



Progetto cofinanziato da

Ministero delle Sviluppo Economico

Regione Veneto



**MOVIMENTO
CONSUMATORI**

Comitato Regionale Veneto

PortaDiritti

Consigli utili
per scelte consapevoli |

Salute e diritti



sportello del
consumatore

Quante volte accingendoci a sottoscrivere un contratto, ad acquistare un bene, ad usufruire di un servizio ci siamo trovati privi delle informazioni che ci servivano?

Quante volte un nostro diritto è stato leso o pregiudicato per il solo fatto che non eravamo a conoscenza della sua esistenza? Quante sono, infine, le domande che ci poniamo quotidianamente e che, troppo spesso, rimangono prive di risposta?

“**PortaDiritti**” è la collana nella quale il Movimento Consumatori ha voluto raccogliere tutte le vostre domande ed i vostri dubbi, per aiutarvi a trovare una risposta semplice e concreta.

Assicurazioni, banche, garanzie dei beni di consumo, pubblicità ingannevole, turismo, salute: questi i temi trattati.

Conoscere i propri diritti è il primo passo per poterli difendere e il **Movimento Consumatori**, nella convinzione che la prevenzione sia il miglior strumento di tutela, vi è accanto nel fornirvi tutte le notizie di cui avete bisogno per poter essere consumatori preparati e consapevoli.



**MOVIMENTO
CONSUMATORI**

Comitato Regionale Veneto



La salute è uno dei principali diritti riconosciuti ad ogni individuo ed in quanto tale deve essere tutelata e preservata.

Spesso, tuttavia, la burocrazia o la difficoltà di reperire informazioni, rendono difficilmente esercitabili i propri diritti.

Con “PortaDiritti” dedicato alla salute, il Movimento Consumatori ha voluto riassumere quelli che sono i vostri principali dubbi in materia di accesso ed utilizzo degli strumenti predisposti per la tutela della salute, dalle modalità di scelta del medico di base o del pediatra alle prestazioni erogabili gratuitamente, dalla prenotazione di una visita a come comportarsi in caso di liste di attesa eccessivamente lunghe.

Il tutto è completato da alcuni brevi ed essenziali cenni in materia di responsabilità medica e di scelta e corretto utilizzo dei farmaci.



■ Come posso scegliere e cambiare il medico di base?

Ogni cittadino può **scegliere liberamente** il proprio medico di base, con due soli limiti:

- ogni medico non può avere più di 1500 assistiti, raggiunto il limite il medico non può più essere scelto;
- si può scegliere solo tra i medici che operano nel territorio di competenza della ASL nella quale si risiede. Può essere scelto un medico di un distretto diverso da quello di residenza anagrafica **solo qualora ricorrano gravi motivi**.

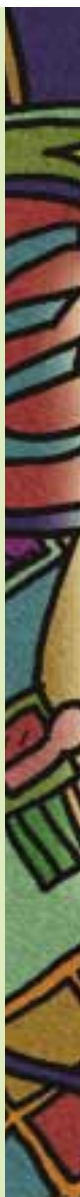
■ E per quanto riguarda il pediatra di libera scelta?

Il pediatra di libera scelta è 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 ed articolati per Distretti Sanitari. In caso di patologie croniche o handicap documentati, si può richiedere di mantenere il pediatra sino a 16 anni. Di regola il pediatra può avere sino ad 800 assistiti, ma sono ammesse deroghe (sino ad 880 pazienti) se nel distretto non vi è un numero sufficiente di pediatri o 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 diverso.

■ Le prestazioni del medico di base sono gratuite?

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 se richiesto dalla scuola per



attività curriculari; per le attività agonistiche è, invece, necessario rivolgersi ai Centri di Medicina dello Sport);

- la visita medica da parte di un medico di base diverso dal proprio.

■ Chi è il “medico di continuità assistenziale”?

Si tratta della figura più comunemente conosciuta come “**guardia medica**”. Il medico di base ed il pediatra di libera scelta, infatti, non sono tenuti a garantire la reperibilità. Nei giorni di apertura dell’ambulatorio, l’assistenza è prevista fino alle 20.00 nei giorni feriali e fino alle 14.00 nei giorni prefestivi. Oltre questi orari, per i casi di emergenza che non rendono necessario il ricorso al pronto soccorso, funziona un servizio denominato “medico di continuità assistenziale” che **garantisce visite e cure gratuite come presso il proprio medico di base.**

■ Se necessito di prenotare una visita presso una struttura sanitaria pubblica a chi mi devo rivolgere?

È necessario rivolgersi alla struttura sanitaria tramite il cosiddetto **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)**, si tratta di un sistema centralizzato di prenotazione di prestazioni sanitarie, generalmente telematico, che consente di organizzare le prenotazioni, gli accessi, la gestione delle unità eroganti e di fornire informazioni ai cittadini. In pratica, a prescindere dal tipo di cure di cui si necessita è possibile effettuare la prenotazione con un solo numero telefonico o recandosi presso un unico sportello.



