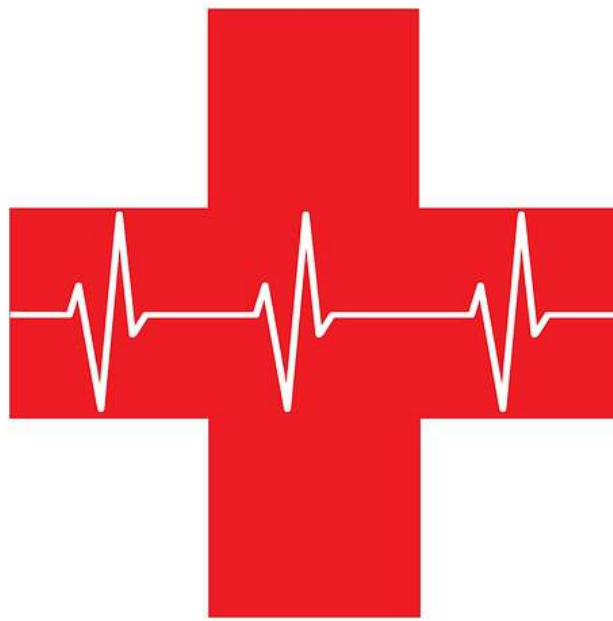


**LA SALUTE È UN
NOSTRO DIRITTO**



**E ALLORA
DIFENDIAMOCI!**

PERCHE' QUESTO MANUALE DI AUTODIFESA ?

perché vogliamo

- Mettere al centro il diritto delle Persone ad essere curate
- Difendere la sanità pubblica
- Far applicare una legge dello Stato contro lo scandalo delle incivili liste di attesa che costringe i malati ad attese insopportabili e li spinge a rivolgersi al mercato della sanità privata
- Fornire strumenti per garantire il proprio diritto alla salute per opporci al fenomeno delle “dimissioni selvagge”
- Per continuare ad opporci alla riforma sulla gestione della cronicità

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**Medicina
Democratica**

www.medicinademocratica.org
segreteria@medicinademocratica.org

Supplemento al numero 235-
236 di Medicina Democratica -
Autorizzazione del tribunale di
Milano n. 23 del 10 gennaio
1977 - Direttore responsabile:
Fulvio Aurora

37e2

La trasmissione sulla salute
di Radio Popolare

37e2@radiopopolare.it



MANUALE DI AUTODIFESA

- ***LISTE DI ATTESA***
- ***DIMISSIONI PROTETTE***
- ***MALATI CRONICI***
- ***MINORI STRANIERI***

LISTE DI ATTESA

COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

Ottenere una visita medica o un esame specialistico in tempi adeguati all'esigenza di cura è diventato molto difficile perché siamo tutti costretti a fare i conti con lunghissime liste d'attesa.

Questo costringe spesso chi ha necessità a dover pagare la prestazione, ricorrendo alla Sanità privata o all'intramoenia (attività privata dei medici/specialisti negli ospedali pubblici), oppure andando al Pronto Soccorso per la soluzione del bisogno.

ESISTE PERO' UN'ALTERNATIVA

Grazie al Decreto Legislativo 124/1998 –art 3, punto 12, nonché alle disposizioni di recepimento della Regione Lombardia, è possibile utilizzare l'intramoenia in tempi rapidi, pagando le stesse tariffe previste dal Servizio Sanitario Nazionale.

**CON QUESTO MANUALE DI AUTODIFESA
SI POSSONO FAR VALERE I NOSTRI DIRITTI**

LISTE DI ATTESA

COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

1. Fai la ricetta dal tuo medico, ma occhio al codice di priorità.

Come sempre il tuo medico ti prescriverà la visita o la prestazione sanitaria necessaria (esami del sangue, radiologici, ecc.).

Sia sulla ricetta elettronica che su quella cartacea è tenuto ad inserire il codice di priorità della prestazione: bisogna sapere che ogni lettera inserita ha un significato.

Se il codice corretto viene omissso, verrà assegnato il codice P

Cosa significano le lettere del codice di prioritá?

U: Significa URGENTE.

L'appuntamento deve essere fissato nel piú breve tempo possibile o, se differibile, **entro 72 ore.**

Da riservare ai casi gravi in cui vi può essere un reale pericolo per la vita del paziente

B: significa BREVE.

L'appuntamento deve essere fissato **entro 10 giorni**

D: significa DIFFERIBILE.

