

CONFEDERAZIONE DEI CENTRI LIGURI PER LA
TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO

Maria Chighine Onlus



GUIDA ALLA SALUTE 2018

www.tutela-del-malato.it

Trova la lista completa dei centri, completa di orari, indirizzi
e numeri di telefono, in ultima di copertina.

Indice

PREMESSA	4
ANZIANI	6
ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO	9
ASSISTENZA PER TURISTI	16
ASSISTENZA PER GLI STRANIERI	16
ASSEGNO SOGGETTI AFFETTI DA TBC	20
AUSILI E PRESIDI (D.M.28/12)	20
AUTOCERTIFICAZIONE	21
CARTA DEI SERVIZI	22
CARTELLA CLINICA	23
CENTRO EDUCAZIONE MOTORIA	25
CODICE FISCALE	25
CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	26
DETENUTI - DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA	26
DIRITTO ALL'ASSISTENZA RELIGIOSA	27
DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI	27
DIRITTO DI CONOSCERE IL PROPRIO STATO DI SALUTE	28
DISTRETTO SANITARIO	29
DONAZIONE SANGUE etc.	30
GUARDIA MEDICA-SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	30
HANDICAP	31
INDENNIZZO PER TRASFUSIONI E EMODERIVATI	32

INVALIDI	33
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (L.E.A.)	37
MALATI PSICHICI	39
MEDICO DI MEDICINA GENERALE	41
NEFROPATICI IN TRATTAMENTO DI EMODIALISI	44
PATOLOGIE CRONICHE E INVALIDANTI CHE DANNO DIRITTO ALL'ESENZIONE	45
PRESCRIZIONI SPECIALISTICHE	47
PRESTAZIONI IN CLINICHE NON ACCREDITATE	49
PRONTO SOCCORSO	51
PROSECUZIONE DOMICILIARE DI TRATTAMENTI OSPEDALIERI - APPARECCHI E MATERIALI NON RICOMPRESI NEL D.M.26/12/1992	53
RIABILITAZIONE	56
RICETTA	57
RICOVERO	59
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE GRAVI - PRESIDI ED INTEGRATORI DIETETICI	64
SPESE SANITARIE E FISCO	65
TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA	66
TICKET SU PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E FARMACEUTICHE	66
TRASPORTO A MEZZO AMBULANZA	69
TUTELA PRESSO LE STRUTTURE DEL SSN	70
TUTELA CIVILE	71
TUTELA PENALE	72
TUTELA DELLA RISERVATEZZA	74
CONTATTI E NUMERI UTILI	76

In questi ultimi tempi si è fatta sempre più urgente la necessità di informare i cittadini sui loro diritti e su come tutelarli, tanto più in un campo così complesso come quello della sanità. Del resto, una buona parte del diffuso stato di disagio, di malumore, talvolta di intolleranza, è determinato proprio dalla disinformazione degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale.

La presente Guida vuole essere un supporto per tutti i cittadini, affinché si possano orientare all'interno delle strutture pubbliche e private accreditate con una conoscenza di base dei diritti, delle facoltà, delle procedure, con precisi riferimenti alla normativa vigente.

La Confederazione dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato-Maria Chighine-onlus, promotrice ed autrice di questa iniziativa, si è costituita a Genova il 1° dicembre 1986, a seguito della L.R. n. 27 del 26/4/1985 che ha disciplinato nella Regione Liguria la "Tutela dei diritti delle persone che usufruiscono delle strutture sanitarie". La Confederazione - che è apartitica e aconfessionale - a termini di Statuto è impegnata a promuovere tutte le iniziative necessarie a tutelare i diritti del cittadino malato.

Per conseguire questo fine, la sua attività si articola su differenti fronti e a diversi livelli.

> Ad un primo livello, la sua azione si esplica con la presenza attiva presso le strutture socio-sanitarie, ospedaliere ed extraospedaliere. Attraverso i Centri confederati essa individua ed evidenzia carenze e disfunzioni di ordine amministrativo, organizzativo, tecnico e comportamentale che, nelle diverse e complesse realtà della sanità, impediscono un'assistenza funzionale ed umana al malato.

I singoli casi segnalati dai Centri di ascolto, nonché le situazioni generali riscontrate "motu proprio", sono portati, con spirito di collaborazione, alla doverosa attenzione dei responsabili amministrativi

e sanitari, sollecitandone l'immediato intervento. Nei casi più delicati la Confederazione agisce in sintonia con l'Ufficio del Difensore Civico della Regione Liguria.

A tutt'oggi la Confederazione riceve in media 3.000 segnalazioni all'anno, per la gran parte delle quali la sua azione è stata risolutiva.

> Un secondo livello dell'attività è quello che la vede impegnata quale qualificato interlocutore dei mezzi di comunicazione di massa; direttamente con proprie iniziative ed attraverso detti mezzi la Confederazione è stata costantemente impegnata nell'informazione dell'opinione pubblica sul continuo evolversi delle vigenti normative che tutelano e regolano il diritto alla salute.

Tale attività di sensibilizzazione si esplica, inoltre, mediante la promozione di convegni, conferenze e dibattiti, nonché la diffusione di opuscoli e stampati illustrativi.

> Ad un terzo livello, l'attività della Confederazione si svolge nel campo della programmazione e della gestione sociosanitaria.

Tale ruolo si è notevolmente rafforzato a seguito dell'iscrizione, con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Liguria, al registro delle Organizzazioni di Volontariato, nonché della nomina di un membro, quale esperto del settore sanitario, nell'Osservatorio regionale per il Volontariato.

Attualmente, la Confederazione, che dopo la morte della fondatrice ha aggiunto il suo nome nella denominazione della stessa e che conta circa 100 aderenti, ha propri rappresentanti in numerosi organismi istituzionali ed intrattiene rapporti di collaborazione con altre associazioni.

Si ringraziano quanti hanno collaborato alla redazione della Guida e coloro che ne hanno reso possibile la realizzazione, e, per il passato la "Fondazione CARIGE", sponsor che nell'edizione precedente ne ha consentito la pubblicazione e la diffusione.

Assistenza all'anziano ricoverato

Per i degenti che necessitano di particolare assistenza (in quanto di età superiore ai 75 anni

o perché con ridotta autonomia nell'espletamento delle proprie funzioni fisiologiche) "è sempre consentito, anche in deroga agli orari ordinari di visita, l'accesso di un familiare o altra persona volontariamente disponibile, anche nel quadro delle attività delle associazioni di volontariato nel rispetto dell'attività degli operatori sanitari".

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 art. 13; Legge Regione Liguria n. 34 del 23/11/1992

Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)

Tale servizio è definito integrato proprio perché viene erogato dalla Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, per l'aspetto sanitario, e dal Comune di residenza, per l'aspetto sociale.

Il servizio è rivolto ai pazienti dimessi dai reparti ospedalieri, ancora bisognosi di cura e di assistenza, ed ai soggetti che per qualunque motivo sociosanitario hanno bisogno di prestazioni al proprio domicilio.

La richiesta deve essere inoltrata all'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) - presente in ogni ASL:

- ☒ dal servizio ospedaliero, se il paziente è degente;
- ☒ dal medico di medicina generale (medico di famiglia), se il paziente è al proprio domicilio;
- ☒ dai familiari, anche telefonicamente;
- ☒ da altri servizi della AUSL, dal Comune e da Associazioni di Volontariato.

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria

n. 5798 del 1990; Deliberazione del Consiglio Regione Liguria n. 127 del 1992 relativa alla realizzazione del Progetto Obiettivo Anziani 1992/1995; Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 5841 del 1992.

Inserimento in residenze protette

La domanda va sempre indirizzata all'Unità di Valutazione Geriatria (UVG) di pertinenza territoriale.

Se la richiesta è della sola quota sanitaria è sufficiente recarsi con la prescrizione del medico di medicina generale alla sede dell'UVG competente per territorio, al fine di ottenere la visita a domicilio per la valutazione, mentre se si richiede anche un intervento di sostegno economico per la retta "alberghiera" è necessario rivolgersi al distretto sociale di appartenenza.

Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)

La R.S.A. è presidio sanitario extra ospedaliero inserito nella rete dipartimentale dei servizi sociosanitari e di riabilitazione, nucleo operativo assistenza agli anziani, disabili e malati psichici.

La R.S.A. fornisce:

1) prestazioni sanitarie consistenti in: controllo medico-generico e specialistico;

- ☒ nursing infermieristico professionale;
- ☒ terapia fisica e prestazioni riabilitative, di fisiokinesiterapia e logopedia;
- ☒ terapia occupazionale;

2) prestazioni socio-sanitarie-assistenziali consistenti in:

- ☒ nursing tutelare;
- ☒ socializzazione;

-
- ☒ assistenza alberghiera.

Sono ospitati presso la struttura:

- ☒ gli anziani affetti da esiti non stabilizzati di patologie neurologiche, internistiche, muscolari e osteo-articolari;
- ☒ gli anziani affetti da turbe psico-organiche gravi dell'età senile di particolare impegno sanitario-assistenziale,
- ☒ necessitanti di trattamenti riabilitativi attivanti continuativi, non erogabili nelle residenze protette.
- ☒ gli anziani affetti da patologie terminali con bisogni di assistenza medica, infermieristica, non richiedenti il trattamento ospedaliero e non assistibili né in forma domiciliare, né in residenza protetta
- ☒ gli anziani non autosufficienti, assistiti a domicilio, a seguito di particolari motivi familiari che ne impediscono temporaneamente l'assistenza (ricoveri di sollievo).

La richiesta di ammissione in R.S.A. deve essere redatta su apposita modulistica a firma del medico di medicina generale o del primario dell'unità operativa ospedaliera che ha in carico l'anziano, ovvero del responsabile sanitario della struttura ove l'anziano è ospitato.

Nella richiesta deve essere precisato:

- ☒ diagnosi clinica;
- ☒ stato psichico;
- ☒ valutazione prognostica e del bisogno riabilitativo;
- ☒ indicazione presuntiva della durata di degenza;
- ☒ l'impossibilità di garantire un'adeguata assistenza sanitaria domiciliare.

3) Durata degenza massima: 60 giorni.

Riferimenti normativi: Progetto Obiettivo “tutela della salute degli anziani” del 30/01/1992; Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 839 del 21/3/95, integrata dalla Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 1007 del 31/5/95.

Nei Paesi dell'Unione Europea

Nei Paesi dell'Unione Europea (UE) il cittadino italiano è ammesso a fruire dell'assistenza sanitaria negli stessi termini e con le stesse modalità previste per i cittadini nazionali.

Se il cittadino italiano è residente, esso è iscritto agli organismi di protezione sociale del paese ospitante.

In caso di temporanea presenza ha diritto ad usufruire dell'assistenza alle specifiche condizioni previste dai regolamenti comunitari (Regolamenti del consiglio n 1408/71, 574/72, 2793/81, 2000/83).

1. L'assistenza in caso di temporanea dimora Modello E 111

☒ Il Codice Fiscale è l'identificativo per l'assistenza sanitaria ed è riportato sulla Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), tesserino magnetico azzurro..

Riferimenti normativi: Legge 37 del 1/2/1989; Circolare Ministero delle Finanze n° 4 del 20/01/1990.

☒ L'assistenza in caso di temporanea dimora è prestata previa esibizione della TEAM, tesserino magnetico azzurro, che è stata recapitata ai cittadini.

In caso contrario si può richiedere alla ASL di appartenenza.

In caso di permanenza superiore ai 3 mesi, oltre alla regolarizzazione in Italia, occorre registrarsi nel Comune estero nel quale si è fissato il domicilio, comunicando reddito e copertura sanitaria.

2. Le prestazioni in regime di ricovero autorizzato in ambito U.E. (la c.d. "trasferita sanitaria") - Modello E 112. Concessione di protesi e grandi apparecchi - Modello E 114.

Si intende quella del cittadino italiano che è autorizzato dalla propria istituzione sanitaria a recarsi nel territorio di un altro stato membro per ricevere le cure appropriate al suo stato (modello E 112) o per ottenere l'impianto di protesi o la concessione di grandi apparecchi non disponibili nel nostro paese (modello E 114).

PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE

In base all'art. 22 del Regolamento C.E.E. n. 1408 del 14/06/1971, nonché in forza della Circolare applicativa del Ministero della Sanità n. 33 del 12/12/1989, il malato ha diritto di chiedere di recarsi all'estero qualora le prestazioni di cui ha bisogno o gli ausili protesici non siano erogabili in Italia o non siano ottenibili tempestivamente (a) e adeguatamente (b) presso i presidi ed i servizi pubblici o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale(SNN).

Le prestazioni autorizzabili sono quelle di diagnosi, cura, riabilitazione che richiedono: (c) specifiche professionalità del personale; (d) non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature ad avanzata tecnologia. In pratica possono essere autorizzate tutte le prestazioni di alta specialità e tutte le altre che, in base alla valutazione, caso per caso, del Centro Regionale di Riferimento si ritiene soddisfino le condizioni sub a), b), c), d).

La necessità del ricovero all'estero, dell'impianto di protesi e della concessione di grandi apparecchi dev'essere attestata da una dichiarazione rilasciata da uno specialista del Centro Regionale di Riferimento costituito presso ogni Azienda/Unità Sanitaria Locale (Deliberazioni della Giunta Regione Liguria n. 2225 del 5/7/1996 e n. 4227 del 23/10/1997).

La domanda va inoltrata alla ASL di appartenenza che rilascia, a seconda dei casi, il modello E 112 o E 114.

L'assistito autorizzato al trasferimento ha diritto alle prestazioni con le stesse modalità e limiti previsti dalle istituzioni estere per i propri assistiti (cioè, in genere gratuitamente, con il pagamento di eventuali ticket).

Riferimenti normativi: Art. 51 Trattato Istitutivo C.E.E.; Regolamento n. 1408/71 del Consiglio C.E.E. e Circolare applicativa del Ministero della Sanità n. 33 del 12/12/89; Decreto Ministero della Sanità del 3/11/1989; Nota Ministero della Sanità n. 1000/II/3604 dell'8/10/1996. Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 2225 del 5/7/1996 e successive modifiche: Deliberazioni della Giunta Regione Liguria n. 4227/97, 2044/98, 778/00,97/01, 1145/2001, 1271/02, 1597/02

3 . Assistenza Sanitaria Transfrontaliera

Il Cittadino Europeo ha diritto a scegliere dove fruire di cure nell'ambito dei Paesi della Comunità Europea e di quelli che hanno stipulato accordi bilaterali, con la possibilità di mettere le stesse a carico del SSN (tramite rimborso delle spese sostenute) anche nei casi diversi dall'assistenza diretta , quindi anche se è stata scelta una struttura privata o una cura particolarmente specializzata. La condizione per fruire del rimborso è l'ottenimento di una autorizzazione preventiva da parte della ASL di residenza, che fissa l'importo rimborsabile, calcolato in base alle tariffe regionali vigenti, tenendo conto delle normative regionali e nazionali.