■ Qualora le liste d'attesa siano troppo lunghe, come mi devo comportare?

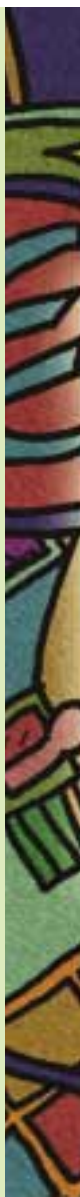
Le singole Regioni devono individuare i criteri per le priorità d'accesso e tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Queste informazioni devono essere riportate sulle "Carte dei Servizi" delle strutture sanitarie. In ogni caso, al momento della prenotazione avete diritto di conoscere la **data** in cui la prestazione richiesta sarà effettuata ed 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 prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi di attesa stabiliti. A questo punto il cittadino ha diritto di **pretendere che la medesima prestazione gli sia fornita privatamente senza costi aggiuntivi rispetto al ticket.**

■ Per usufruire delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale devo necessariamente recarmi presso una struttura pubblica?

No. È possibile recarsi anche presso **strutture private accreditate o convenzionate** ed usufruire delle prestazioni necessarie, con il pagamento della medesima somma (*ticket*) che si dovrebbe corrispondere per beneficiare del medesimo servizio presso una struttura pubblica.

■ Cos'è la "Carta dei Servizi"?

Si tratta di un documento nel quale le Aziende Sanitarie pubbliche devono individuare determinati **"standard di qualità"**. Lo scopo è quello di fornire agli utenti una precisa garanzia sul livello atteso di qualità del servizio. Gli *standard* rappresentano gli obiettivi di miglioramento che l'azienda si pone e costituiscono dei **veri e propri "impegni" nei confronti dei cittadini.** Per questo devono avere natura pubblica e devono essere formulati in modo pienamente comprensibile, per essere conoscibi-



li da parte dell'utente. Questi impegni possono riguardare vari aspetti, quali la tempestività e gli altri fattori di qualità legati al tempo (puntualità, regolarità, etc.), la semplicità delle procedure di accesso e amministrative, la comprensibilità e completezza delle informazioni, gli aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza nelle strutture sanitarie, gli aspetti legati alle strutture fisiche, come il *comfort* e la pulizia e, infine, gli aspetti legati alle relazioni sociali e umane.

Quando vi rivolgete ad una struttura sanitaria pubblica chiedete sempre che vi venga consegnata la Carta dei Servizi per poter verificare quali sono, in concreto, gli impegni che l'azienda si è assunta nei vostri confronti.

■ Cosa sono i Livelli Essenziali di Assistenza?

I "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA), sono le prestazioni ed i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), finanziando le attività in questione con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA sono organizzati in tre grandi aree:

- **l'assistenza distrettuale**, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- **l'assistenza ospedaliera**, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in *day hospital* e *day surgery*, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione;
- **l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e**



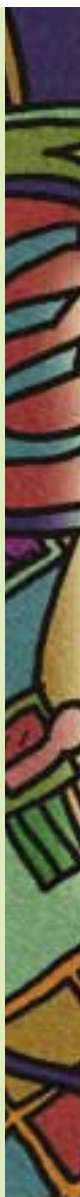
di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" minimo garantito a tutti i cittadini ma le Regioni possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

■ Cosa si intende per "Day Hospital" e "Day Surgery"?

Si accede al ricovero in regime diurno o *Day Hospital* quando si necessita di prestazioni sanitarie per le quali risulta eccessivo il ricorso al ricovero ordinario. Il day hospital prevede uno o più accessi programmati, limitati ad una sola parte della giornata, preferibilmente in orario diurno. Comprende l'erogazione di prestazioni che per la loro invasività, per l'eventuale rischio per il paziente o per il tempo di attuazione non possono essere eseguite in regime ambulatoriale, in quanto richiedono un periodo di osservazione e valutazione medica o infermieristica di almeno tre ore.

La chirurgia di giorno o *day surgery* è, invece, un modello assistenziale che prevede la possibilità di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, loco – regionale o generale.



■ Ho diritto a ricevere le informazioni sugli interventi diagnostici, terapeutici o chirurgici cui vengo sottoposto?

Certamente. L'informazione deve comprendere:

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

■ Una volta ricevute tutte le informazioni, cosa accade?

Ricevute queste informazioni il paziente deve fornire il proprio **consenso** ad essere sottoposto agli interventi proposti dal medico. Ad eccezione, infatti, di alcuni limitati casi previsti dalla legge, nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario. Per queste ragioni l'informazione diviene condizione indispensabile per la validità del consenso; si parla, infatti, di "**consenso informato**". Il codice deontologico medico prevede che il consenso debba essere espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sull'integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà della persona.



■ Cosa accade nelle ipotesi in cui il paziente non è in grado di manifestare il proprio consenso?

