



# SOS salute

**Guida  
ai diritti  
del malato**

- **ERRORI MEDICI?**
- **DIMISSIONI FORZATE?**
- **INVALIDITÀ CIVILI NEGATE?**
- **LISTE D'ATTESA INTERMINABILI?**
- **CARTE DEI SERVIZI INTROVABILI?**
- **DANNI DA TRASFUSIONI E DA VACCINAZIONI OBBLIGATORIE?**



**MOVIMENTO CONSUMATORI**



Progetto cofinanziato dal Ministero delle Attività Produttive

# Indice degli argomenti

Direzione progetto:	Glenda Giunò Lorenzo Miozzi
Comunicazione esterna:	Rossella Miracapillo
Redazione testi:	Roberto Baribieri Monica Multari Rossella Miracapillo
Ideazione progetto:	Monica Multari

<b>1 I Servizi di Base</b>	pag. 4
Il Medico di Base	
Il Pediatra di libera scelta	
Il Servizio di continuità assistenziale	
Il Pronto Soccorso	
<b>2 Le Liste di attesa</b>	pag. 11
Istanza per prestazione in regime intramoenia	
Istanza per richiesta di rimborso di prestazione in regime privato	
<b>3 I Ticket</b>	pag. 17
<b>4 Il Ricovero ospedaliero</b>	pag. 20
Ricovero	
Dimissioni	
Lungodegenza	
Residenze sanitarie assistenziali (R.s.a.)	
Assistenza domiciliare integrata (A.d.i.)	
Dimissioni forzate	
Istanza per opposizione a dimissioni improprie	
<b>5 I farmaci</b>	pag. 27
Fascia A e Fascia C – La formazione del prezzo	
I generici	
La ricetta	
<b>6 Il consenso informato</b>	pag. 31
Consenso informato negli interventi chirurgici e negli esami diagnostici	
Consenso informato nella scelta dei farmaci	
<b>7 Le Carte dei servizi</b>	pag. 35
<b>8 Le vaccinazioni</b>	pag. 38
<b>9 Responsabilità professionale e risarcimento del danno da errore medico</b>	pag. 41



# Introduzione

Quando c'è la salute c'è tutto...recita un antico adagio, ma se la salute viene a mancare?

Come può il cittadino districarsi fra i mille problemi che si trova ad affrontare in una situazione già di per sé fonte d'enorme disagio?

Lo scopo della nostra guida è proprio questo: fornire al malato, o alle persone a lui vicine, uno strumento informativo per veder tutelato il **diritto alla salute**, riconosciuto come valore supremo dalla nostra Costituzione.

La lettura della guida consentirà, inoltre, di conoscere le prime "armi", a disposizione di tutti noi, per combattere violazioni, inefficienze e disservizi; se poi l'autotutela non fosse sufficiente, il Movimento Consumatori, attraverso gli **sportelli SOS SALUTE**, presenti sul territorio nazionale, si attiverà per ottenere il rispetto dei diritti del malato in tutte le sedi competenti.

L'elenco degli sportelli SOS SALUTE è reperibile sul nostro sito internet, all'indirizzo **www.movimentoconsumatori.it**, oppure chiamando la nostra sede nazionale al n. 06 4880053.

Eventuali segnalazioni o richieste d'assistenza possono essere inviate all'indirizzo **sossalute@movimentoconsumatori.it** o via fax al n. 06 4820227.



# I Servizi di Base

## 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** (oltre la quale appare ragionevole il cambio di residenza anagrafica e la conseguente applicazione delle regole ordinarie).

In realtà, se ricorrono **gravi motivi**, si può chiedere un medico che opera in un distretto sanitario diverso da quello di residenza.

Grave motivo è, 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 esser 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 a pagamento

Le prestazioni del medico di base sono di regola gratuite per l'assistito.

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 altri servizi sono tutti gratuiti.** Ad esempio:

- 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.

### **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.

### **IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

E' il medico di fiducia di bambini e ragazzi da 0 a 14 anni.

Viene scelto liberamente da uno dei genitori, nell'ambito di elenchi predisposti dalla ASL e articolati per Distretti sanitari.

In caso di patologie croniche o handicap documentati, si può richiedere di mantenere il pediatra fino a 16 anni.

Di regola, ogni pediatra può avere fino a 800 assistiti, ma sono ammesse deroghe (fino a 880 pazienti):

- se nello stesso Distretto non vi è un numero sufficiente di pediatri;
- se nella stessa famiglia si aggiunge un nuovo bambino.

Rispetto ai medici di base, il più limitato numero di pediatri e il più ristretto numero di pazienti che ciascuno di essi può assistere, fa sì che in alcune zone possano non esserci pediatri disponibili.

In tal caso, per il bambino si potrà scegliere: o il medico di base che già assiste un altro familiare, oppure un pediatra di un Distretto vicino.

Fra le **prestazioni gratuite**, rientrano

- gli stessi compiti del medico di base (→ v. pag. 5);
- e, inoltre:
- certificazioni obbligatorie ai fini della riammissione all'asilo nido, alla scuola per l'infanzia e alla scuola dell'obbligo;
- certificati per l'astensione dal lavoro del genitore in caso di malattia del bambino;
- certificati di idoneità alle attività sportive non agonistiche organizzate da



organi scolastici, dal CONI, da Enti di promozione sportiva, da società sportive affiliate.

Sono, invece, a pagamento:

- Certificato di idoneità per le attività sportive non scolastiche, o comunque non curricolari (€ 25,82). Per le attività sportive agonistiche occorre rivolgersi ai Centri di medicina dello Sport.
- Visite "occasionali", fatte cioè ad un bambino che non è tra i propri assistiti (€ 25,82 in ambulatorio; € 36,15 a domicilio).

## 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.

Nei giorni di apertura dell'ambulatorio, l'assistenza è prevista fino alle ore 20.00 nei giorni feriali e fino alle ore 14.00 nei giorni pre-festivi.

Oltre questi orari e al di fuori dei casi di emergenza, per patologie per le quali sarebbe improprio rivolgersi al servizio di pronto soccorso (ad es.: eritema solare, congiuntiviti, dolori articolari, infezioni delle vie urinarie, ecc.), funziona un servizio di assistenza di base costituito dalla cosiddetta "guardia medica", ora denominato "**medico di continuità assistenziale**".

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.

Gli ambulatori di continuità assistenziale hanno sede di norma, nei pressi dei servizi di pronto soccorso di maggiori dimensioni e dispongono di una linea telefonica.

Ad essi ci si rivolge al di fuori degli orari di ambulatorio del medico di base, per le patologie non caratterizzate da quel carattere di emergenza che giustificerebbe l'accesso al pronto soccorso.

## IL PRONTO SOCCORSO

L'organizzazione del servizio di pronto soccorso è di competenza delle Regioni.

Ai sensi dell' art. 2, comma 4 del D.Lgs. n. 124/98, possono: «Le regioni, (...) possono includere tra le prestazioni soggette alla partecipazione al costo quelle erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza. Tale ampliamento è volto a favorire la redistribuzione degli oneri da partecipazione fra gli assistiti non esenti e a promuovere il ricorso appropriato ai diversi regimi di erogazione delle prestazioni.»

La maggior parte delle Regioni ha utilizzato questa facoltà prevedendo un pagamento a carico dell'assistito nel caso di prestazione, di pronto soccorso, senza che vi sia effettiva emergenza. Ciò avviene con le seguenti modalità: alcune regioni addebitano il costo della prestazione mediante il sistema della cosiddetta "franchigia"; la spesa addebitata all'assistito deve rimanere, in ogni caso, entro un limite massimo prefissato (di solito € 36,15); le altre regioni applicano un ticket fisso per ogni prestazione effettuata.

