

Guida all'assistenza medica e sanitaria
(a cura di www.legalefacile.it)

www.legalefacile.it

Indice

- 1) Premessa. (www.legalefacile.it)
- 2) La tessera sanitaria
- 3) La ricetta medica del servizio sanitario
- 4) Cos'è il consenso informato?
- 5) La richiesta della cartella clinica
- 6) Cup: prenotare la visita medica con i centri unici
- 7) Segnalare disservizi o presentare reclami
- 8) L'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- 9) La libera professione del medico
- 10) L'assistenza medica per l'Alzheimer
- 11) Permessi e congedi per gravi motivi familiari
- 12) L'indennità di accompagnamento
- 13) L'esenzione dal ticket per invalidità
- 14) L'esenzione dal ticket per reddito
- 15) L'esenzione dal ticket per malattia
- 16) Le liste d'attesa per le cure mediche
- 17) Le spese mediche scalabili dalle tasse
- 18) Deduzioni e detrazioni fiscali
- 19) L'Assistenza Integrativa Alimentare
- 20) La donazione di sangue
- 21) La legge su trasfusioni e donazioni di sangue
- 22) La donazione degli organi
- 23) Gli esami medici esenti dal ticket
- 24) L'Assistenza protesica
- 25) Cure sanitarie per gli italiani all'estero
- 26) Conclusione. (www.legalefacile.it: dedica e auspicio)

1) Premessa

Siamo perfettamente consapevoli che non è semplice per il cittadino orientarsi nel Servizio Sanitario Nazionale. Spesso è difficile sapere con chiarezza quale tipo di assistenza medica o sanitaria possiamo richiedere, cosa è gratuito e cosa no, dove dobbiamo andare, dove e come ottenere informazioni e assistenza. Per ovviare a tutte e tali difficoltà e per perseguire l'utilità sociale per cui nasce e opera www.legalefacile.it abbiamo deciso di realizzare e divulgare il presente e-book informativo.

2) La tessera sanitaria

Eliminare gli sprechi e monitorare la spesa sanitaria pubblica per garantire un migliore sistema sanitario ai cittadini che ne hanno diritto. Nasce con questi obiettivi la tessera sanitaria e il sistema di monitoraggio (denominato TS) dei dati sulla spesa pubblica ad essa collegato.

Il sistema TS è in fase di progressiva estensione a tutte le Regioni. La tessera è già stata recapitata all'indirizzo di residenza ai cittadini italiani e stranieri residenti in Abruzzo, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Liguria, Campania, Basilicata, Piemonte, Lazio, Molise, Toscana, Val d'Aosta e Provincia Autonoma di Trento e Bolzano. Stanno ricevendo la Tessera Marche, Puglia, Sardegna e Calabria.

Chi, avendone diritto, non l'ha ancora ricevuta o chi vuole chiedere qualche informazione può contattare il numero verde 800-030-070 o consultare le pagine del sito ufficiale dedicato al Sistema TS (<https://sistemats.sanita.finanze.it/simossInterrogazioneTSFree/index.do>) che consente di conoscere lo stato della spedizione inserendo il proprio codice fiscale. Il nuovo strumento serve per avere l'accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale: ottenere farmaci, esami clinici e cure sanitarie. Quando si va dal medico, per farsi rilasciare la ricetta medica (quella nuova è entrata in vigore dal 1° gennaio 2005) è obbligatorio inserire il codice fiscale dell'assistito nell'apposito spazio della ricetta, lo stesso che è riportato sulla tessera sanitaria.

Quest'ultima sostituisce anche il vecchio modello cartaceo E111. Quando ci si reca nei Paesi dell'Unione Europea e negli Stati convenzionati, ad esempio la Svizzera, è sufficiente esibire la tessera per ricevere gratuitamente le cure mediche urgenti negli ospedali e nelle cliniche sul territorio. Le spese saranno poi addebitate al Servizio Sanitario Nazionale, con le modalità specifiche previste dalla Regione di residenza dell'assistito.

La tessera sanitaria non sostituisce il libretto sanitario che resta il documento valido per ricevere le prestazioni sanitarie erogate a chi ne ha diritto dal Servizio sanitario nazionale. Il nuovo strumento, messo a punto dal Ministero dell'economia e delle finanze per monitorare la spesa pubblica sanitaria serve ad impedire eventuali sprechi e frodi che danneggiano gli interessi della collettività. L'obiettivo del progetto TS è di migliorare il Sistema Sanitario Nazionale attraverso il controllo della spesa e delle prestazioni, con lo scopo di ottimizzare la fruizione e l'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini.

La tessera è plastificata e ha le dimensioni e la consistenza di una carta di credito o bancomat. Sullo sfondo azzurro sono impressi il codice fiscale, la data di scadenza e i dati anagrafici: nome, cognome data, luogo di nascita, un'area libera dove potrebbero essere segnati dei dati sanitari regionali. Completano il fronte tre caratteri braille per i non vedenti. Sul retro invece sono riportati: il codice fiscale in formato codice a barre, la banda magnetica dell'assistito e la dicitura Tessera europea di assicurazione malattia.

3) La ricetta medica del servizio sanitario

Per ritirare nelle farmacie gratuitamente o a prezzo ridotto quei farmaci che sono coperti dal Servizio Sanitario Nazionale è necessaria la ricetta medica del servizio sanitario nazionale, la cosiddetta ricetta medica della mutua.

La ricetta medica della mutua deve essere richiesta al medico di famiglia, ha una validità di 30 giorni, per i medicinali prescritti con ricetta medica ripetibile, e di 10 giorni per quelli prescritti con ricetta medica non ripetibile, per i quali la validità è di 10 giorni. La ricetta medica del servizio sanitario nazionale deve essere consegnata al farmacista al momento dell'acquisto del medicinale.

Per essere valida, la ricetta medica del servizio sanitario nazionale deve riportare chiaramente:

- il nome ed il cognome dell'assistito (oppure le iniziali, nei casi in cui è previsto dalla legge sulla privacy);
- il numero della tessera sanitaria o il codice fiscale;
- l'indicazione del farmaco prescritto (il numero massimo di farmaci prescrivibili in una singola ricetta varia nelle diverse Regioni);
- la data in cui la ricetta è stata compilata;
- la firma ed il timbro del medico;
- la sigla della provincia della Asl di residenza dell'assistito.

A partire dal 1° gennaio 2005, con Decreto del 18 maggio 2004, è entrato in vigore il nuovo modello di ricetta medica standardizzata. Ogni nuova ricetta è segnata da un codice a lettura ottica che garantisce la sua tracciabilità. In questo modo è possibile conoscere il medico che prescrive, il farmaco richiesto o la prestazione erogata, per rilevare i dati della spesa pubblica nel settore sanitario.