Il rimborso è consentito solo per le prestazioni comprese nei LEA, ma le Regioni possono prevedere coperture di livello diverso.

Riferimenti normativi: D.Lgs. 38/2014; Direttiva Europea 2011/24/UE.

Assistenza indiretta in strutture di elevata specializzazione

Nell'ambito dei Paesi esteri il cittadino italiano, salva l'ipotesi in cui siano in vigore particolari convenzioni con il nostro paese, è tenuto a pagare tutte le prestazioni ricevute.

Per una serie di prestazioni, purché previamente autorizzate, è, peraltro, possibile fruire dell'assistenza in forma indiretta, cioè mediante il parziale rimborso in Italia della spesa sostenuta dal cittadino all'estero.

In particolare, l'art. 2 del Decreto del Ministero della Sanità del 3/11/1989 prevede che possano essere autorizzate le prestazioni che:

- ☒ non siano ottenibili tempestivamente in Italia, cioè richiedano un periodo di attesa incompatibile con l'esigenza di assicurare con immediatezza la prestazione stessa, ossia quando il periodo di attesa comprometterebbe gravemente lo stato di salute dell'assistito, ovvero precluderebbe la possibilità dell'intervento o della cura;
- ☒ non siano ottenibili in forma adeguata alla particolarità del caso clinico, in quanto richiedenti specifiche professionalità del personale; non comuni procedure tecniche o curative o attrezzature

ad avanzata tecnologia non presenti nelle strutture italiane pubbliche o convenzionate.

I successivi Decreti del Ministero della Sanità del 24/01/1990 e del 30/08/1991 hanno identificato le classi di patologia, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alta specialità e no, nonché i tempi massimi accettabili per l'erogazione delle prestazioni nel territorio nazionale, trascorsi i quali è giustificabile il ricorso ai centri esteri.

PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE E RIMBORSI (artt. 4,6,7 D.M. 3/11/89)

Per ottenere l'autorizzazione al trasferimento per cure all'estero, l'assistito deve presentare domanda alla ASL di appartenenza, corredata dalla proposta motivata di un medico specialista del S.S.N. La ASL trasmette la domanda al Centro regionale di riferimento per la patologia.

Il Centro valuta i presupposti per usufruire delle cure all'estero tra cui, in particolare l'impossibilità di ottenerle tempestivamente in Italia (con riferimento ai tempi di attesa indicati, per ciascun tipo di prestazione). Secondo il Consiglio di Stato (sentenza n. 4115/2003 depositata il 10/7/2003) il Centro, per negare l'autorizzazione, dovrà perciò necessariamente prendere contatto con gli ospedali idonei e informarsi del tempo di attesa e specificarlo nel provvedimento in cui nega l'autorizzazione.

Se l'istanza viene accolta, in base all'istruttoria del Centro, la ASL rilascia l'autorizzazione.

La domanda di rimborso deve essere inoltrata alla ASL entro 3 mesi dalla prestazione. Il rimborso è concesso solo per le spese debitamente documentate, nelle seguenti percentuali:

80% le spese di carattere strettamente sanitario, escluse quelle di comfort alberghiero non comprese nella retta di degenza;

80% le spese di viaggio, comprese quelle dell'eventuale accompagnatore, nel caso di paziente minorenne o non autosufficiente;

80% le spese di trasporto con mezzo autorizzato;

40% le spese per prestazioni in attività libero professionale in regime di ricovero.

Non sono rimborsabili le spese di soggiorno pre-ricovero del ricoverato, né le spese di soggiorno dell'eventuale accompagnatore (prericovery o durante il ricovero).

L'art. 7 del D.M. 3/11/1989 prevede comunque la possibilità di riconoscere rimborsi per le voci di spesa non previste o in percentuali maggiori a quelle fissate, qualora le spese che restano a carico dell'assistito siano particolarmente elevate in relazione anche al reddito complessivo del nucleo familiare dello stesso.

E' la Regione, tramite la Commissione tecnico-amministrativa, che determina nei singoli casi il concorso da erogare. Nella misura del 70% delle somme ammesse

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 41 del 14/12/1976; Decreto Ministero della Sanità 3/11/1989; Decreto Ministero della Sanità 24/01/1990; Decreto Ministero della Sanità 30/08/1991; Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 2225 del 5/7/1996; Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 4227 del 23/10/1997.

Norme specifiche per trattamenti di neuroriabilitazione all'estero

Il DPCM 1/12/2000 e il successivo accordo Stato Regioni del 6/2/2003 prevedono norme di salvaguardia per la copertura di spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap che necessitano di cure di riabilitazione in centri all'estero di elevata specializzazione.

Viene rimborsata anche l'assistenza deospedalizzata e le spese dell'accompagnatore se necessario durante la degenza.

Il concorso ai costi da parte del servizio sanitario regionale può arrivare fino al 100% della spesa rimasta a carico dell'assistito qualora il relativo

nucleo familiare abbia una situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a Euro 8.000, pari all'80% con un ISEE compreso tra 8.000 e 13.000 Euro.

Sono previsti altresì consistenti acconti a richiesta dell'assistito, parametrati all'ISEE del nucleo familiare.

Riferimenti normativi: Conferenza Stato-Regioni – Accordo del 6/2/2003 (G.U. 5/3/2003, n. 53)

Nell'ambito di accordi bilaterali (distacchi per lavoro)

I cittadini italiani (lavoratori autonomi o dipendenti, pubblici o privati) distaccati per lavoro all'estero possono richiedere il rilascio del modello E 106 e ottenere assistenza sanitaria nei paesi con i quali vigono accordi di reciprocità.

La durata dell'assistenza è correlata alla permanenza all'estero, ma non può eccedere 12 mesi eventualmente prorogabili, con l'assenso dello Stato ospitante, di altri 12 mesi.

Le convenzioni prevedono condizioni diverse a seconda dello stato ospitante. Con il Principato di Monaco, S. Marino, Svizzera, Tunisia, Argentina l'assistenza è erogata in forma diretta. Con gli Stati Uniti l'assistenza diretta è prevista soltanto per i dipendenti pubblici in forza della convenzione Ministero della Salute /Blue Cross – Blue Shield. Con Slovenia, Croazia, Brasile la copertura assistenziale è attualmente limitata a lavoratori e pensionati del settore privato.

Nel Principato di Monaco - Modelli MIC 8 e MIC 9

In base alla convenzioni ed all'Accordo amministrativo di sicurezza sociale italomonegasco sottoscritto il 12/12/1982, è possibile usufruire di assistenza sanitaria nel Principato alle stesse condizioni previste per i residenti:

- ☒ per cure immediate in caso di temporaneo soggiorno;
- ☒ per prestazioni ambulatoriali preventivamente autorizzate dall' ASL

di

appartenenza (munirsi al modello MIC 8);

per ricoveri preventivamente autorizzati dalla ASL di appartenenza (munirsi di modello MIC 9). In questi ultimi due casi l'autorizzazione può essere concessa solo a condizione che le prestazioni di cui il malato ha bisogno non siano erogabili in Italia o non siano ottenibili tempestivamente e adeguatamente presso i presidi ed i servizi pubblici o convenzionati con il S.S.N.

Riferimenti normativi: Accordo amministrativo di sicurezza sociale italo-monegasco del 12/12/1982.

-> INDICE

**ASSISTENZA
PER TURISTI**

Le Aziende nel cui territorio si trovano località di notevole afflusso turistico possono organizzare un servizio stagionale di assistenza sanitaria della durata massima di 3 mesi.

La Regione Liguria ha previsto tale servizio stabilendo anche le tariffe applicabili:

- ☒ € 15,49 = se visita ambulatoriale;
- ☒ e 25,82 = se visita domiciliare.

I Comuni che richiedono il servizio alle ASL possono anche assumere in proprio tutti gli oneri.

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 2279 del 5/7/1995; Decreto Presidente della Repubblica n. 484 del 22/7/96 (art. 57), art. 59 D.P.R. 28/7/2000 n. 270; art. 22 Accordo Regione Liguria/ASL/ Medici di Medicina generale.

-> INDICE

**ASSISTENZA
SANITARIA
PER GLI
STRANIERI**

Cittadini appartenenti alla Unione Europea e a paesi con i quali vigono accordi bilaterali di reciprocità

I residenti sul territorio nazionale che appartengono a paesi della Unione europea o a paesi con i quali vigono accordi bilaterali hanno il diritto o l'obbligo di iscrizione al S.S.N.,

secondo quanto previsto nei relativi accordi internazionali.

Ad essi spettano di norma le prestazioni spettanti ai cittadini italiani esibendo la TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia), tesserino magnetico azzurro.

Tra i paesi con cui vigono accordi bilaterali vi sono Principato di Monaco, Svizzera, Croazia, Slovenia, Bosnia, Serbia, Erzegovina, Tunisia, Argentina, Brasile, Svizzera, U.S.A..

Gli accordi bilaterali precisano le condizioni di assistenza; esse possono essere molto diverse e variare anche per i cittadini del medesimo stato. Di norma godono di una copertura assistenziale molto estesa i cittadini stranieri distaccati per lavoro dalla propria ditta in Italia.

Cittadini extra comunitari residenti in Italia

☒ Con regolare permesso di soggiorno

Tutti gli stranieri non appartenenti alla Unione Europea presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno per i seguenti motivi: lavoro, motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza hanno l'obbligo di iscriversi al Servizio sanitario Nazionale. Con l'iscrizione - gratuita - si acquisiscono gli stessi diritti e gli stessi doveri di assistenza riconosciuti a cittadini italiani (medicina preventiva, medicina generale, visite ed esami specialistici, ricoveri, assistenza farmaceutica, esenzione ticket, etc.). L'assistenza è garantita anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.

L'iscrizione si effettua presso la Asl di residenza o di dimora (quella indicata sul permesso di soggiorno) e vale fino allo scadere del permesso. Per iscriversi sono sufficienti il permesso di soggiorno, il codice fiscale e il certificato di residenza (sostituibile, se lo straniero non è residente, con una sua dichiarazione scritta di dimora abituale). Se uno straniero che non ne ha obbligo/diritto non ha ancora formalizzato l'iscrizione, questa potrà essere fatta d'ufficio. Per mantenere l'iscrizione allo scadere del permesso di soggiorno è sufficiente che lo straniero esibisca all'anagrafe sanitaria il cedolino della richiesta di rinnovo rilasciato dalla Questura.

Gli stranieri studenti o collocati alla pari, e quelli con permesso di soggiorno per altri motivi, ad esempio per residenza elettiva o per motivi

religiosi, hanno due possibilità: o sottoscrivere una polizza assicurativa privata riconosciuta in Italia contro il rischio di malattie e infortunio e per la tutela della maternità, o iscriversi volontariamente al SSN pagando una quota fissa annuale variabile secondo la tipologia del permesso (per gli studenti la quota annuale è di € 149,77; per le persone alla pari è di € 214,33). Con l'iscrizione volontaria al SSN possono essere assistiti anche eventuali figli a carico, i quali possono usufruire – se minori di anni 14 - del pediatra di libera scelta. Questa iscrizione ha validità annuale e deve perciò essere rinnovata.

Gli stranieri con permesso di soggiorno di breve durata (per esempio per affari o per turismo) devono avere una assicurazione privata o altrimenti pagare per intero tutte le cure e/o le prestazioni eventualmente ricevute. Queste ultime categorie non possono quindi iscriversi al SSN.

☒ Senza permesso di soggiorno

Anche agli stranieri irregolari (privi cioè di permesso di soggiorno in corso di validità), sono comunque assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia, infortunio, e gli interventi di medicina preventiva.

In particolare sono garantiti:

- ☒ la tutela della gravidanza e della maternità;
- ☒ la tutela della salute del minore;
- ☒ le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale;
- ☒ la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

L'erogazione di queste prestazioni è legata ad una tessera / codice STP (straniero temporaneamente presente) o ENI (Europeo Non Italiano) rilasciabile dalle aziende sanitarie.

Per cure essenziali si intendono “le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve

termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti)”. Nel caso in cui gli stranieri siano indigenti le prestazioni di cui ai punti precedenti sono assicurate senza spese a loro carico, ad eccezione dei casi in cui, anche per gli altri stranieri regolari e per gli italiani, sia previsto il pagamento del ticket. L’indigenza deve essere dichiarata compilando un apposito modulo (allegato alla circolare ministeriale) e può essere riconosciuta solo in presenza di redditi inferiori all’importo annuale dell’assegno sociale.

La legge vieta alle strutture sanitarie di segnalare alla autorità di polizia la presenza di irregolari (tranne nei casi in cui sia obbligatorio il referto anche per gli italiani).

☒ Stranieri in Italia per cure mediche

Gli stranieri, non ricompresi nella categoria “Cittadini dei Paesi Europei o dei Paesi con accordi bilaterali(transfrontalieri)”, che vengono in Italia per cure mediche devono prima ottenere un visto di ingresso e un permesso di soggiorno per cure mediche. Per ottenerlo occorre che siano soddisfatti una serie di requisiti e adempimenti di natura giuridico amministrativa (dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata acerditata, che indichi il tipo di cura e la presumibile durata), economica (versamento alla stessa struttura di un deposito cauzionale pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste), e sociale (documentazione comprovante disponibilità di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l’assistito e per l’eventuale accompagnatore)

Riferimenti normativi: D.Lgs. 25.7.1998, n.286 artt.34-36; D.P.R. 31.8.1999 n.394; circolare Ministero della Sanità n. 5 del 24.3.2000

-> INDICE

**ASSEGNO PER
SOGGETTI
AFFETTI DA
T.B.C.**

L'INPS corrisponde un assegno mensile ai malati di TBC che ne facciano richiesta e che si trovino nelle seguenti condizioni:

- ☒ abbiano lavorato alle dipendenze, pagando per almeno un anno i contributi TBC;
- ☒ siano familiari a carico di lavoratori che hanno pagato i contributi TBC.

Per gli ammalati che non hanno pagato contributi TBC e non sono a carico di lavoratori che hanno pagato i contributi, l'indennità è corrisposta dalle ASL.

