



## **RICHIESTA DI STRUTTURA ALTERNATIVA E GARANZIA TEMPI PER RICOVERO / INTERVENTO CHIRURGICO**

*Ai sensi del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA 2026-2028 - D.M.  
26 Giugno 2026)*

**Spett.le Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero / ASL di:**

-----

**E p.c. Spett.le Ufficio Gestione Liste d'Attesa Ricoveri di:**

-----

**E .p.c. Egr. Assessore alla Sanità della Regione -----**

-----

**E p.c. Cittadinanzattiva - PiT ([tutela@cittadinanzattiva.it](mailto:tutela@cittadinanzattiva.it))**

### **DATI DELCITTADINO / RICORRENTE**

Il/La sottoscritto/a:

-----

Nato/a a: ----- (\_\_\_\_) il

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale:

-----

Residente a: ----- (\_\_\_\_) in Via/Piazza:

-----

Tel: ----- E-mail / PEC:

-----

(Eventuale) In qualità di delegato/tutore di:

-----

### **PREMESSO CHE**

1. In data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ il sottoscritto (o il familiare assistito) è stato inserito  
nella lista d'attesa per la seguente prestazione/intervento chirurgico programmato:

-----

\_\_\_\_\_ con Classe di Priorità: [ ] A [ ] B [ ] C [ ] D e tempo massimo previsto di giorni \_\_\_\_\_;

2. Ad oggi risulta ampiamente decorso il tempo massimo previsto dalla classe di priorità senza che sia stata comunicata la data del ricovero o dell'intervento;
3. Il PNGLA 2026-2028 stabilisce che, in caso di superamento dei tempi massimi, l'Azienda deve individuare una struttura alternativa equivalente e che il trasferimento deve preservare integralmente l'anzianità di attesa già maturata dall'assistito.

### **CHIEDE**

1. L'individuazione tempestiva di una struttura sanitaria alternativa equivalente (pubblica o privata accreditata), idonea a garantire l'esecuzione dell'intervento in tempi ravvicinati e nel rispetto del principio di prossimità territoriale;
2. L'applicazione esplicita della salvaguardia dell'anzianità di attesa già maturata dalla data di inserimento nella prima lista d'attesa, evitando qualsiasi azzeramento dei tempi trascorsi.

### **SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- Copia del documento/scheda di inserimento in lista d'attesa per ricovero rilasciato dall'Ospedale;
- Copia del documento di identità del richiedente (ed eventuale delega).

Luogo e Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_