

ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Tutte le persone iscritte al Servizio Sanitario Nazionale hanno diritto all'assistenza sanitaria. Chiunque sia iscritto al Servizio Sanitario Nazionale ha diritto all'assistenza sanitaria.

Come ci si iscrive?

Per iscriversi è necessario recarsi presso gli uffici della ASL del proprio territorio muniti di:

- Codice fiscale
- Documento di riconoscimento valido
- Certificato di residenza in carta semplice (si può fare anche in autocertificazione)

Effettuata l'iscrizione, gli uffici delle Aziende Sanitarie rilasciano un documento, la tessera sanitaria; essa riporta i vostri dati anagrafici, il nome del vostro medico di base e le eventuali esenzioni al pagamento del ticket sanitario.

Come posso utilizzare la tessera sanitaria?

La Tessera Sanitaria serve per:

- Scegliere o cambiare il medico di base
- Per ottenere le varie autorizzazioni necessarie a fini sanitari,
- Autorizzazione ad effettuare cure termali
- Rimborsi previsti in caso di assistenza sostenuta in regime di assistenza indiretta dal cittadino. Eventuali esenzioni.

* In caso di smarrimento della tessera sanitaria sarà sufficiente presentarsi agli sportelli della ASL con la denuncia di smarrimento, effettuata presso le autorità competenti e un documento di identità valido.

Per i nuovi nati, saranno il padre o la madre a provvedere all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, esibendo agli uffici della ASL uno stato di famiglia e il codice fiscale del neonato, rilasciato all'atto dell'iscrizione anagrafica presso il Comune di residenza.

Anche i cittadini italiani emigrati all'estero che rientrino temporaneamente in Italia e i loro familiari hanno diritto all'assistenza sanitaria erogata dal Servizio pubblico, anche se provengono da paesi con i quali non esistono convenzioni.

Hanno diritto, inoltre, all'assistenza anche i cittadini stranieri residenti in Italia che ne facciano richiesta, adempiendo agli obblighi di partecipazione alla spesa se privi della copertura assicurativa e i cittadini stranieri presenti in Italia e privi di copertura assicurativa solo per le cure urgenti ospedaliere, quali ad esempio malattia, infortunio e maternità, secondo regole di degenza aggiornate di anno in anno.

CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (C.U.P.)

Per poter prenotare una visita specialistica o effettuare accertamenti diagnostici è necessario Recarsi presso un Centro Unico di Prenotazione o C.U.P.

Tale servizio consente al cittadino di recarsi presso l'ASL, una farmacia o in una struttura di assistenza in generale, con la propria tessera sanitaria e la richiesta del medico e di trovare chi è collegato via computer con tutti i centri sanitari del luogo, sapendo indicare all'utente dove è possibile eseguire una visita, delle analisi o prestazioni sanitarie in tempi brevi.

UFFICIO RELAZIONE CON IL PUBBLICO (URP)

L'Ufficio Relazione con il Pubblico è un servizio istituito al fine di ottimizzare e agevolare il rapporto con i cittadini, e di perseguire maggiore chiarezza e trasparenza nelle procedure, nonché efficienza e qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

L'utente può rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per ricevere informazioni su tutto quello che concerne le prestazioni erogate dai servizi sanitari e socio-sanitari. E' generalmente ubicato presso le Aziende Sanitarie Locali, assicurando un orario di apertura in genere coincidente con quello degli uffici che hanno una maggiore affluenza di pubblico.

Il compito dell'URP non è solo quello di informare, ma anche quello di aiutare l'utente a orientarsi nel panorama dei servizi socio-sanitari, con lo scopo di ridurre le difficoltà derivanti dalla complessità delle procedure. Esso svolge, infatti, attività di informazione, comunicazione e orientamento sulle modalità di concessione dei servizi, raccoglie e ascolta le segnalazioni, le proposte e i reclami dei cittadini, organizzando precisi criteri di risposta, rileva i bisogni e il livello di gradimento dell'utenza per i servizi erogati, riceve e gestisce le richieste di accesso agli atti e procedimenti dell'amministrazione sanitaria.

La richiesta di informazioni può essere soddisfatta sia telefonicamente che recandosi direttamente alla sede URP, ed è totalmente gratuito.

