



Cosa devono sapere gli assicurati (pazienti) riguardo le ATTIVITÀ SPECIALISTICHE OSPEDALIERE?

Cosa comprende il diritto alle cure ospedaliere?

Il diritto alle cure ospedaliere comprende:

- servizi più impegnativi, professionalmente, tecnologicamente e organizzativamente, di diagnosi, di trattamento e di riabilitazione medica, che non possono essere eseguiti in attività specialistiche di base, ambulatoriali o in stabilimenti di cura, a causa delle condizioni mediche del paziente;
- assistenza medica durante le cure ospedaliere;
- vitto e alloggio durante il ricovero in ospedale;
- vitto e alloggio nel day hospital;
- medicinali e alimenti necessari durante il trattamento;
- dispositivi necessari durante il trattamento.

I diritti alle cure ospedaliere comprendono l'assistenza sanitaria e l'assistenza al parto. I neonati hanno diritto allo screening per le malattie congenite (ad esempio, fenilchetonuria e ipotiroidismo), fornito dai reparti di maternità o dagli ospedali con reparti di maternità e reparti neonatali.

Lo standard di vitto e alloggio negli ospedali, cliniche e istituti è la sistemazione in una camera a tre o più letti con di norma almeno tre pasti al giorno. In caso di isolamento, lo standard può essere diverso in base al giudizio professionale. Gli standard dei servizi sanitari in tutte le attività di assistenza sanitaria sono servizi basati sulla dottrina professione secondo la condizione medica del paziente, a discrezione del suo medico di base o di riferimento.

In base alle sue condizioni mediche, al paziente viene garantito anche il diritto ai servizi più impegnativi forniti solo dalle cliniche e dagli istituti (servizi terziari).

Il paziente può scegliere dove essere curato. Se le condizioni prescritte vengono soddisfatte (ad esempio, se nel luogo di residenza o di lavoro del paziente non è presente un fornitore di assistenza sanitaria), gli verranno rimborsate - su richiesta scritta - le spese di viaggio fino al fornitore (ospedale) più vicino, in conformità al Regolamento dell'assicurazione sanitaria di base obbligatoria.

Alloggio di un genitore col bambino ricoverato in ospedale

Uno dei genitori ha il diritto di alloggiare in ospedale accanto al suo bambino ricoverato fino all'età di cinque anni. Se una madre che allatta viene ricoverata in ospedale, ha il diritto di avere il bambino con sé. Se al bambino viene fornita la cura di uno staff ospedaliero specializzato, il genitore non ha diritto all'indennità salariale per la cura del bambino per il periodo di alloggio assieme al bambino in ospedale. Per saperne di più sull'assistenza medica, leggere l'opuscolo *Diritto all'indennità salariale per la cura medica dei figli*.

Per condizioni mediche speciali, quando è richiesta la formazione dei genitori per la successiva riabilitazione a casa, l'età del bambino non rappresenta un limite per l'alloggio insieme in ospedale. Uno dei due genitori ha il diritto di alloggiare assieme al bambino ricoverato per la durata della formazione necessaria, la quale dipende dalle condizioni mediche del bambino. La durata della formazione è limitata a un massimo di 30 giorni, nei casi di bambini con gravi lesioni cerebrali o del midollo spinale, e un massimo di 14 giorni nei bambini con malattie croniche o lesioni.

Per tutta la durata della formazione riabilitativa, uno dei genitori ha diritto all'indennità salariale.

Richiesta di ricovero in ospedale

Il medico di base o il medico specialista di riferimento possono richiedere che il paziente venga ricoverato in ospedale tramite un'impegnativa.

Per i servizi medici per i quali è stata emessa l'impegnativa, il paziente può farne richiesta:

- elettronicamente tramite il sistema e-Naročanje, via e-mail o anche tramite il sito web;
- per telefono entro l'orario di ricevimento;
- per posta oppure
- di persona durante l'orario di ricevimento.

L'impegnativa deve essere presentata entro un termine specifico dopo l'emissione:

- entro il giorno successivo, se nell'impegnativa viene indicato come grado di urgenza "urgente";
- entro cinque giorni se viene indicato il livello di urgenza "molto velocemente";
- entro 14 giorni se il livello di urgenza è "veloce" o "regolare".