Riferimenti normativi: Legge n. 88 del 1987

-> INDICE

**AUSILI E
PRESIDI
RICOMPRESI
NEL D.M.
28/12/1992**

Il Servizio Sanitario Nazionale fornisce a titolo gratuito ausili e presidi per invalidi già riconosciuti ed a coloro in attesa di riconoscimento dell'invalidità (carrozzelle, lettini ortopedici, materassi antidecubito, apparecchi per ossigenoterapia, pompe per la nutrizione, busti ortopedici, etc.).

Il S.N.N. fornisce, altresì, a titolo gratuito la protesi mammaria esterna alle assistite che ne facciano richiesta, dietro presentazione di idonea documentazione dell'intervento di mastectomia sia monolaterale che bilaterale.

**Riferimenti normativi: Decreto Ministero della Sanità 28/12/1992;
Legge n. 449 del 27/12/1997 (art.37)**

AUTO
CERTIFICA-
ZIONE

-> INDICE

Al fine di semplificare il rapporto tra il cittadino e la Pubblica Amministrazione la legge 15/5/1997, n.127 e il successivo D.P.R. 28/12/2000, n.445 hanno ampliato la possibilità di utilizzo delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.

Grazie alle disposizioni del D.P.R. n. 445/00, invece di produrre un certificato o un atto notorio il cittadino può autocertificare situazione, fatti o qualità personali per sè o per soggetti terzi.

Possono essere autocertificati mediante dichiarazioni sostitutive di certificazioni : le informazioni di carattere personale ed anagrafico (data e luogo di nascita, cittadinanza, residenza etc.); le iscrizioni in albi o ad ordini professionali, la situazione reddituale, l'assolvimento degli obblighi contributivi, l'assenza di condanne penali e la dichiarazione di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

I fatti non compresi tra quelli oggetto di dichiarazioni sostitutive di certificazioni possono essere comprovati invece mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

La dichiarazione, quando è resa nell'interesse proprio del dichiarante, può riguardare anche qualità personali, stati o fatti relativi ad altri soggetti, dei quali il dichiarante abbia diretta conoscenza.

Riferimenti normativi: Legge 4/1/1968 n. 15; Legge 15/5/1997, n. 127; D.P.R. 28/12/2000, n. 445



CARTA
DEI
SERVIZI

-> INDICE

La Carta dei Servizi è il documento che le strutture sanitarie pubbliche e accreditate sono tenute ad adottare affinché sia garantita al cittadino possibilità di verifica diretta sulla quantità e qualità dei servizi erogati.

In particolare gli enti erogatori:

- ☒ adottano gli standard di quantità e qualità del servizio e ne assicurano il rispetto;
- ☒ pubblicizzano gli standards adottati, ne informano il cittadino, verificano il grado di soddisfazione degli utenti;
- ☒ garantiscono il rispetto degli standards adottati, assicurando al cittadino specifiche forme di rimborso nel caso in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore per qualità e tempestività allo standard pubblicato.

La Carta inoltre deve prevedere le modalità, da pubblicizzare nei modi più opportuni, attraverso le quali i cittadini possano facilmente accedere alle procedure di reclamo per la violazione del principio di trasparenza ed efficacia della Pubblica Amministrazione.

Riferimenti normativi: Legge n. 241 del 7/8/1990; Circolare Min. Sanità 100/SCPS/3 5697 del 31/10/1991; Direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/1/1994 e 11/10/1994; Linee Guida del Ministero della Sanità n. 2/95; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19/5/1995

CARTELLA CLINICA

La cartella clinica è il documento ufficiale che attesta, giorno per giorno, il decorso dello stato di salute del paziente ricoverato, gli interventi diagnostici e terapeutici a cui esso viene sottoposto.

Costituendo un documento ufficiale della situazione di salute del paziente ricoverato la cartella clinica deve contenere una serie di informazioni obbligatorie:

- ☒ generalità complete del paziente;
- ☒ diagnosi di entrata
- ☒ anamnesi personale e familiare
- ☒ esame obiettivo
- ☒ accertamenti laboratoristici e specialistici
- ☒ diagnosi
- ☒ terapie praticate
- ☒ esiti e postumi

Diritto di accesso alla cartella clinica

Il paziente ricoverato e il medico di famiglia hanno diritto di prendere visione della cartella clinica anche durante il ricovero.

Dopo le dimissioni il paziente ha diritto a ottenere copia della cartella clinica in tempi ragionevolmente brevi. A meno che le normative regionali e/o le singole aziende non abbiano previsto termini più brevi, vale il termine generale.

Soggetti responsabili

Responsabile della compilazione della cartella clinica è il primario della struttura di ricovero. Responsabile del rilascio e della archiviazione è il direttore sanitario.

Soggetti legittimati alla richiesta

Oltre all'interessato possono chiedere la cartella clinica i parenti forniti di delega (la qualità di delegato può essere autocertificata), le persone che hanno la tutela giuridica del malato, in caso di morte del paziente i suoi eredi.

Documentazione accessoria

Il paziente può richiedere la duplicazione o la visione di tutte le informazioni sanitarie acquisite durante il ricovero sul proprio stato di salute e non presenti in cartella (lastre, filmati etc.) nei limiti e con i vincoli che eventualmente possono essere posti dalla azienda ospedaliera (che rimane comunque giuridicamente la proprietaria dei supporti fisici delle informazioni).

Nel caso di documentazione non replicabile il paziente può essere infatti tenuto a versare una cauzione e/o a sottoscrivere una liberatoria.

Costi di riproduzione della cartella clinica e della documentazione accessoria

I costi di riproduzione della cartella clinica non possono superare il mero rimborso dei costi vivi sopportati dalla azienda.

Diniego o ritardo nella consegna della cartella

La visione o il rilascio della cartella clinica non può essere rifiutato. Al rifiuto o il ritardo può essere opposta una diffida. Nei casi più gravi può essere presentata denuncia penale per omissione di atti di ufficio ai sensi dell'art. 328 C.P.

Riferimenti normativi: Decreto Presidente della Repubblica n. 128 del 27/10/1969 art. 5; Legge n. 241 del 7/8/1990.

-> INDICE

CENTRO
EDUCAZIONE
MOTORIA

Per l'inserimento dei pazienti occorre la richiesta del medico specialista di pertinenza nosologica che attesti la necessità della riabilitazione. Il paziente non deambulante ha diritto alla prestazione domiciliare.

La richiesta dev'essere inoltrata al Centro Educazione Motoria operante nella zona in cui risiede l'assistito. Il servizio puo' essere erogato anche attraverso istituti accreditati.

Riferimento normativi: Legge n. 833 del 1978 (art. 26); D. Lgs. 502/92 (art. 8 comma 5); Legge Regione Liguria n. 19 del 1994

-> INDICE

CODICE
FISCALE

Il codice fiscale è l'identificativo per l'assistenza sanitaria pubblica ed è riportato sulla Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), tesserino magnetico azzurro.

Riferimenti normativi: Legge n. 37 del 1/2/1989; Circ. Ministero delle Finanze n 4 del 20/1/1990.

-> INDICE

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

E' tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cure nel rispetto di:

- a) tutela della dignita' e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione,
- b) tutela e promozione della qualita' della vita fino al suo termine;
- c) adeguato sostegno sanitario e socioassistenziale della persona malata e della famiglia.

Riferimenti normativi: Legge n. 38/2010.

-> INDICE

DETENUTI - DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA

I soggetti (cittadini italiani e no) detenuti in carcere hanno diritto all'assistenza sanitaria da parte del SSN.

Per tutte le prestazioni non usufruibili presso le infermerie penitenziarie (la cui gestione è comunque affidata alle Asl) i detenuti possono ottenere, previo provvedimento della magistratura di sorveglianza, un permesso sanitario per trattamenti diagnostici e terapeutici nelle strutture pubbliche e/o accreditate.

Riferimenti normativi D.Lgs. 22/6/1999, n. 230

DIRITTO
ALL'ASSISTENZA
RELIGIOSA

Presso le strutture sanitarie deve essere assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del degente.

Riferimenti normativi: Legge n. 833 del 23/12/1978; Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 (art.10); Decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 19/5/1995

DIRITTO DI
ACCESSO AI
DOCUMENTI
AMMINISTRATIVI

Il cittadino può esercitare il diritto di accesso ai documenti amministrativi ed ottenere indicazioni delle pubblicazioni contenenti le notizie, esibizione di documenti, estrazione di copie, ove abbia interesse personale e concreto per tutela di situazioni giuridicamente rilevanti.

Il procedimento di accesso deve concludersi nel termine di 30 giorni, a meno che le amministrazioni non abbiano specificatamente previsto un termine diverso.

Riferimenti normativi: Legge n. 241 del 7/8/1990; Decreto Presidente della Repubblica n. 352 del 27/6/1992

-> INDICE

**DIRITTO DI
CONOSCERE IL
PROPRIO
STATO DI
SALUTE**

I cittadini che usufruiscono delle strutture sanitarie hanno diritto di ottenere dai medici un'informazione in termini comprensibili riguardante la diagnosi, anche provvisoria, e la prognosi. L'utente può indicare le persone di propria fiducia a cui deve essere fornita l'informazione sul proprio stato di salute e tra queste il proprio medico curante.

Nel caso di ricovero, all'atto della dimissione, i responsabili dell'equipe curante devono fornire una relazione scritta per il medico di fiducia con ogni utile indicazione sullo stato di salute del paziente dimesso e, in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti praticati e sulle loro risultanze, sulle condizioni diagnostiche e di prognosi, nonché sulle eventuali indicazioni terapeutiche.

I pazienti hanno, altresì, diritto a ricevere i certificati e le cartelle cliniche da parte di un medico designato dall'interessato o dalla struttura sanitaria.

Tale garanzia, ai sensi dell'art. 23 c. 2 L. 675/96 e del D. Lgs. 196 del 30/6/2003, è mirata a fornire al paziente la più serena ed idonea informazione sulla sua salute, anche in base al livello di cultura e di emotività, in linea con quanto previsto dal codice deontologico dell'Ordine dei Medici. Se i pazienti non possono recarsi direttamente a ritirare i referti, è sufficiente una delega scritta ai congiunti che consentirà loro di farsi consegnare i certificati in busta chiusa.

Questa dovrà anche contenere il referto con eventuali spiegazioni del medico e l'indicazione delle modalità attraverso cui è possibile ottenere ulteriori chiarimenti.

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 (art. 8); Legge n. 675 del 31/12/1996 (art. 22, 23, 27)

Il distretto è una articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della azienda sanitaria.

L'obiettivo primario del distretto è la riorganizzazione dei servizi territoriali in funzione del bisogno della persona e della famiglia per assicurare una rete integrata e flessibile dei servizi.

In quest'ottica il distretto deve costituire la "porta d'accesso unificata" alla rete dei servizi sanitari (aziendali ed extra aziendali) per il tramite dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

In particolare il distretto assicura continuità assistenziale al paziente fragile e all'anziano affetto da patologie crónico-degenerative con lo scopo di migliorarne la qualità della vita e, al contempo, ridurre i costi legati alla ospedalizzazione.

Il distretto inoltre garantisce ed eroga:

- ☒ attività o servizi per la prevenzione e cura delle tossicodipendenze;
- ☒ attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- ☒ attività o servizi rivolti ai disabili e anziani e pazienti psichiatrici;
- ☒ attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- ☒ attività o servizi per le patologie da HIV e per patologie in fase terminale;
- ☒ assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale);
- ☒ assistenza farmaceutica;
- ☒ assistenza specialistica ambulatoriale;
- ☒ assistenza territoriale e semiresidenziale;
- ☒ assistenza residenziale sanitaria.

-> INDICE

DONAZIONE DI
SANGUE,
PIASTRINE,
PLASMA

I donatori di sangue, di piastrine, di plasma hanno diritto di usufruire di riposo retribuito per la giornata in cui avviene la donazione; occorre informare preventivamente il proprio datore di lavoro (salvo nei casi di urgente necessità) e presentare allo stesso il certificato rilasciato dopo la donazione dal centro trasfusionale.

Riferimenti normativi: Legge n. 107 del 4/5/1990 (art. 13)

-> INDICE

GUARDIA MEDICA
- SERVIZIO DI
CONTINUITA'
ASSISTENZIALE

Il servizio di continuità assistenziale, più noto come guardia medica, ha lo scopo di intervenire nei giorni e nelle ore in cui il medico di medicina generale non è in servizio: urgenze notturne, festive, prefestive, interventi domiciliari e territoriali.

Il servizio si effettua nei seguenti orari:

- ☒ dalle ore 08.00 del giorno prefestivo alle ore 08.00 del giorno successivo al festivo;
- ☒ dalle ore 20.00 alle ore 08.00 di tutti i giorni feriali.

Tra i compiti del medico di guardia medica:

- ☒ la prescrizione di farmaci e terapie d'urgenza della durata massima di 72 ore;
- ☒ la proposta di ricovero ospedaliero;
- ☒ il rilascio di certificati con durata fino ad un massimo di tre giorni per i lavoratori che non hanno possibilità di rivolgersi al proprio medico di famiglia;
- ☒ la constatazione dei decessi (certificato di presunto decesso e non di dichiarazione di morte)

Riferimenti normativi: Decreto Presidente della Repubblica n. 292 del 8/6/1987

Abbattimento barriere architettoniche

Per ottenere la contribuzione alle spese per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle abitazioni dei portatori di handicap occorre rivolgere domanda al Comune dove è ubicato l'immobile. I proprietari di immobili che desiderino eseguire modifiche a vantaggio

di inquilini portatori di handicap, possono usufruire di contributi da parte del Comune, purché presentino il progetto, approvato dall'assemblea dei condomini, corredato dal certificato medico comprovante l'handicap.

In ogni caso, in base alla deliberazione regionale n. 830 del 2/3/1989, che ne fa richiesta al Servizio Anziani Handicappati presso la ASL di appartenenza, ha diritto all'installazione di un sistema di montascale mobile a totale carico del S.S.N..

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 830 del 2/3/1989; Decreto Presidente della Repubblica n. 503 del 24/7/1996

Assistenza all'estero

Per i soggetti portatori di handicap, bisognosi di prestazioni di altissima specializzazione all'estero, è previsto, qualora non sia necessaria l'ospedalizzazione, il rimborso delle spese di soggiorno dell'assistito e dell'accompagnatore in alberghi o strutture collegate col centro di cura.

Il parere per il rimborso viene rilasciato dalla Commissione tecnico-amministrativa, istituita presso la Regione.

Riferimenti normativi: Legge n. 104 del 5/2/1992 (art. 11); Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 2225 del 5/7/1996; Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 4227 del 23/10/1997

Handicap psicofisico

I portatori di handicap psico-fisico grave o gravissimo hanno diritto, in caso di ricovero in ospedale, alla riserva di idonei locali conformi, per comfort ed agibilità, a quelli della casa di salute o a camere speciali.

