Sanità. Lista d’attesa troppo lunga? Puoi andare dal privato pagando solo il ticket



Esami con liste d’attesa lunghe? Come chiedere e ottenere la scorciatoia in ospedale

Che fare se, dopo aver pagato il ticket, ci dicono che, per una visita specialistica in ospedale, i tempi di attesa sono lunghi ?

Che possiamo fare se, per eseguire una risonanza magnetica, una tac o una ecografia dobbiamo aspettare diversi mesi, magari quando ormai la nostra patologia potrebbe essersi aggravata?

Eppure la legge parla chiaro: il malato ha diritto alle prestazioni mediche entro tempi certi che sono:

30 giorni per le visite mediche specialistiche;

60 giorni per gli esami diagnostici.

Che fare, allora, se la lista d’attesa in ospedale è troppo lunga? Ricorrere allo studio medico privato o alla clinica privata è certo una soluzione, ma a fronte di costi a volte eccessivi per le tasche dei cittadini.

Preso dallo sconforto, il malato si adatta alla fila lunga, è obbligato ad attendere il suo posto in una interminabile lista d’attesa in ospedale.

Insomma ci si rassegna all’idea che il diritto alla salute non viene affatto tutelato da una sanità pubblica che, tuttavia, paghiamo annualmente con le tasse.

In verità, una soluzione c’è, ed anche particolarmente vantaggiosa, ma sono in pochi a conoscerla, anzi quasi nessuno. Né gli ospedali e le strutture pubbliche dell’Asl ne danno comunicazione ai malati.

In pratica la legge stabilisce il diritto del cittadino a conoscere la data entro cui avverrà la visita medica o l’esame diagnostico nonché il tempo massimo di attesa.

Se la prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi garantiti per legge (che – come detto – sono di 30 giorni per le visite specialistiche e di 60 giorni per gli esami diagnostici), il malato può pretendere che la medesima prestazione sia fornita dal medico privatamente, in intramoenia, senza costi aggiuntivi rispetto al ticket già pagato.

Il malato dovrà presentare al direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di appartenenza una richiesta in carta semplice per «prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria».

**In essa dovrà fornire i propri dati e premettere che:**

gli è stato prescritto un particolare accertamento diagnostico o una visita specialistica (indicando quale);

il Cup ha comunicato l’impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima della data del … (indicare la data che, come detto, deve essere superiore a 30 giorni per le visite specialistiche e 60 per gli accertamenti come Tac, risonanza magnetica, raggi, ecografie, ecc.);

la prestazione ha carattere urgente, incompatibile con i tempi di attesa indicati; il decreto legislativo n. 124/1998, all’articolo 3 comma 10, (link: <http://www.handylex.org/stato/d290498.shtml>) prescrive che i Direttori Generali disciplinino i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta e l’erogazione delle prestazioni.

**Dopo aver premesso ciò bisognerà chiedere:**

che la prestazione richiesta (visita medica specialistica o esame diagnostico) venga resa in regime di attività libero-professionale intramuraria (o intramoenia, che dir si voglia), con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del citato decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13;

che venga fornita immediata comunicazione in merito.

Infine, nell’istanza, il malato dovrà comunicare che, in mancanza di prenotazione in regime di attività libero-professionale intramuraria come sopra richiesta, la suddetta prestazione verrà effettuata privatamente, con preavviso di successiva richiesta di rimborso da parte dell’Azienda.

Insomma, quando la prestazione è urgente ed è incompatibile con i tempi di attesa,

il malato si può imporre e chiedere che l’ospedale garantisca la visita specialistica medica in intramoenia senza pagare alcunché oltre al ticket oppure, in assenza, potrà recarsi dal medico privato e poi chiedere il rimborso all’Asl.

È simile il diritto riconosciuto dal Tribunale di Castrovillari in una sentenza di qualche anno fa che si può leggere nell’articolo L’Asl rimborsa le cure in strutture private.

Il cittadino costretto a curarsi presso cliniche private non convenzionate a causa delle interminabili liste di attesa all’ospedale, incompatibili con il proprio stato di salute,

può ottenere, dal Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese sostenute a condizione che:

tali prestazioni mediche costituiscano – a causa delle specifiche condizioni cliniche o di rischio del paziente – un significativo beneficio in termini di salute;

e, nello stesso tempo, non sia possibile effettuare cure dello stesso tipo presso strutture pubbliche o convenzionate oppure non sia possibile farle entro i tempi previsti per legge.