### Il modello dell'Emilia Romagna

Al momento dell'accesso al pronto soccorso, viene assegnato un codice colorato in rapporto all'urgenza e, quindi, alla priorità di accesso.

In ordine decrescente: rosso, giallo, verde, bianco.

Non si viene assistiti in ordine di arrivo ma secondo un ordine di priorità, determinato dal codice che viene assegnato.

Il servizio di pronto soccorso e tutti i servizi connessi (esami, consulenze specialistiche, ecc.) sono, **di regola, gratuiti**.

Tuttavia, al momento delle dimissioni, al termine del percorso di cura (visite,



esami, terapie), il medico attribuisce di nuovo un codice colorato, che può essere diverso da quello assegnato ai fini della priorità di accesso.

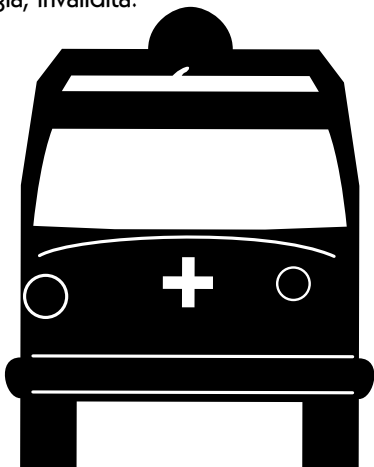
Se il codice assegnato al momento di lasciare il pronto soccorso è quello bianco, significa che è stato dato un giudizio di **accesso improprio al servizio**. Il paziente non avrebbe dovuto recarsi al pronto soccorso ma seguire altri percorsi extra-ospedalieri (medico di base, visita specialistica, guardia medica, ecc.).

In questo caso, il cittadino che ha usufruito impropriamente del pronto soccorso sarà tenuto al pagamento di un **ticket** (€ 23,00 oltre al ticket per ciascuna delle prestazioni diagnostiche eventualmente effettuate).

Così, ad esempio, nel caso di dolori di schiena, rivolgersi al pronto soccorso anziché al medico di base, può costare € 58,30 in ticket (= € 23 per pronto soccorso + € 18,00 per consulenza ortopedica + € 17,30 per radiografia).

Scopo dichiarato è disincentivare l'utilizzo improprio (e il conseguente sovraccarico) del servizio di pronto soccorso.

Oltre alle prestazioni relative ai codici rosso, giallo e verde sono in ogni caso dispensate dal pagamento del ticket le persone comunque esenti per ragioni di età e reddito, patologia, invalidità.



## Le Liste d'attesa

Il problema delle liste d'attesa riguarda le richieste di esami di laboratorio, di diagnostica strumentale e di ricoveri per interventi chirurgici al di fuori dell'emergenza.

L'art. 3 del Decreto Legislativo 124/98 così enuncia:

### comma 10:

«entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto (1/8/1998 n.d.r.), **le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano**, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, **il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni** di cui ai commi 3 e 4 **e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione**, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere».

### comma 12:

«**Le regioni disciplinano**, anche mediante l'adozione di appositi programmi, **il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni**, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

- a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni **nell'ambito delle strutture pubbliche** attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;
- b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e con-



trollo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;

- c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni **in regime di attività libero-professionale intramuraria** alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;
- d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13».

#### **Comma 13:**

«Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, **l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale** di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, **la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima**, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato».

#### **Comma 14:**

«Il direttore generale dell'azienda sanitaria vigila sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e di quelle del comma 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito».

#### **Comma 15:**

«L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione».

Le normative regionali e i provvedimenti dei Direttori generali, stabiliscono quindi i tempi di attesa massimi che devono essere rispettati dalle strutture pubbliche in relazione alle prestazioni programmabili.

Se, nel singolo caso, questi tempi massimi non possono essere rispettati dal servizio pubblico, l'ASL deve comunque garantire al cittadino la prestazione richiesta, entro gli stessi tempi.

E deve farlo ricorrendo, preferibilmente, a prestazioni effettuate in regime di libera professione intra-muraria; in subordine, attraverso prestazioni interamente private.

In entrambi i casi, l'ASL deve farsi carico della differenza di spesa tra costo della prestazione e ticket.

In pratica, in caso di ricorso a prestazioni intramurarie o private a causa dell'esaurimento delle liste d'attesa, a carico del cittadino deve rimanere il solo costo del ticket (come se gli fosse stata fornita la prestazione pubblica).

#### **Le "liste bloccate"**

Presso molte ASL si è diffusa la prassi di bloccare le liste. Significa che, quando viene raggiunta una soglia che non consente di effettuare prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, non vengono più accettate prenotazioni, 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).

### Cosa può fare il cittadino

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.

A questo punto, il cittadino può pretendere che la medesima prestazione gli sia fornita privatamente senza costi aggiuntivi rispetto al ticket.

- **Istanza per prestazione in regime intramoenia** (→ v. pag. 15)
- **Istanza per richiesta di rimborso di prestazione in regime privato** (→ v. pag. 16)



Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria  
(o Ospedaliera).....

E, p.c.: Al Movimento Consumatori  
Osservatorio Farmaci & Salute  
a mezzo Fax: .....

**Oggetto:** Istanza per prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria.

**Il sottoscritto** ....., nato a ....., il .....,  
residente a ....., in Via .....,  
Cod. Fisc.: .....

#### Premesso

- Che in data ..... gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica): .....
- Che in data ..... il CUP ha comunicato l'impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima del ..... ;
- Che la prestazione richiesta ha carattere urgente, incompatibile con i tempi di attesa indicati;
- Che il Decreto Legislativo 124/1998, art. 3, comma 10, prescrive che i Direttori Generali disciplinino i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni;

#### Chiede

- Che la prestazione richiesta venga resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13;
- Che gli venga fornita immediata comunicazione in merito.

#### Comunica

Che in mancanza di prenotazione in regime di attività libero-professionale intramuraria come sopra richiesta, la suddetta prestazione verrà effettuata privatamente, con preavviso di successiva richiesta di rimborso da parte di codesta Azienda.

#### Si allega:

- 1) Copia della richiesta in data .....

..... (luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)



Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria  
(o Ospedaliera).....

E, p.c.: Al Movimento Consumatori  
Osservatorio Farmaci & Salute  
a mezzo Fax: .....

**Oggetto:** Richiesta di rimborso per prestazione in regime privato.

**Il sottoscritto** ....., nato a ....., il .....,  
residente a ....., in Via .....,  
Cod. Fisc.: .....

#### Premesso

- Che in data ..... gli è stato prescritto il seguente accertamento diagnostico (o visita specialistica): .....
- Che in data ..... il CUP ha comunicato l'impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima del .....
- Che in data ..... con lettera raccomandata ricevuta il ....., il sottoscritto richiedeva che la prestazione richiesta venisse resa in regime di attività libero-professionale intramuraria con onere a carico del SSN ai sensi del D.Lgs. 124/98, art. 3, co. 13;
- Che a tale richiesta codesta Azienda non ha dato alcun riscontro;
- Che la prestazione richiesta, per la sua natura di urgenza, incompatibile con i tempi di attesa previsti, si è dovuta effettuare privatamente, in data ..... presso .....
- Che per la suddetta prestazione il sottoscritto ha anticipato la somma di € ....., come da fattura che si allega;

#### Chiede

Che la somma anticipata gli sia rimborsata da codesta Azienda, al netto di quanto eventualmente dovuto a titolo di ticket.