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 4789 del 6/11/1986

Parcheggi per portatori di handicap

La domanda va inoltrata al Comune di residenza con allegata documentazione, rilasciata dalla ASL di appartenenza, attestante la ridotta deambulazione che impedisce l'uso del mezzo pubblico. Dai Comuni viene rilasciato lo speciale contrassegno che deve essere apposto sulla parte anteriore del veicolo ed ha validità su tutto il territorio nazionale.

Riferimenti normativi: Decreto Presidente della Repubblica n. 495 del 16/12/1992; D.P.R. n. 503 del 24/7/1996

INDENNIZZO PER
SOGGETTI
DANNEGGIATI A
SEGUITO DI
TRASFUSIONI E
SOMMINISTRAZIONE
DI EMODERIVATI

-> INDICE

Chiunque presenti danni irreversibili da epatiti o HIV a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni o da somministrazione di emoderivati, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, consistente in un assegno non reversibile.

La domanda deve essere inoltrata al Ministro della Sanità, tramite la ASL territorialmente competente, entro il termine perentorio di 3 anni nel caso di epatiti posttrasfusionali o di 10 anni nel caso di infezioni da HIV.

Riferimenti normativi: Legge n. 210 del 25/2/1992 e successive modifiche e integrazioni.



INVALIDI

-> INDICE

A decorrere dall' 1 gennaio 2010 le domande per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS esclusivamente per via telematica.

1: cittadino si reca dal medico certificatore. La “certificazione medica” può essere compilata dal medico solo on-line, sul sito internet dell'istituto www.inps.it. Il medico, dopo l'invio telematico del certificato, consegna al cittadino la stampa firmata, che dovrà essere esibita all'atto della visita, e la ricevuta di trasmissione con il numero di certificato. L'elenco dei medici certificatori accreditati in possesso di PIN è pubblicato sul sito internet.

2: Il cittadino, in possesso del PIN, compila la “domanda” esclusivamente on-line collegandosi sul sito internet dell'INPS www.inps.it e abbina il numero di certificato indicato sulla ricevuta di trasmissione rilasciata dal medico certificatore entro il termine massimo di 30 giorni.

3: La domanda e il certificato abbinato sono trasmessi all'INPS telematicamente. L'avvenuta ricezione della domanda è attestata dalla ricevuta rilasciata dalla stessa procedura. L'INPS trasmette telematicamente la domanda alla ASL.

4: Per gli utenti che incontrano difficoltà nella gestione informatica, si suggerisce avvalersi dei Patronati, la cui assistenza è gratuita per alcuni di essi.

**Riferimenti normativi: art. 20 D.L. 78/2009
(Circolare INPS n° 131 del 28/12/2009)**

Riconoscimento invalidità civile

La domanda per il riconoscimento di invalidità civile deve essere inoltrata

alla Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile della ASL di residenza.

Qualora l'istante sia minore di 18 anni o interdetto, la suddetta domanda dev'essere sottoscritta dal legale rappresentante (ai sensi della L. n. 15 del 4/1/1968), alla presenza di due testimoni idonei (ai sensi dell'art. 5 della L. n. 390 del 11/5/1971).

La visita deve essere disposta entro 30 giorni dalla data di presentazione dell'istanza (D.P.R. n. 698 del 21/9/94), ed entro 15 giorni per pazienti con patologia oncologica (legge n° 1080 del 09/03/2006).

Per il riconoscimento delle seguenti invalidità si indicano i riferimenti normativi vigenti:

Invalidità civile

L.n. 118 del 30/3/1971 e successive modifiche ed integrazioni;

Ciechi civili

L.n. 382 del 27/8/1970 e successive modifiche ed integrazioni;

Sordomuti

L.n. 381 del 26/5/1970 e successive modifiche ed integrazioni;

Persone handicappate

L.n. 104 del 5/2/1992.

In caso di diniego del riconoscimento di invalidità civile da parte della Commissione Medica occorre inoltrare entro 60 giorni dalla data di notifica, un ricorso al Ministero del Tesoro. La pensione viene concessa in alternativa ad altro trattamento pensionistico (pensione sociale o da attività lavorativa).

Portatori di handicap

Valgono le medesime modalità di richiesta, previste per l'invalidità civile.

E' possibile richiedere contemporaneamente il riconoscimento dello stato di handicap e quello di invalido (o cieco o sordomuto), utilizzando lo stesso modulo.

Gli accertamenti verranno effettuati mediante una'unica visita.

Riferimenti normativi: Legge n. 15 del 4/1/1968; Legge n. 381 del 26/5/1970; Legge n. 382 del 27/5/1970; Legge n. 118 del 30/3/1971; Legge n. 390 del 11/5/1971; Legge n. 104 del 5/2/1992; D.P.R. n. 698 del 21/9/94).

Indennità di accompagnamento

Viene concesso a chi ha l'invalidità del 100%. La domanda deve essere inoltrata alla ASL di residenza.

La domanda deve essere obbligatoriamente formulata sul modulo predisposto dal Ministero degli Interni (disponibile presso i patronati, le sedi territoriali delle unità operative di Medicina Legale, presso gli URP).

Alla domanda deve essere allegato:

- 1: certificato medico, in originale, con diagnosi espressa in maniera chiara e precisa;
- 2: in caso di richiesta di accertamento di aggravamento, il certificato medico, oltre alla diagnosi espressa con chiarezza e precisione, deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente, e deve essere corredato da idonea certificazione sanitaria;
- 3: documentazione sanitaria integrativa, proveniente sia da strutture pubbliche, che private, a supporto di quanto attestato nel certificato medico.

Tutti i dati anagrafici possono essere autocertificati, allegando fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.

Ove l'esito della valutazione fosse negativo o non soddisfacente è possibile

inoltrare ricorso contro le valutazioni effettuate dalle Commissioni mediche dell'ASL o dalla Commissione medica di verifica, entro 60 gg. dalla notifica del verbale, alla Commissione medica superiore e di invalidità civile del Ministero dell'Economia (via Casilina, 3 00182 ROMA). Trascorsi 180 giorni dalla ricezione del ricorso, il silenzio del Ministero può essere considerato silenzio-rifiuto ed è quindi possibile rivolgersi al Tribunale, avvalendosi di un legale o tramite un patronato.

L'assegno di accompagnamento è cumulabile con quello speciale concesso ai ciechi civili.

Riferimenti normativi: L. n. 118/71, D.L. n. 292 del 20/7/1989; Legge n. 429/1991.

Assunzione obbligatoria

La legge disciplina l'inserimento di invalidi civili e di guerra in aziende pubbliche e private.

L'inserimento avviene secondo parametri risultanti dal tipo di invalidità e dalle percentuali di rapporto tra lavoratori in servizio e invalidi da assumere.

Riferimenti normativi: Legge n. 482 del 2/4/1968.

Indennità di frequenza per minori

I minori invalidi hanno diritto all'indennità di frequenza per trattamenti riabilitativi, terapeutici o scolastici. La domanda deve essere inoltrata alla ASL. L'indennità mensile è limitata alla reale durata del trattamento sanitario o della frequenza scolastica ed è incompatibile con il godimento dell'assegno di accompagnamento.

Riferimenti normativi: Legge n. 289 del 11/11/1990.

LIVELLI
ESSENZIALI DI
ASSISTENZA
(LEA)

-> INDICE

L'art. 1 del decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni prevede che il Servizio sanitario nazionale assicuri attraverso risorse finanziarie pubbliche i livelli essenziali di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi:

- ☒ della dignità della persona;
- ☒ del bisogno di salute;
- ☒ dell'equità nell'accesso alla assistenza;
- ☒ della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
- ☒ dell'economicità nell'impiego delle risorse.

L'offerta di prestazioni sanitarie a carico del servizio pubblico non copre perciò "in tutto e per tutto" la tutela del bene salute, ma è limitata ai cosiddetti livelli essenziali.

Sulla base del composito criterio dell' essenzialità viene così operata una prima razionalizzazione dell'offerta sanitaria pubblica che è allo stesso tempo un primo logico razionamento dell'offerta pubblica.

Nel gennaio 2017 è stata operata una modifica che inserisce alcune novità, le cui principali sono le seguenti:

- ☒ individua tutte le prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA) che saranno erogate a carico del SSN in regime di assistenza specialistica ambulatoriale (fino ad oggi solo in regime di ricovero).
- ☒ rivede profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica e, per ogni singola prestazione, fa riferimento ad un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni.
- ☒ introduce la consulenza genetica, che consente di spiegare al paziente l'importanza ed il significato del test al momento dell'esecuzione, le implicazioni connesse al risultato al momento della consegna del referto e, eventualmente, di fornire allo stesso il sostegno necessario per affrontare situazioni spesso emotivamente difficili.

-
- ☒ introduce nuove prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile, gammaknife e radiochirurgia stereotassica e cyberknife o radiochirurgia stereotassica robotizzata, tomografia retinica (OCT).
 - ☒ introduce nuovi esami di laboratorio tra cui indagini per la diagnosi di malattie metaboliche rare e aggiorna gli esami per la malattia celiaca.
 - ☒ inserisce nuovi apparati tecnologici in assistenza protesica.

Riferimenti normativi: D.P.C.M. 29/11/2001; deliberazione Giunta Regionale della Liguria n. 839 del 26/7/2002.

Servizio di Salute Mentale (SMM)

Il SSM - presente in ogni ASL - svolge le funzioni preventive, curative e riabilitative per le patologie psichiatriche in collaborazione con il Servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC) e con il complesso dei servizi sanitari e sociali esistenti nell'ambito territoriale della ASL.

Strutture intermedie

Le strutture intermedie sono ricomprese nel SSM e costituiscono un insieme di risorse e strutture residenziali decentrate sul territorio al fine di garantire un maniera articolata e flessibile le esigenze terapeutiche, riabilitative ed assistenziali degli utenti psichiatrici.

Sono strutture intermedie:

1. la comunità terapeutica (struttura residenziale destinata ad ospitare soggetti affetti da grave patologia psichica);
2. il centro diurno (struttura destinata ad ospitare soggetti che, pur conservando una propria autonomia, necessitano durante il giorno di interventi terapeutici riabilitativi e di socializzazione);
3. la comunità alloggio di utenza psichiatrica (struttura terapeutico-riabilitativa destinata ad ospitare soggetti non completamente autonomi, in alternativa al ricovero ospedaliero).

Ricovero in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Per i malati di mente il ricovero viene disposto quando:

1. il non intervento terapeutico comporterebbe gravi ed ulteriori danni alla salute;
2. il paziente rifiuta di sottoporsi volontariamente al trattamento;
3. le cure non possono essere effettuate in strutture sanitarie extra

ospedaliere.

La proposta di trattamento viene fatta dal medico della ASL. Il TSO è disposto con ordinanza motivata del sindaco, notificato, entro le 48 ore successive al ricovero, al Giudice tutelare che - nelle successive 48 ore - convalida il ricovero; in caso di mancata convalida il TSO è immediatamente sospeso. Contro la decisione del Giudice tutelare è ammesso ricorso al Tribunale.

Il trattamento dura di norma 7 giorni; può essere prolungato dal sindaco su richiesta motivata del medico responsabile del servizio psichiatrico e nuovamente convalidato dal Giudice tutelare.

Nel corso del trattamento il malato ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Riferimenti normativi: Legge n. 833 del 23/12/1978; Legge Regione Liguria n. 39 del 4/8/1988; Progetto “Obiettivo Tutela Salute Mentale” 1992.

Il medico di medicina generale (altresi comunemente chiamato medico di famiglia o medico di base) è il professionista del SSN con il quale il cittadino ha il rapporto più costante e continuo nel tempo. Per la conoscenza che ha della storia sanitaria individuale, della situazione psicologica e sociale dei suoi assistiti, per la possibilità cioè di inquadrare al

meglio lo stato di salute e il suo decorso nel tempo, il medico di medicina generale riveste un ruolo fondamentale nel S.S.N.

Compiti del medico di medicina generale

Il medico deve fornire prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura:

1) Visita medica generale.

Il medico, oltre a garantire l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, deve interessarsi dell'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti non trasportabili, assistenza nei confronti di utenti ospiti di case e residenze protette; nell'assistenza domiciliare integrata, può seguire il paziente in ospedale.

2) Prestazioni di particolare impegno professionale.

Possono essere eseguite sia in ambulatorio che a domicilio; sia senza autorizzazione sanitaria (es. medicazioni, rimozioni di punti, ecc.) che con autorizzazione sanitaria (es. ciclo di fleboclisi, iniezioni endovenose, ecc.)

3) Prescrizione di farmaci.

Il medico può rinnovare la prescrizione anche in assenza del paziente, deve annotare il diritto all'esenzione sulla ricetta. Per i presidi sanitari deve fare la richiesta una volta all'anno.

4) Richiesta di visita specialistica.

Il medico che lo ritenga opportuno può richiedere la visita o l'indagine specialistica. La richiesta deve essere corredata dalla diagnosi o dal

sospetto diagnostico.

La visita specialistica, previa autorizzazione della ASL, può essere attuata su richiesta motivata dal medico di famiglia, anche presso il domicilio del paziente.

5) Proposta di ricovero ospedaliero.

6) Prestazioni di carattere certificativo e medico-legale.

Questo servizio è svolto gratuitamente per i seguenti certificati:

a) certificato di malattia;

b) certificato per la scuola (asilo nido, materna, dell'obbligo e secondaria);

c) certificato di idoneità sportiva non agonistica per le attività sportive scolastiche, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica (per attività sportive non agonistiche, non scolastiche è dovuto l'importo di € 25,82=);

d) richiesta di visita specialistica per esenzione da ticket.

Sono a pagamento tutti gli altri.

Il medico, per casi particolari, ove lo ritenga necessario, segnala ai servizi sociali sul territorio, l'esigenza di intervento sociosanitario.

I medici possono anche prestare assistenza nei confronti dei non residenti, sia ambulatoriamente che a domicilio, compensati direttamente dall'assistito (€ 15,49= visita ambulatoriale; € 25,82= visita a domicilio).

Nei confronti dei cittadini stranieri che esibiscono un documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico, le prestazioni sono gratuite.

Ambulatorio, orari

Il medico svolge attività nel proprio ambulatorio per cinque giorni la settimana. Le visite domiciliari devono essere eseguite nel corso della giornata, se richieste prima delle ore 10.00, dopo tale ora devono essere effettuate entro le ore 12.00 del giorno successivo.