In questo modo viene ristabilito il diritto alla salute del cittadino e la possibilità di vedersi garantito un intervento medico o diagnostico nei tempi stabiliti dalla legge.

# **Sanità, liste di attesa oltre 60 giorni? Vai dal privato e paghi solo il ticket**

# **Link:** [**https://quifinanza.it/soldi/sanita-liste-di-attesa-oltre-60-giorni-vai-dal-privato-e-paghi-solo-il-ticket/101002/**](https://quifinanza.it/soldi/sanita-liste-di-attesa-oltre-60-giorni-vai-dal-privato-e-paghi-solo-il-ticket/101002/)

# *23 febbraio 2017*

## Si può andare dal privato pagando il solo ticket: ecco quando. Il modulo per superare la lista d'attesa lunga

Spesso [**le liste d’attesa**](https://quifinanza.it/soldi/sanita-lista-dattesa-troppo-lunga-ce-il-diritto-alla-visita-privata/98245/) per una visita o un esame in ospedale o nei centri convenzionati col Servizio Sanitario Nazionale sono lunghissime, ma in alcuni casi è possibile **ricorrere al privato** in intramoenia **pagando solo il ticket.**

**60 GIORNI –** Non è una novità ma si tratta di un diritto a molti sconosciuto. In Italia esiste uno specifico **Piano nazionale di governo delle liste d’attesa** (PNGLA), emanato nel 2010 secondo cui ci sono dei **tempi massimi di attesa** per alcune prestazioni, ben 58 tra visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici. In base a questo piano, **si può andare dal privato pagando il solo ticket** previsto nel pubblico **se entro 60 giorni** non è stato fissato un appuntamento nel sistema sanitario nazionale. Un diritto che può essere esercitato per tante tipologie di esami e visite specialistiche, perché nello stesso piano fissa priorità e tempi garantiti.

**ALTERNATIVA ALLE LISTE D’ATTESA, IL MODULO –** Chi chiede una prestazione medico-specialistica o un accertamento diagnostico e si vede rispondere che i tempi di attesa superano rispettivamente i 30 e 60 giorni, può chiedere che quella medesima prestazione gli venga fornita in **intramoenia**, ossia in **attività libero-professionale intramuraria**, senza dover pagare il medico come “privato”, ma essendo tenuti a corrispondere solo il ticket.

Per far ciò è necessario **presentare un’istanza** al Direttore generale dell’Azienda sanitaria o dell’Azienda ospedaliera. La prima cosa da fare è [**scaricare il modulo cliccando qui**](http://www.compartosanita.it/wp-content/uploads/2016/12/ISTANZA-PER-LA-PRESTAZIONE-IN-REGIME-DI-ATTIVIT%C3%80-LIBERO.doc).

**58 PRESTAZIONI –**Il Piano nazionale di governo delle liste d’attesa ha individuato 58 prestazioni, tra quelle offerte dal Ssn, il cui tempo massimo d’attesa va garantito almeno al 90% dei cittadini che ne fanno richiesta. Con particolare riferimento agli esami strumentali, da erogare entro 60 giorni, tra di essi rientrano anche **le Tac**, in particolare quelle, con e senza contrasto, al torace, all’addome (superiore, inferiore o completo), al capo, al rachide e allo speco vertebrale, al bacino.

Tra gli **esami strumentali** che vanno erogati entro 60 giorni al 90% dei cittadini ci sono, poi la mammografia, la Rmn cervello e tronco encefalico, la Rmn pelvi, prostata e vescica, la Rmn muscoloscheletrica, la Rmn colonna vertebrale, l’ecografia capo e collo, l’ecocolordoppler cardiaca, l’ecocolordoppler dei tronchi sovra aortica, le ecografie addome, mammella e ostetrica-ginecologica.

**CODICE DI PRIORITA’ –** Il medico che prescrive gli esami e le visite deve indicare anche sulla richiesta un **codice di priorità** per tempi ancora più celeri.

Si usa il **codice U (urgente)** per ottenere la prestazione entro 72 ore, il **codice B (breve)** per vedere erogata la prestazione entro 10 giorni, il **codice D (differibile)** entro 30 giorni per la specialistica e 60 per la diagnostica ed infine il **codice P** che sta per programmabile. Per la diagnostica e la specialistica i tempi massimi devono essere rispettati nel caso di prime visite o primi esami diagnostici mentre non si fa riferimento a tempi massimi per le visite di controllo successive alla prima.

Le visite specialistiche che fanno parte del piano prevedono un tempo massimo di 30 giorni dalla data della richiesta, mentre gli esami diagnostici devono essere effettuati entro 60 giorni.