Il nuovo ricettario può essere utilizzato per le prescrizioni delle prestazioni sanitarie agli assicurati, cittadini italiani o stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere è a carico di istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale. Secondo la recente normativa, tutt'ora in revisione, i farmaci assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale possono essere totalmente gratuiti o possono prevedere una quota di partecipazione al costo, a carico dell'assistito. Altri farmaci sono gratuiti solo per persone invalide, oppure per chi soffre di particolari malattie o per chi ha un basso reddito. Le Regioni possono inoltre fissare un ticket, una quota fissa da pagare, su ogni ricetta medica mutua presentata o su ogni confezione comprata.

4) Cos'è il consenso informato?

La legge italiana prevede che i medici e gli operatori sanitari possono curare una persona solo questa è d'accordo e dà il consenso informato. Il malato deve, cioè, poter decidere se vuole essere curato per una malattia: ha il diritto/dovere di conoscere tutte le informazioni disponibili sulla propria salute, chiedendo al medico ciò che non è chiaro, e di scegliere, di conseguenza in modo informato, se sottoporsi ad una determinata terapia.

Esistono due forme di Consenso Informato, verbale e scritto. Il consenso deve essere scritto nei casi in cui l'esame clinico o la terapia medica possono comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona. Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione. Il consenso scritto è anche obbligatorio, per legge, quando si dona o si riceve sangue, nei casi in cui si assume un farmaco ancora sperimentale, negli accertamenti di un'infezione da HIV. Negli altri casi, soprattutto quando è consolidato il rapporto di fiducia tra il medico e l'ammalato, il consenso può essere solo verbale ma deve essere espresso direttamente al medico.

In ogni caso, il consenso informato dato dal malato deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura. Per questo, la legge non riconosce la validità dei testamenti biologici.

Se la cura considerata prevede più fasi diverse e separabili, ogni fase necessita di un consenso separato: la persona malata deve dare il suo consenso per ogni singola parte di cura. È legittimo revocare un consenso già dato ed interrompere una cura in corso, sempre che questo non sia materialmente impossibile o non metta a serio rischio la vita della persona.

Il consenso informato ad una determinata cura può essere espresso da un'altra persona solo se questa è stata delegata chiaramente dal malato stesso. Se la persona malata è minorenni, il consenso è automaticamente delegato ai genitori. Il minorenni, però, ha diritto ad essere informato e ad esprimere i suoi desideri, che devono essere tenuti in considerazione.

Se il malato è maggiorenne ma è incapace di decidere, è il tutore legale a dovere esprimere il consenso alla cura. ma la persona interdetta ha diritto ad essere informato e di veder presa in considerazione la sua volontà.

Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato sono:

- le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata;
- le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua vita da richiedere un immediato intervento "di necessità e urgenza" indispensabile. In questi casi si parla di consenso presunto;
- i casi in cui si può parlare di consenso implicito, per esempio per quelle cure di routine, o per quei farmaci prescritti per una malattia nota. Si suppone, infatti, che in questo caso sia consolidata l'informazione ed il consenso relativo;
- in caso di rischi che riguardano conseguenze atipiche, eccezionali ed imprevedibili di un intervento chirurgico, che possono causare ansie e timori inutili. Se, però, il malato richiede direttamente questo tipo di informazioni, il medico deve fornirle;
- i Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), in caso di particolari disturbi psichici;

- le vaccinazioni obbligatorie, stabilite nei programmi nazionali di salute pubblica.

L'argomento è stato più volte trattato dal nostro www.legalefacile.it evidenzia numerosi aspetti ancora controversi pertanto se sei un nostro simpatizzante puoi chiederci ulteriori informazioni, comunicarci la tua esperienza o inserire un tua protesta nell'apposita area accessibile dall'Home Page del sito. .

5) La richiesta della cartella clinica

Con il termine cartella clinica si intende un insieme di documenti che registrano tutte le informazioni anagrafiche e sanitarie di una persona malata. È un "diario della salute", tramite il quale i medici possono avere un quadro complessivo della storia della salute delle persone e possono diagnosticare meglio un disturbo o decidere la terapia più appropriata.

La persona malata ha pieno diritto a vedere la propria cartella clinica, anche durante il suo ricovero, o a chiederne una copia, una volta dimesso. Ogni Asl stabilisce il costo della copia, così come le modalità per richiederla (qual è l'ufficio competente) ed i tempi di rilascio.

Possono chiedere o ritirare la copia di una cartella clinica:

- la persona direttamente interessata. Se la persona è minorenni o interdetta, la cartella deve essere rilasciata al genitore o al tutore legale;
- un'altra persona, anche il proprio medico di famiglia, che abbia una delega scritta da parte dell'interessato;
- gli eredi legittimi, con riserva per determinate notizie;
- i medici che la richiedono, per scopo scientifico o statistico, con l'obbligo di mantenere l'anonimato. Se, infatti, la persona malata ha dato il consenso al trattamento dei suoi dati, i medici possono averne accesso rispettandone, secondo l'obbligo del segreto professionale, la riservatezza;
- l'Autorità giudiziaria, gli enti previdenziali, il Servizio Sanitario Nazionale.

Proprio per la loro importanza, le informazioni contenute nella cartella clinica devono essere leggibili e chiare. Non esistono leggi specifiche che regolano come compilare e gestire la cartella clinica. Tuttavia, dalla normativa esistente e dal Nuovo codice di Deontologia Medica, si possono ricavare alcune regole:

- la cartella clinica deve essere scritta in modo chiaro, leggibile da tutti;
- le informazioni ivi contenute devono essere complete (esami medici effettuati, diagnosi, terapie, ecc.) e devono essere scritte immediatamente sulla cartella, non in un secondo tempo. Solo in questo modo, infatti, un altro medico che visiti un ammalato può avere il quadro completo della situazione;
- nessuna annotazione già scritta può essere cancellata. Eventualmente, una seconda nota può smentirne una precedente;
- i dati, le informazioni, della cartella clinica sono personali, privati della persona malata, non pubblici. Sono, cioè, dati sensibili e non possono essere accessibili a nessuno se non previo il consenso scritto del malato. Il malato, generalmente, esprime il suo consenso all'ingresso nella struttura sanitaria, leggendo e firmando un modulo;
- le cartelle cliniche ed i referti medici devono essere conservati per sempre, illimitatamente, nella struttura ospedaliera. Tra le motivazioni di tale norma vi è la garanzia della "certezza del diritto" e l'importanza vitale di tale tipo di documentazione, anche per eventuali studi futuri. Solo alcuni documenti, come le radiografie, possono essere conservate per un periodo limitato: 20 anni;
- la responsabilità della corretta gestione e conservazione della cartella clinica è del Primario del reparto in cui si è in cura e passa alla Direzione Sanitaria nel momento in cui la cartella clinica è archiviata. Il compito di conservare la cartella nel reparto ospedaliero è, invece, dell'infermiere del reparto.