L'appuntamento deve essere fissato:

- **entro 30 giorni** in caso di visite.
- **entro 60 giorni** in caso di esami

P: significa PROGRAMMABILE.

Trattandosi di problemi sanitari che richiedono approfondimenti ma che non necessitano di una risposta in tempi particolarmente rapidi, l'appuntamento può essere fissato entro 180 giorni fino al 31/12/2019, poi **entro 120 giorni.**

LISTE DI ATTESA

COME FAR RISPETTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

2. Bisogna avere l'accortezza che il medico prescrittore indichi la classe di priorità.

Si prenota indicando il codice di priorità. In caso di ricetta elettronica l'operatore ne è già a conoscenza.

3. Bisogna verificare la data.

Se l'appuntamento non viene fissato nei tempi stabiliti, sempre per ciascuna classe di priorità, si ha il diritto di richiedere la prestazione nei tempi dovuti chiedendo di:

- effettuare la prestazione in INTRAMOENIA (ovvero il servizio privato dentro la struttura pubblica) pagando solo il ticket SE DOVUTO (gli esenti non pagano il ticket)

4. Presentare una istanza per la prestazione in regime di attività libero professionale.

Nel caso in cui l'Operatore a cui si telefona per fissare visita/esami, dica che ciò non è possibile telefonicamente, o se tale risposta viene data presso gli sportelli di prenotazione, si può fare una specifica richiesta compilando l'istanza sotto riportata con le seguenti modalità:

- recarsi al più vicino sportello di sanità pubblica;
- consegnarla a mano o via mail all'URP della ASST (Ospedale) o dell'ATS (ex ASL)

Qui a seguire si riporta un modello di ISTANZA PER LA PRESTAZIONE IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE.

Si consiglia di consegnarla portando con sé due copie in modo che, se non c'è un riscontro immediato alla richiesta, si possa lasciarne una copia mentre l'altra -da conservare- la si fa timbrare dall'operatore allo sportello.

Al Direttore Generale ASST.....
Indirizzo.....

Oggetto: **ISTANZA PER LA PRESTAZIONE IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____
Documento di riconoscimento _____
in data _____ si è presentato/a presso _____
per chiedere di effettuare la visita / l'esame _____

- per se stesso/a
- per conto del Sig/Sig.ra _____
Nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
Documento di riconoscimento _____

Come da prescrizione medica del Dott/ della Dott.ssa _____
Poiché la visita / l'esame non può essere effettuata/o entro i tempi previsti dalle apposite deliberazioni annuali della Regione, con la presente si chiede di poter effettuare tale visita/esame in REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA a spese del Servizio Sanitario Nazionale, conformemente a quanto stabilito dal Decreto Legislativo n. 124/1998 – articolo 3, punto 12- nonché dalle disposizioni previste dalla stessa Regione Lombardia.

Chiedo, altresì, che mi venga fornita tempestiva comunicazione in merito, avvisando che in difetto, la predetta prestazione verrà effettuata privatamente con successiva richiesta di rimborso spese a carico di codesta Azienda.

Cordiali saluti

Lì _____

Firma _____ -

Allegati: -copia richiesta prestazione
-copia comunicazione CUP

Per essere seguiti e sostenuti in caso di rifiuto e/o di esito negativo, ci si può rivolgere ai seguenti recapiti:

segreteria@medicinademocratica.org
oppure
senzalimiti.onlus@tiscali.it
tel. 3392516050

DIMISSIONI SELVAGGE

COME OPPORSI ALLE DIMISSIONI SELVAGGE DAGLI OSPEDALI

NO ALLE DIMISSIONI “SELVAGGE” DAGLI OSPEDALI è una frase che appare forte, ma descrive una situazione reale.

Succede a molte persone, in genere anziane, colpite da cronicità e non autosufficienza, che presentano molte patologie che le rendono non autonome.

In ospedale hanno bisogno di cure ma anche di assistenza e questo può renderne complicata la gestione da parte del personale ospedaliero. Per sopperire alle carenze dell'ospedale può rendersi necessario l'aiuto da parte dei loro famigliari o di una assistente badante.

Risolta la situazione acuta che ha portato al ricovero, non sempre però è possibile ripristinare le condizioni che rendono sicuro e gestibile un ritorno al domicilio.

