

Che cosa include il diritto alle cure ospedaliere?

Il diritto al trattamento ospedaliero include:

- Servizi professionali, più impegnativi dal punto di vista tecnologico e organizzativo, per la diagnosi, i trattamenti e la riabilitazione, i quali, rispetto allo stato di salute del paziente, non possono essere svolti nell'ambito dell'attività specialistica di base o ambulatoriale o nei centri termali;
- Cura medica durante il trattamento ospedaliero;
- Vitto e alloggio durante la degenza in ospedale;
- Vitto e alloggio durante il soggiorno in ospedale solo di giorno (day hospital);
- Medicinali e alimenti necessari durante il trattamento;
- Dispositivi necessari durante il trattamento.

Tra i diritti al trattamento ospedaliero sono compresi anche i servizi e le cure sanitari necessari durante il parto. I neonati hanno diritto allo screening delle malattie congenite (ad esempio, fenilchetonuria e ipotiroidismo) fornito dagli istituti di maternità o dagli ospedali con reparti di maternità e reparti neonatali.

Lo standard di alloggio e alimentazione in ospedali, cliniche e istituti prevede la sistemazione in camera a tre o più letti con almeno tre pasti al giorno. In caso d'isolamento, lo standard può essere diverso, qualora richiesto da parere professionale. Gli standard dei servizi sanitari in tutti i settori sono i servizi professionalmente fondati rispetto allo stato di salute del paziente e in conformità con la considerazione del suo medico di base e medico di riferimento.

Rispetto allo stato di salute, al paziente sono garantiti anche i diritti alle cure più esigenti fornite solo da cliniche e istituti (servizi terziari).

Il paziente ha libertà completa di scelta su dove usufruire delle cure. Se le condizioni prescritte sono adempiute (ad esempio, non è presente un operatore sanitario nel luogo di residenza o di lavoro del paziente) gli saranno rimborsate, su richiesta scritta, le spese di viaggio al più vicino operatore (ospedale) in conformità con le Norme dell'assicurazione sanitaria obbligatoria.

Coabitazione di uno dei genitori con un bambino ricoverato

Uno dei genitori ha diritto di coabitare con il bambino ricoverato fino all'età di cinque anni compiuti. Se è ricoverata la madre che allatta, anche il bambino ha diritto di stare con lei. Se il bambino è curato dal personale ospedaliero, il genitore non ha diritto all'indennità del salario per la cura del

bambino per il tempo di coabitazione. Le informazioni dettagliate sulla cura del bambino sono disponibili nell'opuscolo "Diritto all'indennità salariale per la cura del bambino".

Per i particolari stati di salute, ove è richiesta la formazione dei genitori per la successiva riabilitazione a casa, l'età del bambino non è condizione per la coabitazione. Il genitore ha diritto a stare con il bambino ricoverato per la durata della formazione necessaria, che dipende dallo stato di salute del bambino. La durata della formazione è limitata a un massimo di 30 giorni per i bambini con gravi danni cerebrali o lesioni del midollo spinale e un massimo di 14 giorni per i bambini con malattie croniche o difetti.

Per la durata della formazione riabilitativa, il genitore ha diritto all'indennità salariale.

Indirizzamento all'ospedale

Il paziente può essere indirizzato all'ospedale con l'impegnativa del suo medico di base o dello specialista curante.

Per i servizi sanitari indicati nell'impegnativa, il paziente può prenotarsi:

- elettronicamente tramite il sistema eNaročanje (e-Prenotazione), via e-mail o attraverso il sito web;
- per telefono entro l'orario ufficiale;
- per posta o
- di persona durante l'orario ufficiale.

L'impegnativa deve essere presentata entro il termine definito a partire dalla data di emissione:

- entro il giorno successivo, se l'impegnativa è contrassegnata con il grado "urgente";
- entro 5 giorni, se indicato il grado "molto velocemente";
- entro 14 giorni, se indicato il grado "veloce" o "regolare".

Quando il paziente è ricoverato senza impegnativa (ad esempio, dopo un'assistenza medica urgente nel reparto di pronto soccorso o per terapie urgenti), l'ospedale informa il medico di base al più tardi entro 7 giorni dal ricovero. La notifica contiene anche i motivi delle cure ospedaliere o del trattamento urgente e dell'assistenza medica urgente.

