

Al Direttore Sanitario della ASL/A.O.

Via _____

Cap e città _____

All'Assessorato alla Sanità della Regione

Via _____

CAP e città _____

E p.c. Cittadinanzattiva APS

Sede nazionale

Via Imera 2

00183 Roma

OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame di controllo

Egregio Direttore,

con la presente io sottoscritto/a _____,

nato/a a _____,

residente in _____

intendo porre alla Sua attenzione la mia situazione.

Sono affetto/a da _____

sono in cura presso _____

dal _____ dove devo recarmi per effettuare delle visite di controllo in numero di

_____ al mese/anno.

In data _____ mi è stata prescritta la visita/esame di controllo ____, per

cui mi sono rivolto/a al _____

ma mi è stato risposto che:

- La lista d'attesa è bloccata
- Il tempo di attesa massimo è di _____ giorni
- Devo rivolgermi al CUP Regionale - Provinciale
- 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.

CHIEDO

- 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 la prestazioni in tempi compatibili con le mie necessità;
- Che la Regione _____ adotti al più presto i pacchetti di prestazioni per pazienti affetti da patologie croniche, al fine di garantire la continuità di cura dei cittadini che devono sottoporsi a ripetuti controlli;
- Di avere un riscontro formale alla presente istanza, come da normativa attualmente vigente.

Distinti saluti

Data _____

Firma _____