6) Cup: prenotare la visita medica con i centri unici

Attraverso i Centri Unici di Prenotazione, o Centri Unificati di Prenotazione o, in forma abbreviata, CUP, i cittadini possono prenotare una visita medica o un'analisi clinica individuando quali sono gli

ospedali o gli ambulatori di una Asl che prevedono il servizio sanitario desiderato e scegliendo quello più opportuno.

I CUP sono collegati attraverso internet ai diversi uffici accettazione delle singole strutture sanitarie di una Asl: ospedali, ambulatori, cliniche convenzionate, ecc. Attraverso il CUP si può sapere direttamente dove fare una determinata analisi o dove trovare un determinato reparto medico specialistico e quali sono i tempi di attesa relativi. In tal modo, i cittadini possono prenotare la prestazione sanitaria di cui hanno bisogno evitando lunghe file presso i vari uffici di prenotazione dei vari ambulatori.

Utilizzando i CUP, è anche possibile disdire appuntamenti medici, permettendo così ad altri di utilizzarlo.

Per accedere ai Centri Unici di Prenotazione, che recentemente si stanno diffondendo su tutto il territorio nazionale, il cittadino può utilizzare una delle seguenti opzioni, in base al sistema che la Asl ha scelto:

- via internet: nel portale di alcune Asl è presente una sezione dove è possibile inviare online la richiesta e ricevere la conferma della prenotazione;
- via telefono: altre Asl hanno attivato un numero verde, che permette di contattare il Cup e di prenotare la prestazione. Il numero verde è generalmente segnalato nel portale della Asl;
- recandosi presso un punto Cup: alcune farmacie ed ambulatori hanno i loro computer collegati con il Cup della loro Asl. Recandosi presso queste farmacie, è possibile prenotare la visita specialistica o la prestazione di cui si ha bisogno. L'elenco dei punti CUP è generalmente presente nel portale della Asl.

Per prenotare un'analisi o una visita medica è necessario avere la tessera sanitaria, il codice fiscale, la prescrizione del proprio medico, oltre all'eventuale altra documentazione medica rilasciata. In caso di prenotazione telefonica, è essenziale annotarsi il numero di prenotazione, con il quale sarà possibile ritirare il foglio di prenotazione e pagare il ticket.

7) Segnalare disservizi o presentare reclami

Se un cittadino si imbatte in ostacoli che gli limitano o che gli impediscono di utilizzare al meglio l'assistenza sanitaria e sociale di cui necessita, ha il diritto – dovere di segnalare ufficialmente eventuali osservazioni, disservizi o reclami. La segnalazione è uno degli strumenti con il quale l'azienda può rilevare il problema e migliorare i suoi servizi.

Nel segnalare un disservizio, il cittadino deve conoscere i suoi diritti e i suoi doveri. Per questo, ha a disposizione la Carta dei Servizi della Asl, il documento in cui sono illustrate tutte le prestazioni sanitarie fornite, e la Carta dei Diritti e dei Doveri del malato, elaborata dal ministero della Salute sulla base della documentazione internazionale e in fase di recepimento come uno dei regolamenti delle Asl.

Il cittadino può presentare un reclamo, generalmente entro 15 giorni a partire quando il fatto è accaduto, in uno dei seguenti modi:

- con una lettera in carta semplice, diretta alla direzione dell'azienda e indirizzata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (Urp);
- compilando un apposito modulo, distribuito in tutti gli Urp;
- recandosi all'Urp e comunicando verbalmente il fatto ad un operatore, che redige un verbale preciso;
- contattando telefonicamente l'Urp e facendo la segnalazione via telefono.

Il reclamo, scritto o verbale, deve essere chiaro e deve contenere tutte le informazioni utili per individuare precisamente il fatto. In particolare, deve essere ben specificato:

- il fatto (cosa è successo);
- le sue modalità di svolgimento (come è successo)
- il luogo (dove è avvenuto, in quale struttura, in quale reparto, ecc.);
- il momento (quando è avvenuto il fatto);
- il motivo (perché è successo);

- chi sono le persone coinvolte (chi ha subito il disservizio segnalato, da parte di chi, chi altro era presente, ecc). A questo proposito, tutte le persone che operano in una struttura sanitaria hanno l'obbligo di portare dei tesserini che ne permettano l'identificazione.

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico ha la responsabilità della gestione dei reclami: l'operatore ha il dovere di raccogliere le segnalazioni e di avviare la procedura, secondo i tempi stabiliti dall'azienda sulle indicazioni del Ministero della Salute. Ad ogni reclamo deve essere assicurata al cittadino una risposta scritta, normalmente entro 30 giorni, firmata dal responsabile dell'Urp e/o dal Direttore Sanitario dell'Azienda.

La riservatezza dell'identità dell'utente che ha effettuato la segnalazione deve essere garantita, mentre è scoraggiato l'anonimato, perché il cittadino sia responsabile del reclamo effettuato e per evitare che questo strumento sia usato in modo improprio.

www.legalefacile.it è particolarmente attento alle esigenze dei suoi visitatori e simpatizzanti al punto che ha istituito una specifica area dove potete divulgare pubblicamente contro un disservizio subito in ambito sanitario. Se vuoi inserisci subito la tua protesta, torna nell'Home Page del sito e clicca sul link "la tua protesta".

8) L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Tutte le Asl e tutti gli ospedali devono garantire un ufficio dove i cittadini possano rivolgersi per avere informazioni chiare ed esaurienti: l'Ufficio Relazioni con il Pubblico o, in forma abbreviata, l'Urp.

I cittadini possono rivolgersi agli Uffici Relazioni con il Pubblico per:

- richiedere informazioni sui servizi forniti dalla Asl e dall'ospedale e su cosa fare per utilizzarli (quali sono gli orari di apertura, dove bisogna recarsi, quale documentazione è necessaria, ecc.). Per rispondere a queste esigenze, l'ufficio ha a disposizione una banca dati e può realizzare opuscoli e guide, informative sulla salute e sull'azienda;
- segnalare ogni tipo di osservazione, reclamo o disservizio che si constata nella Asl o nell'ospedale. Nei casi più semplici, l'Urp può fornire direttamente una risposta. Se la segnalazione è invece più complessa, l'ufficio ha l'obbligo di far partire una procedura ufficiale di verifica della segnalazione, di notifica al Direttore Sanitario ed agli organi competenti nei casi più complessi. Al completamento della procedura, l'Ufficio ha l'obbligo di redigere una risposta scritta per l'utente, che deve essere sottoscritta dal Legale Rappresentante della struttura.