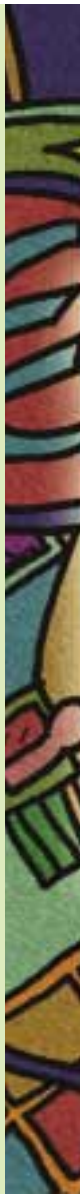
Il consenso deve essere sempre manifestato dal paziente, ad eccezione di tre casi particolari, in cui ciò non può essere oggettivamente possibile:

- **nelle situazioni di emergenza:** qualora si verifichi un concreto pericolo per il paziente, impossibilitato ad esprimere il proprio consenso, il medico, non avendo altra scelta, può prestare le cure ed effettuare gli interventi necessari per evitare un grave pregiudizio alla salute del paziente;
- **quando il paziente è minore di età:** in questo caso il consenso deve essere chiesto ad entrambi i genitori, o al genitore affidatario, o al tutore. Tuttavia, poiché il diritto alla salute è strettamente personale, quando il paziente, malgrado la minore età, dimostra di essere sufficientemente maturo (si pensi, ad esempio, ad un adolescente) è necessario anche il suo consenso e se c'è contrasto con quanto deciso dai genitori, deve essere fatta prevalere la volontà del minore, previo parere del Giudice Tutelare;
- **quando il paziente è affetto da malattia mentale:** il consenso deve essere manifestato dal tutore.

■ Cosa accade se ritengo di aver subito un danno a causa di un errore del medico o della struttura sanitaria?

Innanzitutto è necessario **farsi rilasciare tutta la documentazione medica** relativa all'intervento effettuato (cartella clinica e tutti gli esami diagnostici effettuati). La struttura sanitaria o il medico non possono rifiutarsi di fornirvi la documentazione.

Documenti alla mano, **facendosi aiutare da persone esperte**, sarà possibile valutare se il danno sia l'immediata conseguenza della negligenza, imprudenza o imperizia del sanitario e/o della struttura sanitaria. In caso affermativo sarà necessario inoltrare agli stessi, mediante raccomandata a.r., una richiesta di risarcimento



del danno cui seguirà, di regola, una prima fase di trattative con l'assicurazione del/dei danneggiante/i. Qualora si rendesse necessario ricorrere al Giudice sarà possibile avviare:

- **un'azione penale**, entro 90 giorni dalla manifestazione del danno, sporgendo querela per lesioni personali o, nella peggiore delle ipotesi, per omicidio colposo. Nel corso del procedimento penale sarà possibile costituirsi parte civile per ottenere il risarcimento del danno;
- **un'azione civile**, entro 10 anni dalla manifestazione del danno in caso di responsabilità contrattuale ovvero entro 5 anni nel caso di responsabilità extracontrattuale. Nel corso del giudizio civile, qualora il danno sia conseguenza di un intervento di semplice esecuzione, spetterà al paziente danneggiato provare di aver subito il danno e che lo stesso è stato causato dall'errore del medico o della struttura, se l'intervento era invece di maggiore complessità, il paziente/danneggiato dovrà provare anche il dolo o la colpa grave del danneggiante.

■ Cosa rappresentano le classi dei farmaci?

Dopo la riforma del prontuario farmaceutico esistono ora **due diverse classi di farmaci la A e la C**. La differenza consiste nel fatto che per i farmaci di fascia A il costo ricade sul Servizio Sanitario Nazionale, con l'onere per il cittadino del pagamento del solo *ticket*, mentre per i farmaci di fascia C il costo ricade direttamente ed integralmente sul consumatore.



■ Cosa sono i farmaci generici?

Si tratta di medicinali già utilizzati da molti anni il cui brevetto è scaduto, ossia non appartiene più in esclusiva alla casa farmaceutica che lo ha inventato. Dopo un determinato periodo di tempo, infatti, diventa possibile anche per le altre case farmaceutiche produrre il medesimo medicinale, con la possibilità di commercializzarlo **a costi più ridotti**, non essendo necessario recuperare i costi sostenuti per la ricerca.

Si chiamano, quindi, generici perché, a differenza delle specialità medicinali, non hanno un nome di fantasia (il marchio registrato), ma vengono commercializzati con il **nome comune del principio attivo**, che compare sulla scatola del farmaco seguito dal nome dell'azienda produttrice. Possono essere sia da banco, ossia acquistabili liberamente, che prescrivibili, ossia acquistabili solo con ricetta medica, esattamente come la specialità medicinale da cui derivano.

In conclusione si tratta di farmaci che **assicurano la stessa qualità, efficacia e sicurezza dei farmaci di marca, coi quali sono assolutamente intercambiabili pur essendo molto più convenienti per i più ridotti costi**.

Se vuoi sapere se esiste un corrispondente generico di un farmaco collegati al sito www.movimentoconsumatori.it ed utilizza lo specifico motore di ricerca.

■ Come si utilizza correttamente un farmaco?

Un farmaco non è un comune bene di consumo, e deve essere usato correttamente, **leggendo bene l'etichetta e il bugiardino, e chiedendo consigli e informazioni al medico ed al farmacista**: ci sono, infatti, posologie da rispettare ed effetti collaterali da tenere presenti.

