LISTE D'ATTESA IN SANITÀ CONOSCI I TUOI DIRITTI?

Guida pratica per i cittadini

Ottieni visite ed esami medici nei tempi prescritti!

Ti aiutiamo a conoscere e a far rispettare i tuoi diritti, come?

- **CONTATTACI**
- soslistediattesa@proton.me
- **SEGUI LA GUIDA AL RICORSO**

CHI SIAMO

Un'organizzazione di volontari che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti.

GUIDA PRATICA AL RICORSO

FAI UN RICORSO IN AUTONOMIA. ECCO COME

1. **Controlla il dato di priorità** della tua ricetta medica. Il medico è tenuto a specificare le tempistiche in base a 4 tipi di priorità e **il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a rispettarle.**

2. Se il CUP (Centro Unico di Prenotazione) presso struttura fisica o telefonico ti ha dato un appuntamento fuori dalle tempistiche richieste dal medico, **PUOI FARE RISCORSO inviando una mail all'URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico) **e all'UFFICIO PROTOCOLLO** (info nelle pag successive)

3. **LA STRUTTURA SCELTA NON RISPONDE** ? Contattaci!

1. CONTROLLA IL DATO DI PRIORITÀ DELLA TUA RICETTA MEDICA

NB: se il tuo medico non ha messo il dato di priorità, viene considerata come P = programmabile

U — **URGENTE** la prestazione DEVE essere fornita
ENTRO LE 72 ORE

B — **BREVE** la prestazione DEVE essere fornita
ENTRO 10 GIORNI

D — **DIFFERIBILE** la prestazione DEVE essere fornita
ENTRO 30 GIORNI PER LE VISITE
ENTRO 60 GIORNI PER GLI ESAMI

P — **PROGRAMMABILE** la prestazione DEVE essere fornita
ENTRO 120 GIORNI

LA LEGGE (art, 14, c 5, titolo IV d.lgs. 502/1992) dice che visite ed esami diagnostici **devono essere obbligatoriamente garantiti** nei tempi indicati dalla priorità del medico

2. OTTIENI IL TUO DIRITTO ALLE CURE

a) COMPILA IL **MODULO DEL RICORSO** (vedi pagine successive)

b) SCANNERIZZA LA **CARTA D'IDENTITÀ. TESSERA SANITARIA** + **PRESCRIZIONE** + **PRENOTAZIONE VISITA O ESAME FUORI TEMPISTICA** (CONSIGLIAMO TUTTO IN UN FILE)

c) **MANDA TUTTO VIA MAIL ALL'URP** (*Ufficio Relazioni con il Pubblico* **e all'UFFICIO PROTOCOLLO** della struttura scelta

Chiedi gli indirizzi email alla struttura sanitaria o li trovi online cercando: email URP e UFFICIO PROTOCOLLO Ospedale etc...

Sappi e ricorda agli operatori sanitari che

- Hai il **diritto di scegliere la struttura** dove vuoi essere curato e visitato
- **Se sei già in carico presso una struttura**, le visite di controllo **devono essere fissate dal medico stesso**, secondo l'articolo n.3 della legge 107/2024

Ti hanno dato un esame o una visita <u>fuori dalla tempistica</u> prescritta?

Il **SSN è OBBLIGATO a rispettare le tempistiche** indicate dalla prescrizione medica

Sappi e ricorda agli operatori sanitari che

Al direttore generale dell'ASST _____
Al responsabile Unico Aziendale per le liste di attesa

OGGETTO: Primo Posto Libero in un tempo più alto del TEMPO MASSIMO DI ATTESA

Egregio Direttore, Egregio Responsabile Unico Aziendale per le liste di attesa.

La/il sottoscritta/o _____
nata/o a _____ il _____
e residente a _____
in _____
codice fiscale _____ tessera sanitaria n. _____
tel. _____ email _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 14, comma 5, titolo IV d.lgs.502/1992, espone e chiede quanto segue:

Premesso che:

- in data _____ mi è stato prescritto in ricetta con Classe di priorità _____ e relativo TEMPO MASSIMO DI ATTESA, il seguente accertamento diagnostico (visita specialistica) _____
- in data _____ rivolgendomi al:
  - ☐ CUP di _____
  - ☐ Numero Verde 800.638.638 di Regione Lombardia
  - ☐ ho effettuato la prenotazione tramite Fascicolo Sanitario Regione Lombardia
  - ☐ Farmacia _____ Comune di _____

per prenotare la prestazione in oggetto, mi è stato proposto il PRIMO POSTO LIBERO nell'"ambito territoriale di garanzia" prenotabile in data _____ e cioè oltre il TEMPO MASSIMO DI ATTESA prescritto in ricetta.

