

## LISTE DI ATTESA: COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

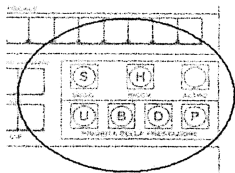
Ecco cosa si può fare quando non si riesce a ottenere un esame o una visita medica nei tempi richiesti dal proprio medico:

Ottenere una visita medica o un esame specialistico in tempi brevi è diventato molto difficile perché siamo costretti a fare i conti con liste d'attesa molto lunghe. Questo costringe spesso chi ha necessità di cure o un'urgenza a doversi pagare privatamente o a rivolgersi al Pronto Soccorso. Esiste però un'alternativa stabilita da una legge (ancora in vigore) del 1998: **utilizzare l'intramoenia, pagando solo il Ticket.**

Sono in pochi a saperlo perché le istituzioni si guardano bene dal dirti come fare. Lo facciamo noi in tre semplici passaggi.

### 1. CHIEDI AL TUO MEDICO DI INDICARE LA PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

Se il medico si rifiuta di farlo invia una mail alla D.ssa della ASL/ATS ..... Il medico è tenuto ad indicare il codice di priorità della prestazione, sia nella ricetta cartacea che nella ricetta elettronica. OGNI CODICE HA UN SIGNIFICATO. In assenza viene considerato come codice P.



- U** URGENTE > Devono fissarti l'appuntamento entro 72 ore
- B** BREVE > Devono fissarti l'appuntamento entro 10 giorni
- D** DIFFERIBILE > Devono fissarti l'appuntamento entro 30 giorni (visite) o entro 60 giorni (analisi)
- P** PROGRAMMATO > Devono fissarti l'appuntamento entro 120 giorni

### 2. PRENOTA LA PRESTAZIONE INDICANDO LA PRIORITÀ

Quando prenoti la prestazione (al CUP della struttura sanitaria o al Call-center Regionale) specifica il codice di priorità indicato sulla ricetta. Il CUP DEVE FISSARE LA VISITA O L'ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO ENTRO I TEMPI STABILITI DAL CODICE DELLA RICETTA. Ti consigliamo di prenotare direttamente nel CUP della struttura dove vuoi effettuare la prima visita o accertamento.

**CHE FARE SE L'APPUNTAMENTO NON VIENE FISSATO NEI TEMPI STABILITI DAL CODICE DI PRIORITÀ?, O SE L'AGENDA DI PRENOTAZIONE È CHIUSA?**

### 3. RICHIEDI DI EFFETTUARE LA PRESTAZIONE IN INTRAMOENIA, PAGANDO SOLO QUELLO CHE AVRESTI PAGATO CON IL S.S.N.

Fissa comunque l'appuntamento alla data proposta e compila il modello di istanza che trovi allegato e consegnalo a mano (all'ufficio protocollo) o via mail all'URP (ufficio relazioni col pubblico) della struttura dove hai fissato l'appuntamento oppure direttamente alla Direzione Generale dell'ASL o ATS (se residente in Lombardia).

L'ASL/ATS ti contatterà per fissarti l'appuntamento per la prestazione da te richiesta in intramoenia. In questo modo otterrai la prestazione nei tempi stabiliti dal tuo codice di priorità e pagherai quello che avresti pagato col Servizio Sanitario Nazionale. Quindi se hai diritto ad esenzioni, non pagherai nulla.

## LISTE D'ATTESA: COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

ECCO COME FARE QUANDO NON SI RIESCE A OTTENERE  
UN ESAME O UNA VISITA MEDICA  
NEI TEMPI RICHIESTI DAL PROPRIO MEDICO DI BASE

