

# **Guida ai diritti**

---

**“la Repubblica tutela la salute dell’individuo come fondamentale diritto e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti“.**

**Il diritto alla tutela della salute di ogni cittadino è sancito dalla Costituzione Italiana che all’articolo 32**

**La legge 23 dicembre 1978 n. 833 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale quale strumento per garantire a tutti i cittadini il diritto alle cure sanitarie. In particolare per quanto riguarda gli anziani la legge 833/1978 stabilisce: art. 2 punto F « la tutela della salute degli anziani al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione»**

**Il Sistema sanitario garantisce i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale DPCM 2001 – Modificato dal DPCM 12 gennaio 2017**

# Cosa sono i Livelli Essenziali di Assistenza

---

- I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)
- DPCM 12 gennaio 2017 pubblicato in Gazzetta Ufficiale Il 18 marzo 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta

# Il medico di base

---

## Ogni cittadino sceglie liberamente il proprio medico di base, con due soli limiti:

1. ogni medico non può avere più di 1500 assistiti. Raggiunto il limite, quel medico non può più essere scelto;
2. si può scegliere solo tra i medici che operano nel territorio di competenza della A.S.L. nel quale si risiede.  
Se si vive temporaneamente in un distretto diverso da quello di residenza anagrafica: si può revocare il medico presso l'ASL di provenienza e richiederne uno presso l'ASL del luogo dove si vive.

Tale opzione deve avere una durata minima di tre mesi (una durata inferiore non giustifica la deroga) e una durata massima di un anno (superato tale periodo è necessario il cambio di residenza anagrafica e la conseguente applicazione delle regole ordinarie).

Solo se ricorrono gravi motivi, si può chiedere un medico che opera in un distretto sanitario diverso da quello di residenza. Per grave motivo si intende ad esempio, l'interruzione del rapporto di fiducia con l'unico medico attivo nella zona di residenza.

La revoca deve essere motivata, il medico non può opporsi, ma ha diritto di conoscere il motivo per cui un cittadino ha deciso di sostituirlo.

La scelta di un nuovo medico non deve essere motivata.

### CRITERI CONSIGLIABILI PER LA SCELTA DEL MEDICO DI BASE (DA CONSIDERARE, OVVIAMENTE, IN RELAZIONE ALLE PROPRIE ESIGENZE INDIVIDUALI):

- **Luogo in cui si trova il suo studio;**
- **raggiungibilità con mezzi pubblici;**
- **orari di apertura;**
- **presenza di barriere architettoniche;**
- **disponibilità all'assistenza domiciliare integrata (adi);**
- **uso del computer e della posta elettronica;**
- **disponibilità alle consultazioni telefoniche e orari.**

## **Servizi gratuiti**

- visita medica (sia ambulatoriale che domiciliare);
- prescrizione di farmaci;
- certificato per l'incapacità temporanea al lavoro;
- certificato per la riammissione a scuola ;
- certificato di idoneità ad attività sportive non agonistiche in ambito scolastico;
- richieste di visite specialistiche;
- richieste di analisi cliniche e di diagnostica strumentale;
- proposte di ricovero ospedaliero;
- accesso ai luoghi di ricovero;
- consulti con medici specialisti;
- assistenza domiciliare programmata;
- prestazioni professionali quali: prima medicazione, fleboclisi, tampone faringeo, iniezione di gammaglobuline, ecc.

# Servizi a pagamento

---

## Sono, però, a pagamento:

- il certificato di invalidità civile;
- il certificato di infortunio sul lavoro;
- il certificato di idoneità ad attività sportive non agonistiche (ma è gratuito per i minorenni e per i disabili di ogni età; se è richiesto dagli organi scolastici; per attività organizzata dal CONI, da società sportive affiliate o da enti di promozione sportiva). Il “Libretto sanitario dello sportivo”, recentemente introdotto, consente di evitare la ripetizione della certificazione nel corso dello stesso anno. Per le attività agonistiche bisogna invece rivolgersi ai Centri di Medicina dello Sport;
- la visita medica da parte di un medico di base **diverso dal proprio** (€ 25,82 per visita domiciliare; € 15,50 per visita in ambulatorio).

# Gli orari di ambulatorio e le visite domiciliari

Il medico di base non fornisce un servizio di emergenza e, pertanto, non è tenuto ad essere sempre reperibile.

Occorre, quindi, essere informati sui suoi orari di studio e di visita domiciliare, tenendo presente che per le emergenze esiste il servizio di pronto soccorso e, al di fuori degli orari di assistenza del medico di base, ci si può rivolgere alla “guardia medica” (ora “servizio di continuità assistenziale”).