..... (luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'interessato)

## I Ticket

Una serie di leggi, ultima delle quali la 405 del 2001 ha introdotto la possibilità per le regioni di introdurre misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Attualmente non tutte le regioni hanno introdotto il ticket e tra quelle che lo hanno adottato esistono grandi differenze sia per quanto riguarda le tipologie di compartecipazione, sia le categorie esenti, che i metodi di esenzione.

#### Esenzioni cosa è necessario sapere

**Per ticket si intende la quota di partecipazione al costo della prestazione sanitaria dovuta dal cittadino.**

**Le prestazioni per le quali è dovuto il ticket, nelle regioni che lo hanno adottato possono essere così riassunte:**

- PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE (es. esami del sangue, visite specialistiche, radiografie ecc.);
- EROGAZIONE DI FARMACI (attraverso le Farmacie della Regione);
- PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO.

#### PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE:

E' possibile prescrivere un massimo di otto prestazioni differenti per ricetta; il ticket è in relazione al tipo di esami, per un importo massimo stabilito da ciascuna regione.

#### FARMACI:

A seconda della regione può verificarsi che

- non siano previste quote in alcun caso;
- sia prevista una quota unica per ricetta a prescindere dalla prescrizione;
- sia prevista una quota differenziata a seconda del numero di farmaci prescritti, del tipo di esenzione, del tipo di farmaco.



A causa della complessità delle leggi regionali e delle profonde differenze tra una regione e l'altra non è possibile fare delle esemplificazioni. Per sapere esattamente quanto pagare è possibile consultare il sito [www.federfarma.it](http://www.federfarma.it) settore "Ticket regionali".

Per le regioni in cui è previsto il Ticket, tuttavia è possibile accedere a esenzioni che alleggeriscono o annullano la compartecipazione.

Speciale deroga è prevista per quei farmaci per i quali esiste un farmaco generico corrispondente: quando il suo prezzo è maggiore del generico, la differenza di costo ricade sul cittadino poiché il Sistema Sanitario Nazionale rimborsa solo il prezzo più basso

Le prestazioni per le quali si ottiene il diritto all'esenzione sono strettamente correlate al "motivo" per il quale si è acquisito tale diritto.

### Quali sono i tipi di esenzione cui il cittadino può accedere?

**ESENZIONI PER PATOLOGIA** - Riguarda i cittadini affetti da patologie croniche e invalidanti specificatamente individuate dai DD.MM. 329/99 e 296/01; gli stessi possono acquisire il diritto alla esenzione dal pagamento del ticket per prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale strettamente correlate alla patologia da cui sono affetti.

**ESENZIONI PER MALATTIE RARE** - Riguarda i cittadini affetti da malattie rare specificatamente individuate dal D.M. 279/01; gli stessi possono acquisire il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali necessarie alla diagnosi, cura ed al monitoraggio della patologia da cui sono affetti.

**ESENZIONI PER CONDIZIONI INVALIDANTI** - riguarda cittadini riconosciuti invalidi a vario titolo.

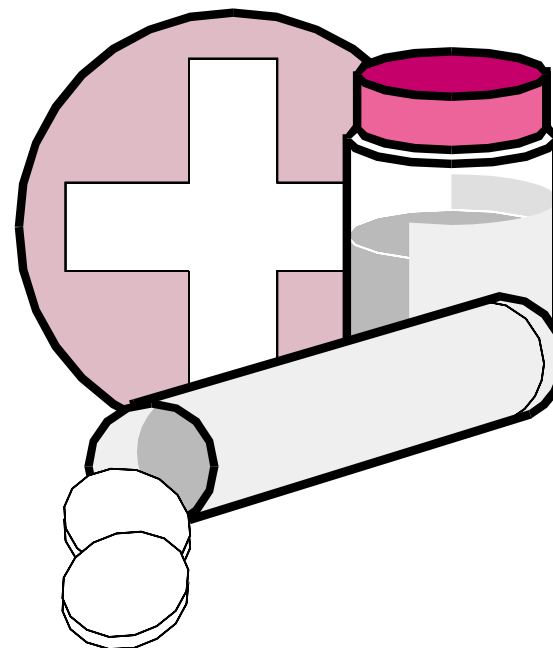
**ESENZIONI PER REDDITO** - Riguarda tutti i cittadini che si trovano in una situazione reddituale inferiore ai limiti stabiliti dallo Stato e dalla Regione e che variano di anno in anno.

**ESENZIONE PER ETA'** - Riguarda cittadini da 0 a 6 anni e dai 65 anni in su per prestazioni erogate dal Pronto Soccorso.

### L'esenzione può essere, ancora:

**TOTALE:** quando al cittadino non viene richiesto alcun pagamento;

**PARZIALE:** quando al cittadino può essere richiesto il pagamento di una quota ridotta rispetto a quella in vigore per tutti gli altri cittadini.



# Il Ricovero Ospedaliero

Il ricovero ospedaliero, sia per interventi chirurgici, sia per esami diagnostici, rappresenta una fase particolarmente delicata della vita di una persona. Si tratta di un momento in cui è in gioco la nostra salute e la nostra stessa integrità fisica e ciò avviene in un ambiente estraneo, a contatto di persone che non conosciamo. E', cioè, una situazione di oggettivo disagio, in cui anche le nostre difese "sociali" risultano in qualche modo indebolite. La conoscenza del percorso che ci attende e la consapevolezza dei nostri diritti possono però fortemente attenuare questo disagio e questa debolezza.

Il ricovero può avvenire in via d'urgenza, di solito attraverso il Pronto Soccorso, o attraverso una scelta programmata. In quest'ultimo caso, il medico di base formula una richiesta di visita specialistica. All'esito della visita, il medico specialista esprime il proprio parere mediante il referto ambulatoriale.

La decisione ultima circa l'intervento chirurgico, il trattamento terapeutico o l'esecuzione di esami diagnostici, spetta sempre al paziente, la cui scelta deve essere preceduta da un'adeguata informazione (→ v. Consenso informato).

La decisione coinvolge, ovviamente, anche la scelta della struttura, che non è detto debba essere sempre l'ospedale più vicino e neppure necessariamente un ospedale della nostra città.

In alcune regioni, in particolare, si è promossa la specializzazione delle strutture a livello, appunto, regionale. Il medico di base saprà informarci e consigliarci in merito.

Una volta assunta la decisione, si avvia l'iter della prenotazione (→ v. Liste di attesa).

Durante il periodo di ricovero, poi, il medico di base ha il diritto di visitare il suo paziente presso il reparto di degenza se egli stesso lo ritenga opportuno, e ha il dovere di farlo se richiesto dal paziente o dai medici del reparto.

Al termine del periodo di ricovero, al paziente viene rilasciata una "lettera di dimissione", nella quale dovrà essere descritta l'attività diagnostica, chirurgica, e terapeutica svolta durante il ricovero; il decorso previsto, le possibili complicazioni; le terapie post-operatorie suggerite; l'eventuale programma di visite di controllo. Avviso di analogo contenuto deve essere trasmesso al medico di base.

Il medico di base, a sua volta, eventualmente sollecitato in ciò dal paziente stesso o dai suoi familiari, dovrà valutare anche l'opportunità di attivare qualche forma di dimissione assistita, al fine di garantire la continuità assistenziale successivamente alle dimissioni. (→ v. Dimissioni forzate).