Cosa serve portare per l'ammissione all'ospedale?

Il trattamento avrà più di successo se il paziente collaborerà al trattamento stesso. Al momento del ricovero, il paziente deve portare un **elenco dettagliato di tutti i medicinali**, compresi quelli di cui ha bisogno solo occasionalmente, come, ad esempio, antidolorifici, sonniferi, calmanti, ecc. Può essere utilizzato il modulo "La mia lista di medicinali", disponibile sul sito web dell'Istituto dell'assicurazione malattia della Slovenia. È utile avere l'elenco in occasione di ogni controllo dal medico, quindi bisogna tenerlo sempre con sé.

Come decorre la procedura in ospedale?

Prima dell'eventuale inizio del trattamento nell'ospedale, il paziente viene visitato dal medico nell'ambulatorio specialistico dell'ospedale per accertare se siano state esaurite tutte le possibilità di trattamento ambulatoriale. Sarà ordinato il trattamento ospedaliero solo se non sarà possibile continuare il trattamento in modo ambulatoriale.

Il medico ospedaliero termina il trattamento in ospedale qualora, rispetto allo stato di salute del paziente, esista la possibilità di dimissioni per la cura a domicilio o in un istituto di assistenza sociale oppure se possibile continuare il trattamento in un ambulatorio specialistico o in un ambiente di cure primarie oppure direttamente a casa. Prima di terminare il trattamento, il medico ne informa il paziente e i suoi parenti, se necessario.

Il medico dimettente dell'ospedale invia al medico di base la lettera di dimissioni con l'avviso, le raccomandazioni e il parere professionale. Prescrive inoltre la ricetta per i medicinali e gli alimenti da assumere, così come i medicinali e gli alimenti necessari nella terapia regolare. La lettera di dimissioni o il rapporto per il medico di base può contenere anche le restrizioni consigliate circa gli sforzi fisici rispetto allo stato di salute e altre indicazioni professionali fondate, richieste dal medico di base.

Se il paziente rifiuta il trattamento successivo necessario, viene dimesso solo se il suo stato di salute lo consente.

Forma di trattamento ospedaliero

Con riferimento al tipo di servizi forniti, il trattamento ospedaliero è suddiviso in:

- acuto e
- non acuto.

Trattamento ospedaliero acuto: sono le cure sanitarie che includono la diagnosi dello stato di malattia, tutte le forme di terapie e la riabilitazione. Ivi rientra il trattamento ospedaliero acuto nell'ambito dei gruppi di casi comparativi (SPP), il trapianto, il trattamento psichiatrico e la riabilitazione.

Trattamento ospedaliero non acuto: è una cura sanitaria dopo il trattamento acuto, dove, per motivi medici o sociali, il paziente non può essere trasferito per cure nell'ambiente familiare o le stesse non vi possano essere più eseguite.

Il trattamento ospedaliero non acuto avviene in un reparto di ricovero non acuto, separato dalle persone sottoposte al trattamento ospedaliero acuto. Include il trattamento ospedaliero prolungato, le cure sanitarie e palliative.

Alla sistemazione nel reparto per trattamento ospedaliero non acuto sono ammesse le persone che:

- hanno estese ferite croniche in attesa di cicatrizzazione;
- sono in uno stadio terminale della malattia cronica;

- non possono essere dimesse per andare in un ambiente familiare o in un'istituzione di assistenza sociale, a causa degli stati di salute particolarmente problematici;
- non hanno familiari stretti e non possono essere dimessi in ambiente familiare a causa del loro stato di salute, poiché dipendono interamente o parzialmente dall'assistenza di altri durante lo svolgimento delle attività vitali basilari.

Per il passaggio dal trattamento acuto a quello non acuto e viceversa e per la durata del trattamento ospedaliero non acuto, vi è l'obbligo del motivo medico (indicazione).