Richiamati il DPCM 16 aprile 2002 e la DG Lombardia N° XI / 1865, 09/07/2019 nella parte relativa ai tempi di attesa;

Chiedo che:

- mi sia resa la prestazione sanitaria nei tempi sanciti dalla classe di priorità assegnatami e nell'ambito territoriale, e precisamente:
  1) nel TEMPO DI ATTESA MASSIMO indicato dalla allegata ricetta;
  2) da erogatore pubblico e in ambito ASST secondo il diritto di Libera Scelta art. 19 LEGGE 23 12 1978, n. 833.

Chiedo altresì che:

- qualora sia impossibile soddisfare le richieste 1) e 2), e vi sono costretto, di ricorrere all'attività libero professionale intramuraria dell'ambito territoriale per la prestazione in oggetto, entro il TEMPO MASSIMO DI ATTESA senza oneri aggiuntivi da parte mia, ai sensi dei Dlgs. n. 502/1992 Art.15 - quinquies e Dlgs. 124/1998, Art. 3, comma 13.

Sottolineo che, in questo caso, considero non adempiuto l'obbligo di ASST a rispettare il mio diritto di scelta dell'erogatore pubblico. Preciso che, con queste mie richieste, sospendo la mia disponibilità ad accettare la proposta CUP del PRIMO POSTO LIBERO nell' "ambito territoriale di garanzia" in un tempo superiore al TEMPO MASSIMO DI ATTESA.

Resto comunque in attesa della Vs. formale risposta entro un tempo che non deve in qualsiasi caso causare il superamento del TEMPO MASSIMO DI ATTESA da inviare al mio indirizzo email.

Distinti saluti,

Lì, _____

(Luogo e data)

Scarica il modulo

FAI COSÌ

Ricorso fuori tempistica

Scarica **questo modulo** **CLICCANDO IL BOTTONE** **compilalo e invialo via mail** in allegato con la scansione di: carta idenitià + tessera sanitaria + prescrizione medica + prenotazione fuori tempistica a URP e UFF. PROTOCOLLO **vedi pag 5 punto c**)

Hanno sospeso le attività o chiuso le liste?

La pratica delle **agende CHIUSE o SOSPESE** è vietata per legge!

Sappi e ricorda agli operatori sanitari che

Al direttore generale dell'ASST _____

Al responsabile Unico Aziendale per le liste di attesa

OGGETTO: Sospensione attività di prenotazione

Egregio Direttore, Egregio Responsabile Unico Aziendale per le liste di attesa.

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____

n _____

codice fiscale _____ tessera sanitaria n. _____

tel. _____ email _____

ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 14, comma 5, titolo IV d.lgs.502/1992, espone e chiede quanto segue:

Premesso che:

- in data _____ mi è stato prescritto in ricetta con Classe di priorità _____ e relativo TEMPO MASSIMO DI ATTESA, il seguente accertamento diagnostico (visita specialistica) _____
- in data _____ rivolgendomi al:
  - ☐ CUP di _____
  - ☐ Numero Verde 800.638.638 di Regione Lombardia
  - ☐ ho effettuato la prenotazione tramite Fascicolo Sanitario Regione Lombardia
  - ☐ Farmacia _____ Comune di _____

per prenotare la prestazione in oggetto e sono stata/o informata/o che non era possibile procedere alla prenotazione e che la sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni è durata più di un giorno, in violazione dell'art. 1 c. 282 L. 266/2005.

Chiedo che:

- sia immediatamente ripristinata la normale attività di prenotazione e che si proceda alla prenotazione;
- siano adottati i provvedimenti del caso e sia informato/a dei motivi che hanno indotto a tale decisione.

Chiedo inoltre che:

- mi sia resa la prestazione in oggetto nel TEMPO DI ATTESA MASSIMO indicato dalla allegata ricetta e, in forza del diritto di libera scelta di cui all'art. 19 LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833, da erogatore pubblico e nell'ambito territoriale di garanzia.
- qualora sia impossibile soddisfare le richieste suddette, chiedo che il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa (RUA) si attivi immediatamente per individuare strutture in grado di fornire la prestazione entro i tempi indicati e solo se sul territorio dell'ATS non fossero presenti le disponibilità richieste, chiedo che il RUA eroghi la prestazione in regime libero professionale con tariffa interamente a Vostro carico (detratto l'eventuale ticket a mio carico).

Resto pertanto in attesa di un Vostro sollecito riscontro, nei termini previsti dall'Art. 14 comma 5 D. Lgs. 502/1992 e/o entro un tempo che non deve in qualsiasi caso causare il superamento del TEMPO MASSIMO DI ATTESA e inviare comunicazione al mio indirizzo email.

Distinti saluti,

Lì, _____ .....