*Presso ogni ufficio sono disponibili i moduli per l'esercizio del diritto di accesso e per la presentazione di istanze, domande o richieste di materiale informativo sulle attività e sui servizi erogati, quali la Carta dei Servizi, uno strumento utilissimo che guida l'utente ai servizi fruibili sul territorio.

CARTA DEI SERVIZI

Quasi tutte le Aziende Sanitarie Locali hanno ormai messo a punto la propria Carta dei Servizi, una mappa dettagliata delle strutture, dei numeri telefonici, degli indirizzi, dei tempi di erogazione delle prestazioni, della loro tipologia, eventualmente ampliata rispetto alle indicazioni nazionali, di eventuali semplificazioni burocratiche, fino a giungere alle indicazioni per sporgere reclami o chiedere semplici informazioni. E' presente in ogni singola azienda sanitaria e rappresenta, quindi, una guida essenziale in più per gli utenti.

MEDICO DI FAMIGLIA

Il medico di famiglia o conosciuto anche con i nomi di: medico di fiducia, medico di medicina generale o di base, è il medico scelto da ciascun cittadino per garantirsi l'assistenza nell'intervento sanitario e cura la salute dei suoi pazienti nel complesso, conosce ed educa i suoi assistiti alla salute.

Come faccio a scegliere il medico di famiglia?

Recandosi presso l'ASL di residenza con la propria tessera sanitaria ed individuare il nominativo in una lista di medici di zona disponibili, fornita dagli uffici.

La scelta, ha validità di un anno ed è automaticamente rinnovata alla scadenza se non intervengono variazioni.

Chi decide di cambiare il suo medico di famiglia deve comunicarlo alla ASL di residenza, esibire la sua vecchia tessera sanitaria e procedere alla scelta di un altro medico.

La visita ambulatoriale

La visita ambulatoriale viene eseguita presso lo studio del medico, aperto per 5 giorni alla settimana, con un orario, affisso nella sala di attesa, strutturato tra la mattina e il pomeriggio, stabilito in relazione al numero degli assistiti.

*Il medico è tenuto a differenziare l'orario dedicato agli informatori scientifici da quello dell'attività ambulatoriale.

Il medico di base è anche tenuto a rilasciare certificazioni ai propri assistiti, quali quelle ai fini dell'ammissione o riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, certificati di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico, certificati per l'incapacità temporanea al lavoro, e così via. Per certificazioni adibite ad altro uso, il medico può esigere il pagamento.

La ricetta del medico

Al medico di famiglia spetta la prescrizione di farmaci, analisi e indagini. La prescrizione avviene in base alle modalità fissate dalla legge e dal prontuario terapeutico nazionale. Sulla ricetta deve essere indicato il diritto all'esenzione al pagamento dei tickets disciplinata dalla legge sulle esenzioni nazionali da reddito e attestata dalla ASL di residenza. L'opportunità di fornire siringhe, presidi, prodotti dietetici e altri generi di ausilio viene rilevata dal medico di fiducia una volta l'anno, ma all'erogazione di tali prodotti provvede la ASL in base all'organizzazione regionale.

La visita a domicilio

La visita a domicilio viene effettuata nel caso in cui le condizioni del paziente siano tali da impedirgli di recarsi allo studio del medico. Quando la richiesta perviene **entro le ore 10**, deve essere eseguita nel corso della stessa giornata. Quando invece la richiesta perviene **dopo le ore 10**, deve essere effettuata entro le 12 del giorno successivo. Quando la chiamata riveste carattere di **urgenza**, deve essere effettuata nel più breve tempo possibile. Il **sabato** o nei **giorni prefestivi** il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma deve eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore 10 dello stesso giorno e quelle non effettuate, richieste dopo le ore 10 del giorno precedente.

OSPEDALE

Esistono varie possibilità di accesso per il ricovero ospedaliero, erogato dal Servizio Sanitario Nazionale a tutti i cittadini, gratuitamente e senza limiti di tempo.

