



Al Direttore Sanitario del/la ASL/
Azienda Ospedaliera

Via _____
Cap _____

All'assessorato regionale alla Sanità

Via _____
CAP _____

E p.c. Cittadinanzattiva

OGGETTO: liste d'attesa per visita di controllo _____

Egregio Direttore,
con la presente io sottoscritto _____,
nato a _____,
residente in _____
intendo porre alla Sua attenzione la mia situazione.

Sono affetto 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 di controllo _____,
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 alle istanze presentate ai sensi e per gli effetti della l. 241/90 e successive modificazioni e integrazioni.

Distinti saluti

Data _____

Firma _____