## **Assistenza del medico di base:**

- a) giorni feriali: dalle 8.00 alle 20.00;
- b) giorni pre-festivi: dalle 8.00 alle 14.00.

In tale arco di tempo, il medico deve garantire l’apertura dell’ambulatorio per almeno 5 giorni alla settimana (ma **non è fissato un orario minimo**: il medico deve solo comunicare il proprio orario all’ASL ed esporlo all’ingresso dell’ambulatorio).

Il medico deve effettuare in giornata le visite domiciliari richieste entro le ore 10.00. Quelle richieste oltre le ore 10.00 possono essere rinviate alla mattina successiva, entro le ore 12.00.

Tuttavia, le visite domiciliari non rappresentano, per il medico di base, un obbligo assoluto: egli può valutare discrezionalmente, caso per caso, l’opportunità o meno di effettuare la visita domiciliare, assumendosi, naturalmente, la responsabilità professionale di tale scelta e delle sue eventuali conseguenze

## **Assistenza domiciliare programmata**

In caso di malattie croniche che non consentono all’assistito di raggiungere l’ambulatorio, si può chiedere di essere ammessi al servizio di A.d.p.:

La richiesta di ammissione al servizio deve essere rivolta al medico, che compilerà e inoltrerà la domanda all’ASL, alla quale spetta la decisione. In caso di accoglimento della domanda, il medico visiterà a domicilio l’assistito con frequenza predeterminata.

# Articolo 39 - Assistenza domiciliare programmata

## (medico e leggi Convenzione 2000)

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'[art. 32, comma 2](#), livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, devono essere, comunque, assicurate con interventi a domicilio di:
  - a) assistenza domiciliare integrata (ADI);
  - b) assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
  - c) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).
2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli [allegati sotto le lettere G\) e H\)](#); l'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.
3. Le Regioni, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali della medicina generale maggiormente rappresentative a livello Regionale, possono disciplinare diversamente le forme di assistenza domiciliare di cui alle lettere a) e b).

Fonte: [Medico & Leggi \(http://www.medicoeleggi.com/argomenti00/italia1/12127.htm\)](http://www.medicoeleggi.com/argomenti00/italia1/12127.htm)

# Assistenza domiciliare integrata (Aa.D.I.)

---

È un servizio integrato di prestazioni sanitarie e sociali erogate a domicilio, a pazienti non autosufficienti (malati terminali; affetti da malattie progressive invalidanti; affetti da forme psicotiche acute e gravi; anziani che abbiano subito gravi fratture ; ecc.)

**Assistenza:** prestazioni del medico di base, visite specialistiche, assistenza infermieristica, riabilitazione, assistenza sociale.

**Accesso:** domanda al distretto sanitario da parte del medico di famiglia, dei servizi sociali, dei familiari (tramite medico di famiglia) o dal responsabile del reparto al momento delle dimissioni.

**Durata:** concordata tra distretti e medico di base, insieme alle modalità e tipologie degli interventi.

**Medico di base:** viene mantenuto il proprio, che ha un ruolo di coordinamento di tutta l'attività e di interazione con il paziente e con la famiglia.

**Costo per l'assistito:** l'assistenza è gratuita. Il paziente paga farmaci e presidi come un qualsiasi utente del ssn, e gode delle esenzioni secondo le regole generali (età/reddito, patologia, ecc.).

# Il servizio di continuità assistenziale

Il medico di base e il pediatra di libera scelta non sono servizi di emergenza e non sono tenuti a garantire la reperibilità.

La continuità dell'assistenza ai cittadini , è garantita dal servizio di assistenza di base costituito dalla cosiddetta "guardia medica", ora denominato " **continuità assistenziale**" che interviene negli orari in cui gli studi dei medici sono chiusi.

**L'assistenza è garantita nelle ore notturne (dalle 20.00 alle 8.00) e nei giorni festivi e pre-festivi.**

## Visita e cure sono gratuite come presso il proprio medico di base

Il servizio di continuità assistenziale garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, ma non di urgenza, (per le quali si deve ricorrere al pronto soccorso) cioè per quei problemi sanitari per i quali non si può aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante o pediatra di libera scelta.

### **Il medico di continuità assistenziale può:**

- effettuare visite domiciliari non differibili
- prescrivere farmaci indicati per terapie non differibili, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni
- proporre il ricovero in ospedale.

# Il pronto soccorso

---

È la struttura dove vengono accettati solo pazienti in situazioni di emergenze-urgenze, che necessitano di immediati interventi diagnostici e terapeutici.