Quando un paziente viene ricoverato in ospedale senza un'impegnativa (ad esempio, dopo aver ricevuto le cure mediche di urgenza in un pronto soccorso o per una cura di emergenza), l'ospedale deve informare il medico di base entro e non oltre sette giorni dopo il ricovero. L'avviso deve inoltre indicare i motivi delle cure ospedaliere o delle cure di emergenza e dell'assistenza medica di urgenza.

Cosa portare con sé quando si viene ricoverati in ospedale?

La cura avrà maggior successo se il paziente collaborerà nella cura stessa. Al momento del ricovero, il paziente deve avere una lista precisa di tutti i medicinali, anche di quelli di cui ne ha bisogno solo occasionalmente, come, ad esempio, antidolorifici, sonniferi, calmanti, ecc. Si può compilare il modulo *La mia lista di farmaci*, disponibile sul sito web dell'Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia. L'elenco è utile anche in occasione di ogni visita di controllo da un medico, quindi è sempre una buona idea averlo con sé.

Come si svolge il trattamento ospedaliero?

Prima dell'ammissione alla degenza in ospedale, il paziente viene prima esaminato da un medico in un ambulatorio specialistico dell'ospedale per determinare se tutte

le possibilità di trattamento ambulatoriale siano da escludere. Ordina la degenza in ospedale solo se il trattamento ambulatoriale non può essere continuato.

Un medico ospedaliero conclude la degenza in ospedale del paziente quando, in base allo stato di salute del paziente, in seguito alla dimissione dall'ospedale si ha la possibilità di assistenza domiciliare o presso un istituto di tutela sociale oppure il trattamento può essere continuato in un ambulatorio specialistico o in un ambiente di cure primarie oppure direttamente a casa. Prima di concludere il trattamento, il medico informa di ciò il paziente e i suoi parenti, se necessario.

Al momento della dimissione dall'ospedale, il medico dell'ospedale invia una lettera di dimissioni con avviso, raccomandazioni e pareri al medico di base del paziente. Inoltre, prescrive i medicinali e gli alimenti soggetti a prescrizione medica, nonché i medicinali e gli alimenti necessari per la terapia regolare. La lettera di dimissioni dall'ospedale e il rapporto al medico di base possono contenere anche le restrizioni raccomandate per evitare uno sforzo fisico in base alle condizioni del paziente e, su richiesta del medico di base, anche le altre opinioni professionalmente giustificate.

Quando un paziente necessita di ulteriori trattamenti, ma le rifiuta, l'ospedale lo dimette solo se le sue condizioni mediche lo consentono.

Forma di trattamento ospedaliero

Secondo il tipo di servizi forniti, il trattamento ospedaliero è suddiviso in:

- trattamento ospedaliero acuto e
- trattamento ospedaliero non acuto.

Il trattamento ospedaliero acuto è l'assistenza sanitaria che comporta la diagnosi della malattia, tutte le forme di trattamento e la riabilitazione. Ciò include il trattamento ospedaliero acuto all'interno dei gruppi di casi comparativi (GCC), il trapianto, il trattamento psichiatrico e la riabilitazione.

Il trattamento ospedaliero non acuto è l'assistenza medica post-acuta quando, per motivi di salute o sociali, le dimissioni nell'ambiente familiare non sono possibili o non è possibile la cura nell'ambiente familiare.

Il trattamento ospedaliero non acuto viene eseguito nel reparto di trattamento non acuto, separato dai pazienti sottoposti a cure ospedaliere acute. Comprende il prolungamento del trattamento ospedaliero, l'assistenza medica e le cure palliative.

Per il trasferimento al reparto di trattamento ospedaliero non acuto, sono ammessi i pazienti che:

- hanno ferite croniche estese che devono ancora guarire;
- sono nella cosiddetta fase (terminale) finale della malattia cronica;
- non possono essere mandati né nell'ambiente familiare, né in un istituto di assistenza sociale a causa di varie condizioni sanitarie complesse;
- non hanno parenti stretti o non possono essere dimessi nell'ambiente familiare a causa del loro stato di salute, perché sono totalmente o parzialmente dipendenti dall'assistenza di altri nello svolgimento delle attività quotidiane di base.

Ci deve essere una ragione medica per il trasferimento dal trattamento acuto al trattamento non acuto e viceversa e per la durata del trattamento ospedaliero non acuto (indicazione).