## STRUTTURE PER LUNGODEGENZA

Cosa sono:	strutture residenziali.
Regime:	ricovero.
Target:	patologie e disabilità croniche.
Target improprio:	malati terminali, malati mentali, anziani soli.
Assistenza:	trattamenti sanitari di alta specializzazione medica, infermieristica e riabilitativa, con sorveglianza 24 ore su 24.
Accesso:	a) domanda al Distretto Sanitario, visita domiciliare, inserimento in liste d'attesa; b) per iniziativa dell'ospedale al momento delle dimissioni (passaggio diretto senza lista d'attesa); c) passaggio diretto dall'ospedale previa domanda al Distretto (senza liste d'attesa).
Durata:	60 gg. prorogabili su richiesta del medico curante (cioè il primario del reparto).
Medico di base:	l'assegnazione viene revocata e medico curante diventa il primario del reparto della struttura di lungodegenza.

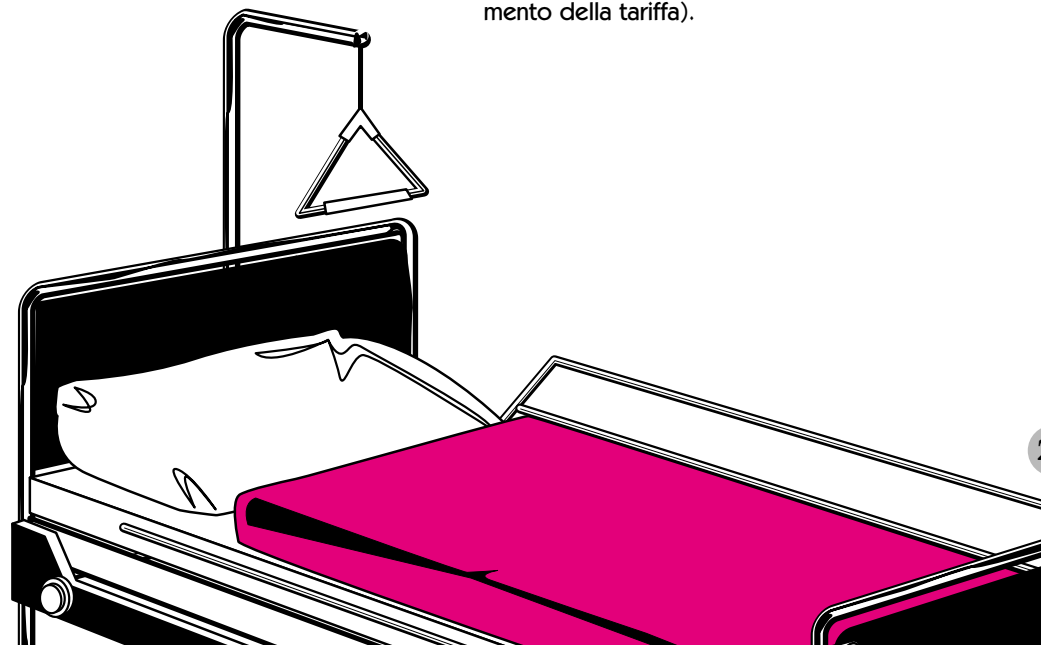


Permessi di uscita:	numero limitato in base a norme regionali. L'uscita senza permesso e il mancato rientro comportano la perdita del posto, che può essere assegnato ad altri.
Costo per l'assistito:	tutti i servizi sanitari (farmaci, visite specialistiche, ecc.) sono forniti gratuitamente. Gli extra sono a carico del paziente (es.: servizio supplementare di lavanderia).
Ricovero in ospedale:	trasferimento diretto in caso di episodi acuti; perdita automatica del posto in lungodegenza, nuova eventuale procedura di accesso.
Informazioni:	solo al paziente (al tutore o al curatore in caso di interdizione o inabilitazione, ai prossimi congiunti in caso di incapacità naturale).
Assegno di accompagnamento:	sospeso.

## RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Cosa sono:	strutture di ospitalità a tempo indeterminato.
Regime:	para-alberghiero.
Target:	persone anziane e non autosufficienti.
Assistenza:	cure continue, ma ad un livello medio-basso. di specializzazione medica, infermieristica e riabilitativa. Livello alto di tutela assistenziale e alberghiera.
Accesso:	domanda al Distretto Sanitario, parere dell'Unità di valutazione geriatria dell'ASL, inserimento in liste d'attesa.
Durata:	a tempo indeterminato.
Medico di base:	viene assegnato d'ufficio uno ogni 20 pazienti, l'assegnazione viene revocata e medico curante diventa il primario del reparto della

Permessi di uscita:	struttura di lungodegenza. non ce n'è bisogno: gli ospiti possono uscire e rientrare liberamente dalla struttura dando comunicazione informale.
Costo per l'assistito:	vi sono tariffe a parziale o totale copertura delle spese alberghiere, rapportate alle condizioni economiche e familiari. La tariffa è a carico del paziente e/o dei parenti. La differenza tra tariffa applicata e costo del servizio è a carico del Comune di residenza.
Farmaci e visite specialistiche:	seguono le stesse regole di un normale utente del Servizio sanitario.
Assegno di accompagnamento:	viene mantenuto (se vi è l'esonero dal pagamento della tariffa).



## ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Cos'è:	servizio integrato di prestazioni sanitarie e sociali erogate a domicilio.
Regime:	domiciliare.
Target:	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.).

## DIMISSIONI FORZATE

Le strutture ospedaliere hanno la funzione di affrontare e gestire le patologie acute.

Risolta la fase acuta, i sanitari procedono alle dimissioni del paziente.

Tuttavia, può verificarsi che il paziente necessiti di ulteriori terapie che non possono essere effettuate a casa, o che, comunque, le sue condizioni non possano essere gestite dai familiari.

In tal caso, per evitare le dimissioni che si ritengano improprie, occorre:

- prendere contatto con il primario del reparto e con i medici che hanno in cura il paziente;
- chiedere al medico di base di accedere alla struttura ospedaliera per collaborare a risolvere la situazione;
- richiedere alla Direzione sanitaria l'individuazione di una soluzione adeguata, anche mediante l'attivazione, a seconda dei casi, dell'Unità di valutazione geriatria, dei servizi sociali, dei responsabili di Residenze sanitarie assistenziali (r.s.a. → v. pag. 22).

Se tutto ciò non porta ad alcun risultato, è possibile opporsi alle dimissioni con un **ricorso in via amministrativa** ai sensi dell'art. 4 L. 595/85.

Il ricorso deve essere indirizzato al Comitato di gestione della ASL (o all'Azienda Ospedaliera) e spedita a mezzo raccomandata a.r.:

- al Direttore Generale della ASL (o dell'Azienda Ospedaliera);
- al Direttore Sanitario dell'Ospedale;
- al Primario del Reparto.

Il tutto **entro 15 giorni** dal momento in cui si è avuta conoscenza dell'atto al quale ci si oppone.

Il Comitato di gestione decide entro 15 giorni.

Ricorso per opposizione a dimissioni improprie (→ v. pag. 26)



Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria  
(o Ospedaliera).....

Al Direttore Sanitario dell'Ospedale.....

Al Primario del reparto.....

**Oggetto:** Opposizione a dimissioni.

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a ..... il .....  
residente a ....., Via.....n .....

### Premesso

- Che mio/a .....(figlio, moglie, padre, ecc.) ..... (nome e cognome),  
nato/a a ....., il ....., residente a .....  
in Via ....., è attualmente ricoverato/a presso  
l'Ospedale ....., reparto.....;
- Che è affetto da ..... (descrizione della patologia)  
e che, a causa di tale patologia ha necessità di trattamenti sanitari non praticabili a domicilio;
- Che le condizioni di salute (o di lavoro o altro) non consentono né a me, né ad altri familiari di prestargli/le la dovuta assistenza continuativa;
- Che, d'altra parte, la persona di cui si tratta, per le condizioni in cui versa, non può essere lasciato a casa da solo;

### Chiede

Che il/la proprio/a congiunto/a .....non venga dimesso/a,  
o che, in subordine, venga trasferito/a in altro reparto del medesimo ospedale o in altra struttura idonea.