La chiamata urgente deve essere soddisfatta nel più breve tempo possibile. Nei giorni prefestivi e festivi e nelle ore notturne (ore 20.00 – 08.00) per urgenze il cittadino può rivolgersi al servizio di continuità assistenziale.

Scelta e revoca del medico

Il cittadino sceglie direttamente il medico di fiducia per sé e per i suoi familiari presso l'ufficio della competente ASL del territorio di residenza. Si può avere, in deroga, l'assistenza di un medico iscritto fuori dal proprio comune di residenza per ragioni di migliore viabilità o di vicinanza al luogo di lavoro. Nell'ambito familiare vi può essere la scelta del medico anche in deroga al massimale di pazienti previsto. La scelta ha validità annuale e, salvo revoca, è tacitamente rinnovata.

Per i non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di tre mesi al massimo di un anno (prorogabile), previa cancellazione del medico precedente. Al rientro al proprio domicilio, il cittadino che ha soggiornato all'estero oltre 30gg. automaticamente potrà usufruire dell'assistenza del medico precedente.

Riferimenti normativi: Decreto Presidente della Repubblica del 22/7/1996, n.484,. Decreto Presidente della Repubblica 28/7/2000 n. 270; art. 22 Accordo Regione Liguria/ASL/ Medici di Medicina generale.

Trasporto con propria autovettura

I dializzati che si avvalgono della propria autovettura per recarsi presso il centro dove viene effettuata la seduta di emodialisi, devono presentare per ottenere un contributo, la seguente documentazione:

- ☒ la dichiarazione che attesti la necessità del trasporto privato, redatta da un medico del reparto;
- ☒ documentazione della spesa sostenuta (buoni acquisto benzina, ticket autostradali)
- ☒ dichiarazione sull'uso dell'autovettura.

I pazienti nefropatici hanno diritto al rimborso da parte della Regione dei prodotti apoteici acquistati.

I riferimenti normativi e le disposizioni richiamate mantengono la loro validità ma, alla luce della dichiarazione del SSN di momentanea indisponibilità di risorse economiche, si consiglia di rivolgersi all'Ufficio Relazione Pubbliche della ASL di appartenenza o al nostro centro più vicino.

Al fine della richiesta del rimborso della spesa sostenuta, conservare le ricevute.

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 28 del 27/8/1987 (art.2). Deliberazione G. Reg. Liguria del 8/3/02; Deliberazione G. Reg. Liguria del 30/01/2009 n. 74 .

PATOLOGIE
CRONICHE E
INVALIDANTI
CHE DANNO
DIRITTO
ALL'ESENZIONE

Il diritto all'esenzione sulle prestazioni legate a patologie croniche e invalidanti viene riconosciuto dalle ASL in relazione alla presenza di condizioni morbose di particolare gravità, rientranti nell'elencazione di cui al D.M. 28/5/1999, n.329 e successive modifiche e integrazioni.

Il riconoscimento è effettuato dalla ASL dietro certificazione delle proprie strutture, di strutture pubbliche o del verbale di invalidità.

In presenza di patologie cosiddette "rare" la certificazione deve essere effettuata dalla rete dei centri interregionali di riferimento.

Le condizioni morbose che danno diritto al ticket sono le seguenti:

- ☒ acromegalia e gigantismo
- ☒ affezioni del sistema circolatorio
- ☒ anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione
- ☒ anoressia nervosa
- ☒ artrite reumatoide
- ☒ asma
- ☒ bulimia
- ☒ cirrosi epatica
- ☒ cirrosi biliare
- ☒ colite ulcerosa e malattia di Crohn
- ☒ demenze
- ☒ diabete insipido
- ☒ diabete mellito
- ☒ dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcol
- ☒ epatite cronica
- ☒ epilessia (sindrome di Lennox – Gastaut esclusa)
- ☒ fibrosi cistica
- ☒ glaucoma
- ☒ infezione da HIV
- ☒ insufficienza cardiaca (N.Y.H.A., classe III e IV)
- ☒ insufficienza corticosurrenale cronica
- ☒ insufficienza respiratoria cronica
- ☒ ipercolesterolemia familiare eterozigote tipo IIa e IIb; ipercolesterolemia

primitiva poligenica; ipercolesterolemia familiare combinata; iperproteinemia di tipo III

- ☒ iperparatiroidismo, ipoparatiroidismo
- ☒ ipotiroidismo congenito, ipotiroidismo acquisito grave
- ☒ lupus eritematoso sistemico
- ☒ malattia di Alzheimer
- ☒ malattia di Sjogren
- ☒ ipertensione arteriosa
- ☒ malattia celiaca
- ☒ malattia o sindrome di Cushing
- ☒ miastenia grave
- ☒ morbo di Basedow e altre forme di ipertiroidismo
- ☒ morbo di Buerger
- ☒ morbo di Paget
- ☒ morbo di Parkinson e altre malattie extrapiramidali
- ☒ nanismo ipofisario
- ☒ neonati prematuri, immaturi, a termine con ricovero di terapia intensiva neonatale
- ☒ neuromielite ottica
- ☒ pancreatite cronica
- ☒ psicosi
- ☒ psoriasi
- ☒ sclerosi multipla
- ☒ sclerosi sistemica progressiva
- ☒ soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto
- ☒ soggetti affetti da pluripatologie che abbiano determinato grave e irreversibile compromissione di più organi e/o apparati e riduzione dell'autonomia personale correlata all'età risultante dall'applicazione di convalidate scale di valutazione delle capacità funzionali
- ☒ soggetti in attesa di trapianto o sottoposti a trapianto
- ☒ soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici
- ☒ spondilite anchilosante
- ☒ tubercolosi attiva bacillifera
- ☒ tiroide di Hashimoto

Riferimenti normativi: D.M. 28/5/1999, n. 329

Occorre la richiesta del medico di base per tutte le branche specialistiche, eccezione fatta per: odontoiatria, ginecologia, psichiatria, oculistica, per quest'ultima limitatamente alle prestazioni optometriche (vedi sotto la voce Medico di medicina generale).

In base all'art. 3 comma 8 della L. 23/12/1994 n. 724, il cittadino può chiedere, in applicazione dell L. n.241/90, alla direzione Sanitaria notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa. A tal fine le ASL, le Aziende ed i presidi ospedalieri sono obbligati a tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari.

Gli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale devono essere eseguiti entro i parametri previsti dalla normativa in vigore.

I NUOVI CODICI DI PRIORITA' PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

- U= visita prenotabile dal MMG eseguibile entro 72h;
- B= Visita eseguibile entro 10gg;
- D=Visita eseguibile entro 30 gg (prorogabile a 60 gg);
- P= visita eseguibile senza urgenza

(Riferimenti normativi: Comunicato stampa G.R. 2006 ; DGR n.545, 20/05/2011)

Ove non fosse possibile rispettare i termini di legge, l'assistito può chiedere di eseguirle in regime di accreditamento c/o strutture private. Gli esami di pertinenza specialistica (doppler, ecocardiogramma, florangiografia, TAC cerebrale, etc..) debbono in genere essere richiesti dallo specialista.

Lo specialista che presti la propria attività per l'Azienda o la ASL prescrive, altresì, direttamente accertamenti, strumentali e non, di carattere specialistico evidenziando il dubbio o quesito diagnostico, nonché fornendo ogni altro dato utile a qualificare l'indagine ed abbreviare il tempo di diagnosi.

I pazienti allettati, con impossibilità di deambulare, su richiesta del medico curante, possono ottenere al proprio domicilio le visite specialistiche (es. neurologo, cardiologo, elettrocardiogramma, ecc.) secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 314/90.

I pazienti non deambulanti hanno, altresì, diritto di richiedere il prelievo del sangue al proprio domicilio per accertamenti diagnostici.

Le richieste di prestazioni devono essere formulate su ricette distinte per branca. Ogni ricetta può contenere fino ad un massimo di 8 prestazioni della medesima branca. Per le prenotazioni di medicina fisica e di riabilitazione ogni ricetta può contenere fino a un massimo di tre cicli; per ciascuna ricetta il numero massimo di sedute, in caso di cicli terapeutici, non può essere superiore a 18.

Riferimenti normativi: Legge n. 67 del 1988; Legge n. 241 del 1990; D.P.R. n. 314 del 28/9/1990; Legge n. 724 del 23/12/1994; Decreto Presidente della Repubblica n. 484 del 22/7/1996; Decreto Presidente della Repubblica n. 500 del 29/7/1996; Legge n. 449 del 30/12/1997 (art.35).

Il rimborso è concesso purché esistano le seguenti condizioni:

- a) Prestazioni o interventi di alta specializzazione non ottenibili tempestivamente od adeguatamente presso i presidi pubblici;
- b) Prestazioni o interventi non di alta specializzazione ottenibili adeguatamente nelle strutture pubbliche, ma l'attesa può pregiudicare la salute del paziente;

CASO A

Il contributo è concesso alla presentazione dei seguenti documenti:

- 1) Proposta motivata formulata dal medico specialista;
- 2) Domanda di contributo inoltrata alla ASL di appartenenza;
- 3) Scheda di dimissione ospedaliera;
- 5) Originale della fattura o copia conforme;
- 6) Certificato di residenza in carta semplice uso A.S.L. per i cittadini residenti nei comuni non informatizzati;
- 7) Stato di famiglia;
- 8) Mod. CUD (lavoratori dipendenti o pensionati) anche del coniuge non legalmente separato, relativo all'anno precedente;
- 9) Mod. UNICO del nucleo familiare relativo all'anno precedente.

La Commissione sanitaria delle A.S.L. vista la documentazione, stabilisce il contributo da erogare.

Riferimenti normativi: L.R. n.41 del 14/12/76.

CASO B

Il contributo è concesso purché esistano le seguenti condizioni:

- ☒ autorizzazione preventiva, che viene concessa dalla A.S.L. di appartenenza, prima del ricovero;
- ☒ dichiarazione di ricovero urgente rilasciata dal curante dopo il ricovero e presentata al più presto alla A.S.L. di appartenenza.

A degenza terminata occorre presentare l'ulteriore documentazione:

- ☒ copia della cartella clinica e diario clinico; originale della fattura da cui risulta la degenza o copia conforme;
- ☒ certificato di residenza in carta semplice uso A.S.L.;
- ☒ scheda di dimissione ospedaliera.

L'ispettore sanitario della A.S.L. vista la documentazione di cui sopra valuta il contributo da erogare.

Riferimenti normativi: L.R. 3/75 integrata dalla L.R. n. 2/90.



PRONTO
SOCCORSO

-> INDICE

Il Pronto soccorso è la struttura ospedaliera che prende in carico dall'esterno le situazioni di emergenza e urgenza sanitaria.

Triage

L'assistenza viene erogata con un ordine di priorità basato sulla gravità dei pazienti e definito secondo specifici protocolli. Ad ogni paziente viene assegnato un codice di urgenza contraddistinto per colore.

Codice rosso : emergenza. Sono i pazienti in imminente pericolo di vita in cui è in atto il cedimento di uno dei sistemi vitali (apparato circolatorio, respiratorio, stato di coscienza);

Codice giallo : urgenza indifferibile. Sono i pazienti in pericolo di vita con rischio di cedimento di una delle funzioni vitali di cui sopra. Il tempo di attesa massimo non deve superare dieci minuti;

Codice verde : urgenza differibile. Sono i pazienti che non hanno compromissione nelle funzioni vitali, ma per i quali è necessaria o opportuna una prestazione sanitaria in tempi ristretti (dopo i codici gialli);

Codice bianco : paziente improprio (assistenza senza carattere di urgenza).

Le prestazioni NON URGENTI richieste al Pronto Soccorso (cioè quelle non seguite da ricovero ospedaliero o comunque riconducibili ad un intervento differibile) sono soggette a pagamento ticket:

- ☒ fino ad un massimo di € 20,66=, sulla visita effettuata dal medico dal pronto soccorso e/o dai medici consulenti;
- ☒ e per un totale complessivo di € 36,15=, nel caso in cui oltre la visita ed eventuali consulenze, vengano erogate prestazioni diagnostiche strumentali.

Sono escluse dal pagamento della partecipazione alla spesa sanitaria le prestazioni rese ad infortunati sul lavoro ed agli esenti da ticket per

reddito o in relazione alla specifica patologia invalidante.

Al paziente che viene visitato e poi dimesso perché il medico non ravvisa la necessità di ricovero deve essere rilasciato un documento attestante la motivazione del mancato ricovero.

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 5570 del 30/12/1997 con decorrenza dal 01/01/1998.

Osservazione breve intensiva (O.B.I.)

Quando ricorrono determinate condizioni, legate alla necessità di osservare il paziente per un periodo inferiore alle 24 ore al fine di

- ☒ effettuare diagnosi attraverso esami seriati (ripetizione dell'esame in un arco temporale di 24 ore);
- ☒ verificare l'effetto o la reazione a seguito della somministrazione di terapie;
- ☒ disporre dei referti di esami che sciolgano il dubbio sullo stato di salute del paziente.

Il paziente può essere assistito in OBI. Si tratta di una assistenza nelle 24 ore, che può prolungarsi fino a 72 ore, con caratteristiche di intensità ed urgenza analoghe a quelle di pronto soccorso. A tale fine sono dedicati spazi e letti in contiguità al pronto soccorso o alla medicina di urgenza.

A titolo esemplificativo i casi per i quali si prevede l'accesso in OBI sono: dolori addominali, colica renale, dolore toracico a basso rischio, fibrillazione atriale parossistica, tachicardia parossistica sopraventricolare, crisi ipertensiva, sincope, cefalee, traumi cranici minori, reazioni allergiche, crisi non severe di asma bronchiale, febbre, trombosi venose profonde non complicate, stati ansiosi di lieve entità, overdose non complicate, condizioni geriatriche a risvolto socio-assistenziale, traumi toracici/addominali minori, turbe metaboliche lievi, disidratazione con lievi disturbi elettrolitici, scompenso cardiaco lieve, crisi convulsive.

L'obiettivo dell'OBI è

- ☒ evitare ricoveri inappropriati o, al contrario, dimissioni improprie dal Pronto soccorso
- ☒ assicurare condizioni di sicurezza per l'osservazione senza ammissione, con l'impiego di standard internazionali.

Non è dovuto ticket.

Riferimenti normativi: Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 114 del 14.2.2003

PROSECUZIONE
DOMICILIARE DI
TRATTAMENTI
OSPEDALIERI -
APPARECCHI E
MATERIALI NON
RICOMPRESI NEL
D.M. 28/12/1992

-> INDICE

Aventi diritto

I minori di anni 18, i cittadini invalidi civili al 100% oppure esenti ticket per le patologie ricompresenelD.M.1/2/91,lequali,inmancanza di interventi specifici, comporterebbero gravi limitazioni delle funzioni vitali, nonché dell'autonomia personale.