Tipo di trattamento ospedaliero

A seconda della prestazione di cure mediche in ospedale, distinguiamo tra degenza ospedaliera (trattamento con pernottamento, ossia ospedalizzazione) e trattamento senza degenza (trattamento giornaliero e trattamento giornaliero a lungo termine):

- Il trattamento con pernottamento, ossia l'ospedalizzazione, è un'assistenza medica ininterrotta che dura più di 24 ore (o almeno comprende una notte) e si svolge su un posto letto di un reparto ospedaliero. Durante il periodo di ospedalizzazione (ricovero in ospedale), il trattamento può prevedere un trattamento ospedaliero acuto e non acuto, in base a motivazioni mediche.
- Il day hospital (ossia il trattamento di un giorno) è un'assistenza medica ai fini della diagnosi, del trattamento o di qualsiasi altra forma di attività medica che prevede la dimissione nello stesso giorno. Dura meno di 24 ore e di solito non si svolge durante la notte. Se questo trattamento medico deve proseguire su indicazione medica, allora si tratta di un trattamento giornaliero di lunga durata.
- Il trattamento giornaliero di lunga durata è l'assistenza medica che, con periodi intermittenti, dura per diverso tempo (più giorni), ma ogni volta meno di 24 ore consecutive e non durante la notte. Questo tipo di trattamento può essere ripetuto per giorni (non) consecutivi fino alla fine del ciclo di trattamento e il paziente deve tornare in ospedale più volte durante il periodo specificato.

Trasferimento in un altro ospedale

Se durante il trattamento ospedaliero si constata che occorre un intervento che tale ospedale non può eseguire, viene concordato un accordo di trasferimento con un altro fornitore che eseguirà tale intervento. Nel fare ciò, viene concordato se l'altro fornitore eseguirà solo l'intervento concordato e, quindi, il paziente verrà trasferito all'ospedale originale (trasferimento temporaneo) oppure se l'altro fornitore completerà le altre procedure necessarie per concludere il trattamento iniziato presso l'ospedale originale (trasferimento finale).

Le basi legali che definiscono i diritti e le procedure per l'esercizio dei diritti degli assicurati nel settore sanitario sono:

- Legge sull'assistenza e sull'assicurazione sanitaria (Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia n. 72/2006 - testo consolidato ufficiale con modifiche);
- Norme dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, (Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia n. 30/2003 - testo consolidato ufficiale con modifiche);
- Regolamento per l'attuazione dell'assistenza sanitaria preventiva a livello primario (Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia, n. 19/1998, e successive modifiche);
- Accordo generale per l'anno contrattuale 2020 (www.zzss.si/egradiva);
- Istruzioni sulla registrazione e sulla contabilità dei servizi sanitari e dei materiali rilasciati (www.zzss.si/egradiva);
- Regolamento sulle procedure per l'esercizio del diritto alla protezione istituzionale (Gazzetta ufficiale della Repubblica di Slovenia, n. 38/2004, con modifiche).

Dopo le dimissioni dall'ospedale

Passaggio all'assistenza istituzionale

Le procedure per l'esercizio del diritto all'assistenza istituzionale (ad esempio nelle case per anziani, negli istituti speciali di assistenza sociale per adulti e nei centri di assistenza) sono regolate da un apposito regolamento. Il processo di ammissione inizia con la presentazione di una domanda di ammissione. L'ammissione deve tener conto delle condizioni di salute e dei motivi sociali che possono influire in modo significativo sull'urgenza dell'ammissione il più presto possibile. Il diritto all'assistenza istituzionale non è un diritto derivante dall'assicurazione sanitaria obbligatoria, pertanto è necessario contattare il ministero competente o i fornitori delle cure istituzionali per ulteriori chiarimenti in merito a questo diritto.

Servizio di patronato

I pazienti con tubercolosi attiva, malattie muscolari, neuromuscolari, paraplegia, tetraplegia, sclerosi multipla, paralisi cerebrale, disturbi dello sviluppo, persone con disabilità e malattie croniche e persone di età superiore ai 65 anni - che sono sole e socialmente a rischio - hanno il diritto fino a due visite preventive del servizio di patronato all'anno.