.....(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

## I Farmaci

I farmaci sono frutto di complesse procedure. Ogni nuovo farmaco sintetizzato in laboratorio viene sottoposto a diversi anni di sperimentazione prima della immissione in commercio.

Questa avviene dopo aver ottenuto la registrazione del farmaco presso il Ministero della Salute. La registrazione si ottiene solo dietro la presentazione di una numerosa serie di studi clinici che ne certificano la validità, la sicurezza, l'effettivo beneficio terapeutico e gli eventuali effetti collaterali.

La specifica molecola che costituisce il farmaco si chiama "principio attivo". La registrazione avviene, invece, con un nome di fantasia che viene coperto da un brevetto, per evitare la sua duplicazione. La copertura brevettuale, che dovrebbe essere di 20 anni, in Italia ha una durata variabile fino a 38 anni.

La scoperta attraverso la ricerca, la sperimentazione e la commercializzazione di nuove molecole richiede uno sforzo economico da parte delle aziende di circa 350 miliardi di vecchie lire. I farmaci di marca, i cosiddetti "grifati", si riconoscono dal fatto che il nome scritto sulla confezione riporta accanto una R cerchiata, simbolo della copertura brevettuale.

### Classificazione dei farmaci

Il Ministero della Salute ogni anno predisponde il prontuario terapeutico che è l'elenco ufficiale di tutti i farmaci ammessi in Italia.

Nel Prontuario Terapeutico i farmaci si distinguono in due categorie fondamentali:

#### Fascia A

Sono tutti i farmaci prescrivibili a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Possono essere prescritti esclusivamente da medici di base convenzionati con il SSN o da medici di guardia medica, pronto soccorso, specialisti ambulatoriali, o medici ospedalieri (a seconda delle diverse disposizioni delle leggi regionali). Vengono concessi a totale carico dello Stato, salvo una compartecipazione alla spesa differente a seconda della regione di appartenen-



za. Perché siano gratuiti, tali farmaci devono essere prescritti sugli appositi moduli regionali, le cosiddette ricette rosse. Tali ricette sono spendibili solo nell'ambito del territorio regionale in ogni farmacia convenzionata pubblica o privata.

## Fascia C

Sono i farmaci a totale carico del cittadino.

A loro volta si distinguono in due categorie:

### - Farmaci con obbligo di ricetta medica

Possono essere prescritti esclusivamente da medici laureati in medicina generale o specialisti, sia utilizzando una ricetta del proprio ricettario personale (bianca) sia insieme ad altri farmaci su ricettario rosso regionale ma in tal caso specificando che la classe di appartenenza è la C.

### - Farmaci per automedicazione che si distinguono in:

- OTC ovvero Over The Counter e sono i cosiddetti "farmaci da banco" per i quali è consentita la pubblicità diretta ai consumatori, previa autorizzazione ministeriale, menzionata nel messaggio pubblicitario.
- SOP ovvero Senza Obbligo di Prescrizione, ma per i quali non è consentita pubblicità diretta al pubblico.

Entrambe queste categorie (OTC e SOP) si possono acquistare senza ricetta medica, su impulso proprio o su consiglio del farmacista.

I farmaci acquistabili senza ricetta sono caratterizzati da elevata maneggevolezza; ma non possono essere utilizzati senza un'adeguata informazione, specie in presenza di altre patologie (es. ulcera o gastrite) o in particolari condizioni (gravidanza o allattamento). Sono molecole già largamente usate e testate in farmaci "etici" che vengono utilizzate a dosaggio più basso per essere vendibili senza ricetta, come "prodotti da banco". Spesso, però, tale riduzione del dosaggio, comporta un minor beneficio e non garantisce da effetti collaterali. E' necessario sempre valutare la correttezza nel loro uso.

## I farmaci generici

Il termine "generico" riferito al farmaco significa che il principio attivo non è più coperto dal brevetto. Quando scade il brevetto il farmaco può essere prodotto e commercializzato da altre aziende, utilizzando anziché il marchio (ovvero il nome di fantasia che caratterizza i farmaci di marca) il nome chimico generico (ovvero il "Principio Attivo"). Il farmaco generico quindi è un prodotto di efficacia farmacologica pari al prodotto di marca, ma con un prezzo inferiore di almeno il 20% rispetto al prodotto iniziale.

In Italia si producono meno farmaci generici rispetto agli altri paesi europei perché i brevetti hanno una durata maggiore. Questo provoca grave danno per le tasche dei cittadini.

## I farmaci galenici

Si chiamano galenici i farmaci che si preparano direttamente in farmacia.

I galenici possono essere prescritti su espressa richiesta del medico, dunque studiati dallo stesso, oppure secondo formulazioni codificate nella Farmacopea Ufficiale, la pubblicazione che elenca le preparazioni in vendita in farmacia. Molto spesso anche questi farmaci sono prodotti industrialmente, specie quando, come nel caso di flebo o fiale iniettabili, richiedono particolari condizioni di sterilità (vedi le flebo di soluzione fisiologica, di glucosio etc.).

Capita comunque che sia il farmacista stesso a realizzare alcune preparazioni galeniche estemporanee come pomate, capsule, gocce etc... Il farmacista deve realizzarle nel momento in cui riceve la prescrizione, o nel tempo strettamente necessario per procurarsi le materie prime. Non possono quindi esserci dei preparati galenici pronti a meno che non siano industriali: questo per garantirne la sterilità e l'igiene.



## Il Consenso Informato

### PRESCRIZIONE DEI FARMACI E RICETTA

I farmaci di fascia A devono essere necessariamente prescritti da un medico sull'apposito ricettario regionale (ricetta rossa) che deve obbligatoriamente riportare:

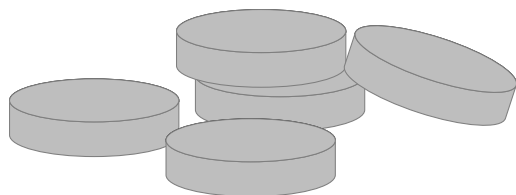
- codice fiscale dell'assistito (eventualmente nome e cognome);
- eventuali esenzioni;
- tipo di prescrizione;
- data di prescrizione;
- timbro con codice regionale e firma del medico.

La ricetta ha durata di un mese dal giorno di compilazione.

I farmaci di fascia C possono essere prescritti su moduli personali del medico prescrittore di cui ci devono essere gli estremi per il riconoscimento (timbro e firma), la data di prescrizione e la prescrizione. Il nominativo del paziente è obbligatorio solo per i farmaci che richiedono la ricetta non ripetibile.

La ricetta bianca a seconda del farmaco prescritto può essere:

- ripetibile: l'utente può utilizzarla fino a cinque volte in tre mesi. Il farmacista appone il timbro e il prezzo praticato ad ogni consegna di farmaco e restituisce la ricetta all'utente. Validità della ricetta: tre mesi dalla data di prescrizione.
- non ripetibile: l'utente può accedere una sola volta al farmaco e il farmacista è tenuto a ritirare la ricetta al momento della consegna del farmaco. Validità della ricetta: un mese dalla data di prescrizione.



### Il consenso informato negli interventi chirurgici e negli esami diagnostici

Qualunque intervento diagnostico, terapeutico o chirurgico, eseguito senza il consenso dell'interessato configura, a seconda dei casi, il reato di lesioni personali (art. 582 c.p.) o quello di violenza privata (art. 610 c.p.).