Tra i compiti di quest'ufficio rientrano anche:

- il monitoraggio delle necessità dei cittadini per proporre alla Asl interventi correttivi;
- l'aggiornamento costante della Carta dei Servizi della Asl, il documento ufficiale dell'azienda con la descrizione di tutti i servizi sanitari offerti;
- l'aggiornamento del portale internet della Asl;
- l'elaborazione periodica di rapporti sull'andamento delle attività aziendali, tra cui quello sulla situazione delle liste d'attesa.

L'Urp può essere contattato recandosi direttamente presso l'ufficio, all'interno della struttura sanitaria, per via telefonica o attraverso internet tramite il portale della Asl o dell'ospedale.

9) La libera professione del medico

Dal 1996, i medici specialisti che operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e che vogliono anche lavorare privatamente oltre il normale orario di lavoro, devono scegliere tra due modalità: la libera professione intramuraria o intramoenia, oppure la libera professione extramuraria o extramoenia.

Nella libera professione intramuraria, o intramoenia, il medico può utilizzare le strutture ospedaliere e gli ambulatori pubblici o privati-accreditati. L'onorario che spetta al medico specialista è fissato dal direttore sanitario della Asl, così come la parte che il medico gira alla Asl per l'utilizzazione delle sue strutture. Alla stessa Asl, il cittadino deve rivolgersi per prenotare le prestazioni sanitarie e le visite specialistiche con il medico in regime intramurario.

Nella libera professione extramuraria, o extramoenia, il medico utilizza strutture o studi privati. L'intervallo minimo e massimo del suo onorario è stabilito dall'ordine professionale di appartenenza. In questo caso il medico, che non utilizza strutture pubbliche, non ha l'obbligo di "girare" parte del suo incasso alla Asl.

Sono a carico del cittadino che richiede una visita o un intervento medico in regime di intramoenia, utilizzando ad esempio le camere a pagamento, l'onorario del medico, le spese aggiuntive del servizio alberghiero per la camera, e una quota pari al 10% della tariffa standard dell'intervento, fissata dal Servizio Sanitario Nazionale a livello nazionale. La scelta del regime di extramoenia implica, invece, il pagamento a carico del cittadino di tutte le spese.

In entrambi i casi, i medici sono tenuti a rilasciare la ricevuta fiscale dell'importo ricevuto. Tale importo è in parte detraibile dall'annuale dichiarazione dei redditi.

10) L'assistenza medica per l'Alzheimer

Il morbo di Alzheimer è una malattia progressiva che danneggia il cervello e che, nel corso degli anni, dà difficoltà sempre maggiori a vivere la vita quotidiana, fino a non riuscire più ad essere autonomi e ad aver bisogno di assistenza ed aiuto continuo. Per questo, in Italia sono presenti delle strutture che possono fornire l'assistenza medica appropriata e l'aiuto sanitario e sociale necessario. Secondo il progetto nazionale per la lotta contro il morbo di Alzheimer, il progetto Cronos, è il medico di famiglia che valuta le condizioni di salute della persona, ipotizza la presenza della malattia e mette in contatto il malato e la sua famiglia con le Unità Valutative Alzheimer.

Le Unità Valutative Alzheimer, in sigla UVA, sono infatti dei Centri ospedalieri specializzati delle divisioni di neurologia, di psichiatria e di geriatria, che hanno il compito di valutare la gravità della malattia, di stabilire la terapia appropriata, di attivare una serie di iniziative per il sostegno alle famiglie e di assicurare gratuitamente due medicine disponibili in un primo periodo presso il Centro stesso e poi nelle farmacie, su presentazione della ricetta compilata dal medico di famiglia.

La parte di assistenza ai malati ed alle loro famiglie, in Italia, è in gran parte ad opera di associazioni di volontariato nazionali e locali. A livello nazionale, le principali associazioni che si occupano di offrire consulenza e sostegno alle famiglie ed ai malati sono la Federazione Alzheimer Italia e l'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, che organizzano, tra le altre, attività di consulenza, di assistenza domiciliare e di aiuto ai familiari.

È da ricordare che il soffrire di questa malattia dà diritto al riconoscimento dell'invalidità, e quindi alle forme di sostegno previste per le situazioni di handicap: il permesso di sosta auto per **invalidi**; la riduzione dell'orario di lavoro e l'assegnazione della sede di lavoro più vicina per il familiare che assiste il malato; la pensione di invalidità civile; l'indennità di accompagnamento. Le persone malate hanno anche diritto ad ottenere gratuitamente l'assistenza protesica.

Temi correlati

11) Permessi e congedi per gravi motivi familiari

La legge tutela i genitori che lavorano anche in presenza di eventi e cause particolari. Nello specifico sono previsti: permessi retribuiti e congedi per gravi motivi.

La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto a tre giorni complessivi di permesso retribuito all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità:

- del coniuge (anche legalmente separato);
- di un parente entro il secondo grado, anche non convivente;
- di un soggetto componente la famiglia anagrafica del lavoratore/trice.

In alternativa alla fruizione dei tre giorni di congedo, il lavoratore/trice possono concordare, in forma scritta, diverse modalità di espletamento dell'attività lavorativa anche per periodi superiori a tre giorni.

I permessi sono cumulabili con quelli previsti per l'assistenza alle persone handicappate (L.n.104/92).

Per gravi motivi è previsto un periodo di congedo fino a due anni, senza stipendio e purché non si svolga altra attività.

12) L'indennità di accompagnamento

L'indennità di accompagnamento, o assegno di accompagnamento, è un sostegno economico statale pagato dall'Inps che può essere erogato alle persone che non possono compiere gli atti quotidiani della vita, non deambulanti, che hanno bisogno di assistenza continuativa e che non siano ricoverati gratuitamente presso strutture pubbliche per più di un mese.

Per avere diritto a questa indennità, non collegata a limiti di reddito o alla composizione del nucleo familiare, il certificato di invalidità deve quindi avere indicato il codice 05 o 06.

L'importo dell'indennità di accompagnamento, pari a 443,83 euro mensili per l'anno 2006, è erogato per 12 mensilità e viene aggiornato ogni anno dal Ministero dell'Interno. L'indennità non è cumulabile con altre indennità simili (è possibile scegliere il sussidio più conveniente), non è subordinata a limiti di reddito o di età, non è reversibile, non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa e spetta anche in caso di ricovero a pagamento in strutture residenziali.