## LISTE D'ATTESA: COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

ECCO COME FARE QUANDO NON SI RIESCE A OTTENERE UN ESAME O UNA VISITA MEDICA NEI TEMPI RICHIESTI DAL PROPRIO MEDICO

### PREMESSA

La Sanità pubblica naviga in acque sempre più difficili, i cittadini si trovano a fare i conti più di prima con le conseguenze di tagli alla sanità che durano da decenni e che si manifestano con i pronto soccorso intasati e allo stremo per la carenza di medici e personale infermieristico, riduzioni di posti letto e servizi, se non chiusura di piccoli ospedali, ma soprattutto con le liste di attesa infinite che costringono quest'ultimi a rivolgersi al privato per abbreviare i tempi. **Sono 2,5 milioni gli italiani che non riescono ad avere accesso a visite specialistiche ed esami a causa dei tempi troppo lunghi.** Per molti cittadini l'attesa si trasforma in rinuncia alle cure e l'aspetto più grave, come certifica l'Istat, è che la rinuncia riguarda soprattutto chi ha più bisogno e cioè chi soffre di due o più patologie croniche, una platea di quasi 2 milioni di pazienti.

Un colpo mortale al funzionamento della sanità pubblica lo ha dato l'onda lunga dell'emergenza del Covid 19. Una situazione che ha fatto saltare milioni di prestazioni, sempre a danno delle fasce di popolazioni più fragili (secondo i calcoli del Centro di ricerca in Economia e management in Sanità), per problemi legati all'emergenza Covid-19 **non sono stati eseguiti 12,5 milioni di esami diagnostici, 20,4 milioni di analisi del sangue e 13,9 milioni di visite specialistiche.** TUTTI SALTATI. Gli interventi per tumori alla mammella sono crollati tra il 20 e il 40 per cento, eppure si tratta di un cancro nel quale il fattore tempo è decisivo. Per una visita oculistica, nel 2019 un cittadino doveva aspettare, in media, 70 giorni; già nel 2021 i giorni sono diventati 144.

Il Nuovo PNGLA (**Piano nazionale di governo delle liste d'attesa**), su questo particolare aspetto, fa un ulteriore passo in avanti: se gli obiettivi di salute e assistenziali non dovessero essere raggiunti, infatti, la Direzione Generale ASL/AO può automaticamente esser rimossa dal suo incarico, per inadempienza (come da indicazioni del decreto legislativo n. 502 del 30/12/1992, art. 3 bis, comma 7 bis).

### DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

Pretendi di conoscere quali sono i tempi di attesa. L'informazione deve essere data per visite e accertamenti diagnostici (sia nel servizio sanitario pubblico che in intramoenia) ma anche per ricoveri.

## COME PRENOTARE UNA VISITA O UN ESAME E QUANTO DOBBIAMO ASPETTARE

Le **prestazioni sanitarie possono essere prenotate con modalità diverse** a livello locale.

In genere le modalità sono:

- CUP telefonico e/o CUP on-line regionale;
- sportello fisico CUP della struttura ove si intende effettuare la prestazione;
- farmacia o medico di medicina generale (MMG)/pediatra di libera scelta (PLS).

Per i cittadini, sarà possibile verificare i tempi di attesa della propria Regione sul Portale della Trasparenza dei Servizi per la salute, che oggi però risulta non ancora utilizzabile.

## COME FARE SE LE LISTE D'ATTESA SONO BLOCCATE O SI SUPERANO I TEMPI MASSIMI

Se, al momento della prenotazione, ci comunicano che **la lista d'attesa per la prestazione di cui abbiamo bisogno è bloccata**, è utile segnalare il fatto inviando tramite comunicazione ufficiale (raccomandata A/R o PEC) **alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, all'URP** (Ufficio Relazioni col Pubblico) dell'Azienda, **all'Assessorato alla Sanità** della propria Regione, il modulo per richiedere lo sblocco delle liste e l'applicazione dell'ammenda.

**Nel caso di superamento dei tempi massimi**, il suggerimento è di inviare il modulo per chiedere l'individuazione della struttura pubblica o convenzionata in grado di erogare la prestazione di diagnostica o specialistica entro i tempi massimi stabiliti o autorizzare la prestazione in intramoenia senza oneri aggiuntivi oltre al ticket. **Meglio comunque inserirsi in lista d'attesa**, anche se non sono rispettate le condizioni di prescrizione, proprio per dimostrare l'impossibilità di ottenere il diritto quando si contatterà la ASL successivamente.