Di fronte alla richiesta ospedaliera di dimissione, nell'impossibilità di portare a domicilio o in una struttura protetta il proprio congiunto, è possibile opporsi alle sue dimissioni.

Queste sono spinte dal fatto che il sistema di finanziamento degli ospedali è concepito “a episodio di ricovero” e il ricovero ha un inizio e deve avere una fine: più breve è il ricovero, più numeroso è il numero dei ricoverati, maggiore sarà il guadagno per la struttura.

Difficilmente negli ospedali generali ci sono le lungodegenze, o appositi reparti di post acuzie, per cui i dirigenti ospedalieri, una volta raggiunta la stabilizzazione clinica del degente, tendono a dimettere, nonostante si sia in regime di Servizio Sanitario Nazionale, dove le cure devono essere garantite, “qualunque siano le cause, la fenomenologia e la durata della malattia”. E' per questo che a fronte di una “dimissione non protetta” ci si può opporre.

Ovviamente non si tratta di fare una guerra all'ospedale e a coloro che a vario titolo ci lavorano.

Deve però essere chiaro che, se il paziente può tornare al proprio domicilio, deve farlo con un percorso già predisposto e avviato.

L'ospedale può e deve mettere in campo risorse proprie lavorando di concerto con le amministrazioni comunali per trovare la miglior soluzione.

Dunque si deve agire da subito e iniziare un doppio percorso: uno individuale e uno che coinvolge l'ospedale ed il comune.

DIMISSIONI SELVAGGE

COME OPPORSI ALLE DIMISSIONI SELVAGGE DAGLI OSPEDALI

PERCORSO INDIVIDUALE:

- a)** Attivare il Servizio Valutazione Multidimensionale che normalmente si trova nel Distretto più vicino (o al limite presso la propria ATS o ASST)
- b)** Inviare la lettera di opposizione alle dimissioni (vedi allegato)
- c)** Richiedere al giudice tutelare del tribunale dove ha la residenza l'assistito, la nomina di un "Amministratore di sostegno" (normalmente il parente più prossimo e più disponibile). Meglio essere amministratore di sostegno: occorre richiederlo al Giudice Tutelare del tribunale del territorio di residenza della persona che si intende rappresentare. Si può però, se necessario, intervenire subito e fare la lettera solo come parente.
- d)** Richiedere, se ne viene evidenziata la necessità, le cure e l'assistenza domiciliare al Comune di residenza.
- e)** In alternativa al rientro presso al proprio domicilio del paziente non autosufficiente, bisogna attivarsi per trovare una struttura residenziale più adatta, non lontana dalla residenza dei familiari, dove poter ricoverare la persona non autosufficiente. In questo caso è possibile avvalersi della collaborazione del Servizio Sociale comunale che darà indicazioni su come inoltrare la domanda e quali documenti allegare. Per accelerare i tempi bisogna recarsi in una Centro di Assistenza Fiscale (CAF) per richiedere l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) che misura la situazione economica del richiedente in relazione anche a quella del coniuge e dei figli. Se non già riconosciuta va fatta la domanda per ottenere certificazione di invalidità e l'indennità di accompagnamento. Nel caso in cui ci sia la necessità, va fatta la richiesta di integrazione della retta di ricovero nella struttura protetta al Comune di residenza del paziente
- f)** Le associazioni che hanno studiato e conoscono il problema possono consigliare i cittadini utenti nel percorso da seguire e al tempo stesso alleandosi fra loro si possono attivare per fare un'azione politica e giuridica per il rispetto delle leggi e per migliorare la situazione strutturale sanitaria e sociale.

SEGUONO:

- **fac-simile lettera per la richiesta della UVM (R/R)**
- **fac-simile lettera per opposizione alle dimissioni(R/R)**

Lettera per la richiesta della Valutazione Multidimensionale (R/R)

Egregio Direttore Generale ATS di _____

e, p.c.

Assessore Regionale al Welfare

Piazza Città della Lombardia, 1

20124 Milano

Medicina Democratica Onlus

Via dei Carracci, 2

20149 Milano

Oggetto: richiesta di UVM per il Sig./Sig.ra.....

Io Sottoscritto/a..... in qualità di...../administratore di sostegno del

Sig/della Sig.ra nato/a a

il.....residente a..... in via

CHIEDO

che, per le sue condizioni di salute, sia sottoposto/a a una visita di Valutazione Multidimensionale in relazione alla sua condizione clinica e ai suoi bisogni assistenziali e sociali.