Tipo di trattamento ospedaliero

Circa lo svolgimento di cure sanitarie in ospedale, esiste la distinzione tra cura sanitaria stazionaria (trattamento di ricovero comprensivo del pernottamento) e cura sanitaria non stazionaria (trattamento diurno e trattamento diurno a lungo termine):

- Il trattamento con il pernottamento è una cura sanitaria continua di oltre 24 ore (o almeno durante la notte) in un'unità letto ospedaliera. Durante il periodo di ricovero il trattamento ospedaliero può essere di tipo acuto o non acuto, se esiste un motivo medico.
- Il trattamento diurno (day hospital) è una cura sanitaria a scopo di diagnosi, terapia o altra forma di attività sanitaria con le dimissioni nello stesso giorno. Dura meno di 24 ore e, di solito, non di notte. Se questo tipo di cure sanitarie deve essere prolungato su indicazione medica, si parla di trattamento diurno a lungo termine.
- Il trattamento diurno a lungo termine sono le cure sanitarie le quali, con interruzioni, durano un periodo più lungo (più giorni) anche se ogni volta per meno di 24 ore e non durante la notte. Questo regime di trattamento può ripetersi per giorni (non) consecutivi fino alla fine del ciclo, ma il paziente è tenuto a venire in ospedale più volte durante il periodo designato.

Trasferimento in un altro ospedale

Se durante il trattamento ospedaliero viene constatato che occorre un intervento e che non può essere eseguito nello stesso ospedale, il paziente viene trasferito presso un altro operatore capace di realizzare tale intervento e ci si accorda se quest'ultimo operatore svolga solo l'intervento; dopodiché, il paziente va ritrasferito nell'ospedale primario (trasferimento temporaneo) oppure l'operatore farà tutti gli interventi necessari per terminare il trattamento iniziato nel primo ospedale (trasferimento definitivo).

Dopo le dimissioni dall'ospedale

Trasferimento all'assistenza istituzionale

Le procedure per l'applicazione del diritto all'assistenza istituzionale (ad esempio, nelle case di riposo per anziani, istituti speciali di assistenza sociale per adulti e centri di cure lavorative) sono regolate da un regolamento speciale. La procedura inizia con una domanda di ammissione. L'ammissione richiede lo stato di salute e i motivi sociali, i quali possono influire notevolmente sull'urgenza dell'ammissione nel periodo più breve possibile. Il diritto all'assistenza istituzionale non è un diritto derivante dall'assicurazione sanitaria obbligatoria, pertanto bisogna rivolgersi al ministero competente o ai fornitori di cure istituzionali per chiarimenti supplementari in merito a questo diritto.

Servizi di patronato

I pazienti con tubercolosi in atto, malattie muscolari, neuromuscolari, paraplegia, tetraplegia, sclerosi multipla, paralisi cerebrale, disturbi nello sviluppo, persone con disabilità e malattie croniche e le persone di età superiore ai 65 anni rimaste sole e socialmente minacciate hanno diritto a due visite preventive di patronato all'anno.

Lo scopo delle visite preventive è quello di fornire delle attività che servono per mantenere e migliorare il più alto livello di salute rispetto alla malattia, prevenire le complicazioni e aiutare nella cura di persona delle medicazioni autonome a casa. Il compito del servizio di patronato è il monitoraggio del paziente cronico e lo svolgimento del piano della cura sanitaria. Il monitoraggio avviene su base semestrale.

Nel caso in cui venga identificata la necessità di una cura sanitaria approfondita, il numero dei trattamenti preventivi necessari avviene in base al parere professionale dell'infermiere/a in collaborazione con il medico. L'obiettivo del trattamento è di permettere al paziente cronico una buona qualità di vita nell'ambiente familiare.

Centri di cure naturali

Nei casi in cui - dopo la cura ospedaliera - risultino essere necessarie delle cure presso centri di cura naturali, il paziente ha il diritto, immediatamente dopo aver terminato le cure ospedaliere, di iniziare in un centro (termale) naturale tali cure, che comportano una riabilitazione medica più complessa con co-uso di agenti terapeutici naturali. La proposta di tale trattamento o riabilitazione è emessa dal medico curante ospedaliero e, in merito alla necessità del trattamento, decide l'Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia. Infor-

mazioni più dettagliate sul trattamento termale sono contenute nell'opuscolo *Diritto alle cure termali*.

Fisioterapia

Il paziente fa valere il diritto alla fisioterapia presso il medico di base. Se quest'ultimo accerta l'esistenza del motivo per tale tipo di trattamento (indicazione), emette la prescrizione di lavoro in base alla quale sarà esercitato il succitato diritto.