Il ricovero d'urgenza

Viene disposto dal medico di guardia del Pronto Soccorso dove il paziente è stato trasportato o si è recato a seguito di un incidente o di un malore improvviso, sulla base delle condizioni cliniche del paziente. Dopo aver visitato il paziente ed aver effettuato le prime cure, il medico di turno dispone il ricovero immediato del paziente in tutti i casi in cui ravvisa una urgenza clinica e lo avvia al reparto di competenza. La responsabilità in ordine alla valutazione dell'urgenza e della Divisione o Sezione di ricovero è del medico che visita il paziente in Pronto Soccorso.

In casi di difficoltà relative al ricovero d'urgenza per la non disponibilità immediata di posti letto nella struttura ospedaliera, viene attivata da parte del personale addetto la ricerca di posti letto presso altre strutture.

Pur non essendo prevista alcuna autorizzazione preventiva per il ricovero d'urgenza, l'ospedale deve comunque ottenere entro tre giorni dal ricovero la documentazione di accompagnamento riguardante il paziente. La documentazione, cioè una scheda sanitaria, può essere inviata direttamente dal medico di famiglia o dal pediatra oppure richiesta dall'ospedale stesso al medico curante.

Le prestazioni che non hanno carattere di urgenza eseguite impropriamente al Pronto Soccorso o in Accettazione possono essere soggette al pagamento del ticket.

Il ricovero ordinario

Si tratta di un ricovero previsto per il trattamento di patologie di norma non urgenti, o per condizioni che richiedono particolari approfondimenti diagnostici, non eseguibili in regime ambulatoriale.

Per il ricovero ordinario è necessaria la prescrizione del ricovero ospedaliero da parte del Medico di famiglia, che prepara una relazione su una scheda predisposta da un medico in servizio di guardia medica, da uno specialista o da qualunque medico libero-professionista. La scheda deve specificare il motivo del ricovero e le notizie concernenti gli eventuali accertamenti diagnostici e di laboratorio già effettuati dal paziente.

L'accettazione dell'ospedale provvede ad interessare il reparto di competenza, il medico del reparto provvede al ricovero immediato oppure, in caso di non disponibilità immediata di posti letto, all'inserimento in una lista programmata di ricovero, lista gestita dal medico responsabile dell'unità funzionale, in base al tipo di patologia e all'entità del caso.

Su analisi ed accertamenti diagnostici strettamente correlati al ricovero, il paziente non dovrà pagare alcun ticket.

Il ricovero programmato

Il ricovero ordinario è generalmente programmato, specie per quanto riguarda gli interventi chirurgici.

E' deciso direttamente dal reparto che ha già avuto in carico il paziente per una precedente visita ambulatoriale o per un ricovero.

Il ricovero, dunque, viene programmato nel tempo, con inserimento nell'apposito registro delle prenotazioni (lista di attesa), in tutti i casi in cui patologie e/o quadri clinici non richiedano interventi d'urgenza.

Tale programmazione avviene nel rispetto dei seguenti criteri:

- L'ordine cronologico di presentazione della proposta (prenotazione), per patologie e quadri clinici della stessa natura.

- La tipologia, la gravità e le caratteristiche dello stato della malattia.

Il ricovero in day hospital

Un altro tipo di ricovero programmato è il day hospital, alternativo al ricovero tradizionale, finalizzato all'effettuazione di prestazioni di carattere diagnostico-terapeutico e riabilitativo. Questo tipo di ricovero si può comporre di un certo numero di accessi, anche non continuativi, in cui il paziente soggiorna presso la struttura ospedaliera non oltre le 12 ore, nella fascia oraria mattutina e/o pomeridiana, ad esclusione della domenica.

Pur non comportando la necessità di una permanenza continuativa in ospedale, il ricovero in day hospital garantisce l'assistenza medica ed infermieristica con erogazione di prestazioni multi-professionali e pluri-specialistiche non eseguibili in ambulatorio.

Il ricovero nelle case di cura accreditate e nelle case di cura private

In tutte le regioni gli assistiti hanno diritto alla libera scelta del luogo di cura, per cui, anche per il ricovero in case di cura accreditate, basterà la richiesta del medico di famiglia come per i normali ricoveri in ospedale.

Per il ricovero in una clinica privata non accreditata, invece, il paziente dovrà anticipare le spese, per poi recuperarne solo una parte tramite rimborso della ASL. E' comunque necessario, per ottenere tale rimborso, chiedere alla ASL di appartenenza la preventiva autorizzazione, presentando la proposta di ricovero redatta dal medico di famiglia.