La sussistenza dei requisiti, il non essere ricoverato in strutture residenziali oppure l'essere ricoverato gratuitamente o a pagamento deve essere auto-dichiarata ogni anno, attraverso un'autocertificazione sul modello prestampato ICRIC01, inviato dall'Inps al domicilio. Il modello deve essere restituito compilato entro il 31 marzo di ogni anno, anche via posta, alla propria Asl, al proprio Comune o alla Prefettura. In caso di ricovero a pagamento, è necessario allegare al modulo un'ulteriore autocertificazione attestante il nome e l'indirizzo della struttura di ricovero e l'ammontare della retta pagata.

L'indennità di accompagnamento spetta anche:

- ai ciechi assoluti. Per queste persone l'importo è maggiorato a 669,21 euro mensili;
- alle persone che sono sottoposte a chemioterapia o a altre terapie in regime di day hospital e che non possono recarsi da sole all'ospedale (sentenza Corte di Cassazione n. 1705/99);
- ai bambini minorenni, incapaci di camminare senza l'aiuto di una persona e bisognosi di assistenza continua (sentenza della Corte di Cassazione n. 1377/2003);
- alle persone affette dal morbo di Alzheimer e dalla sindrome di Down;
- alle persone affette da epilessia, sia a coloro che subiscono attacchi quotidiani, sia a coloro che abbiano solo di tanto in tanto le cosiddette "crisi di assenza".

L'indennità, invece, non spetta se l'assistenza non ha carattere continuo ma è finalizzata ad una emergenza temporanea.

Per richiedere il riconoscimento di invalidità e l'indennità è necessario presentare una domanda alla Commissione Medica per gli Invalidi Civili della Asl di residenza allegando il certificato di residenza o dichiarazione sostitutiva di certificazione, il Codice fiscale, il certificato del medico curante, che deve riportare la nota "Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita".

Il modello della domanda è disponibile presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico, i Patronati, i sindacati e le Associazioni di categoria.

Inoltre la recente sentenza n. 1268/05, la Corte di Cassazione ha ulteriormente disposto che "l'indennità di accompagnamento, prevista quale misura assistenziale diretta anche a sostenere il nucleo familiare, va riconosciuta a coloro che, pur capaci di compiere materialmente gli atti elementari della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, pulirsi), necessitano di accompagnatore perché sono incapaci (in ragione di gravi disturbi della sfera intellettiva e cognitiva, addebitabili a forme avanzate di stati patologici) di rendersi conto della portata dei singoli atti che vanno a compiere e dei modi e dei tempi in cui gli stessi devono essere compiuti".

13) L'esenzione dal ticket per invalidità

Le persone che sono riconosciute invalide civili, del lavoro o di servizio, hanno diritto a non pagare o a pagare in forma ridotta, secondo le disposizioni delle singole Regioni, i ticket delle spese mediche e sanitarie.

In base alla percentuale d'invalidità, sono identificate delle classi di difficoltà, cui corrispondono diversi livelli d'esenzione:

- difficoltà lievi, corrispondenti ad invalidità comprese tra il 33,3% e il 66,6% (da 1/3 a 2/3), per la fruizione dell'assistenza protesica;
- difficoltà medio-gravi, corrispondenti ad invalidità comprese tra il 66,6% e il 99%, per l'esenzione anche dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie;
- difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta e dal ticket sulle cure termali.

Per richiedere l'esenzione, è necessario il certificato di accertamento di invalidità rilasciato dalla Asl del proprio territorio. Per gli invalidi per lavoro, per servizio o affetti da malattie professionali, è invece necessario il certificato rilasciato dall'Inail.

14) L'esenzione dal ticket per reddito

Gli assistiti che vivono in condizioni disagiate hanno diritto, per motivi di reddito, a non pagare o a pagare in forma ridotta i ticket delle spese mediche e sanitarie (L. 724/94 e 549/95).

Sono le singole Regioni che stabiliscono in dettaglio quali sono le persone che ne hanno diritto, la forma di esenzione (totale o parziale) e, nel caso dell'esenzione parziale, la quota che deve essere pagata.

Generalmente, hanno diritto all'esenzione per motivi di reddito:

- i bambini di età inferiore a 6 anni che appartengono ad un nucleo familiare con reddito fino a euro 36.151,98 lordi annui;
- gli anziani di età superiore a 65 anni che appartengono ad un nucleo familiare con reddito fino a 36.151,98 euro annui lordi. E' considerato nucleo familiare la persona anziana, il suo coniuge e le persone che sono fiscalmente a carico dell'anziano (circ. 19/98 Ministero dell'Interno);
- i titolari di assegni sociali ed i loro familiari a carico;
- i titolari di pensioni minime oltre i 60 anni e i loro familiari a carico;
- le persone disoccupate e che sono iscritte alle liste di collocamento, ed i loro loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con reddito lordo inferiore a 8.263,31 euro. Se è presente il coniuge, il limite massimo sale a 11.362,05 euro. Questo limite aumenta di 516,5 euro per ogni figlio o altro familiare a carico. Sono considerati familiari a carico il coniuge, le persone con redditi non superiori a 2840,51 euro lordi annui, i figli minori di 18 anni o minori di 26 anni, se studenti o tirocinanti, i figli inabili al lavoro, i genitori ed i familiari conviventi.

Per ottenere l'esenzione per motivi di reddito, sono in vigore due modalità alternative:

- l'interessato, un suo familiare o il tutore legale deve sottoscrivere una dichiarazione sul retro della ricetta. In questo caso, la regolarità delle prescrizioni e la verità delle dichiarazioni di esenzione sono controllati dalla Asl e le eventuali violazioni sono punibili secondo il codice penale;
- l'interessato deve presentare la documentazione ad un ufficio della Asl, che provvede a rilasciare un tesserino di esenzione, generalmente con validità annuale

15) L'esenzione dal ticket per malattia

Le persone che soffrono di malattie croniche o invalidanti, oppure di malattie rare, che sono affette da tumori, che sono in attesa di un trapianto o che sono tossicodipendenti in terapia con il metadone o in una comunità di recupero hanno diritto all'esenzione sui ticket, parziale o totale per le cure mediche e sanitarie collegate alla malattia.