In particolare,

- ☒ patologie oncologiche terminali;
- ☒ patologie neurologiche con esiti invalidanti totali;
- ☒ patologie dell'età pediatrica e adulta, comportanti complicanze respiratorie di grado severo.

Patologie che necessitano di nutrizione artificiale

La realizzazione del programma terapeutico e nutrizionale al domicilio del paziente per le patologie sopraindicate è:

a) a carico della struttura ospedaliera, nel caso di pazienti dimessi dall'ospedale entro 90 giorni e comunque in controllo longitudinale

presso il reparto che ha effettuato la diagnosi della patologia;
b) a carico del Servizio Territoriale di Assistenza Domiciliare Integrata nel caso di pazienti dimessi da oltre 90 giorni e comunque non in controllo longitudinale presso reparti ospedalieri.

Nutrizione artificiale

Ricomprende:

- ☒ prodotti per la nutrizione parenterale;
- ☒ deflussori, sondini nasogastrici e nasodigionali;
- ☒ oltre alle sacche nutrizionali (già pronte e predisposte personalizzate per il singolo paziente a seconda del fabbisogno), tutto quanto necessario alla preparazione ed alla somministrazione delle stesse, oltre a quanto predisposto dall'allegato "C" (Apparecchio alimentare) del nomenclatore tariffario di cui al D.M. 28/12/1992 (ad esclusione del materiale di medicazione).

L'alimentazione artificiale si applica in tutte quelle situazioni patologiche (neoplasie ed altre malattie terminali) che comportino impossibilità di alimentazione naturale per os

Insufficienza respiratoria grave

I pazienti di cui sopra che necessitano di ventilazione meccanica assistita e/o intubazione permanente, oltre a quanto concesso dall'allegato "C" del D.M. 28/12/1992 (ventilatore, respiratore, aspiratore, concentratore O2) hanno diritto ad avere anche il set di uso corrente.

Portatori di catetere Broviac e assimilati

Questi pazienti hanno diritto al set d'uso corrente.

Terapia antalgica

Tutto quanto necessario alla preparazione ed alla somministrazione della terapia antalgica, ad esclusione del materiale di medicazione e dei farmaci, in quanto l'erogazione di questi ultimi è disciplinata da altre norme e non dall'assistenza integrativa.

Patologie neurologiche con esiti invalidanti

☒ Set d'uso corrente per la prevenzione e la cura dei decubiti che comprende, oltre a quanto già previsto dall'allegato "B" del D.M. 28/12/92 (protezione antidecubito in vello sintetico o in fibra siliconata rivestita in cotone anallergico, lavabile e sterilizzabile: - per tallone tipo "A"; - per gomito tipo "B", flacone spray al silicone, bendaggio flessibile idroattivo autoadesivo in confezione sterile), anche pomate cicatrizzanti, prodotti disinfettanti e per la detersione, bendaggi medicati, spray, garze sterili, cerotti.

La gestione delle patologie neurologiche con esiti invalidanti totali, danni motori gravi, complicanze dell'apparato digerente ed incontinenza sfinterica è legata:

- ☒ alla prevenzione dei decubiti ed a un loro corretto trattamento;
- ☒ alla rieducazione motoria, laddove possibile;
- ☒ alla corretta applicazione di alimentazione artificiale, laddove necessario;
- ☒ all'erogazione dei presidi di cui all'allegato "B" del D.M. 30/07/1991.

Pazienti affetti da fibrosi cistica

Nei pazienti affetti da fibrosi cistica in buon compenso metabolico non sono necessari prodotti nutrizionali specifici, ma piuttosto integratori

alimentari. Nelle forme di fibrosi cistica caratterizzate da insufficienza respiratoria grave, la gestione degli apparecchi concessi dall'allegato "C" del D.M. 30/07/1991 (es. nebulizzatori, respiratori) rende necessaria l'erogazione del set di uso corrente.

Nelle forme terminali di fibrosi cistica e in quelle caratterizzate da grave compromissione dell'apparato digerente, laddove si renda necessaria l'alimentazione artificiale, vale quanto descritto al paragrafo "Nutrizione artificiale". Il Decreto Ministeriale del 28/12/1992 (nomenclatore tariffario) prevede la concessione di ausili e presidi ai soggetti già riconosciuti invalidi, nonché agli istanti (per quanto riguarda il primo ausilio o presidio) in attesa di accertamento che abbiano già inoltrato domanda di riconoscimento d'invalidità.

Riferimenti normativi: Decreto Ministero della Sanità 9/2/1982; Legge n. 15 del 16/3/1987; D.M. 28/12/1992 (Nomenclatore tariffario, in particolare all. "B" e "C"); Deliberazione della Giunta Regione Liguria n. 4652 del 1995 e Circolare applicativa del 9/2/1996.

-> INDICE

RIABILITAZIONE

Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalla ASL di appartenenza attraverso i propri servizi. Qualora la ASL non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante accreditamento con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge.

Riferimenti normativi: Legge n. 833 del 23/12/1978 (art. 26).

La ricetta è il documento ufficiale attraverso il quale il medico prescrive la terapia farmacologia, autorizzando il paziente ad avere accesso a quei beni a “circolazione controllata” che sono i farmaci.

Elementi essenziali della prescrizione sulla ricetta sono l’indicazione della patologia o dei sintomi del paziente, la sottoscrizione del prescrittore (che deve essere identificabile anche attraverso apposito timbro o carta intestata), la data.

La grafia deve essere chiara e leggibile senza difficoltà.

Il medico può anche indicare sulla ricetta il solo nome del principio attivo, lasciando al farmacista la scelta della specialità medicinale corrispondente o del relativo medicinale generico. Qualora esistano in commercio specialità aventi diverso dosaggio, sia unitario che complessivo della confezione, la prescrizione deve essere completa di questi elementi ovvero della posologia e della durata della terapia, al fine di consentire al farmacista la scelta precisa del prodotto.

Ricetta con prescrizione di farmaci parzialmente o totalmente a carico del SSN

Possono prescrivere farmaci mutuabili il medico di medicina generale o il medico della struttura pubblica che ha eseguito prestazioni di ricovero e/o specialistiche, per le necessità postricovero.

Deve essere utilizzato a tal fine il modulo ministeriale rosa su cui il prescrittore indicherà l’anagrafica sanitaria dell’assistito, l’eventuale diritto all’esenzione e/o il diritto alla multiprescrizione con le specifiche delle condizioni patologiche di accesso (campo “nota”).

Di norma in una stessa ricetta può essere prescritto un massimo di due confezioni. In caso di multiprescrizioni per malattie croniche possono essere prescritte tre confezioni per il medesimo farmaco: il quantitativo prescritto non può comunque eccedere i due mesi di terapia.

Ricette su carta intestata del medico. Ricette ripetibili e non ripetibili

Il medico può prescrivere farmaci sul proprio ricettario personale, sottoscrivendo con data e firma la prescrizione.

I farmaci prescritti sul ricettario personale non sono “mutuabili” e perciò devono essere pagati per intero.

La ricetta ripetibile è la ricetta che il paziente può riutilizzare fino a cinque volte nell’arco di tre mesi. Essa non viene trattenuta dal farmacista. Non è richiesta l’indicazione del nome del paziente; in caso di mancata indicazione però non è possibile per il paziente usufruire delle detrazioni fiscali.

La ricetta non ripetibile, al contrario, deve essere obbligatoriamente nominativa; ha validità limitata a 30 giorni e viene trattenuta dal farmacista. Essa è destinata a specifiche medicine che possono determinare, con l’uso continuato stati tossici o possono comportare, comunque, rischi particolarmente elevati per la salute (ormoni, psicoterapie). La non ripetibilità della prescrizione è indicata sulla confezione dalla frase “Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica utilizzabile una sola volta”

Riferimenti normativi: D.Lgs. 30/12 /1992, n. 539

Ricetta per farmaci oppioidi

Per i pazienti affetti da “dolore severo”, limitatamente ai principi attivi individuati dalle legge n.12/2001 (buprenorfina, codeina, deidrocodeina, fentanyl, idrocodone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone, idromorfone) sono previsti appositi ricettari.

La ricetta ha validità di trenta giorni.

Con essa è possibile prescrivere una terapia per un periodo massimo di trenta giorni. La posologia indicata cioè dovrà comportare una assunzione del farmaco completata entro trenta giorni. Fatte salve le necessità di adeguamento della terapia, la prescrizione non potrà essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione.

Con ogni ricetta possono essere prescritti fino a due medicinali diversi o due dosaggi diversi dello stesso medicinale. Per le prescrizioni a carico del SSN il medico rilascia all'assistito la ricetta originale e la copia per il SSN; per le prescrizioni non a carico del SSN o veterinarie il medico rilascia solo la ricetta originale.

Riferimenti normativi: Legge 8/2/2001, n. 12; D.M. Sanità 24/5/2001; D.M. Salute 4/4/2003.

-> INDICE

RICOVERO

Accettazione

I cittadini possono scegliere liberamente il luogo di cura e ricovero.

Il ricovero può essere:

☒ ordinario, disposto 1) su richiesta del medico di base; 2) su decisione del medico di accettazione, qualora il paziente necessiti di cure che non possono essere effettuate a domicilio o in ambulatorio;

☒ programmato, disposto dal medico di accettazione, su indicazione del reparto presso cui il paziente è già stato ricoverato, è finalizzato a controlli o ulteriori trattamenti sanitari;

☒ d'urgenza, disposto a seguito di accesso al pronto soccorso. Qualora il medico del P.S. o dell'accettazione decida che il ricovero non è necessario, al paziente deve essere rilasciato un certificato con le motivazioni del rifiuto.

Contro tale rifiuto è ammesso, entro le 24 ore successive, ricorso al Sindaco. Il paziente può rifiutare il ricovero, anche contro il parere del medico, rilasciando una dichiarazione scritta;

☒ in trattamento sanitario obbligatorio (TSO), consentito per i malati di mente, in determinate condizioni psico-fisiche.

Riferimenti normativi: Legge n. 833 del 23/12/1978; Legge 26/7/1990,

n. 162.

Assistenza al bambino ricoverato

In caso di ricovero di bambini in ospedali, cliniche o case di cura convenzionate, è consentita la permanenza nei luoghi di degenza di un genitore o di chi ne fa le veci. I sanitari informeranno direttamente i familiari del bambino sull'evoluzione del quadro clinico e sulle terapie adottate.

La Carta Europea dei Bambini degenti in ospedale, votata dal Parlamento Europeo il 13/5/1986, stabilisce che, in caso di ricovero prolungato, al bambino dev'essere garantita la formazione scolastica a cura di insegnanti e con materiale didattico forniti dalle autorità scolastiche, compatibilmente ai trattamenti sanitari in corso.

Riferimenti normativi: Carta Europea dei Bambini degenti in ospedale, Risoluzione del Parlamento Europeo del 13/5/1986; Decreto Presidente della Repubblica n. 419 del 31/5/1974; Legge Regione Liguria n. 12 del 6/2/1990.

Assistenza al malato di AIDS

Se un malato di AIDS necessita di ricovero per la malattia specifica deve rivolgersi ai reparti di ricovero per malattie infettive; se necessita di ricovero per altre patologie deve rivolgersi ai reparti specifici (chirurgia, ortopedia, ostetricia, altro).

Il fatto di essere portatore di un'infezione da HIV non può determinare la ghettizzazione del malato.

Nessun ospedale può rifiutare un malato di AIDS che abbia bisogno di ricovero dichiarandosi non competente.

Gli operatori sanitari sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita.

Il paziente dimesso può essere seguito a domicilio: chi decide l'accesso

a tale servizio è il primario del reparto di malattie infettive presso cui il malato è ricoverato; il paziente deve essere seguito a casa dallo stesso personale da cui è stato curato in ospedale. Tale assistenza - solo sanitaria - è disposta quando il paziente, pur avendo bisogno di cure, non necessita più di ricovero e non è in condizioni di recarsi in dayhospital.

Riferimenti normativi: Decreto Presidente della Repubblica n. 128 del 1969 art. 14; Legge n. 135 del 1990.

Assistenza in regime di day-hospital

Il day-hospital è una struttura ospedaliera, alternativa al ricovero, nella quale il cittadino viene ricoverato per alcune ore della giornata solo il tempo necessario ad eseguire le terapie, le indagini diagnostiche o la riabilitazione.

Il ricovero in day-hospital è effettuato su richiesta del medico del reparto in cui il malato è ricoverato o indirizzato dal medico di accettazione.

Cartella clinica

vedi voce propria

Consenso informato del paziente nei trattamenti sanitari e sperimentazioni cliniche

I sanitari devono essere autorizzati ad eseguire i trattamenti sanitari e le sperimentazioni cliniche nei casi in cui possano derivare diminuzioni permanenti dell'integrità fisica o rischi per il paziente.

Quando necessita il consenso non può mai essere presunto ma deve essere validamente prestato dalla persona per iscritto; soltanto nei casi in cui la persona si trovi in stato di incoscienza e in pericolo di vita o di danno grave il medico deve agire presupponendo il consenso del paziente. Affinché il consenso prestato dal paziente sia valido sono richiesti alcuni

elementi definiti essenziali, in particolare il consenso:

- a) deve essere richiesto per un trattamento necessario;
- b) la persona che dà il consenso:
 - ☒ può essere solo il titolare del diritto;
 - ☒ deve avere la piena capacità di intendere e volere;
 - ☒ deve ricevere informazioni chiare e comprensibili sulla patologia specifica da cui è affetto e sulle relative indicazioni terapeutiche, chirurgiche e farmacologiche;
 - ☒ deve ricevere una descrizione dell'intervento;
 - ☒ deve essere in grado di capire e valutare l'opportunità o meno del trattamento sanitario e se esistono alternative terapeutiche;
 - ☒ deve conoscere eventuali controindicazioni specifiche;
 - ☒ deve conoscere i rischi connessi e la loro percentuale o incidenza;
 - ☒ deve essere informato sulla capacità della struttura sanitaria ad intervenire in caso di manifestazione del rischio temuto;
 - ☒ deve conoscere i benefici prevedibili, il rapporto tra rischi e benefici e la percentuale di riuscita della terapia.

Il consenso può essere revocato in qualunque momento. Il consenso dato per una terapia non presuppone che sia stato dato per l'intero trattamento.

Riferimenti normativi: Dichiarazione di Helsinki del giugno 1964 e successive; Decreto Ministero della Sanità del 27/04/1992.