Il consenso rappresenta la scriminante di cui all'art. 50 c.p. ("consenso dell'avente diritto").

In mancanza del consenso, solo una situazione di urgenza e di incapacità di intendere e di volere del paziente renderebbero operativa l'altra scriminante di cui all'art. 54 c.p. ("stato di necessità").

Non si tratta, quindi, di un problema solo deontologico ma anche e più propriamente penale: il consenso dell'interessato è ciò che rende lecito l'intervento medico diagnostico e/o chirurgico che per essere valido a tale fine, deve determinarsi liberamente, ed essere esente da vizi della volontà (errore, violenza, dolo) ed essere frutto di un'adeguata informazione rapportata al livello culturale e alle capacità di discernimento dell'interessato.

### L'informazione deve comprendere:

- diagnosi, prognosi, prospettive terapeutiche e possibili conseguenze;
- modalità e rischi dell'intervento;
- esperienze e casistica dell'unità operativa;
- rischi e benefici insiti nella terapia proposta;
- opinioni presenti in letteratura sulla modalità terapeutica proposta;
- tecniche e/o terapie alternative.

Inoltre, il paziente deve essere informato del fatto che il suo consenso può essere revocato in ogni momento e che in caso di dubbi sopravvenuti potrà sempre chiedere ed ottenere qualsiasi ulteriore informazione.

Le informazioni servono a rendere il paziente consapevole di ogni aspetto del trattamento al quale verrà sottoposto.

Raggiunta questa consapevolezza, è necessario che la volontà del paziente venga manifestata esplicitamente con un libero atto di volontà.

Per essere libera, la volontà del paziente deve potersi manifestare con con-



gruo anticipo rispetto all'intervento. Una firma raccolta al momento della pre-anestesia su un modulo che il paziente non ha neppure il tempo di leggere, non costituisce valido consenso.

### **Consenso informato e responsabilità medica**

Il consenso informato ha la funzione di rendere lecita la terapia, scriminando una condotta che, altrimenti costituirebbe di per sé reato, a prescindere dai risultati. Ciò, tuttavia, non esonera il medico e la struttura, dalle proprie responsabilità disciplinari, civili e penali, in caso di eventuale errore o negligenza professionale.

### **L'informazione ai parenti**

In virtù dei principi espressi dalla L. 675/96 (cosiddetta legge sulla Privacy) il codice di deontologia medica stabilisce che l'informazione ai congiunti è ammessa solo se il paziente la consente.

### **Il consenso informato nella scelta dei farmaci**

Quanto detto sul consenso informato in caso di trattamenti diagnostici, terapeutici e chirurgici, vale, in linea di principio, anche nel rapporto con il medico di base per quanto riguarda la scelta dei farmaci.

Poiché vi è un minore impatto emotivo rispetto ad un intervento chirurgico, il tema è generalmente meno sentito, ma da un punto di vista consumerista è altrettanto importante.

La scelta del farmaco da somministrare, spetta al medico, ma la scelta tra un farmaco e l'altro non è indifferente per il paziente.

Infatti, tra farmaci bio-equivalenti (uguale principio attivo, dosaggio, somministrazione, ecc.) può essere diverso il costo economico che il cittadino deve affrontare.

Il Servizio Sanitario rimborsa al farmacista il costo pari al minor prezzo sul mercato rispetto ai corrispondenti farmaci generici.

Se il cittadino acquista un farmaco equivalente, ma di prezzo superiore, deve

pagare la differenza.

Mentre non paga nulla (salvo, in alcune regioni, il ticket) se acquista il farmaco con il prezzo di riferimento, o altro farmaco equivalente con prezzo uguale a quello di riferimento.

Con la prescrizione del medico, il cittadino si può recare in farmacia a ritirare il farmaco.

Il farmacista deve suggerire il farmaco equivalente al prezzo più basso.

Se il cittadino accetta il suggerimento del farmacista, non paga nulla (salvo l'eventuale ticket regionale).



Se, invece, vuole il farmaco più costoso prescritto dal medico, deve pagare la differenza fra i prezzi dei due prodotti.

Il medico di base può fare saltare questo schema solo indicando esplicitamente sulla ricetta la insostituibilità del farmaco prescritto con altro equivalente.

Il meccanismo descritto mira sia al contenimento della spesa sanitaria pubblica sia al calmieramento dei prezzi dei prodotti farmaceutici, attraverso la concorrenza dei generici.

Stante questa impostazione, occorre stimolare un atteggiamento critico e attivo da parte del cittadino, che deve essere reso consapevole della possibilità di scegliere tra farmaci bio-equivalenti ma di differente prezzo.

Sarebbe auspicabile che il medico di base illustrasse al paziente le caratteristiche del farmaco che prescrive, e le ragioni della sua sostituibilità o meno con altro farmaco generico. Questo consentirebbe al cittadino di valutare consapevolmente la terapia proposta dal proprio medico e di prestare un "consenso informato" in ordine alla scelta del farmaco.

## La Carta dei Servizi

Le richieste provenienti da un'utenza sempre più attenta ai propri diritti ed interessi hanno fatto emergere la necessità di adeguare l'erogazione di servizi di pubblica utilità a quelle che sono le istanze ed i bisogni effettivi dei consumatori-utenti.

Uno degli strumenti ideati a tale scopo è costituito dalle CARTE DEI SERVIZI che rappresentano una specie di patto fra gli enti che erogano servizi di pubblica utilità ed i cittadini che ne usufruiscono, finalizzato a garantire prestazioni legate a determinati standard quantitativi e qualitativi, suscettibili di verifica ed aperti alla partecipazione degli utenti per ciò che concerne la loro determinazione e la valutazione dei risultati.

Il Decreto legge 12 maggio 1995 n. 163, convertito con legge 11 luglio 1995 n. 273 prevedeva l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie "Carte dei servizi" adottate sulla base di "schemi generali di riferimento". Per il settore sanitario detto schema di riferimento è stato adottato con D.P.C.M. del 19 maggio 1995.

La Carta dei Servizi si basa su alcuni principi fondamentali:

### **Eguaglianza**

Deve essere garantito l'accesso ai servizi senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche.

### **Imparzialità**

Non devono attuarsi favoritismi nella prestazione dei servizi sanitari.

### **Continuità**

L'erogazione dei servizi deve essere continua e regolare.

### **Partecipazione**

Deve essere prestata massima attenzione alle opinioni ed ai giudizi sulla qualità del servizio che vengono espressi dai cittadini, direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento.



## Efficacia ed efficienza

Il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione.

**Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute a pubblicare una Carta dei Servizi per illustrare ai cittadini le strutture disponibili, i servizi offerti e gli strumenti di tutela a loro disposizione.**

**La Carta dei Servizi Sanitari è, quindi, uno strumento volto alla tutela dei diritti degli utenti, attraverso l'attribuzione al cittadino di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.**

In particolare, l'ente erogatore:

- adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto: è questo il principio cardine della "Carta dei servizi";
- pubblica gli standard adottati e ne informa il cittadino;
- verifica il rispetto degli standard ed il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela, rappresentata da forme di rimborso nei casi in cui sia possibile dimostrare che il servizio reso è inferiore, per qualità e tempestività, allo standard pubblicato.

La Carta, inoltre, prevede le modalità, da pubblicizzare nei modi più opportuni, attraverso le quali gli stessi cittadini possano facilmente accedere alle procedure di reclamo circa la violazione dei principi.

La materia chiama in causa, accanto ai soggetti erogatori dei servizi, le **Regioni** quali entità cui compete istituzionalmente la programmazione, il finanziamento, l'organizzazione, la gestione ed il controllo delle attività destinate alla tutela della salute.