Sono le singole Regioni che stabiliscono se l'esenzione è totale o parziale e che, in quest'ultimo caso, fissano la quota che deve essere pagata

L'esenzione va richiesta alla propria Asl, presentando:

- la tessera sanitaria;

- il numero di codice fiscale;
- uno tra i seguenti documenti, che attestano la presenza della malattia: un certificato medico rilasciato da un medico del SSN, la copia della cartella clinica rilasciata da un ospedale pubblico (se questa è rilasciata da una struttura accreditata, deve essere valutata da un medico della Asl), la copia del verbale di invalidità.

Dopo aver valutato la documentazione, la ASL rilascia una tessera di esenzione, con la definizione della malattia, il suo codice identificativo e le cure a cui si ha diritto. La durata della tessera può essere permanente o limitata secondo il tipo di malattia ed i regolamenti regionali. L'eventuale rinnovo deve essere richiesto alla ASL, che può sollecitare o no ulteriore documentazione.

Per prenotare le analisi ed i controlli usufruendo dell'esenzione, è necessaria la prescrizione del proprio medico generico, sulla quale devono essere scritte le prime tre cifre del codice della malattia, indicato sulla tessera di esenzione.

16) Le liste d'attesa per le cure mediche

Per ricevere alcune visite specialistiche, esami clinici e test in ambulatorio erogati dal Servizio Sanitario Nazionale è spesso necessario attendere alcuni giorni da quando il medico curante emette la richiesta a quando il paziente può fare la visita. Il tempo che intercorre tra questi due momenti rientra nella definizione di tempi minimi e massimi di attesa.

Ciascuna Regione gestisce e aggiorna le proprie liste di attesa nel rispetto dei Livelli essenziali di Assistenza (Lea) ossia nella quantità delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto ad erogare ai cittadini.

I tempi di attesa delle prestazioni mediche specialistiche ambulatoriali, divise per tipo e struttura sanitaria che le eroga, sono in alcuni casi disponibili on line nei siti ufficiali degli stessi enti: come nel caso della Liguria e del Lazio.

Dopo l'insediamento del nuovo Governo la questione è tornata ancora una volta al centro del dibattito nazionale. "Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove esiste un servizio sanitario che offre un livello di assistenza avanzato a prescindere dal modello organizzativo adottato". Con queste parole si apre il piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, approvato in Conferenza Stato Regioni il 28 marzo 2006, che detta i principi di azione e la programmazione in materia.

Tra gli obiettivi del Piano rientra la volontà di aumentare la capacità del Servizio Sanitario nazionale, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni, per garantire risposte adeguate al perseguimento degli obiettivi di salute, e di conseguire il risultato di far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato.

www.legalefacile.it è particolarmente attento alle esigenze dei suoi visitatori e simpatizzanti al punto che ha istituito una specifica area dove potete divulgare pubblicamente contro un disservizio subito in ambito sanitario. Se vuoi inserisci subito la tua protesta, torna nell'Home Page del sito e clicca sul link "la tua protesta".

17) Le spese mediche scalabili dalle tasse

Il 19% delle spese sostenute per cure mediche e per l'assistenza sanitaria possono essere detratte, scalate cioè dalle tasse da versare, calcolate sul reddito annuale. La detrazione è applicata per somme eccedenti 129,11 euro.

In particolare, sono detraibili le spese per:

- interventi chirurgici necessari e trapianti;
- medicinali non rimborsabili o rimborsabili in parte, conservando la prescrizione del medico e la ricevuta di pagamento o lo scontrino fiscale. Per i medicinali senza prescrizione, è necessaria un'autocertificazione che ne attesti la necessità;
- visite mediche di medici generici, specialisti e omeopati;
- assistenza di infermieri e fisioterapisti (paramedici);
- esami di laboratorio e cure prescritte da un medico;

- protesi sanitarie prescritte da un medico;
- cure dentistiche;
- affitto o acquisto di attrezzature sanitarie (macchine per aerosol, per misurare la pressione, ecc);
- cure termali prescritte da uno specialista;
- cure mediche e medicine per una persona anziana ricoverata in un Istituto. Le spese devono essere documentate separatamente e comprovate dallo scontrino fiscale. Non sono detraibili la retta di ricovero e l'assistenza ordinaria;
- spese sanitarie fatte da un familiare, non fiscalmente a carico, che soffra di una tra quelle malattie che danno diritto all'esenzione dalle spese sanitarie. In questo caso, è possibile detrarre la parte che il malato stesso non può detrarre dalla sua dichiarazione dei redditi, fino ad un massimo di 6.197,48 euro;
- alcune polizze assicurative.

Le spese mediche sostenute e rimborsate nell'ambito di una polizza malattia possono essere dedotte. Non sono detraibili le spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

I portatori di handicap e gli invalidi o i propri familiari non sono soggetti alla franchigia di 129,11 euro e possono detrarre anche le spese per i mezzi per la deambulazione e per i sussidi tecnici informatici (poltrone, arti artificiali, costruzione di rampe, trasporto in ambulanza, fax, modem, computer, ecc.), e per l'adattamento delle auto alle limitazioni della persona (la detrazione spetta una volta in 4 anni per una sola macchina e per non più di 18.075,99 euro).

I non vedenti possono detrarre anche 516,46 euro l'anno per il mantenimento del cane guida e possono dedurre, anziché detrarre, le spese mediche ed infermieristiche.

18) Deduzioni e detrazioni fiscale

La legge concede alcune riduzioni di imposta per i contribuenti che abbiano sostenuto spese di particolare rilevanza sociale. Queste vengono fatte valere in due modi diversi nella dichiarazione dei redditi: o mediante deduzione dal reddito, cioè il contribuente può non inserirle nel reddito imponibile, o mediante detrazione di imposta, che consiste in una riduzione delle tasse da pagare, pari ad una percentuale fissa delle spese sostenute.

Come detrarre le spese dei farmaci

Le spese fatte per comprare farmaci non rimborsabili o per pagare il ticket di quelli mutuabili rientrano tra le spese sanitarie detraibili dall'annuale dichiarazione dei redditi.

Per detrarre i farmaci con obbligo di ricetta, è necessario conservare la ricetta medica o la sua fotocopia, se questa è ritirata dalla farmacia al momento dell'acquisto del farmaco. Unitamente alla ricetta deve essere conservato lo scontrino fiscale della farmacia.

Riguardo le detrazioni dei farmaci da banco, se questi sono stati acquistati con una prescrizione medica è sufficiente allegare alla ricetta lo scontrino fiscale. Altrimenti, si deve compilare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio in carta libera che attesti la necessità di quei farmaci.

L'autocertificazione deve essere unica per tutti i farmaci acquistati nel corso dell'anno da tutte le persone appartenenti al nucleo familiare del contribuente.

La documentazione riguardante tutte le spese detratte deve essere conservata per cinque anni.