Anche il ricovero nelle case di cura accreditate è gratuito.

Le dimissioni

La dimissione del paziente dall'ospedale è disposta dal primario del reparto, o, in sua vece, dall'aiuto.

Il malato può chiedere di essere dimesso anche contro il parere del primario. In questo caso è necessario rilasciare una dichiarazione scritta che contenga anche il motivato parere contrario del primario. La dichiarazione sarà conservata agli atti dell'ospedale. Per i pazienti minorenni e per gli interdetti la decisione è rimessa ai familiari.

Quando, invece, il primario dispone la dimissione del paziente, quest'ultimo è costretto a lasciare l'ospedale, anche contro la sua volontà, salvo ripresentarsi appena uscito, al medico di guardia del Pronto Soccorso per una nuova accettazione di ricovero.

Il malato può richiedere, se lo ritiene necessario, il ricovero in altro ospedale, rivolgendosi comunque al primario e poi al direttore sanitario.

Al malato, prima di lasciare l'ospedale, è consigliabile richiedere una lettera di dimissione che contenga gli esami eseguiti, la diagnosi, i risultati, le cure effettuate e quelle consigliate. E' inoltre consigliabile richiedere copia della cartella clinica, che sarà ritirata in un secondo momento e farsi rilasciare i certificati necessari per un eventuale rapporto di lavoro.

Diritti dei degenti

Il paziente ricoverato in ospedale ha una serie di diritti che può far valere in qualsiasi momento.

- Ha, infatti, diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.
- E' tenuto a ricevere tutte le informazioni riguardanti il proprio stato di salute, relativamente alla diagnosi, alla terapia, all'intervento proposto, ed alla prognosi. In particolare, salvo i casi di urgenza nei quali il ritardo possa comportare pericolo per la salute, il paziente ha diritto di ricevere le notizie sui rischi e vantaggi dei trattamenti sanitari, accertamenti e terapie devono essere illustrati al paziente che può esprimere o meno il suo consenso. La mancanza del consenso fa diventare illeciti gli interventi medici. Ove il sanitario raggiunga il motivato convincimento dell'inopportunità di una informazione diretta, la stessa dovrà essere fornita, salvo espresso diniego del paziente, ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria.
- Il paziente ha, altresì diritto di essere informato sulla possibilità di indagini e trattamenti alternativi, anche se eseguibili in altre strutture. Ove il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria.
- I referti medici, le cartelle cliniche e ogni altra documentazione sanitaria, inoltre, devono essere chiari, comprensibili e accessibili agli utenti ricoverati.
- Ogni paziente deve essere preventivamente informato se nella Divisione presso cui è ricoverato vengono condotte sperimentazioni di farmaci, di nuovi metodi di diagnosi o cura. Il ricoverato può rifiutarsi di partecipare a tali ricerche anche se non comportano alcun rischio.
- Tra i diritti degli assistiti anche quello di conoscere l'identità e la qualifica professionale di chi effettua interventi o prestazioni e quello di presentare reclami circa i disservizi subiti.
- Il paziente ha diritto di ottenere che i dati relativi alla propria malattia ed ogni altra circostanza che lo riguardino, rimangano segreti.
- Inoltre ha diritto di proporre reclami che debbono essere sollecitamente esaminati, ed essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

La cartella clinica

La cartella clinica è l'insieme di documenti nei quali viene registrato dal personale di assistenza un complesso eterogeneo di informazioni, soprattutto sanitarie ma anche anagrafiche, sociali, ambientali, giuridiche, ecc., concernenti un determinato paziente ricoverato in ospedale, per poter rilevare, il più fedelmente possibile, ciò che lo riguarda in senso diagnostico-terapeutico durante l'ospedalizzazione.

La cartella clinica è a disposizione del paziente in qualsiasi momento. Contiene l'indicazione delle visite effettuate ed il loro esito, la diagnosi, le terapie prescritte e praticate, il decorso delle condizioni di salute, lo stato del degente al momento del ricovero e della dimissione ed il motivo del ricovero e della dimissione. Alla cartella clinica vanno allegati anche i risultati degli esami effettuati nel corso del ricovero (radiografie, prelievi etc.). L'utente ha diritto di richiedere copia di ogni cartella clinica dei suoi ricoveri o di certificati di degenza o di singoli referti.

