



**Al Direttore Sanitario della ASL/A.O.**

\_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_

**All'Assessorato regionale alla Sanità**

Via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

**E p.c. Cittadinanzattiva**

Sede nazionale

Via Cereate 6

00183 Roma

**OGGETTO: liste d'attesa per visita/esame 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/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 \_\_\_\_\_