Il Sig /La Sig.ra..... è attualmente ricoverato presso l'Ospedale di con la diagnosi di.....

Si fa presente che Il Sig/ La Sig.ra è un paziente cronico non autosufficiente che necessita di cure e assistenza continua.

La valutazione dell'equipe che costituisce UVM è necessaria oltre che per riassumere la sua condizione clinica anche per meglio individuare il percorso clinico, assistenziale e sociale per stabilizzare e migliorare il suo stato di malato grave non autosufficiente.

Per ciò stesso si rammenta che:

1. Il Servizio sanitario nazionale è obbligato, in base all'art 32 della Costituzione italiana e all'art. 2 della legge 833 del 1978, a curare tutte le persone malate, senza limiti di durata, siano esse colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti.

2. I pazienti non autosufficienti hanno diritto a beneficiare di prestazioni sanitarie adeguate anche a seguito delle dimissioni ospedaliere

3. Nel caso in cui venga prospettato il ritorno delle persone malate non autosufficienti presso le proprie abitazioni è necessario che il Servizio sanitario garantisca un supporto domiciliare medico, clinico ed infermieristico adeguato, in termini di congrue ore giornaliere in relazione alle patologie diagnosticate, alla luce di quanto previsto dall'art. 22 del DPCM sui LEA del gennaio 2017.

4. Nel caso in cui venga prospettato il trasferimento della persona non autosufficiente non curabile a domicilio presso una struttura protetta permanente (RSA, RSD), deve essere garantita la continuità assistenziale, nel senso che la struttura accreditata di destinazione deve garantire la presenza di un personale adeguato sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo per fornire le prestazioni di cura adeguate, conformi a quanto previsto nel Progetto di Assistenza Individualizzato della persona.

5. Per garantire quanto previsto nei punti precedenti è necessario che la dimissione da una struttura ospedaliera o da altra struttura sia protetta, venga posta in essere nell'osservanza di un modello di percorso integrato tra ospedale e territorio che deve garantire la presa in carico e la continuità assistenziale per un paziente temporaneamente o stabilmente in condizioni di fragilità.

6. A tale riguardo l'istituto dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), previsto dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, è uno strumento indispensabile nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, finalizzato a garantire la presa in carico globale delle persone, con particolare riguardo ai casi di fragilità, come quelli delle persone non autosufficienti con gravi patologie croniche invalidanti, o in casi particolarmente complessi che richiedono una valutazione su più piani.

7. Obiettivo dell'UVM è quello di migliorare, o comunque garantire il più possibile, lo stato di salute e la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari (in particolare dei congiunti che se ne fanno carico), attraverso la predisposizione di

un progetto personalizzato, condiviso da tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare di professionisti socio sanitari di diversa provenienza, che, previa valutazione dei diversi aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici, definisca i bisogni globali della persona e le risposte e gli interventi più adeguati, anche sotto il profilo dell'individuazione delle strutture più adeguate, nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

8. il comma 3 dell'articolo 21 del DPCM sui LEA stabilisce inoltre che: "Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dal Servizio Valutazione Multidimensionale del Bisogno, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia"

9. Sulla base del PAI, i soggetti istituzionali competenti (ATS, ASST, Comune) dovranno supportare il paziente e i familiari nella ricerca di una struttura, accreditata presso il servizio sanitario regionale, idonea a garantire le prestazioni previste nel progetto di assistenza individuale.

10. Sulla base del PAI, redatto a seguito di Valutazione Multidimensionale del Bisogno, sarà possibile definire un ulteriore aspetto: ossia l'entità della quota di copertura dei costi a carico del Servizio Sanitario nazionale e regionale, sulla base di quanto previsto dal citato DPCM sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Le Regioni possono aumentare la percentuale a carico del Servizio sanitario, ma non possono ridurla.

11. Ai sensi dell'art. 34, comma 2, DPCM LEA in caso di ricovero di una persona non autosufficiente presso un Istituto di riabilitazione i costi sono a totale carico del Servizio Sanitario.

12. Ai sensi l'art. 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, sono parimenti al 100% a carico del SSN le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, ancorché erogate presso strutture residenziali, di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, ossia tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno/infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.

13. Al di fuori dei casi di prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, il SSN interviene a coprire una parte dei costi di ricovero.

14. Ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 2 dell'art. 34 del DPCM sui LEA si evince infatti chiaramente che "sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera" i "trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate".