1 gennaio 2007 la legge prevede, a carico degli assistiti il pagamento di un ticket di 25 euro per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero classificate con codice bianco; ovvero prestazioni non urgenti paziente non in condizioni critiche. Non è previsto il ticket per le prestazioni erogate a pazienti a cui è stato attribuito il:

**Codice “rosso” - paziente molto critico**

**Codice “giallo” – paziente mediamente critico**

**Codice “verde” – paziente poco critico**

Non deve pagare il ticket chi gode dell’esonero e i minori di 14 anni

Più o meno tutte le Regioni con modalità diverse hanno adottato il pagamento del ticket in pronto soccorso per disincentivarne il ricorso.

[Slide 10 e 11 situazione aggiornata al 2018 di tutte le regioni](#)

# Riscontro dei Regionali Spi

|               |  |
|---------------|--|
| Valle d'Aosta | 25 euro  |
| Piemonte      | 25 euro  |
| Liguria       | <p>25 € sulla visita effettuata dal medico di Pronto Soccorso e/o dai medici consulenti<br/>         36,15 € aggiuntive al costo della visita nel caso in cui vengano erogate ulteriori prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche<br/>         (totale massimo € 61,15) Codici bianchi non seguiti da ricovero La quota non è dovuta:<br/>         dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni<br/>         dai non esenti afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti<br/>         dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale (per i soggetti esenti per patologia limitatamente a prestazioni correlate alla patologia stessa)</p>   |
| Lombardia     | 25 euro  |
| Trento        | 25 euro (Fino a 75 euro con prestazioni). Si pagano fino a max 50 euro le prestazioni in codice verde  |
| Bolzano       | 50 euro per casi non urgenti + tariffa per ogni prestazione specialistica fino ad una max di 100 euro<br>15 euro per casi giustificati senza ricovero  |
| Veneto        | <p>€ 25 ticket fisso + € 36,15 ticket (massimo) per un quantitativo non superiore a 8 prestazioni per branca specialistica.<br/>         Sono classificati come codice bianco alla dimissione, con qualsiasi classificazione di triage di accesso i pazienti che lasciano il Pronto Soccorso prima di ritirare il verbale di chiusura o che lasciano l'Ospedale senza rientrare in PS.<br/>         Esenzioni<br/>         Persone esenti per reddito ed età;<br/>         Minori di 14 anni, limitatamente alla quota fissa di € 25,00 mentre è dovuto il ticket sulle eventuali prestazioni erogate;<br/>         Accessi conseguenti ad infortunio sul lavoro, anche per i soggetti che non godono della copertura assicurativa da parte dell'INAIL;<br/>         Accessi su richiesta del Medico di Pronto Soccorso, entro 24 ore dal precedente accesso, limitatamente alla quota fissa di € 25,00 mentre è dovuto il ticket sulle eventuali prestazioni erogate;<br/>         Accessi e le prestazioni conseguenti ad una manifestazione febbrile con temperatura corporea superiore a 38 gradi avvenuti entro 21 giorni dall'arrivo in Italia dopo un soggiorno in paesi tropicali.</p> |

# Riscontro dei Regionali Spi

|                      |  |
|----------------------|--|
| Fruli Venezia Giulia | 25 euro  |
| Emilia Romagna       | 25 euro per la visita, Fino a 36,15 con prestazioni  |
| Toscana              | Importo massimo 50 euro + 10 euro per digitalizzazione   |
| Marche               | 25 euro  |
| Umbria               | 25 euro  |
| Lazio                | 25 euro  |
| Abruzzo              | 25 euro e un massimo di 36,15 se ci sono esami strumentali   |
| Molise               | 25 euro  |
| Campania             | le prestazioni di pronto soccorso soggette a pagamento non seguite da ricovero (codice bianco) il ticket dovuto è di E.25,00 per effetto dei decreti commissariali ad acta n.141 del 31.10.2014 e 147 del 24.12.2014 ancora prorogati per il 2018. |
| Basilicata           | 25 euro  |
| Puglia               | 25 euro. Fino 36,15 con prestazioni specialistiche   |
| Calabria             | 25 euro – fino a 45 euro con prestazioni specialistiche  |
| Sicilia              | 25 euro  |
| Sardegna             | 25 euro. 15 euro per codici verdi senza ricovero   |

# Liste d'attesa

---

Il problema delle liste d'attesa riguarda le richieste di esami di laboratorio, di visite specialistiche, di diagnostica strumentale e di ricoveri per interventi chirurgici al di fuori dell'emergenza. E' possibile esigere tempi certi per un determinato numero di prestazioni. Il Piano nazionale per il governo delle liste di attesa 2010/2012 (vigente) stabilisce i tempi massimi per le 58 prestazioni elencate nel (PNGL) in particolare per 14 visite specialistiche es. Cardiologia e oculistica da garantire entro 30 giorni dalla richiesta, per 29 diagnosi strumentali come mammografie e tac da erogare entro 60 gg.