Nello spirito della "Carta dei servizi", gli standard della qualità del servizio devono riguardare l'intera esperienza del cittadino che viene a contatto con

le strutture sanitarie (per es. l'ospedale, o il poliambulatorio specialistico), e devono toccare tutti i fattori percepibili dall'utente.

E' bene sottolineare che la qualità tecnica della prestazione sanitaria esula dal tema della qualità del servizio.

La qualità del servizio in sanità ruota intorno ai seguenti fattori:

1. **tempo**, inteso come tempestività (velocità del servizio, brevità delle liste e delle file di attesa, ecc.), puntualità, regolarità (rispetto di programmi prefissati e comunicati);
2. **semplicità delle procedure**, come la comodità di poter operare le richieste telefonicamente, o la facilità degli adempimenti amministrativi;
3. **informazione relativa al trattamento sanitario**, intesa nel senso di: comprensibilità, chiarezza e completezza;
4. **orientamento e accoglienza all'ingresso nelle strutture sanitarie**, comprensivi della segnaletica, del servizio di reception e della necessaria informazione generale sui servizi (orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili, modalità di richiesta, ecc.);
5. **strutture fisiche**: come il comfort e la pulizia delle strutture alberghiere, dei servizi, delle sale di attesa;
6. **relazioni sociali e umane**: la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, la cortesia e il rispetto della dignità, ecc.

In caso di mancato rispetto degli standard di qualità previsti dalla Carta dei Servizi ovvero nell'ipotesi di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni, il cittadino può presentare reclamo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) istituito presso ciascun ente. Quest'ultimo, difatti, oltre a compiti di informazione e orientamento, svolge anche l'attività di raccolta e gestione delle segnalazioni provenienti dai cittadini, allo scopo di migliorare i servizi forniti dalla struttura.



# Le Vaccinazioni

Le vaccinazioni **obbligatorie** e quelle solo **raccomandate**.

E' innanzitutto opportuno distinguere tra popolazione adulta e bambini.

In Italia sono **obbligatorie, per tutti i nuovi nati**, le seguenti vaccinazioni:

- antidifterica;
- antitetanica;
- antipoliomielitica;
- antiepatite virale B.

I vaccini possono essere somministrati simultaneamente; numerosi studi hanno dimostrato che non esistono interferenze che possano compromettere l'efficacia della risposta immunitaria in caso di somministrazione contemporanea dei vaccini comunemente usati per l'immunizzazione dei bambini.

La vaccinazione contro la pertosse, contro il morbillo, la parotite, la rosolia e quella contro le forme invasive da Haemophilus influenzae b (**Hib**) sono invece **raccomandate**.

La vaccinazione contro le infezioni invasive causate dallo pneumococco è raccomandata per i bambini, di età inferiore a 5 anni, che presentino alcune condizioni che li espongono a maggior rischio.

Occorre tener presente che il mancato rispetto delle leggi che prevedono le vaccinazioni obbligatorie, essendo finalizzate alla tutela della salute collettiva, comporta l'applicazione di **sanzioni amministrative** a carico dei genitori che rifiutino di sottoporvi il proprio figlio minore.

Prendendo in considerazione **la popolazione adulta**, alcune vaccinazioni sono **obbligatorie** per determinate categorie di persone e di lavoratori:

- la vaccinazione antitetanica è obbligatoria, oltre che per tutti gli sportivi affiliati al CONI, per i lavoratori agricoli, i metalmeccanici, gli operatori ecologici, gli stradini, i minatori e gli sterratori, etc., secondo l'elenco riportato nella Legge del 5 marzo 1963, n° 292;
- le vaccinazioni antimeningococcica, antitifica, antidiftotetanica, antimorbillo-parotite-rosolia sono obbligatorie per tutte le reclute all'atto dell'arruolamento.

La vaccinazione antitifica era obbligatoria per gli addetti ai servizi di approvvigionamento idrico, ai servizi di raccolta e distribuzione del latte, ai servizi di lavanderia, pulizia e disinfezione degli ospedali, per le reclute, e per altri lavoratori, ma tale obbligo è cessato con l'abrogazione del D. C. G. 2 dicembre 1926 e dell'art. 38 del D.P.R. 26 marzo 1980 n° 327, ad opera rispettivamente dell'art. 32 della Legge 27 dicembre 1997 n. 449 e dell'art. 93 della Legge 27 dicembre 2000 n° 388.

L'art. 93 della legge 388/2000, comunque, conferisce alle Regioni, in casi di riconosciuta necessità e sulla base della situazione epidemiologica locale, la possibilità di disporre l'esecuzione della vaccinazione antitifica in specifiche categorie professionali.

La vaccinazione antitubercolare è ora obbligatoria soltanto per il personale sanitario, gli studenti in medicina, gli allievi infermieri e chiunque, a qualunque titolo, con test tubercolinico negativo, operi in ambienti sanitari ad alto rischio di esposizione a ceppi multifarmacoresistenti, oppure che operi in ambienti ad alto rischio e non possa essere sottoposto a terapia preventiva, perché presenta controindicazioni cliniche all'uso di farmaci specifici.

Oltre alle vaccinazioni obbligatorie, esistono anche vaccinazioni **raccomandate** per alcune categorie professionali, considerate maggiormente a rischio per talune infezioni, ovvero per alcune categorie di persone suscettibili di andare incontro a serie complicazioni in caso di infezione.

La vaccinazione contro l'epatite virale B è raccomandata, e offerta gratuitamente, agli operatori sanitari e al personale di assistenza degli ospedali e delle case di cura private, alle persone conviventi con portatori cronici del virus dell'epatite B, agli operatori di pubblica sicurezza, ai politrasfusi e agli emodializzati e a tutte le altre categorie indicate nel D.M. del 4 ottobre 1991. La vaccinazione contro l'influenza è raccomandata a tutte le persone di età superiore a 65 anni e a coloro che sono sofferenti di malattie croniche e debilitanti a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale, etc., nonché agli addetti a servizi di pubblica utilità.

La vaccinazione contro le infezioni da pneumococco è consigliabile alle per-

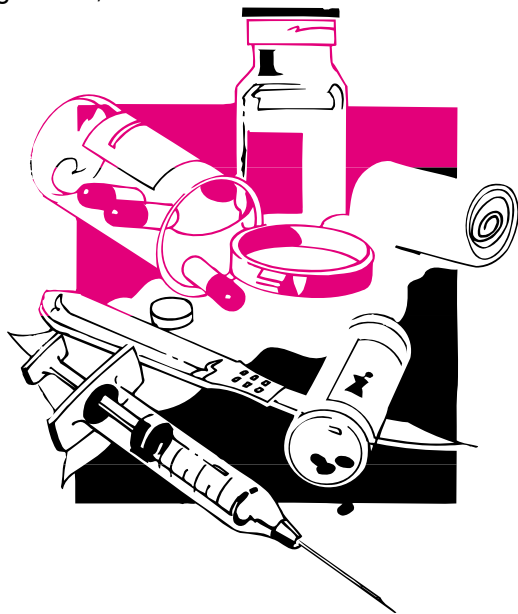


sone di età superiore a 65 anni o sofferenti di malattie croniche e debilitanti a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale, o con asplenia (mancanza della milza) funzionale o a seguito di intervento chirurgico.