La Cartella Clinica, della cui regolarità risponde il Responsabile del Reparto di degenza, deve essere redatta su fogli messi a disposizione o riconosciuti validi dall'amministrazione e le relative annotazioni debbono essere scritte, rispettando la sequenza cronologica, contestualmente agli eventi segnalati e deve essere conclusa con la diagnosi di dimissione, firmata dal Responsabile del Reparto di degenza e consegnata al paziente, od ad un suo delegato, secondo le modalità e con le garanzie indicate dalla normativa vigente in tema di segreto e di tutela dei dati personali.

L'operazione sarà possibile, però, solo dopo la dimissione dall'ospedale, inoltrando richiesta alla Direzione Sanitaria. I tempi per l'acquisizione della cartella variano da ospedale a ospedale e vanno dai 2 ai 30 giorni.

Viene rilasciata in copia conforme all'originale, a firma del competente Direttore Sanitario, o figura da lui delegata, dovrà riportare in calce il numero dei fogli di cui è composta, non è soggetta a bollo e sarà consegnata al richiedente dietro corresponsione di una somma che varia da Azienda ad Azienda, ma di solito si limita al rimborso delle spese per le fotocopie, che il paziente, o chi per esso, salderà al momento del ritiro della stessa.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

L'Assistenza Domiciliare Integrata è una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze quasi esclusivamente degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronico-degenerative in fase stabilizzata, parzialmente, totalmente, temporaneamente o permanentemente non autosufficienti, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.) ad interventi socio-sanitari (attività riabilitative, assistenza infermieristica, interventi del podologo, ecc.). Il suo obiettivo è quello di erogare un servizio di buona qualità, lasciando al proprio domicilio l'ammalato, consentendogli di rimanere il più a lungo possibile all'interno del suo ambiente di vita domestico e diminuendo notevolmente, in questo modo, anche i costi dei ricoveri ospedalieri.

L'ADI fornisce svariate prestazioni a contenuto sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario.

Le prestazioni di carattere socio-assistenziale offerte dall'ADI, perlopiù, nel caso in cui l'utente abbia un reddito minimo o comunque che sussistano le condizioni economiche disagiate, sono: igiene e cura della persona, aiuto domestico e preparazione dei pasti, disbrigo di pratiche burocratiche e altre commissioni esterne, rapporti con l'Azienda Sanitaria Locale e il medico curante, aiuto alla socializzazione, accompagnamento per commissioni esterne, aiuto economico.

Generalmente si accede all'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso una segnalazione al Centro di Assistenza Domiciliare dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, da parte del medico di base o del sanitario del reparto ospedaliero di dimissione del paziente, da parenti o amici, dalle associazioni di volontariato, dagli altri servizi dell'Azienda Sanitaria Locale. A seconda delle necessità, verranno stabiliti gli interventi domiciliari da garantire all'utente che si trova in stato di bisogno. Il servizio è gratuito e di solito, viene erogato per almeno 5 giorni la settimana.

Le patologie che consentono l'avvio dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono:

- Incidenti vascolari acuti.
- Gravi fratture in anziani.
- Riabilitazione di vasculopatici.
- Malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (per esempio forme acute respiratorie).
- Dimissioni protette da strutture ospedaliere.
- Piaghe da decubito o ulcere su base vascolare gravemente invalidanti.

Per la parte sanitaria, le prestazioni erogate da parte dell'assistenza domiciliare integrata pubblica sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per la parte sociale, le prestazioni sono gratuite per le persone con reddito inferiore ai limiti definiti nel luogo di residenza. Tuttavia, alcuni Comuni prevedono il pagamento di un ticket che varia a seconda del reddito del nucleo familiare per l'erogazione di questi servizi.

Gli standard assistenziali minimi tendenziali per assistito in media annuale che il servizio A.D.I. deve assicurare sono i seguenti:

- 140 ore di assistenza domiciliare di tipo socio-assistenziale (aiuto domestico, pulizie personali, altre forme di assistenza);
- 100 ore di assistenza infermieristica;
- 50 ore di assistenza riabilitativa;
- 50 accessi del medico di medicina generale;
- 8 consulenze medico-specialistiche o di altri operatori (psicologo);
- altri servizi, secondo il bisogno (assistenza religiosa, podologo).