**Durante l'emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie era quasi raddoppiata**, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021.

Il 2022 doveva essere l'anno della ripresa e anche del recupero dei ritardi sulle liste d'attesa dopo due anni di pandemia, invece, la tanto auspicata "ripartenza" non c'è stata e **i cittadini si sono visti negare un diritto fondamentale: accedere gratuitamente e nei tempi giusti alle prestazioni sanitarie che devono essere garantite dal SSN.**

**Per fronteggiare la situazione** relativa ai ritardi e alle mancate prestazioni non erogate nel 2020, da parte delle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica, **sono state messe in campo delle misure economiche straordinarie** per il recupero delle liste di attesa pari a circa 500 milioni di € **per il 2020**, con decreto legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita).

Successivamente l'articolo 26 del decreto legge 73 del 2020 (c.d. Sostegno bis) ha previsto la proroga, **fino al 31 dicembre 2021**. In seguito a queste misure la **Legge di Bilancio 2022** ha nuovamente messo a disposizione delle regioni e stanziato ulteriori 500 milioni di € con il medesimo fine: avviare piani straordinari di recupero delle liste d'attesa.

**Ad oggi, la quasi totalità delle regioni non solo non ha recuperato le prestazioni accumulate**, ma nemmeno i livelli di specialistica ambulatoriale del 2019 **e i fondi messi a disposizione non sono stati neanche del tutto utilizzati.**

Questa situazione nel corso degli ultimi tre anni (2020-2023), ha fatto sì che il fenomeno delle interminabili liste di attesa esplodesse in maniera incontenibile a causa di tutti i ritardi ulteriori dovuti alla pandemia che si sono sommati alle "disfunzioni" già presenti nella gestione delle liste d'attesa e all'incapacità di programmare

misure per garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure.

**Si può senz'altro affermare che il diritto alla salute**, sulla carta garantito a tutti i cittadini, **è stato cancellato**. Il sistema sanitario nazionale non è più una rete di garanzia universale e l'accesso ai servizi, con queste liste d'attesa, è negato a una parte prevalente della popolazione, mentre **è garantito soltanto a chi può permetterselo**, pagandolo privatamente, oppure grazie a qualche santo in Paradiso. Se poi si aggiungono i costi del ticket (che in alcuni casi portano le prestazioni pubbliche ad essere meno convenienti di quelle private), la spesa per farmaci non rimborsabili (650 euro a famiglia), le uscite per chi ha bisogno della badante (9.000 euro l'anno) o di prodotti monouso come cateteri, pannolini e presidi vari (737 euro), si avrà un quadro devastante della Sanità italiana.

MA NON E' FINITA. PERCHÉ SE L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA DELLE REGIONI ANDRÀ IN PORTO (IN SENATO TALE DISEGNO DI LEGGE È STATO GIÀ APPROVATO). L'AFFOSSAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE SARÀ COMPLETATO: 20 S.S.R. DIVERSI E DIFFERENTI (SERVIZIO SANITARIO REGIONALE) TANTI QUANTO LE REGIONI.

LE LISTE DI ATTESA SONO DIVENTATE QUINDI UNO STRUMENTO PER SELEZIONARE LA DOMANDA DI CURA E PER OSTACOLARE L'ACCESSO DELLE PRESTAZIONI E DIROTTARLO SUL PRIVATO, CHE TRAE PROFITTO.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA-PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Marche		1100A	4000000740
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: ROSSI MARIO			
INDIRIZZO: Via delle Rose, 44		CAP: 62100	CITTA': MACERATA PROV: MC RSSMRA85T10A562S
ESENZIONE: NON ESENTE SIGLA PROVINCIA:		CODICE ASL:	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H):		ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U.B.D.P.):
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
(18B) AMOXICILLINA 1.000MG 12 UNITA USO ORALE		1	---
(023086150) ZIMOX*12CPR 1G			
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI:1 TIPO RICETTA-Assist.SSN DATA:11/09/2013 CODICE FISCALE DEL MEDICO: TPLMHL28S18Z404F			
CODICE AUTENTICAZIONE:110920131821133280000006243339			
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011			