Pazienti con dolori spinali cronici, alterazioni reumatiche degenerative delle grandi articolazioni degli arti inferiori, con osteoporosi o persone in cui si possa prevedere formazione e peggioramento di osteoporosi e con malattie reumatiche infiammatorie e che siano state coinvolte nel relativo programma educativo - a discrezione del medico di base - hanno il diritto a un massimo di 10 giorni di trattamento fisioterapico all'anno civile.

A chi rivolgersi per aiuto? A chi indirizzare il reclamo?

Per domande professionali relative allo stato di salute, domande inerenti i diritti universali del paziente o i periodi di attesa per un servizio sanitario, l'assicurato può rivolgersi al medico, alla direzione dell'istituto sanitario, al tutore dei diritti del paziente o alla Commissione per la tutela dei diritti del paziente della Repubblica di Slovenia. Le domande professionali possono anche essere indirizzate al Ministero della Salute o all'Ordine dei medici di Slovenia.

Per quanto riguarda i diritti derivanti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria, le procedure d'esercitazione di tali diritti, i pagamenti obbligatori e altre domande che riguardano l'assicurazione sanitaria obbligatoria, siamo a disposizione degli assicurati presso le sedi regionali e filiali dell'Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia.

A tal proposito, vi sono diverse possibilità:

- si può richiedere al funzionario di verbalizzare la dichiarazione oppure
- annotare il problema nel libro dei reclami, ossia consegnare la domanda, il commento o il reclamo scritto alla sede regionale o filiale dell'Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia.

I commenti o reclami sono trattati dal personale autorizzato, che è tenuto a rispettare il principio della tutela e della protezione dei dati personali. Se lo si desidera e il procedimento lo consente, garantiamo anche l'anonimato.

Vi auguriamo tanta salute e, in caso di bisogno di assistenza sanitaria, il minimo di complicazioni possibili!

Informazioni aggiuntive:

- Personale autorizzato nelle filiali, nelle sedi regionali e nella Direzione ZZZS
- Segreteria telefonica automatica ZZZS
n. di tel. +386(0)1 30 77 300,
- Sito web <http://www.zzss.si>,
- ZZZS Sede regionale di Celje, n. di tel. +386 (0)3 42 02 000
- ZZZS Sede regionale di Koper Capodistria
n. di tel. +386 (0)5 66 87 200,
- ZZZ Sede regionale di Krško, n. di tel. +386 (0)7 49 02 490
- ZZZ Sede regionale di Kranj, n. di tel. +386 (0)4 23 70 100
- ZZZS Sede regionale di Lubiana, n. di tel. +386 (0)1 30 77 200
- ZZZS Sede regionale di Maribor, n. di tel. +386 (0)2 29 09 300
- ZZZS Sede regionale di Murska Sobota,
n. di tel. +386 (0)2 53 61 550
- ZZZS Sede regionale di Nova Gorica,
n. di tel. +386 (0)5 33 81 000
- ZZZS Sede regionale di Novo mesto,
n. di tel. +386 (0)7 39 33 500
- ZZZS Sede regionale di Ravne na Koroškem,
n. di tel. +386 (0)2 82 10 100.

Basi giuridiche che definiscono i diritti e le procedure per l'applicazione dei diritti delle persone assicurate per l'attività sanitaria:

- Legge sull'assistenza sanitaria e sull'assicurazione sanitaria (Gazzetta Ufficiale RS n. 72/2006 – testo consolidato ufficiale con modifiche e integrazioni);
- Norme di assicurazione sanitaria obbligatoria (Gazzetta Ufficiale RS n. 30/2003 – testo consolidato ufficiale con modifiche e integrazioni);
- Regolamento sull'attuazione dell'assistenza sanitaria preventiva a livello primario (Gazzetta Ufficiale RS n. 19/1998 con modifiche e integrazioni);
- Accordo generale per l'anno contrattuale 2020 (www.zzss.si/egradiva);
- Istruzione sull'annotazione e sulla fatturazione dei servizi sanitari e dei materiali consegnati (www.zzss.si/egradiva);
- Regolamento sulle procedure nell'esercitazione del diritto all'assistenza istituzionale (Gazzetta Ufficiale RS n. 38/2004 con modifiche e integrazioni).

Diritto al servizio ospedaliero specialistico



Pubblicato e edito da: Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia Miklošičeva cesta 24, Lubiana.
 Design: Imago d. o. o. in Grafex d. o. o., stampa: Tiskarna Grafex d. o. o., Lubiana, giugno 2020.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzss.si