19) L'Assistenza Integrativa Alimentare

L'assistenza integrativa alimentare è un sostegno economico che può essere richiesto da quelle persone che devono seguire delle diete speciali e che hanno bisogno di acquistare cibi particolari. In particolare, possono richiedere questo tipo di assistenza le persone che soffrono di:

- malattie metaboliche congenite;
- fibrosi cistica o malattia fibrocistica del pancreas o mucoviscidosi;
- morbo celiaco, compresa la variante clinica della dermatite erpetiforme.

È inoltre compresa l'erogazione di sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive per HIV, fino al compimento del sesto mese di età.

Per ottenere l'assistenza integrativa, per un fabbisogno non superiore ad un mese, è necessaria la prescrizione del medico di base o del pediatra.

Le Regioni stabiliscono la quantità massima di cibo prescrivibile mensilmente ed il luogo dove richiederlo: i centri di riferimento presso i quali sono in cura le persone, i presidi delle aziende unità sanitarie locali, le farmacie convenzionate o altri fornitori indicati dalle singole Asl.

20) La donazione di sangue

Il sangue ed i suoi componenti sono "prodotti" naturali, continuamente rinnovati e reintegrati dall'organismo, e sono a tutt'oggi una risorsa indispensabile nella terapia di molte malattie. Il donare il sangue o le sue parti è quindi vitale per tanti malati.

Si può donare dai 18 ai 60 anni, se si è donatore periodico anche fino a 65 anni. Oltre quest'età è necessario il parere favorevole del medico e l'esecuzione di esami diagnostici che confermano l'idoneità fisica. I minori di 18 anni possono donare solo previa autorizzazione del genitore o di chi esercita la patria potestà. Per donare bisogna pesare più di 50 chili e non essere a completo digiuno. Dopo la donazione è importante riposarsi per 5-10 minuti e mangiare qualcosa prima di riprendere le normali attività, guida inclusa.

Il donatore periodico è la persona che va a donare abitualmente. Tra due donazioni successive deve però passare un giusto intervallo di tempo.

Non può donare il sangue chi ha sofferto di malattie importanti o che potrebbero essere trasmesse con il sangue, l'epatite o l'AIDS fra tutte, chi ha ricevuto trasfusioni e chi ha uno stile di vita considerato a rischio: assume droghe o alcool oppure ha rapporti sessuali non sicuri.

I luoghi attrezzati per la donazione sono i Centri Trasfusionali (CT) ed i Servizi di Immunoematologia e Trasfusione (SIT) delle ASL, e le Unità di Raccolta (UR), mobili o fisse, gestite da associazioni come l'AVIS o la Croce Rossa Italiana.

È da ricordare che il lavoratore dipendente che va a donare il sangue ha diritto ad una giornata di riposo normalmente retribuita. Con la nuova legge n.219 del 21 ottobre 2005 che disciplina le attività trasfusionali e la produzione nazionale di emoderivati, il diritto alla giornata di riposo è esteso anche ai lavoratori precari.

21) La legge su trasfusioni e donazioni di sangue

La giornata di riposo regolarmente retribuita è un diritto di tutti i lavoratori che donano il sangue, anche di quelli atipici, i precari insomma. È una delle novità contenute nella legge n.219 del 21 ottobre 2005 che regola il settore delle trasfusioni di sangue e la produzione di emoderivati.

Il sangue umano non può essere in alcun modo una fonte di guadagno: non si può vendere e commercializzare. Per i trasgressori sono previste la reclusione e multe salate.

Questa norma combatte ancora più duramente il commercio del plasma: un fenomeno illegale alquanto diffuso come quello del "traffico" dei gameti contenuti nello sperma, una pratica altrettanto illegale secondo la legge 40 del 19 febbraio 2004.

Chi dona e/o riceve il sangue e i suoi derivati non deve pagare nulla: le attività trasfusionali rientrano nei livelli essenziali dell'assistenza sanitaria e i costi sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Ma c'è di più: il diritto di donare è stato esteso ai minori di 18 anni che però siano autorizzati da un genitore o da chi esercita la patria potestà; e la possibilità di donare la placenta e il sangue da cordone ombelicale che è riconosciuto come un gesto volontario e gratuito al quale ogni donna può dare il proprio assenso informato al momento del parto. A questo proposito anche le giovani madri minori di 18 anni possono donare cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale, ma solo dopo aver preso visione e accettato il consenso informato.

La legge affida un ruolo di primo piano alle associazioni e alle federazioni dei donatori. In particolare ne riconosce la funzione civica e sociale, di promozione dei valori umani e di solidarietà "che si esprimono nella donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue e dei suoi componenti" come si legge nell'articolo 7.

Le federazioni e le associazioni dei donatori concorrono anche ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale con la promozione e lo sviluppo della donazione organizzata di sangue e la tutela dei donatori. Le novità interessano anche il settore trasfusionale nazionale e regionale, che è stato riformato in senso federalista.

La riorganizzazione del settore è tra le principali finalità della nuova legge. Queste ultime riguardano in particolare:

- il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale della raccolta di sangue, emocomponenti (globuli bianchi e rossi, piastrine e plasma) e farmaci emoderivati (specialità medicinali che vengono estratte dal sangue derivanti dal plasma attraverso un processo di lavorazione industriale);
- la tutela della salute dei cittadini con l'attuazione dei più alti livelli di sicurezza in tutto il processo: dalla donazione alla trasfusione del sangue;
- l'uniformità del servizio trasfusionale su tutto il territorio nazionale.

Per migliorare e coordinare il settore delle trasfusioni è stato istituito il centro nazionale sangue che fa capo all'Istituto Superiore di Sanità.

22) La donazione degli organi

La donazione di tessuti o di organi è possibile solo per quelle persone che, ricoverate nei reparti di rianimazione degli ospedali per incidenti o per altre cause, non riescono a recuperare e vanno incontro a morte clinica. Possono essere donatori di organi le persone decedute in ospedale che abbiano dichiarato la loro disponibilità, in uno dei seguenti modi:

- iscrivendosi al registro dei donatori dell'Associazione Italiana Donatori di Organi;
- dichiarando di voler donare i propri organi dopo la morte in una "Dichiarazione di Volontà", conservata nel portafogli o consegnata ai familiari. Nella dichiarazione deve essere specificato il nome del dichiarante, gli estremi di identificazione di un documento di identità, una frase che espliciti il consenso alla donazione di organi e di tessuti a scopo di trapianto, la data e la firma del dichiarante;
- compilando e portando con sé il tesserino di "dichiarazione di volontà sulla donazione di organi e tessuti", distribuito in occasione delle elezioni dell'anno 2000;
- recandosi presso alcune Asl già attrezzate per la registrazione e la gestione dei dati dell'anagrafe sanitaria e collegate al Centro Nazionale Trapianti.