(Luogo e data) (firma)

Scarica il modulo

FAI COSÌ

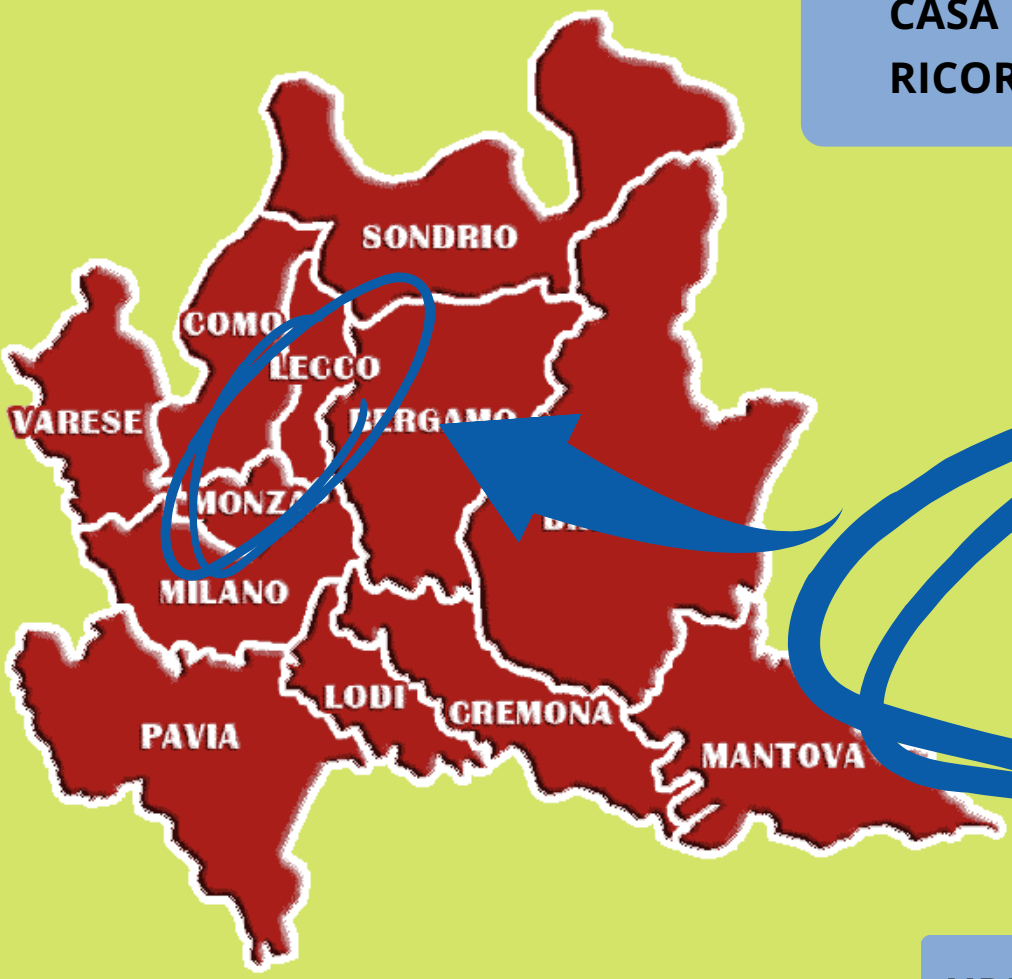
Ricorso liste sospese

Scarica **questo modulo CLICCANDO IL BOTTONE, compilalo e invialo via mail** in allegato con la scansione di: carta identità+ tessera sanitaria+ prescrizione medica a : URP e UFF. PROTOCOLLO **vedi pag 5 punto c)**

Ti hanno dato un esame o una visita fuori dal tuo ambito territoriale?

Ti consigliamo di **NON accettare la prenotazione fuori dal tuo ambito territoriale** di garanzia (lontano dalla tua residenza)

è preferibile **prendere un appuntamento FUORI TEMPISTICA, MA VICINO CASA E POI FARE RICORSO**



URP + UFFICIO PROTOCOLLO

CONOSCERE I TUOI DIRITTI È LA BASE

PER ESEMPIO, LO SAPEVI CHE

IL SINDACO È IL RESPONSABILE

- DELLA CONDIZIONE DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DEL SUO TERRITORIO.

- SONO AFFIDATI AL SINDACO DAL DLG 299/99 **POTERI** DI PROGRAMMAZIONE, DI CONTROLLO, DI GIUDIZIO
- **SULL' OPERATO DEL DIRETTORE GENERALE DELLE ASL**

CHIEDI ALLE ISTITUZIONI DI INFORMARTI SUI TUOI DIRITTI, È UN TUO DIRITTO!

RICORDATI

IL DIRITTO NON AMMETTE IGNORANZA, NON IGNORARE IL TUO DIRITTO!

SE FAI VALERE I TUOI DIRITTI, FAI VALERE I DIRITTI DI TUTTI!

soslistediattesa@proton.me

ARBITRIUM
PRONTO SOCCORSO GIURIDICO
PER LA TUTELA DEI DIRITTI INVIOLABILI