## MA COME FUNZIONANO LE LISTE DI ATTESA?

Prima di tutto, va detto che per poter sottoporsi a un esame, visita specialistica o intervento è necessario avere una **prescrizione, fatta dal medico di base o dallo specialista, sia pubblico che privato, che indichi** sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tutta una serie di dati: se si tratta di **prima visita/prestazione** strumentale oppure di **accessi successivi, il quesito diagnostico**, che descrive il problema di salute che motiva la richiesta di effettuare la prestazione, e la **classe di priorità**, che definisce i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

ATTENZIONE DUNQUE, QUANDO FATE UNA RICHIESTA DI RICETTA AL VOSTRO MEDICO, CHE SIANO CORRETTAMENTE RIPORTATE TUTTE QUESTE INFORMAZIONI.

### ATTENZIONE

Il Medico di base decide il codice di priorità e deve sbarrare la casella interessata; se ciò non avviene l'appuntamento verrà considerato codice P, cioè entro 4 mesi. In caso di accertamenti o visite successivi alla prima, il medico specialista che effettua la prima visita deve "prendere in carico" il paziente, vale a dire che deve essere lui a dire se occorrono ulteriori accertamenti o visite successive (senza passare dal medico di base) e compilare l'impegnativa che deve riportare il codice di priorità.

### CODICI DI PRIORITA'

(LETTERE POSTE IN ALTO A DX DELLA RICETTA)

Il diagramma mostra un riquadro della ricetta medica con una griglia di caselle per la priorità della prestazione. Le caselle sono etichettate con le lettere U, B, D, P e sono circondate da un cerchio rosso. Le caselle sono disposte in due file: la prima file ha le caselle S, H, e un cerchio vuoto; la seconda file ha le caselle U, B, D, e P. Sotto le caselle U, B, D, e P c'è la dicitura "PRIORITA DELLA PRESTAZIONE".

- U** **URGENTE** > Devono fissarti l'appuntamento entro 72 ore
- B** **BREVE** > Devono fissarti l'appuntamento entro 10 giorni
- D** **DIFFERIBILE** > Devono fissarti l'appuntamento entro 30 giorni (visite) o entro 60 giorni (analisi)
- P** **PROGRAMMATO** > Devono fissarti l'appuntamento entro 120 giorni

## COME ABBATTERE I TEMPI DI ATTESA PER VISITE, ANALISI E RICOVERI.

### ISTRUZIONI OPERATIVE

MA QUALI SONO I TEMPI GIUSTI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE CHE DEVONO ESSERE GARANTITE DAL SSN?

COSA DICE LA LEGGE?

**Dal PNGLA** (Piano nazionale di governo delle liste d'attesa): **"Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato in ogni fase del trattamento"**.

I servizi sanitari hanno il dovere di fissare tempi di attesa entro i quali determinati servizi devono essere erogati, sulla base di specifici standard e in relazione al grado di urgenza del caso; devono inoltre garantire a ogni individuo l'accesso ai servizi, assicurando la loro immediata iscrizione nel caso di liste di attesa. A questo fine esiste un **Piano nazionale di governo delle liste d'attesa** (PNGLA), che stabilisce le priorità e i tempi massimi per l'erogazione di esami, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri e interventi chirurgici da parte del Servizio Sanitario.