Dimissioni forzate

Nessun paziente può essere dimesso forzatamente senza avere la certezza della continuità assistenziale a domicilio.

Esami per interventi programmati

L'utente bisognoso di interventi programmati può effettuare gli esami

pre-operatori all'interno della struttura ove verrà operato, senza alcun pagamento. Gli esiti non saranno consegnati al paziente, ma acquisiti, al momento del ricovero, alla cartella clinica.

Riferimenti normativi: Nota Regione Liguria del 24/12/1993 prot. nr. 156400; Nota Regione Liguria del 6/4/1994 prot. nr. 49314; Legge n. 662 del 23/12/1996 (art. 1).

Esami HIV su ricoverati

Nessuno può essere sottoposto, senza il proprio consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV se non per definire la diagnosi necessaria alla programmazione della terapia.

Il risultato degli accertamenti diagnostici deve essere consegnato esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti. Può ritirare gli esiti degli esami o la cartella clinica, una persona delegata, nelle forme previste dalla legge, dall'interessato.

Malati gravi

Nelle strutture sanitarie devono essere attuate tutte le attenzioni e gli accorgimenti verso il malato grave ed i familiari, al fine di rendere il più umani possibile la fase terminale, il decesso ed il dopo decesso.

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 art. 13.

Personale sanitario

Il personale in servizio deve essere dotato di un cartellino visibile di riconoscimento che indichi il nominativo e la qualifica dell'operatore, al fine di assicurare l'identificazione da parte dell'utente.

Rif. normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 art. 5.

Relazione di dimissione

All'atto della dimissione del degente, il responsabile della divisione o altro sanitario autorizzato fornisce una relazione scritta per il medico di fiducia, con ogni utile indicazione sullo stato di salute e, in particolare, sul decorso clinico, sui principali accertamenti praticati e loro risultanze, sulle conclusioni diagnostiche e di prognosi e sulle eventuali indicazioni terapeutiche.

Rif. normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 art. 9.

-> INDICE

SOGGETTI AFFETTI
DA PATOLOGIE
GRAVI - PRESIDI ED
INTEGRATORI
DIETETICI

I soggetti affetti da insufficienza renale cronica, cirrosi epatica in fase di scompenso e malattie oncologiche e neurologiche hanno diritto a presidi e integratori dietetici. La richiesta va inoltrata al Servizio Anziani e Handicappati della ASL di appartenenza.

PROCEDURA per EROGAZIONE INTEGRATORI

- prescrivibilità limitata, oltre al nutrizionista, a geriatra, oncologo, neurologo, foniatra/otorino, medico di cure domiciliari/palliative.
- riduzione della prescrizione a non più di due prodotti e per previsione di impiego max di 6 mesi, eventualmente prorogabile
- richiesta su apposito modulo

Riferimenti normativi: Decreto Ministero della Sanità del 1/7/1982; Legge n. 115 del 16/3/1987. DGR 55 del 22/7/87 e DGR 4652 DEL 28/12/95 e comunicazione ASL del 27/8/13

-> INDICE

**SPESE
SANITARIE E
FISCO**

Le spese sanitarie sostenute in Italia o all'estero costituiscono oneri per i quali è riconosciuta la detrazione di imposta del 19%.

Dal 1997 (legge 23/12/1996, n 662), la detrazione spetta sull'importo che eccede €129,11.

Sono tali le spese sostenute per:

- ☒ prestazioni chirurgiche;
- ☒ analisi, indagini radioscopiche, ricerche e applicazioni;
- ☒ prestazioni specialistiche;
- ☒ acquisto o affitto di protesi sanitarie;
- ☒ prestazioni rese da un medico generico (comprese le prestazioni rese per visite e cure di medicina omeopatica);
- ☒ ricoveri per degenze e ricoveri collegati a un'operazione chirurgica. In caso di ricovero di un anziano in un istituto di assistenza e ricovero, la detrazione spetta solo per le spese mediche che devono essere separatamente indicate nella documentazione rilasciata dall'istituto;
- ☒ acquisto di medicinali;
- ☒ l'importo del ticket pagato se le spese sopra elencate sono state sostenute nell'ambito del S.S.N.

Portatori di handicap

Invece, le spese mediche generiche e di assistenza specifica per i portatori di handicap - riconosciuti tali ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge n. 104 del 5/2/1992 (cioè coloro che presentano una minorazione fisica, psichica, sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione), indipendentemente dalla circostanza che questi fruiscono o meno dell'assegno di accompagnamento), beneficiano del regime fiscale più favorevole della deducibilità. In caso di ricovero di un portatore di handicap in un istituto di assistenza e ricovero, non è possibile portare in deduzione l'intera retta pagata, ma solo la parte che riguarda le spese

mediche e quelle paramediche di assistenza specifica.

Usufruiscono del regime di detrazione le spese per i mezzi necessari all'accompagnamento o alla deambulazione, quelle per i sussidi tecnici ed informatici utili alla autosufficienza ed integrazione (su dette spese non c'è nessuna franchigia), le spese sostenute per l'acquisto e/o adattamento di veicoli o per l'acquisto di cani guida per non vedenti.

Riferimenti normativi: Deliberazione G. Reg. Liguria n 2279 del 5/7/95; Decreto Presidente d. Repubblica n 484 del 22/7/96 (art 57).

-> INDICE

TESSERA
SANITARIA
EUROPEA

A partire dal 1/6/2004 ed entro il 31/12/2005 tutti i paesi membri dell'Unione europea dovranno sostituire gran parte dei moduli cartacei attualmente utilizzati per ottenere le cure all'estero con una card magnetica.

La nuova tessera sostituirà i modelli E 110, E 111, E 119, E 128.

Per avere accesso alle cure mediche in un altro stato UE basterà presentare la carta sanitaria europea al medico e/o alla struttura pubblica o convenzionata a cui ci si rivolge.

-> INDICE

TICKET SU
PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE E
FARMACEUTICHE

Per fruire dell'assistenza specialistica e farmaceutica è previsto, da parte dei cittadini il pagamento di un ticket. Attraverso la cosiddetta "compartecipazione alla spesa" il SSN mira a responsabilizzare prescrittori e pazienti a un razionale utilizzo delle risorse,

evitando ingiustificati eccessi di consumi. Di norma vengono esentati dai ticket i cittadini affetti dalle patologie più gravi, gli anziani, i bambini, i cittadini con reddito ridotto.

Ogni regione ha completato, nel quadro definito dal legislatore statale

e nell'ambito dei propri poteri di autonomia la regolamentazione della materia.

Al Ticket per le prestazioni sanitarie e diagnostiche si deve aggiungere la quota di 10 euro per prestazione

Riferimenti normativi: Del.G.R. n° 1053, 5/8/2011, D.L. 98/2011 art.17 comma 6 Modifiche esenzione Ticket per reddito.

Riguardo alla modalità di esenzione del Ticket sono cambiate dal 1 Novembre 2011 solo quelle in base al reddito. Non si firma più la ricetta, ma va esibita l'attestazione dello stato di esenzione inviato dal Ministero agli aventi diritto. Se questo non è ancora arrivato va compilato il modulo di Autocertificazione, disponibile presso la Asl o la nostra Associazione, e presentato alla Asl stessa che rilascerà un Certificato nominativo di attestazione da esibire per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, farmaceutiche e di pronto soccorso.

Per le prestazioni farmaceutiche e di specialistica sono esenti:

1. Pazienti con meno di 6 anni o più di 65 con reddito lordo inferiore a 36151,31euro.
2. Titolari di pensione sociale.
3. I disoccupati (che abbiano già lavorato) con reddito familiare inferiore a 8263,3 euro.
4. Pensionati al minimo di più di 60 anni con reddito familiare inferiore a 8263,31 euro.
5. Pazienti già esenti per motivi sanitari (invalidità al 100%,etc.) ricompresi nella tabella dei codici nazionali validati dalla Regione Liguria (C01, C02, C04 etc.) che non ha modificato le modalità di esenzione.

Unica modifica: i pazienti affetti da patologia cronica con reddito familiare lordo superiore a 36151,98 euro devono pagare 2 euro anche per il farmaco correlato alla patologia; ne sono invece esenti se di età tra 6 e 65 anni

con reddito inferiore ai 36151,98 euro; le prestazioni specialistiche per visite successive a quella di diagnosi della patologia sono sempre esenti indipendentemente dal reddito.

Assistenza specialistica

Dal 1° gennaio 2001 sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio finalizzate alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile, del carcinoma e degli stati precancerosi del colon retto, in particolare:

- ☒ la mammografia, ogni due anni, a favore delle donne in età compresa tra 45 e 69 anni
- ☒ il pap test, ogni tre anni, a favore delle donne in età compresa tra 25 e 65 anni
- ☒ la colonscopia, ogni cinque anni, a favore della popolazione di età superiore a 45 anni e della popolazione a rischio secondo i criteri da determinarsi con Decreto del Ministero della Sanità

Le condizioni di esclusione dalla partecipazione alla spesa debbono essere autocertificate dai cittadini.

Assistenza farmaceutica

La tipologia di esenzione è indicata dal medico prescrittore sulla base della documentazione prodotta dall'assistito.

Qualora il tesserino sanitario non sia aggiornato gli stati di esenzione possono essere, altresì autocertificati sul retro della ricetta, fatte salve le esenzioni riconducibili esclusivamente alla sfera di competenza del medico prescrittore (ad es: correlazione di un farmaco ad una determinata patologia, portatori di patologie neoplastiche maligne, pazienti in trattamento con i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore).

Nei casi in cui il medico prescriva un medicinale non coperto da brevetto

indicandolo come insostituibile o l'assistito non accetti la sostituzione del medicinale con altro equivalente di minor costo la differenza di prezzo è a carico dell'assistito anche se parzialmente o totalmente esente (con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensioni vitalizie).

Per i farmaci inseriti in fascia a) che hanno un equivalente generico (cioè, un farmaco – con eguale composizione di principi attivi – non coperto da brevetto) è previsto che i pazienti possano ottenere gratuitamente solo il farmaco generico. Qualora il medico prescriva un farmaco avente costo maggiore del generico rimborsabile dal S.S.N., la differenza fra i due prezzi sarà a carico dell'assistito. In questo caso il medico è tenuto ad informare il paziente circa la disponibilità di medicinali integralmente rimborsabili dal S.S.N. e della loro equivalenza con la specialità medicinale prescritta.

Riferimenti normativi: D.M.S. n. 329 del 25/05/1999; Del.Reg. n. 1593 del 21/12/04. Del.G.R 1045, del 05/08/2011; Del.G.R. 1116, del 09/09/2011; D.L. 98/2011, L.111 del 15/07/2011.

Vedi tabelle allegate

TRASPORTO
A MEZZO
AMBULANZA

-> INDICE

Il paziente impossibilitato a deambulare può usufruire, previa richiesta medica, del trasporto in ambulanza dal domicilio al presidio di cura e viceversa. I trasporti programmati includono dialisi, radioterapia, chemioterapia, ecc.

La richiesta medica deve essere sempre autorizzata dalla ASL di appartenenza; il trasporto ora è autorizzabile solo nei casi seguenti:

- In emergenza gestiti dal 118
- Pazienti con “non deambulabilità assoluta”(barellati o costretti su sedia a rotelle)

- Pazienti oncologici che necessitano di cicli di chemio/radioth previa dichiarazione di oncologo.

E' necessaria la certificazione del dirigente medico in ogni caso e tutti i trasporti sono a carico della struttura che ha richiesto il trasporto.
Quelli fuori regione potranno essere autorizzati dal Direttore sanitario.

Riferimenti normativi: Deliberazione del Consiglio Regione Liguria n. 98 del 20/7/1988. DGR 441/07, DGR 583/12

-> INDICE

TUTELA
PRESSO LE
STRUTTURE
DEL SSN

La funzione relativa alla tutela degli utenti del SSN viene assolta attraverso i seguenti strumenti:

☒ URP - Ufficio Relazioni con il pubblico presente in ciascuna ASL o AO. Riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione della Struttura.

☒ Commissione Mista Conciliativa - è composta da un rappresentante della Azienda, un rappresentante della regione e un rappresentante delle associazioni di volontariato e di tutela. E' di norma presieduta dal Difensore civico regionale o da altra figura arbitrale.

Il Presidente riceve osservazioni, opposizioni, denunce, reclami in via amministrativa o verbale, acquisisce quelle scritte presentate all'URP e dispone l'istruttoria e le segnalazioni del caso.

Riferimenti normativi: Legge Regione Liguria n. 27 del 26/4/1985 (artt. 16 e 17); Decreto Legislativo n. 29/1993; Direttiva Presidente del Consiglio dei Ministri del 11/10/1994; Legge 15/5/1997, n. 127.

TUTELA CIVILE

-> INDICE

L'art. 2043 del Codice Civile stabilisce la responsabilità civile per fatto illecito nei confronti di chiunque causi ad altri un danno ingiusto.

Si considera ingiusto il danno causato alla vita, all'incolumità fisica e/o beni della vita della persona in maniera illegittima ed in assenza delle c.d. cause di giustificazione (es.: consenso dell'avente diritto, stato di necessità, etc.). Quando si configura una responsabilità civile dell'istituzione sanitaria o del singolo operatore si ricorre al magistrato civile per ottenere il risarcimento dei danni subiti.

La valutazione del danno viene effettuata dal giudice sulla base di documenti e perizie tecniche prodotte dalle parti o richieste dallo stesso giudice e liquidato in conformità alle tabelle in uso presso il Tribunale adito che tengono conto di numerosi fattori tra cui l'età, il sesso, l'invalidità accertata del richiedente.

Il danno risarcibile in sede civile è quello patrimoniale (quello immediatamente suscettibile di valutazione economica) e quello biologico. La Corte Costituzionale ha stabilito che il danno alla salute (c.d. danno biologico) è risarcibile ogni volta che sia stato determinato da un evento ingiusto, a prescindere dalla rilevanza penale del fatto dannoso o della capacità di produrre reddito del soggetto. In sostanza, la Corte ha stabilito che il diritto alla salute, posizione soggettiva direttamente tutelata dalla Costituzione, è immediatamente tutelabile contro chiunque.

Per adire la magistratura civile è necessario avvalersi di un avvocato.

Riferimenti normativi: Cost. art. 32; Cod. civ. artt. 2043, 2059; Sent. Corte Cost. n. 184/1986.

La procedura d'urgenza

Nel caso in cui si abbia fondato motivo di temere un danno grave, imminente ed irreparabile, durante il tempo necessario perché il giudice si pronunci si possono chiedere al magistrato i provvedimenti d'urgenza

che appaiono, secondo le circostanze, più idonei ad assicurare la tutela del diritto che si pretende leso.