15. Con riferimento ai casi più frequenti di persone non autosufficienti ricoverate presso RSA per prestazioni sociosanitarie di lunga assistenza la quota a carico del SSN, stabilita dall'art. 30, comma 1, lettera b, del DPCM sui LEA deve essere "pari al 50 per cento della tariffa giornaliera".

16. Il Comune territorialmente competente, di residenza della persona interessata, soggetto istituzionale coinvolto nel procedimento di dimissione protetta e nell'ambito dell'UVM, è obbligato per legge ad integrare la retta applicata dalla RSA sulla base dei parametri previsti dal DPCM 159/2013, in materia di ISEE, attuativo dell'art. 5 del d.lgs. 214/2011; in sostanza la quota a carico del Comune equivale alla differenza fra retta (al netto del 50% o 70% a carico del servizio sanitario) e quota a carico dell'assistito, che dovrà essere commisurata al suo ISEE socio sanitario; a tale riguardo i regolamenti comunali dovranno essere rispettosi di questi parametri normativi nazionali previsti dal DPCM 159/2013, senza alcuna facoltà di poter introdurre clausole peggiorative sotto il profilo economico a carico degli utenti.

Si ringrazia per l'attenzione e si resta in attesa di una Vostra risposta scritta come previsto dalla legge 241/1990

Si inviano i migliori saluti

Data..... Firma

Lettera contro le dimissioni dall'ospedale (istituto riabilitativo, clinica convenzionata) (R/R)

Egr. Direttore Generale ASST.....
Egr. Direttore Socio-Sanitario ASST.....
Egr. Sig. Sindaco di.....

e p.c.

Egr. Assessore al Welfare Regione Lombardia
piazza Citta' di Lombardia,1 - 20124 Milano

Egr. Difensore Civico Regione Lombardia
via Fabio Filzi, 22 – 20124 – Milano

Egr. Associazione Medicina Democratica Onlus
via dei Carracci, 2 20149 Milano

Oggetto: **OPPOSIZIONE ALLE DIMISSIONI**

Io Sottoscritto/a..... in qualità di...../ amministratore di sostegno
del Sig/della Sig.ra nato/a a
il..... residente a.....in Via
.....

visto l'articolo 41 della legge 12 febbraio 1968 n. 132 che prevede il ricorso contro le dimissioni, tenuto conto altresì che l'articolo 4 della legge 23 ottobre 1985 n. 595 e l'articolo 14, n. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 consentono ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità,

CHIEDO

che il mio congiunto/ il mio Tutelato, attualmente ricoverato e curato presso Ospedale di.....
NON venga dimesso, oppure che venga trasferito in un altro reparto della stessa struttura o in altra struttura sanitaria o socio-sanitaria per i seguenti MOTIVI:

- 1) il paziente non è in grado di programmare il proprio presente e il proprio futuro ed è così gravemente malato da essere anche totalmente non autosufficiente. Necessita pertanto delle indifferibili prestazioni mediche, infermieristiche e socio-sanitarie (somministrazione e verifica dell'assunzione dei farmaci, alimentazione, igiene personale ecc.) volte ad evitare l'altrimenti inevitabile decesso nel giro di breve tempo.
- 2) lo scrivente non è in grado di assicurare le necessarie cure al proprio congiunto, anche perché assolutamente sprovvisto delle occorrenti competenze sanitarie, e non intende assumere oneri di competenza del Servizio sanitario nazionale;
- 3) non vi sono leggi che obbligano i congiunti a fornire prestazioni sanitarie ai loro familiari. Al riguardo ricordo che l'articolo 23 della Costituzione è così redatto: «Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge».

Faccio inoltre presente che le cure sanitarie, comprese quelle ospedaliere, sono dovute anche agli anziani cronici non autosufficienti ai sensi della legge 23 dicembre 1978 n. 833 il cui articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» e deve altresì provvedere «alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Inoltre l'articolo 1 della stessa legge 833/1978 sancisce che il Servizio sanitario nazionale deve garantire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» sanitario nazionale.

L'articolo 54 della legge 289/2002 conferma che il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rivolte alle persone non autosufficienti, e l'esigibilità dei diritti sanciti dai Lea è stata riconosciuta anche dalla Risoluzione n. 8-00191 approvata all'unanimità l'11 luglio 2012 dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati.

Evidenzia che nella sentenza n. 36/2013 la Corte costituzionale ha precisato che «l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri».

