

MODULO DI RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEI PERCORSI DI GARANZIA

AL DIRETTORE GENERALE E SANITARIO ASL _____

AL DIRETTORE GENERALE E SANITARIO AZIENDA OSPEDALIERA _____

e.p.c. CITTADINANZATIVA CAMPANIA APS
cittadinanzattiva.campania@pec.it

OGGETTO: richiesta attuazione percorsi di garanzia previsti nei Piani Nazionale e Regionale di Governo delle Liste di attesa 2019/2021 e autorizzazione all'accesso strutture private convenzionate con rimborso delle spese sostenute.

In data io sottoscritto/a _____ residente a _____ mi sono rivolto

al CUP dell'Ospedale di _____ (o) al CUP della ASL di _____

Altro (specificare) _____

Sono stato prenotato, **come prima data possibile**, per effettuare la prestazione _____ presso la Struttura _____ per il giorno _____

Visto che

la prestazione diagnostica/visita specialistica è inserita nel Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa;

la prestazione in oggetto mi è stata prescritta con il codice di urgenza _____;

il Piano Nazionale Governo delle Liste d'attesa 2019-2021 stabilisce per le prenotazioni erogate dal SSN tempi massimi di erogazione ed è stato regolarmente recepito nel Piano Regionale Campania Governo Liste di Attesa 2019/2021 con D.C.A. 52 del 4/7/2019 con integrazione e modificazione con D.C.A. 23 del 24/1/2020 che ha previsto percorsi di garanzia che devono essere resi disponibili nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla regione interessata

Chiedo

che la suddetta prestazione sia erogata entro i tempi massimi stabiliti nei citati Piani Nazionale e Regionale di Governo delle liste d'attesa come da priorità classificata dal Medico prescrittore in quanto nel mio caso sono stati superati;

che la ASL di _____ e/o Ospedale _____ di _____ provveda ad attivare tutti i percorsi di garanzia previsti dai predetti piani di Governo delle Liste di Attesa individuando una struttura pubblica o convenzionata che mi eroghi la prestazioni entro i tempi massimi stabiliti dalla priorità della prescrizione;

che in caso di indisponibilità la ASL di _____ e/o Ospedale _____ provveda, sempre nel rispetto del tetto massimo previsto, all'erogazione della prestazione in intramoenia, senza oneri aggiuntivi salvo la quota compartecipativa del tiket, ai sensi del decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13;

che, in alternativa, qualora l'ASL di _____ e/o Ospedale di _____ nell'applicazione dei rispettivi programmi attuativi aziendali del governo delle liste di attesa, in riferimento a tutti i previsti percorsi di garanzia, non riesca ad erogare la prestazione richiesta nei tempi massimi di attesa previsti, chiedo sin da ora di essere autorizzato ad effettuare la prestazione presso una idonea struttura privata convenzionata da voi indicatami e/o di mia scelta.

A tal fine per avere riconosciuto il diritto all'appropriatezza della prestazione **notifico alla S.V.** che in assenza di una tempestiva autorizzazione (ovvero trasmessa in tempo utile rispetto alla priorità della prescrizione) il sottoscritto, senza ulteriore avviso, si rivolgerà a struttura privata convenzionata di sua scelta riservandosi poi di chiedervi il rimborso delle spese sostenute a prestazione avvenuta.

Fornisco recapito telefonico e indirizzo email per le urgenti comunicazioni del caso:

Allego copia prescrizione/impegnativa e copia ricevuta prenotazione fuori tempo massimo previsto.

Luogo e data

FIRMA