Il medico di base resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare del non autosufficiente ed a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per esigenze di ricovero ospedaliero e l'attuazione del programma consigliato dall'Unità Operativa.

Quest'ultima è composta da personale dell'Azienda Sanitaria Locale e del Comune e provvede a effettuare la valutazione a casa dell'utente, contattare il medico di base, elaborare un piano di intervento indicando le prestazioni tecnico-professionali necessarie, le modalità di accesso e il periodo di assistenza, valutare periodicamente le eventuali variazioni del piano, stabilire il termine dell'assistenza del paziente. E' comunque sempre il medico di base ad avere la responsabilità unica e complessiva del paziente.

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

L'assistenza domiciliare sanitaria è l'insieme di interventi a carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo offerti a domicilio a persone anziane e disabili a rischio di non autosufficienza, parzialmente autosufficienti o totalmente non autosufficienti temporaneamente o permanentemente, per patologie croniche stabilizzate che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere.

Le **prestazioni sanitarie** comprendono interventi di medicina generale e specialistica dipendenti dalle specifiche esigenze dell'anziano assistito.

Le **prestazioni infermieristiche** comprendono la somministrazione o il controllo della corretta assunzione dei farmaci, l'effettuazione e la consegna dei prelievi per le analisi di laboratorio, l'assistenza per le indagini strumentali, l'assistenza ai cateterizzati, il controllo della fleboclisi e delle varie apparecchiature connesse, la registrazione della temperatura, la misurazione della pressione e del peso corporeo, il controllo della dieta alimentare, l'effettuazione di iniezioni e le medicazioni in genere.

Le **prestazioni di riabilitazione** e di recupero psico-fisico comprendono un insieme di provvedimenti finalizzati al recupero dei deficit natura fisica, psicomotoria, del linguaggio, di mantenimento, e così via.

Generalmente si accede a questo servizio attraverso una segnalazione al Centro di Assistenza Domiciliare dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, da parte del medico curante o del sanitario del reparto ospedaliero in cui era ricoverato il paziente, dai suoi stessi parenti o amici, dalle associazioni di volontariato o da altri servizi dell'ASL.

Le prestazioni erogate da parte dell'assistenza domiciliare sanitaria pubblica sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE

L'assistenza domiciliare sociale è l'insieme di prestazioni di natura socio-assistenziale offerte a domicilio a persone anziane e disabili, temporaneamente o permanentemente, che non necessitano del ricovero in strutture ospedaliere.

Viene svolta essenzialmente da assistenti domiciliari e da assistenti sociali, da educatori professionali e, in alcuni casi, viene integrata anche da volontari.

Le prestazioni di servizio affidate all'**assistente domiciliare** mirano innanzitutto a favorire l'autosufficienza della persona e la sua tutela igienico-sanitaria, aiutandolo nell'igiene personale, nella corretta deambulazione, nella preparazione dei pasti, nell'aiuto domestico, nella cura della persona, negli interventi sull'abitazione, nel fare la spesa, nell'accompagnamento ed in altri servizi complementari. Inoltre l'assistente domiciliare provvede anche alle attività di segretariato sociale, come ad esempio il disbrigo di pratiche burocratiche ed di altre commissioni esterne e a tutti gli interventi finalizzati a favorire la socializzazione e il sostegno psicologico del paziente.

ESENZIONE TICKET

Il Servizio sanitario pubblico garantisce la tutela della salute e l'accesso ai servizi alla totalità dei cittadini, senza distinzioni individuali o sociali. Nella determinazione dei livelli assistenziali del Servizio sanitario pubblico sono contemporaneamente stabilite le prestazioni, la cui fruizione è subordinata al pagamento, da parte del cittadino, di una quota di partecipazione alla spesa. Il ticket è appunto questa partecipazione alla spesa nell'ambito del Servizio sanitario pubblico.