Ciò premesso, ne consegue che il Servizio sanitario nazionale deve erogare le occorrenti prestazioni anche alle persone non autosufficienti la cui condizione di estrema malattia non consente loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche, non solo dei dolori di cui soffrono ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali, provvedere all'assunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilitazione...) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. Ne consegue che questi infermi sono in una situazione non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza, com'è il caso dell'infermo in oggetto.

Lo scrivente può essere disponibile ad accettare il trasferimento del proprio congiunto presso una Rsa (Residenza sanitaria assistenziale) a condizione che:

– detto ricovero sia definitivo; la struttura sia situata preferibilmente nelle vicinanze di.....; il trasferimento venga effettuato a cura e spese dell'Ats; la quota della retta alberghiera a carico del ricoverato sia corrisposta in base alla normativa vigente; la quota suddetta sia comprensiva di tutte le prestazioni alberghiere e socio-assistenziali, comprese quelle occorrenti per i soggetti non autosufficienti: igiene personale, mobilitazione, imboccamento, ecc.

– l'integrazione della quota di retta alberghiera non corrisposta dal/dalla ricoverato venga versata dall'Ente gestore socioassistenziale a partire dalla data del ricovero in Rsa del paziente.

Lo scrivente si impegna di continuare a fornire al proprio congiunto tutto il possibile sostegno materiale e morale compatibilmente con i propri impegni familiari e di lavoro.

Lo scrivente chiede al Difensore civico di intervenire per l'ottenimento di quanto richiesto con la presente.

Lo scrivente richiede l'applicazione delle norme sul consenso informato. Inoltre, ai sensi e per gli effetti della legge 7 agosto 1990 n. 241, chiede che gli venga inviata una risposta scritta e segnala che non terrà conto delle eventuali risposte verbali e telefoniche.

Ringrazio e porgo distinti saluti.

Data.....

Firma.....

MALATI CRONICI

NESSUNO È OBBLIGATO A SCEGLIERE UN GESTORE

ATTENZIONE :
CONTINUANO AD ARRIVARE INVITI DALLA REGIONE (O DAL“CLINICAL MANAGER”) PER SCEGLIERE IL GESTORE

- Bisogna sapere che :
nessuno è obbligato a scegliere un Gestore

- Ricordiamo che:
il Gestore potrebbe non essere un medico o uno specialista!

Nella maggioranza dei casi sarà una società o una cooperativa privata accreditata, ossia convenzionata con la Regione, quindi privata, ma finanziata con soldi pubblici.

Inoltre potrebbe essere persino un Fondo di Investimento straniero, o una Compagnia d'Assicurazioni.

Vi verrà chiesto di firmare un “Patto di Cura” (entro 5 giorni dal ricevimento della lettera) che sarà vincolante per un anno.

Solo entro i successivi 45 giorni dalla firma, vi sarà presentato il vostro PAI, cioè il vostro PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO (PAI).

Avete capito bene: prima vi legano le mani con il gestore e poi questo vi dirà come sarete seguiti e dove sarete inviati per le visite, gli esami del sangue, esami radiologici e altri accertamenti.

Infatti è certo che non solo la riforma regionale **non vi garantisce la riduzione dei tempi di attesa, ma non avrete nemmeno la certezza di poter andare negli stessi ospedali/centri o dagli stessi medici/specialisti presso i quali siete stati seguiti regolarmente fino ad oggi.**

Dovrete eseguire in regime privatistico, cioè a pagamento, eventuali altre prestazioni al di fuori di quelle prestabilite, che potrebbero essere necessarie per la medesima patologia per cui avete sottoscritto il PATTO DI CURA.

Se sceglierete il Gestore dovete sapere che questo **si occuperà solo della gestione delle vostre malattie croniche. Per tutte le altre malattie dovete continuare a fare riferimento al vostro medico curante.**

Questa circostanza potrà generare situazioni confuse e conflittuali tra medico di base e Gestore.

Non c'è stata alcuna gara d'appalto per scegliere i Gestori che potranno arrivare ad “arruolare” fino a 200.000 malati cronici!!

Parliamo di qualche miliardo di euro che passa dalla Sanità Pubblica al privato!!

MALATI CRONICI

NESSUNO È OBBLIGATO A SCEGLIERE UN GESTORE

A oltre due anni di distanza dalla prima delibera, è evidente il fallimento della Riforma Sanitaria Regionale.