Il provvedimento d'urgenza è efficace dal momento della sua emanazione e tende ad assicurare, provvisoriamente – fino all'emanazione della sentenza - gli effetti della decisione sul merito della questione.

Riferimenti normativi: Cod. procedura civile artt. 442 e ss.

-> INDICE



TUTELA
PENALE

L'azione penale comprende quella serie di attività finalizzate all'accertamento di reati e conseguente comminazione di una pena. L'azione ha inizio con la segnalazione di una c.d. "notizia di reato" all'autorità giudiziaria.

I mezzi a disposizione del cittadino per adire la magistratura penale sono:

- ☒ esposto, è il racconto di un fatto accaduto di cui si è testimoni diretti o indiretti. Viene presentato in carta semplice o verbalmente all'autorità di polizia che provvede a redigere un rapporto;
- ☒ querela, è l'atto col quale si informa di un reato l'autorità giudiziaria. Tale strumento è previsto soltanto per taluni reati (quelli perseguibili, appunto, a querela della persona offesa), non sono previste particolari formalità, la persona che la presenta deve essere identificata dall'ufficiale che raccoglie l'atto; la querela deve essere presentata entro 90 gg. dal fatto o dal momento in cui si viene a conoscenza del fatto, soltanto dalla persona offesa dal reato.

L'autorità giudiziaria cui è inoltrata la notizia di reato (Pubblico Ministero), effettuate le indagini, può decidere di archiviare il procedimento. In questo caso, la persona offesa dal reato può, entro 10 giorni dalla

notifica della richiesta di archiviazione, presentare opposizione al Giudice per le Indagini Preliminari chiedendo il proseguo delle indagini, fornendo nuovi elementi di indagine.

Se, invece, il Pubblico Ministero decide il c.d. rinvio a giudizio dell'indagato, la persona offesa può costituirsi parte civile, chiedendo il risarcimento del danno subito in conseguenza del fattoreato e contribuendo, altresì, alla formazione delle prove per l'affermazione della penale responsabilità dell'imputato.

Se si è persona offesa la presenza dell'avvocato non è obbligatoria nella fase iniziale dell'azione penale, nelle fasi successive è obbligatoria per legge; mentre per l'indagato è essenziale fin dai primi momenti dell'indagine.

Qualora non si avesse un difensore di fiducia, il Pubblico Ministero o il Giudice provvedono a nominarne uno di ufficio che dovrà essere remunerato dall'assistito.

Qualora si rientri nella categoria dei non abbienti è possibile fare domanda di ammissione al gratuito patrocinio (difesa gratuita).

Ruolo delle associazioni di utenti nel processo penale

Il nuovo codice di procedura penale prevede la possibilità per i c.d. "enti esponenziali" di interloquire nel procedimento penale esercitando i diritti e le facoltà dell'offeso, purché siano senza fini di lucro e riconosciuti in base alla legge.

La persona offesa deve legittimare tale intervento nominando l'ente in un atto pubblico o scrittura autenticata e può estrometterlo in ogni momento nelle stesse forme.

Riferimenti normativi: Cod. procedura penale artt. 74 e ss., art. 90 e ss., art. 408 e ss.; Legge n. 217 del 30/7/1990.

La legge n.675/96 e la successiva L. n. 196/03 sulla tutela dei dati personali stabilisce un insieme di garanzie per quanto concerne il trattamento dei dati personali idonei a rivelare, tra l'altro, lo stato di salute e la vita sessuale.

I diritti dei pazienti sono riassumibili nei seguenti termini:

- ☒ devono preventivamente ricevere un'informativa completa sul trattamento;
- ☒ possono accordare o negare il consenso per una o più operazioni;
- ☒ possono aggiornare e rettificare i dati che li riguardano;
- ☒ possono chiederne la cancellazione o il blocco, se sono trattati in violazione di legge;
- ☒ se il titolare non ottempera, possono ricorrere al Garante o all'autorità giudiziaria;
- ☒ devono ricevere notizie sulla loro salute direttamente da un medico;
- ☒ possono delegare persone di fiducia a ritirare i propri certificati in busta chiusa.

Inoltre, il medico deve acquisire il consenso scritto allorchè tratta i dati personali sullo stato di salute ai fini dell'incolumità fisica e della salute dell'interessato.

Riferimenti normativi: Legge 31/12/1996, n. 675, legge; legge 30/6/2003 n. 196.

REGIONE
LIGURIA

ASSESSORATO ALLA SALUTE

P.zza De Ferrari 1
telefono 010548.5744-5566
fax 010 570.4201
E-mail: ass.san@regione.liguria.it

DIPARTIMENTO SANITA'

Via D'Annunzio, 64
telefono 010
fax 010 5485576 - 5485571
E-mail:

AZIENDE
SANITARIE
LOCALI

A.S.L. n. 1 "IMPERIESE"

via Aurelia 97, 18032 - Bussana di Sanremo
Tel. +39 0184 536.1 - Fax +39 0184 536.588
sito internet: <http://www.asl1.liguria.it>

Ospedale di Costarainera

Via Aurelia 2 - 18017 Costarainera (Im)
Tel. 0183.91524

Ospedale di Imperia

Via Sant'Agata 57 - 18100 Imperia
Tel. 0183.7941

Ospedale di Sanremo

Via G. Borea 56 - 18038 Sanremo (Im)
Tel. 0184.5361

Ospedale di Bordighera

Via Aurelia 122 - 18012 Bordighera (Im)
Tel.0184.2751

A.S.L. n. 2 “SAVONESE”

via Manzoni 14 - 17100 - Savona

Tel. +39 019 840.41

Fax +39 019 840.5524

sito internet: <http://www.asl2.liguria.it>

Ospedale San Paolo - A.S.L. 2

Via Genova 30 - 17100 Loc. Valloria (Sv)

Tel. 019.84041

Ospedale di Albenga - A.S.L. 2

Piazza del Popolo 13 - 17031 Albenga (Sv)

Tel. 0182.5461

Ospedale di Cairo Montenotte - A.S.L. 2

Via Martiri della Libertà 30 - 17014 Cairo

Montenotte (Sv)

Tel. 019.50091

A.S.L. n. 3 “GENOVESE”

via G.Maggio 6 - 16147 - Genova

Tel. +39 010 344.61 - Fax +39 010 536.1340

sito internet: <http://www.asl3.liguria.it>

Ospedale Celesia

Via P. Negrotto Cambiaso 1 - 16100 Rivarolo

(Ge) - Tel. 010.64481

Ospedale Gallino

Via Ospedale Gallino 5 - 16100 Pontedecimo

(Ge) - Tel. 010.64481

Ospedale A. Micone

Via D'Oliva 22 - 16100 Sestri Ponente (Ge)
Tel. 010.64481

Ospedale San Carlo
Piazzale Giannasso 4 - 16100 Voltri (Ge)
Tel. 010.64481

Ospedale di Nervi
Via Missolungi 14 - 16100 Nervi (Ge)
Tel. 010.34461

Ospedale di Recco
Via A. Bianchi 1 - 16036 Recco (Ge)
Tel. 0185.34461

Ospedale Luigi Frugone
Via Roma 57 - 16012 Busalla (Ge)
Tel. 010.9642717

Ospedale La Colletta Via del Giappone -
16011 - Arenzano (Ge)
Tel. 010.9134159

A.S.L. n. 4 “Chiavarese”

via G.B. Ghio 9 - 16143 - Chiavari (Ge)
Tel. +39 0185 329.1
Fax +39 0185 304.795
sito internet: <http://www.asl4.liguria.it>

Ospedale di Lavagna

Via Don Bobbio 25 - 16033 Lavagna (Ge)
Tel. 0185.3291

Ospedale di Rapallo

Piazza Molfino 10 - 16035 Rapallo (Ge)
Tel. 0185.6831

Ospedale di Sestri Levante

Via A. Terzi 43/a -
16039 Sestri Levante (Ge)
Tel. 0185.4881

Ospedale di Santa Margherita

Via Fratelli Arpe - 16038 Santa Margherita
(Ge)
Tel. 0185.6831

A.S.L. n. 5 “Spezzino”

via XXIV Maggio 139 - 19100 – Spezia
Tel. +39 0187 533.111
Fax +39 0187
533.592
sito: <http://www.ausl5.la-spezia.it>

Ospedale Sant’Andrea

Via Vittorio Veneto 197 - 19100 La Spezia
Tel. 0187.5331

Ospedale di Felettino

Via dal Forno 6 - 19100 Felettino (Sp)
Tel. 0187.5331

Ospedale di Levanto

Via N. S. della Guardia - 19015 Levanto (Sp)
Tel. 0187.800409

AZIENDE
OSPEDALIERE

Ospedale di Sarzana

Via Cisa - 19038 Sarzana (Sp)
Tel. 0187.6041

**Villa Scassi – Ospedale civile di
Sampierdarena**

corso Scassi 1 - 16149 Genova –
Tel. +39 010 410.21
sito internet: <http://www.villascassi.it>

**Policlinico S.Martino - IRCCS per
l'Oncologia**

largo Rosanna Benzi 10 - 16132 Genova
Tel. +39 010 56001
sito internet: <http://www.smartino.ge.it>

Ospedale Santa Corona

via XXV Aprile 128 - 17027 Pietra Ligure (SV)
Tel. +39 019 623.01
sito internet:
<http://www.ospedalesantacorona.it>

Istituto Giannina Gaslini

Via V Maggio 39 - 16148 Genova
Tel. 010.563.61 - Fax 010.377.1448
sito internet: <http://www.gaslini.org>

Ente ospedaliero “Ospedali Galliera”

Via Mura delle Cappuccine 14 - 16128
Genova

Tel. 010. 563.21 - Fax 010.563.2699
Sito Internet: www.galliera.it

Ospedale Evangelico Internazionale
Salita Superiore San Rocchino 31/a - 16122
Genova
Tel. 010.552.21
Fax 010.552.2200

NUMERI
TELEFONICI
UTILI

Terapia del dolore – Ass. Gigi Ghirotti		010 5222000
Centro per la Microcitemia Osp. Galliera		010 5634555
Centro ICTUS “Luciano Garelo” Ospedale	O.S.Martino	010 5553320
Centro per la cura dell’Epilessia Ospedale	O.S.Martino	010 5552419
Centro per le cefalee Pad Specialità	O.S.Martino	010 5552281
IST Istituto Scientifico Tumori		010 56001
Difensore Civico		800-807067

UNIVERSITA' DI GENOVA

Centro per le cefalee		010 3537046
Centro per l’Epilessia		010 3537082
Centro ICTUS		010 3537098
Servizio prevenzione Arteriosclerosi		010 3538910
Istituto Scientifico Giannina Gaslini		010 56361
Assessorato alla Sanità Regione Liguria		010 5485556

CONFEDERAZIONE DEI CENTRI LIGURI
PER LA TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO
MARIA CHIGHINE Onlus

SEDE
PRINCIPALE

**Genova Sede Regionale-IRCCS-AOU
SanMartino-IST**

Largo R.Benzi 10, Pad.8, 16132

Da Lun. a Ven.: 9.30 - 11.30

Sito: www.tutela-del-malato.it

@: dirittimalato@tiscalinet.it

SEDI
CENTRO

CENTRO

Genova - IRCCS – AOU S.Martino-IST

Dal Lunedì al Venerdì: 9,30-11,30

Largo R. Benzi,10, Pad. 8 - 16132 Genova

Tel.010 5553512 - Tel/Fax 010 352690

@: dirittimalato.irccs@libero.it

Genova Quarto - Ospedale Gaslini

Lunedì: 9,30-11,30

Mercoledì: 12,00-14,00

Largo G. Gaslini,5 - 16147 Genova

Tel:3665425720

@: dirittimalato.gasl@libero.it

Per contatti vedi anche Sede regionale

Genova Centro - Ospedale Galliera

Lunedì e Giovedì: 10,00÷12,00

Via Volta 8 – 16128 Genova

Tel :5634099

SEDI
ASL 3

@:dirittimalato@galliera.it

Genova Voltri - Ospedale Evangelico

II° e IV° Giovedì del mese: 10-12

Piazzale Gianasso, 4 - 16158 Genova

Per contatti vedi Centro GE-Sampierdarena

Tel. 3451337821

Genova Sturla

Punto d'ascolto ASL3

Mercoledì: 9 - 11.30

Via Assarotti 35 Genova

Tel 010 8494583

Genova Sampierdarena

Ospedale Villa Scassi

Martedì e Giovedì: 9,30 - 11,30

C.so O.Scassi, 1 - 16149 Genova

Tel .010 8492277

@:dirittimalato.sampierdarena@gmail.com

Punto d'ascolto di Genova Pontedecimo

Ospedale Gallino

Mercoledì: 9.30-11.30

Via Ospedale Gallino,5 - 16164 Genova

Tel. 010 8498831

@: dirittimalato.gallin@libero.it

SEDI
ASL 1

Imperia Ospedale Civile

Martedì e Venerdì: 9,30 - 11,30
Via S. Agata, 57 - 18031 Imperia
Tel. 0183 537274
@: dirittimalato.im@libero.it

Sanremo (IM)

Via Morardo 9 - 18038 Sanremo (IM)
Tel.3779019260

SEDI
ASL 2

Savona - Ospedale S. Paolo

Martedì e Giovedì: 10,00 - 11,30
Via Genova, 30 - 17100 Savona
Tel. 019 8404805
@: dirittimalato.savona@libero.it

Pietra Ligure (SV) - Ospedale S. Corona

Mercoledì: 15,00 - 16,30
Venerdì: 11,00 - 12,00
Via XXV Aprile, 128
Tel. 019 6232504
@: dirittimalato-s.cor@tiscali.it
Tel. 019 6232504

SEDI
ASL 4

**Sestri Levante (GE)
Ospedale Civile**

Lunedì: 9,00 - 11,00
Via Avv. Terzi, 43/A
16039 Sestri Levante
Tel. 0185 329804

SEDI
ASL 5

La Spezia

Ospedale S. Andrea

Martedì e Giovedì: 15,00 - 18,00

Via V. Veneto, 197 - 19124 La Spezia

Tel/Fax 0187 534048 –

Appuntamenti: Lunedì pomeriggio, Martedì e Giovedì mattina

–Per appuntamenti. Tel. 333 8542126

@: dirittimalato.sp@libero.it

Sarzana (SP)

Ospedale S. Bartolomeo

Dal Lunedì al Venerdì: 15.00 - 18.00

(informazione telefonica)

Località S. Caterina - 19038 Sarzana (SP)

Tel. 0187 604679

@: dirittimalato.sz@libero.it