Lo scopo delle visite preventive è quello di fornire attività che porteranno al mantenimento e al miglioramento del più alto livello di salute in relazione alla malattia, alla prevenzione delle complicanze e all'assistenza nel fornire cure e opportunità per l'auto-cura e l'auto-trattamento a casa. Il compito dell'assistenza del patronato è monitorare un paziente cronico ed eseguire l'assistenza medica come previsto. Il monitoraggio viene effettuato due volte all'anno.

Se viene identificata la necessità di cure mediche approfondite, verrà effettuato il numero necessario di trattamenti preventivi, in base al giudizio professionale dell'infermiere/a in collaborazione con il medico. L'obiettivo del trattamento è fornire al paziente cronico una migliore qualità di vita entro l'ambiente familiare.

Stabilimenti di cura

Nei casi in cui venga richiesto un ulteriore trattamento medico in un uno stabilimento di cura dopo il completamento della cura in ospedale, il paziente ha il diritto di iniziare il trattamento presso una stabilimento di cura naturale immediatamente dopo il completamento del trattamento ospedaliero, che comprende la riabilitazione medica più impegnativa con l'uso contemporaneo di fonti mediche naturali in uno stabilimento di cura naturale. La proposta per tale forma di trattamento o riabilitazione viene presentata dal medico curante all'ospedale e la proposta viene poi valutata dall'Istituto di assicurazione sanitaria di Slovenia. Per ulteriori informazioni sul diritto al trattamento presso uno stabilimento di cura, consultare l'opuscolo *Diritto alla cura presso uno stabilimento di cura*.

Fisioterapia

Il diritto alla fisioterapia viene esercitato dal paziente presso il medico di base. Se quest'ultimo constata che sussiste un motivo per questo tipo di trattamento (indicazione), emetterà la prescrizione con la quale si esercita il diritto alla fisioterapia.

I pazienti con dolore spinale cronico, alterazioni reumatiche degenerative delle grandi articolazioni degli arti inferiori, osteoporosi o coloro che potrebbero sviluppare e peggiorare l'osteoporosi e le malattie reumatiche infiammatorie che sono state incluse nel programma educativo appropriato, a discrezione del medico di base, hanno il diritto di beneficiare in un anno di calendario di un massimo di 10 giorni di trattamento fisioterapico.

A chi rivolgersi per chiedere aiuto? Dove presentare un reclamo?

Per domande professionali sul proprio stato di salute, domande sui diritti universali dei pazienti o sui tempi di attesa per un servizio sanitario, si può contattare il proprio medico, la direzione dell'istituto di cura, il rappresentante dei diritti dei pazienti o la Commissione per la tutela dei diritti dei pazienti della Repubblica di Slovenia. Si possono anche inviare domande professionali al Ministero della Salute o all'Ordine dei medici di Slovenia.

Per quanto riguarda i diritti di assicurazione sanitaria obbligatoria, le procedure per farli valere, gli obblighi di pagamento e le altre questioni relative all'assicurazione sanitaria obbligatoria, siamo a vostra disposizione presso le unità regionali e gli uffici dell'Istituto di assicurazione sanitaria di Slovenia.

Qui vi sono diverse opzioni:

- si può richiedere al funzionario di trascrivere la vostra dichiarazione sul verbale oppure
- si può scrivere il proprio problema nel registro dei reclami o consegnare la vostra domanda scritta, commento o reclamo presso l'unità regionale o la filiale dell'Istituto di Assicurazione sanitaria di Slovenia.

I commenti o i reclami vengono visionati da operatori autorizzati. Nel trattamento dei commenti e dei reclami rispettano il principio della tutela e della protezione dei dati personali. Se lo si desidera e se la procedura lo consente, vi verrà garantito anche l'anonimato.

Vi auguriamo tanta salute e meno complicazioni possibili, qualora dobbiate avere bisogno di assistenza medica!



Il 30,6 per cento dei medici sloveni che hanno subito o assistito a violenze, a causa delle frequenti reazioni violente da parte dei pazienti o dei loro parenti, non si sente al sicuro sul lavoro.

(Fonte: Studio sulla violenza contro i medici, maggio 2018, Ordine dei medici di Slovenia.)

Fermiamo la violenza contro i medici!

Solo gli operatori sanitari che si sentono sicuri sul posto di lavoro possono curare con successo.