**Le priorità temporali previste sono quattro**, contraddistinte dalle lettere **U, B, D e P**. Il medico compilerà l'impegnativa e indicherà nel campo "priorità della prestazione" la lettera corrispondente all'urgenza della prestazione:

• **LETTERA U**: prestazioni "urgenti" a cui l'utente ha diritto **entro 72 ore**. Attenzione: le prestazioni urgenti vanno prenotate entro 48 ore dalla data di prescrizione, altrimenti decade l'indicazione di urgenza;

• **LETTERA B**: prestazione da fornire in tempo "breve" (**non più di 10 giorni**). Va usata in situazioni in cui è necessario intervenire in tempi rapidi per evitare l'aggravarsi delle condizioni del paziente;

• **LETTERA D**: prestazioni "differibili", che, se fornite in tempi meno celeri, non pregiudicano la salute del paziente. Sono prestazioni di prima diagnosi, da erogare **entro 30 o 60 giorni** (a seconda che si tratti di visite o di esami diagnostici strumentali);

• **LETTERA P:** visite ed esami “programmati”, non urgenti. È il caso delle visite di controllo, per le quali la regola stabilisce un massimo di **120 giorni**.

Per quanto riguarda invece i ricoveri e gli **interventi operatori**, le **classi di priorità** previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) sono:

• **CLASSE A:** ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

• **CLASSE B:** ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

• **CLASSE C:** ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

• **CLASSE D:** ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

TUTTAVIA ESISTE UN MODO PER OTTENERE LA VISITA PRIVATA PAGANDO PERÒ SOLO IL TICKET COME SE FOSSE EFFETTUATA IN UNA STRUTTURA PUBBLICA.

**Il decreto legislativo del 1998, n. 124** detta infatti delle direttive ben precise in materia di liste d’attesa. Il **comma 10 art. 3** stabilisce che le Regioni, attraverso i direttori delle Aziende Unità Sanitarie Locali e ospedali (in Lombardia ATS e ASST), devono stabilire **i tempi massimi** che intercorrono tra la prestazione quando viene richiesta e quando viene erogata. **Questo intervallo di tempo deve essere ben pubblicizzato e dovrebbe essere comunicato all’assistito al momento della richiesta della prestazione.**

L’articolo 3, infatti, tutela il **diritto alla prestazione**, e prevede che l’assistito abbia la possibilità di **chiedere che la prestazione venga effettuata privatamente al costo del ticket**, allorché i tempi massimi di attesa superino quelli stabiliti. La differenza di costo è a carico dell’Azienda Sanitaria Locale. Se il cittadino ha l’esonero dal ticket allora non paga nulla e il costo è a totale carico dell’Azienda Sanitaria Locale.

**COSA FARE SE LE LISTE SONO BLOCCATE O LE PRENOTAZIONI SONO SOSPENSE?**

Al momento della prenotazione si ha diritto di conoscere la data in cui la prestazione richiesta verrà effettuata e il tempo massimo di attesa.

Qualora non venga comunicata la data di espletazione del servizio e la struttura sanitaria si riserva di comunicarla al malato in un secondo tempo, significa che la lista d’attesa è bloccata e che la prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi stabiliti. Questo escamotage consente alle ASL di non documentare il superamento dei tempi di attesa e di non farsi carico della spesa a cui sarebbe tenuta per garantire la prestazione in via intra-muraria o privata.

È vietato **sospendere le attività di prenotazione** delle prestazioni per cui sono previsti tempi massimi d’attesa. **In questo caso il malato può pretendere che la stessa prestazione sia fornita privatamente senza costi aggiuntivi rispetto al ticket, o all’interno della stessa struttura sanitaria (intramoenia) o presso una struttura sanitaria esterna (extramoenia).** Per farlo bisogna presentare esplicita richiesta sia per il regime intramoenia sia per il rimborso della prestazione in regime extramoenia.

LA LEGGE N.266/05, ART. 1 COMMI 282 E 284, STABILISCE CHE È VIETATO SOSPENDERE LE ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E CHE AI RESPONSABILI DELLA VIOLAZIONE DEL DIVIETO (I DIRETTORI DI ASL/ATS ED AZIENDE OSPEDALIERE) VA APPLICATA UNA SANZIONE AMMINISTRATIVA DA MILLE A SEIMILA EURO.