Per la diagnostica e la specialistica i tempi massimi devono essere rispettati nel caso di prime visite o primi esami, non per i controlli.

Il medico che prescrive per le prestazioni ambulatoriali dà l'indicazione clinica dei tempi in cui devono essere erogati, indicando sulla ricetta un codice di priorità :

**U** - urgente da garantire entro 72 ore

**B** - Breve entro 10 gg.

**D** - Per visite entro 30gg. Per prestazioni strumentali entro 60 gg

**P** - visite e controlli programmabili non c'è un tempo definito

**( P (programmate) quasi tutte le regioni che hanno normato hanno indicato 180gg.)**

# Liste d'attesa

---

Il decreto legislativo **124/1998** detta direttive precise in materia di liste di attesa. Il comma 10 dell'art. 3 sancisce che le Regioni sono tenute a disciplinare i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere devono determinare i tempi massimi che possono intercorrere tra la data in cui una prestazione viene richiesta e quella in cui la stessa è erogata, decreto che viene richiamato nel documento della conferenza Stato regioni del 4/febbraio 2002 nel quale si prevede la definizione da parte delle regioni dei criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende determinano entro trenta gg. dall'efficacia della disciplina regionale i tempi massimi che possono intercorrere tra la data di richiesta della prestazione e l'erogazione della stessa.

Il PNGLA 2010/2012 prevede che in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel piano stesso ([allegato A, p.C](#))

Pertanto se l'appuntamento non è nei tempi previsti come stabilisce il Piano nazionale governo liste di attesa sulla base dei codici di priorità indicati nel PNGLA stesso.

l'ASL dovrebbe individuare una struttura pubblica convenzionata per erogare la prestazione nei tempi stabiliti, che andrebbero comunicati all'assistito al momento in cui presenta la domanda della prescrizione)

# Cosa fare in presenza di “liste bloccate”

---

la legge n° 266/2005 stabilisce che è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni e che ai responsabili della violazione del divieto (direttori di ASL e Aziende ospedaliere) venga applicata una sanzione amministrativa da mille a 6000€

In molte ASL si è diffusa la prassi di bloccare le liste. E cioè, quando viene raggiunta una soglia che non consente di effettuare prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, non vengono più accettate prenotazioni, pertanto non viene fissata una data, e la richiesta viene posta “in attesa di entrare nella lista d’attesa”.

Questo escamotage consente alle ASL di non documentare il superamento dei tempi di attesa e di non farsi carico della spesa a cui sarebbe tenuta per garantire la prestazione in via alternativa (intra-muraria o privata).

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

**Se non viene comunicata la data, e il servizio si riserva di comunicarla successivamente, significa che la lista d’attesa è bloccata e che la prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi stabiliti.**

**Si può chiedere al direttore dell’Asl di ripristinare l’attività di prenotazione.**

# Le vaccinazioni

Le vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per minori stranieri non accompagnati con il Decreto legge 7 giugno n° 73 sono passate da 4 a dieci. Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017, costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio nazionale. Il suo obiettivo, quindi, è quello di offrire a tutti i cittadini, dalla prima infanzia fino all'età anziana, le più ampie possibilità di prevenzione nei confronti di temibili malattie infettive.

**A partire da quest'anno, è gratuito oltre al vaccino anti influenzale, anche quello anti pneumococco per gli over 65.**

La vaccinazione anti-influenzale è senza dubbio raccomandata, ed offerta gratuitamente, per l'ultra-sessantacinquenne. Essa è in grado di ridurre complicanze, ospedalizzazioni e morti dovute a tale infezione, e deve essere effettuata ad ogni stagione autunnale (periodo ottobre-dicembre). Nell'anziano è inoltre necessario offrire attivamente la vaccinazione con vaccino anti pneumococcico. La vaccinazione contro lo pneumococco può essere offerta simultaneamente alla vaccinazione anti-influenzale, ma può pure essere somministrata indipendentemente e in qualsiasi stagione dell'anno, anche perché mentre l'anti-influenzale deve essere ripetuta ogni stagione, l'anti-pneumococcica viene somministrata, secondo le attuali indicazioni, in dose singola una sola volta nella vita.

Viene offerta anche la vaccinazione contro l'Herpes zoster che è in grado di ridurre significativamente l'incidenza dei casi di malattia e della nevralgia post-erpetica, che è una delle complicanze più frequenti e debilitanti della malattia. La coorte cui la vaccinazione deve essere offerta attivamente è rappresentata dai soggetti di 65 anni di età e pertanto, nel corso dell'anno 2018, a tutti coloro che sono **nati nel 1953**.