La vaccinazione antitifida, così come quella antiepatite virale A e B, l'antipoliomielitica, l'antitetanica, l'antimeningococcica, l'antirabbica e quella contro la febbre gialla possono essere indicate per i viaggiatori che si rechino all'estero in zone endemiche o comunque considerate a rischio, dopo avere effettuato un'attenta valutazione della tipologia del viaggio e della destinazione dello stesso. La vaccinazione contro la febbre gialla o antimalarica è raccomandata nel caso di viaggi in alcune zone del mondo in cui la malattia è endemica, ed è richiesta obbligatoriamente per l'ingresso in alcuni Paesi.

### I danni da vaccinazioni obbligatorie

Nell'ipotesi in cui la sottoposizione a vaccinazioni obbligatorie abbia cagionato una menomazione permanente dell'integrità psicofisica, il soggetto danneggiato avrà diritto ad un **indennizzo** da parte dello Stato secondo quanto prevede la legge n. 210/92.



## Responsabilità Professionale e risarcimento del danno da errore medico

Data la delicatezza della materia, si forniranno, in questa sede, solo alcuni principi generali: consigliamo di rivolgersi ai nostri consulenti per ottenere maggiori informazioni.

### La responsabilità civile e penale del medico

Se la condotta del medico ha provocato al paziente lesioni personali o, peggio, ne ha determinato il decesso, sarà configurabile a suo carico una responsabilità di natura **penale**: il soggetto danneggiato dal reato (il paziente o i suoi eredi, in caso di morte dello stesso) potrà presentare una denuncia-querela al fine di ottenere la condanna del responsabile e potrà costituirsi parte civile nel relativo procedimento, chiedendo il risarcimento dei danni (anche morali) subiti.

La responsabilità **civile** può assumere tradizionalmente due forme: contrattuale (derivante dall'inadempimento di un contratto) ed extracontrattuale (conseguente alla commissione di un fatto illecito). Per quanto riguarda la responsabilità medica, essa può assumere entrambe le forme che spesso, anzi, ricorrono congiuntamente.

### La responsabilità civile per inadempimento contrattuale

Quando ci si rivolge ad un medico si conclude con lo stesso un contratto di prestazione di opera intellettuale avente ad oggetto l'attività di cura finalizzata alla guarigione.

L'obbligazione che il medico assume nei confronti del proprio paziente è, come per ogni altro professionista intellettuale, di regola, un'obbligazione di mezzi e non di risultato: l'operatore sanitario dovrà fare tutto il possibile per ottenere la guarigione del paziente ma egli non è tenuto a garantire il risultato.

Nel caso in cui il medico si renda inadempiente al predetto contratto, il paziente avrà diritto al risarcimento del danno a meno che l'operatore sani-



tario non provi che l'inadempimento è dovuto ad impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

Nell'ipotesi di responsabilità contrattuale, pertanto, a differenza di quanto accade nel campo della responsabilità extracontrattuale, il paziente non è tenuto a provare la colpa (negligenza, imprudenza, imperizia, ecc.) del medico.

La Corte di Cassazione ha, peraltro, sancito un importante principio secondo il quale, nel caso di **interventi di routine** (ad es. un'operazione di appendicite), la stessa mancanza di risultato può far presumere l'inadempimento del medico: in tali ipotesi, il paziente «adempie l'onere a suo carico provando solo che l'operazione era di facile esecuzione e che ne è derivato un risultato peggiorativo, dovendosi presumere l'inadeguata o non diligente esecuzione della prestazione professionale del chirurgo». Una volta provato che l'intervento operatorio era di facile esecuzione e che il paziente non ha ottenuto la guarigione o, addirittura, che il suo stato si è aggravato, l'onere della prova spetta al medico il quale, per andare esente da responsabilità, dovrà fornire la prova contraria, dovrà, cioè, dimostrare che la prestazione era stata correttamente eseguita e che l'esito negativo è stato causato dal sopravvenire di un evento imprevisto ed imprevedibile oppure dalla preesistenza di una particolare condizione fisica del malato, non accertabile con il criterio della ordinaria diligenza professionale.

Nel caso in cui, invece, la prestazione del professionista comporti la **soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà**, il medico risponderà dei danni solo in caso di dolo o colpa grave (sono, cioè, escluse la colpa lieve e lievissima).

### I danni risarcibili

Oltre ai danni di natura patrimoniale (spese sostenute, mancato guadagno) e morale (sofferenze psichiche, ma solo se è stato commesso un reato), il danneggiato ha diritto al risarcimento del danno alla salute (cd. danno biologico)

- calcolato in relazione all'età del paziente ed al grado di invalidità provocato dalla condotta del medico - nonché, secondo gli orientamenti più recenti, del cosiddetto **danno alla vita di relazione**, consistente nell'impossibilità di svolgere le normali attività ricreative (culturali, sociali, sportive, ecc.).

### I termini per agire

Occorre tenere ben presente che la legge stabilisce limiti temporali ben precisi per esercitare il diritto al risarcimento dei danni subiti, pena la perdita del diritto stesso.

Nel caso in cui sia configurabile una responsabilità di tipo contrattuale tale termine è di **10 anni**, mentre nell'ipotesi di responsabilità extracontrattuale il danneggiato avrà solo **5 anni** per proporre un'azione di risarcimento.

### Alcuni consigli pratici

Se si ritiene che il medico al quale ci siamo rivolti ci abbia provocato un danno, il primo passo da compiere consiste nel procurarsi tutta la documentazione medica relativa alla prestazione ricevuta. Il suddetto materiale è indispensabile per ottenere un parere sull'esistenza o meno di una responsabilità a carico dell'operatore sanitario e sulla possibilità di ottenere il risarcimento dei danni subiti.

Se ci si è rivolti ad una struttura sanitaria, pubblica o privata, ci si dovrà far rilasciare una copia della cartella clinica relativa all'intervento o all'esame diagnostico effettuato.

Una volta verificato che ci sono gli estremi per ottenere un risarcimento, occorre inviare alla controparte, medico e/o struttura sanitaria, una raccomandata con ricevuta di ritorno in cui, dopo aver esposto i fatti da cui deriva il danno subito, si chiede il risarcimento.

Generalmente, il professionista o l'ente coinvolti trasmettono la pratica alla

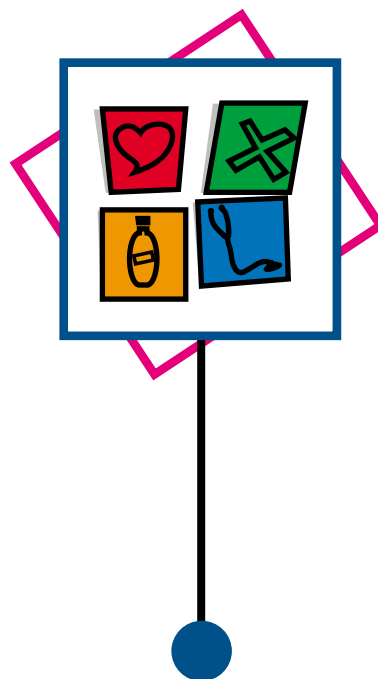


compagnia assicurativa con la quale hanno stipulato una polizza per la responsabilità civile professionale.

La società di assicurazione, normalmente, chiede al soggetto che lamenta di aver subito un danno di farsi visitare da un proprio medico legale e, sulla base di quanto risulterà dalla consulenza medico legale, deciderà se offrire una certa somma a titolo di risarcimento o se respingere la richiesta avanzata dal danneggiato.

In tale ultima ipotesi, o nel caso in cui la somma offerta appaia inferiore a quanto dovuto, al paziente non resterà che agire in giudizio, per vedere riconosciuto il diritto al risarcimento del danno subito.





Per segnalazioni o richieste d'aiuto chiama il



dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 13.00

o invia un messaggio a

**[sossalute@movimentoconsumatori.it](mailto:sossalute@movimentoconsumatori.it)**