Se la persona non ha espresso la propria volontà, l'autorizzazione per il trapianto deve essere richiesta al coniuge non separato o al convivente legalmente registrato, ai figli maggiorenni, ai genitori, al rappresentante legale. Per i minorenni è necessario l'assenso di entrambi i genitori.

La regola del silenzio-assenso, per il quale chiunque può essere considerato donatore a meno che non abbia esplicitamente manifestato la propria volontà contraria, si basa sul principio del consenso informato: entrerà in vigore solo dopo che le Asl abbiano contattato personalmente tutti i cittadini. Date le difficoltà oggettive dell'operazione, è verosimile che ciò potrà essere attuato in futuro, quando la tessera sanitaria informatizzata sarà operativa in tutto il territorio nazionale.

La non disponibilità ad essere donatore di organi, si esprime sempre attraverso una "Dichiarazione di Volontà", in cui, si dichiara di non voler donare i propri organi dopo la morte.

Il trapianto è la sostituzione di un organo o di un tessuto malato o danneggiato con un altro sano, che può provenire da un'altra parte del corpo della stessa persona malata, il trapianto autologo, o da un'altra persona donatrice, il trapianto omologo.

23) Gli esami medici esenti dal ticket

Dal 1° gennaio 2001 sono stati aboliti i ticket per:

- l'esame mammografia, per la prevenzione dei tumori del seno, consigliato a tutte le donne di età compresa tra i 45 ed i 69 anni e da eseguirsi ogni due anni. Secondo le disposizioni della legge finanziaria 2002, sono gratuite anche le spese per eventuali accertamenti diagnostici di approfondimento;

- l'esame PAP test (esame citologico cervico-vaginale), per la prevenzione dei tumori dell'utero, consigliato a tutte donne di età compresa tra i 25 ed i 65 anni e da eseguirsi ogni tre anni;
- l'esame colonscopia, per la prevenzione di tumori dell'intestino, consigliato a tutte le persone di età superiore a 45 anni e da eseguirsi ogni 5 anni.

È da ricordare anche che, in base ad una legge del 1998, sono gratuite tutte le prestazioni di diagnostica e le visite mediche specialistiche per la gravidanza, per la tutela della maternità e per l'accertamento di eventuali difetti genetici del feto o di altre patologie che implicino un rischio per la salute della madre o del feto stesso.

24) L'Assistenza protesica

L'assistenza protesica fornisce a chi ne ha bisogno:

- protesi, gli apparecchi che sostituiscono parti del corpo mancanti o non funzionanti (arti o anche artificiali, denti, protesi agli occhi o alle orecchie, ecc.);
- ortesi, cioè le macchine che, applicate al corpo, suppliscono ad una funzione mancante (i corsetti, i busti, i collari, ecc);
- ausili tecnici (letti ortopedici, i cuscini e materassi anti-decubito, i bendaggi, come anche i cateteri e le sacche, i pannoloni, le traverse per il letto, ecc.), .

In particolare, possono usufruire di questo tipo di assistenza:

- le persone invalide, i non vedenti, i sordomuti;
- gli invalidi del lavoro con riduzione della capacità lavorativa superiore al 33%;
- le persone con cateteri (gli entero-urostomizzati), o con altri strumenti che sostituiscono le funzioni della laringe (laringectomizzati) o della trachea (tracheotomizzati);
- le persone amputate di un arto;
- le donne che hanno avuto asportato uno od entrambi i seni o la ghiandola mammaria (mastectomia);
- le persone che hanno subito interventi demolitori sull'occhio;
- le persone ricoverate che hanno necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio.

L'assistenza protesica deve essere chiesta alla Asl di residenza dal medico specialista. La Asl valuta la richiesta e rilascia l'autorizzazione entro venti giorni. Oltre questo termine, l'autorizzazione s'intende concessa. L'autorizzazione deve essere rinnovata periodicamente, secondo il tipo di protesi e secondo i regolamenti regionali.

In caso di strumenti prescritti durante un ricovero in un'altra Asl, la richiesta deve essere inoltrata a quella di competenza che deve rispondere entro 5 giorni, oltre il quale l'autorizzazione s'intende concessa.

25) Cure sanitarie per gli italiani all'estero

Hanno diritto alle cure sanitarie all'estero i cittadini italiani o dell'Unione Europea che sono residenti in Italia ed iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Il tipo di assistenza sanitaria offerta nel mondo è diversa nei singoli Stati:

gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria) e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) garantiscono le cure urgenti ambulatoriali ed ospedaliere. Dal 1° novembre 2004 il modello E111 è stato sostituito dalla Tessera europea di assicurazione malattia (TEAM) che permette di usufruire di tutte le prestazioni sanitarie coperte un tempo dai modelli E110, E111, E119, E128. Con l'entrata in vigore della TEAM le cure mediche che si possono ricevere nei paesi in cui ci si trova per brevi soggiorni o turismo, sono estese da urgenti a medicalmente necessarie. Tuttavia la tessera non può in ogni caso essere utilizzata per il soggiorno all'estero per ricevere delle cure mediche specialistiche. In questo caso è necessario richiedere il modello E112 o l'autorizzazione della ASL di appartenenza;

- con gli Stati convenzionati, sono stabiliti degli accordi per garantire varie forme di assistenza sanitaria. Informazioni specifiche devono essere richieste al Distretto sanitario di appartenenza. Per gli Stati esclusi dalle convenzioni è possibile stipulare delle assicurazioni private che coprono le spese sanitarie e che hanno una durata pari al periodo di permanenza all'estero. Ricordiamo che le spese sanitarie sostenute all'estero non coperte da forme assicurative sono detraibili nella dichiarazione annuale dei redditi. È necessario allegare la documentazione in originale ed una traduzione in italiano. Le spese di trasporto e di rientro in Italia, causate da malattie o da incidenti contratti all'estero, non sono mai rimborsabili.

26) Conclusione . (www.legalefacile.it: dedica e auspicio)

www.legalefacile.it, dedica questa guida a tutti i nostri simpatizzanti che, con cadenza quotidiana, ci inviano numerose e gradite e-mail di incoraggiamento, chiedendoci di continuare la missione divulgativa con informazioni, sempre così chiare e concretamente fruibili. Il nostro auspicio è che questo concentrato di informazioni a carattere giuridico-sanitario possano concretamente migliorare lo stile di vita di tutte le persone disagiate e in difficoltà per qualsivoglia motivo.