Nonostante la propaganda e gli incentivi, hanno aderito meno del 50% dei medici e meno del 10% dei pazienti.

Perché?

Perché hanno chiara la consapevolezza che non è questa la risposta ai bisogni di salute della popolazione.

La Regione però non molla, anzi propone l'ennesima proroga dei tempi di arruolamento, reclutamento, affidato direttamente ai medici di medicina generale: **più pazienti arruolati più soldi intascati !!**

Intanto non fa nulla per risolvere gli attuali gravi problemi tra cui la mancanza di medici e l'elevato numero di pazienti per ogni medico.

Concludendo:

La mancata adesione AL GESTORE non comporta nessuna penalizzazione

Continuate a dire no al Gestore e se avete aderito non rinnovate l'anno prossimo. Continuerete ad essere seguiti dal vostro medico e potrete accedere a tutti i servizi della Sanità Pubblica e di quella convenzionata.



Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - ONLUS

**Il tuo 5 x mille a favore di
Medicina Democratica - ONLUS**

Dal 1975 è attiva,
con il movimento di lotta per il diritto alla salute.
In lotta contro gli infortuni, le morti sul lavoro
e per il riconoscimento delle malattie professionali.
Per l'energia pulita, contro gli inceneritori e il nucleare.
Per il diritto di cittadinanza e di cura di tutti gli immigrati.

.....
Per la tua partecipazione

5x1000
www.medicinademocratica.org

**SOSTIENI l'associazione
Medicina Democratica - Onlus**

Nella dichiarazione dei redditi firma e
fai firmare nell'apposito riquadro che
figura sui modelli e indica il codice
fiscale dell'Associazione.

codice fiscale
97349700159

DEVOLVI IL TUO 5 PER MILLE A MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS
FIRMANDO NEL RIQUADRO "VOLONTARIATO" E INSERENDO IL
CODICE FISCALE **97349700159**
INFO: WWW.MEDICINADEMOCRATICA.ORG

MINORI STRANIERI

GARANTITA ASSISTENZA SANITARIA E PEDIATRA

GARANTITA ASSISTENZA SANITARIA GRATUITA E IL PEDIATRA AI

• MINORI FIGLI DI STRANIERI EXTRACOMUNITARI CHE NON HANNO IL PERMESSO DI SOGGIORNO

• MINORI FIGLI DI STRANIERI COMUNITARI PRIVI DI COPERTURA SANITARIA

Con la Delibera XI/1046 del 17.12.2018, la Regione Lombardia ha reso definitiva la sperimentazione avviata da Maroni nel 2014.

Cosa bisogna fare per richiedere questo diritto?

1. Bisogna andare all'Ufficio **SCELTA e REVOCA dell'ATS/ASST** (ex ASL) della propria città
2. Va **richiesta l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale** per il proprio bambino o per la propria bambina
3. Va **ritirato il documento di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale**
4. Presso l'ATS/ASST bisogna leggere la tabella con l'**elenco dei PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**, con l'indicazione degli orari e delle modalità di accesso
5. Si può così rivolgersi al PEDIATRA PRESCELTO, **portando con sé l'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE. IL PEDIATRA HA L'OBBLIGO DI ACCETTARE LA VISITA.** In seguito è possibile tornare dallo stesso pediatra, oppure sceglierne un altro.
6. Con l'iscrizione al SERVIZIO SANITARIO REGIONALE è anche possibile **accedere direttamente senza ricetta agli ambulatori pediatrici delle strutture accreditate.**
7. Visite e farmaci sono **gratuiti per tutti i bambini fino ai 14 anni. SI CHIAMA CODICE ESENZIONE E 11**
8. I minori tra i 14 ed i 18 anni, **possono iscriversi al Medico di Medicina Generale (MMG) con le stesse modalità previste per i minori di 14 anni relative al Pediatra di Libera Scelta.** Il Medico di Medicina Generale, però, non verrà assegnato in modo fisso

L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE NON COMPORTA ALCUN PERICOLO DI DENUNCIA

PER INFORMAZIONI E CONTATTI

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**Medicina
Democratica**

www.medicinademocratica.org
segreteria@medicinademocratica.org
tel. 3392516050



37e2

La trasmissione sulla salute
di Radio Popolare

37e2@radiopopolare.it



www.associazionesenzalimiti.it
senzalimiti.onlus@tiscali.it