L'esenzione per patologie deve essere richiesta all'Azienda USL di residenza, presentando un certificato medico che attesti la presenza di una o più malattie incluse nell'elenco delle patologie esenti

Il certificato deve essere rilasciato da un presidio ospedaliero o ambulatoriale pubblico. Sono validi ai fini del riconoscimento dell'esenzione anche:

- la copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera pubblica
- la copia del verbale di invalidità
- la copia della cartella clinica rilasciata da una struttura ospedaliera privata accreditata, previa valutazione del medico del Distretto sanitario della Azienda USL di residenza
- i certificati delle Commissioni mediche degli Ospedali militari
- le certificazioni rilasciate da Istituzioni sanitarie pubbliche di Paesi appartenenti all'Unione europea.

L'Azienda USL rilascia, nel rispetto della tutela dei dati personali, un attestato che riporta la definizione della malattia con il relativo codice identificativo e le prestazioni fruibili in esenzione.

Esenzione ticket per patologia

Alcune patologie danno il diritto al cittadino all'esenzione dal pagamento del ticket. Questo però avviene solo per le analisi e gli accertamenti diagnostici mirati strettamente a quella patologia.

Così, ad esempio, un diabetico non pagherà il ticket sull'insulina e sugli ipoglicemizzanti orali e potrà effettuare gratis gli esami per l'accertamento della glicemia, l'elettromiografia, quelli del fondo oculare, ecc., mentre un epilettico avrà diritto, nelle condizioni di esenzione per patologia, ai farmaci antiepilettici e al loro monitoraggio nell'organismo. Per ottenere l'esenzione è necessario essere in possesso di un tesserino sanitario, contrassegnato da un numero, che il medico di famiglia dovrà annotare sulla ricetta ogni volta che compilerà una prescrizione esente.

Questo viene rilasciato all'interessato esibendo agli sportelli della ASL un documento di identità valido, la tessera sanitaria, il codice fiscale, il certificato dello specialista di una struttura pubblica attestante la patologia.

Esenzione per reddito

È necessaria l'autocertificazione della propria condizione al momento della fruizione delle prestazioni con apposita indicazione scritta dietro la prescrizione medica.

Esenzione per invalidi di servizio

Occorre la stessa documentazione degli esenti per patologia, tranne che per il certificato dello specialista ASL, sostituito dal decreto ministeriale con la copia autentica, oppure portare in visione l'originale e la relativa fotocopia, o l'attestato dell'amministrazione di appartenenza, che certifichi l'invalidità per l'anno in corso.

Esenzione per invalidi di guerra

Occorre un documento di identità valido, la tessera sanitaria, il codice fiscale, il Modello 69 in copia autentica, attestante l'invalidità di guerra o l'originale in visione più la fotocopia.

Esenzione per invalidi civili superiori a due terzi

È necessaria la stessa documentazione dell'esenzione per gli invalidi di guerra, tranne che per il Modello 69, sostituito dal verbale di invalidità in copia autentica o dall'originale in visione più la fotocopia.

Esenzione per infortunati sul lavoro

Nel caso di esenzione per infortuni sul lavoro, occorre un documento di identità valido, la tessera sanitaria, il codice fiscale e l'attestato INAIL in copia autentica, oppure l'originale in visione più la fotocopia.

Nel caso in cui l'interessato non può recarsi personalmente agli sportelli della ASL, è possibile delegare una persona di fiducia che esibisca la documentazione scritta, i documenti indicati per le varie esenzioni e il documento di identità valido del delegato stesso.

Patologie Esenti

Le malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie correlate sono individuate dal decreto 28 maggio 1999, n.329, successivamente modificato dal decreto di aggiornamento (d.m. 21 maggio 2001, n.296) e dal regolamento delle malattie rare (d.m. 18 maggio 2001, n.279).

Persone affette da malattie rare

A questo tipo di esenzione ticket hanno diritto persone affette dalle malattie sotto elencate, in base al regolamento delle malattie rare (d.m. 18 maggio 2001, n.279). La diagnosi viene accertata dai medici dei servizi e presidi delle Aziende Sanitarie oppure dai medici di strutture convenzionate. Sulla base della diagnosi accertata il Servizio Amministrativo dell'Azienda Sanitaria di iscrizione dell'assistito rilascia l'attestato di esenzione ticket.