



PROCEDURA PER VISITE TRAMITE CUP

1) Prima cosa: controlla cosa c'è scritto sull'impegnativa

Sull'impegnativa deve esserci la **classe di priorità**:

- **U = Urgente** → prestazione entro **72 ore**
- **B = Breve** → entro **10 giorni**
- **D = Differibile** → entro **30 giorni** (visite) / **60 giorni** (esami)
- **P = Programmabile** → entro **120 giorni**

Queste tempistiche sono quelle di riferimento del SSN (PNGLA – Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa).

2) "Lista chiusa" non basta: devi chiedere PRENOTAZIONE COMUNQUE o presa in carico

Quando il CUP dice "agenda/lista chiusa", tu devi chiedere formalmente:

massa in lista / presa in carico della richiesta

oppure

prenotazione in altra struttura pubblica o convenzionata accreditata

In pratica:

- se la tua ASL non ha posto → devono proporre **altre strutture nel territorio/ambito regionale**, o comunque una soluzione.

Se l'operatore rifiuta, chiedi:

- **nome e cognome** operatore
- **numero pratica / ID chiamata**
- **attestazione scritta** del "non prenotabile per agenda chiusa"

3) Se superano i tempi: scatta il "percorso tutela" (prestazione in intramoenia o privato pagata SSN)

Se la prestazione **non è garantita entro i tempi massimi**, la legge prevede la cosiddetta:

"prestazione in garanzia"

Cosa significa?

L'ASL deve farti ottenere la visita/esame **nei tempi previsti**, anche:

- tramite **intramoenia** (libera professione in ospedale)
- oppure tramite privato/convenzionato

senza costo aggiuntivo per te (al massimo paghi il ticket, se dovuto).

Questa è la regola fondamentale:

se il SSN non rispetta i tempi, non può scaricare il problema sul cittadino.

4) Procedura pratica: come si fa la richiesta "in garanzia"

Passi:

1. vai (o scrivi) a:
URP ASL / Ufficio Liste d'Attesa / Direzione Sanitaria
2. alleghi:
 - impegnativa
 - documento
 - eventuale risposta CUP "agenda chiusa"
3. chiedi formalmente:
attivazione percorso tutela / prestazione in garanzia per superamento tempi massimi

Questo è l'elemento decisivo: **metterli per iscritto**.



5) Se insistono con “lista chiusa”: cosa è legittimo fare

Se non ti fanno prenotare e non attivano garanzia:

fai **PEC formale** all’ASL (URP + Direzione Generale + Ufficio liste attesa)
e per conoscenza:

- Regione (settore liste d’attesa / tutela salute)
- Difensore Civico (se presente)
- eventualmente NAS (se situazione grave e sistemica)

Nella PEC chiedi:

- prenotazione immediata entro tempi di priorità
- in alternativa prestazione in garanzia (intramoenia/privato a carico SSN)
- risposta entro 48/72 ore (se U/B)

6) Caso particolare: urgenza clinica (U o aggravamento)

Se il medico ha indicato U oppure la situazione peggiora:

il CUP NON è l’unica via

Puoi andare tramite:

- **PS**
- oppure far attivare dal medico **presa in carico diretta ospedaliera** (ambulatorio urgente/fast track)

In sintesi (pratico)

Quando ti dicono “LISTA CHIUSA” tu rispondi così:

“Chiedo la presa in carico dell’impegnativa e la prenotazione entro i tempi di priorità previsti dal SSN.

In mancanza, chiedo l’attivazione della prestazione in garanzia (intramoenia o privato accreditato) con costo a carico dell’ASL, come da normativa sulle liste d’attesa.”

Normativa di riferimento (liste d’attesa / “agenda chiusa” / prestazione in garanzia)

1) Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) – art. 1, comma 282

È il riferimento “storico” che introduce/rafforza l’obbligo delle Regioni di garantire i **tempi massimi** di attesa per le prestazioni e l’adozione del **Piano Nazionale Liste d’Attesa**.

È una delle basi legislative più citate nelle contestazioni.

2) D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (riordino SSN) e successive modifiche

È la norma “madre” del SSN e del principio di:

- **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza),
- accesso equo alle prestazioni,
- obbligo di organizzazione del servizio sanitario.

È utile perché incornicia “lista chiusa” come *disservizio organizzativo* non scaricabile sull’utente.

3) DPCM 12 gennaio 2017 – Definizione e aggiornamento dei LEA

Se una prestazione è dentro i LEA:

il cittadino ha **diritto** alla prestazione nei tempi compatibili e secondo priorità clinica.

È ottimo da mettere in PEC perché è un riferimento oggettivo.



4) Accordo Stato–Regioni 21 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 28/CSR)

“Piano Nazionale Governo Liste d’Attesa (PNGLA) 2019–2021”

È il testo più potente e specifico: stabilisce in modo chiaro:

- classi di priorità **U/B/D/P**
- tempi massimi indicativi
- obbligo di **trasparenza e monitoraggio**
- divieto di blocco improprio
- gestione delle agende e presa in carico

Qui rientra anche il principio che **le agende non possono essere chiuse in modo tale da impedire l’accesso**.

5) Legge 7 agosto 1990, n. 241 (procedimento amministrativo e obbligo di risposta)

Serve come “arma” amministrativa:

- obbligo di presa in carico
- obbligo di motivare
- obbligo di rispondere formalmente alle istanze

In PEC è perfetta perché vincola le ASL a riscontro formale.

6) (Riferimento utile in tema trasparenza)

D.Lgs. 33/2013 (Trasparenza e accesso civico)

Per chiedere:

- criteri di gestione agende
- tempi medi e massimi
- report liste d’attesa
- atti di chiusura agende e motivazioni