AL DIRETTORE GENERALE E SANITARIO ASL AVELLINO
protocollo@pec.aslavellino.it
AL DIRETTORE GENERALE E SANITARIO AO MOSCATI AVELLINO
aomoscati@cert.aosgmoscati.av.it
e.p.c. CITTADINANZATIVA CAMPANIA APS
cittadinanzattiva.campania@pec.it
tdmavellino@tiscali.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 AORN MOSCATI AVELLINO

☐ al CUP della ASL AVELLINO

☐ Altro (specificare) _____

Sono stato prenotato**, come prima data possibile**, per effettuare la prestazione_____
presso a 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 Avellino e/o AO MOSCATI Avellino 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 Avellino e/o AO Moscati Avellino 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 Avellino e/o AO Moscati Avellino 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