

6) _____

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.assessoresalute@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: sospensione attività di prenotazione.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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):

7) _____

8) _____

9) _____

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.assessoresalute@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.

In data _____ il sottoscritto/a _____,
residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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):

10) _____

11) _____

12) _____

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.assessoresalute@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.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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):

13) _____

14) _____

15) _____

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.assessoresalute@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.

In data _____ il sottoscritto/a _____, residente a _____ 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.

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";

- 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";

Chiede che

- sia ripristinata l'attività di prenotazione;

- 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;

- mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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;

- 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.

Domando 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):

16) _____

17) _____

18) _____

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.assessoresalute@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***)**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto 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.

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.assessoresalute@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***).**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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.

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):

4) _____

5) _____

6) _____

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.assessoresalute@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***).**

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 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 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, che

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

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):

7) _____

8) _____

9) _____

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.assessoresalute@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***).**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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.

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):

10) _____

11) _____

12) _____

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.assessoresalute@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***).**

Egregio Direttore,
il/la sottoscritto/a _____, nato a _____ il _____,
residente a _____, alla Via _____ Codice Fiscale _____,
con la presente rappresenta quanto segue:

3. 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;

4. 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 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 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, che

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 in oggetto sia prenotata, nei tempi di attesa previsti in una struttura sanitaria pubblica dell'ASL di 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 nel caso in cui ci sia l'impossibilità di prenotarla in strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, che la prestazione sia erogata presso le succitate strutture sanitarie pubbliche in regime di Attività libero professionale intramuraria, come previsto dal Decreto Legislativo n.124/1998 – art. 3, comma 13, senza che il/la sottoscritto/a debba sostenere maggiori oneri, oltre al ticket.

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):

13) _____

14) _____

15) _____

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.assessoresalute@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***).**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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.

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):

16) _____

17) _____

18) _____

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.assessoresalute@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***).**

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:

5. 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;

6. 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, che

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

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):

19) _____

20) _____

21) _____

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.assessoresalute@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***).**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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.

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):

22) _____

23) _____

24) _____

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.assessoresalute@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***).**

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, che

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

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.assessoresalute@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***).**

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 prestazione sanitaria in oggetto.

In data_____ mi è stata prescritta dal mio medico curante di medicina generale la visita specificata in oggetto.

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 al CUP dell'ASL (specificare la sede) _____.

Nella circostanza, sono stato informato che la suddetta prestazione è possibile erogarsi presso il Presidio/Distretto/Ambulatorio (indicare l'Unità operativa e la struttura Sanitaria) _____ per il giorno _____, e considerato che in tal caso per la prestazione di cui trattasi verrebbe a superarsi il tempo di attesa massimo di erogazione che il PNGLA stabilisce in giorni _____,

CHIEDE

- che mi venga prenotata la prestazione sanitaria in oggetto richiesta 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.

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):

4) _____

5) _____

6) _____

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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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 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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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):

4) _____

5) _____

6) _____

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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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):

7) _____

8) _____

9) _____

Distinti saluti.

Data_____ Firma_____

Allegato Modulo 3.C

(da compilare se si è assistiti dall'ASL BATi 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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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):

10) _____

11) _____

12) _____

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)

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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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):

13) _____

14) _____

15) _____

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.assessoresalute@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 intervento di _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta)*

Il sottoscritto/a_____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____ alla Via _____
è in lista d'attesa per l'intervento in oggetto 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):

16) _____

17) _____

18) _____

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.assessoresalute@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 _____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta***).**

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) _____ 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) _____

_____.

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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.assessoresalute@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***).**

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) _____ 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) _____

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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):

4) _____

5) _____

6) _____

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.assessoresalute@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 _____
_____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta***).**

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) _____ 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) _____.

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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):

7) _____

8) _____

9) _____

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.assessoresalute@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***).**

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) _____ 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) _____.

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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):

10) _____

11) _____

12) _____

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.assessoresalute@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***).**

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) _____ 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) _____.

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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):

13) _____

14) _____

15) _____

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.assessoresalute@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 _____
_____
(*indicare la prestazione sanitaria richiesta***).**

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) _____ 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) _____.

PREMESSO

che cambiare struttura comporterebbe notevoli disagi a chi, come me, è già seguito da tempo dallo stesso centro (apertura nuova cartella, 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.

SI CHIEDE

- Che la prestazione possa essere erogata presso il centro pubblico all'interno del quale vengo seguito, per una adeguata continuità di cura;

- Nel caso in cui la risposta sia negativa, che la ASL provveda ad individuare una struttura pubblica o accreditata che 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.

Si 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):

16) _____

17) _____

18) _____

Distinti saluti.

Data_____ Firma_____

CISL BARI - BAT

FNP CISL PENSIONATI BARI - BAT

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