

Vademecum Socio-Sanitario

Un **vademecum** (dal latino vieni con me, con il significato figurativo ti do una mano) è una guida o un formulario contenente le nozioni più importanti di un argomento, scientifico o artistico. Un **vademecum** è quindi un compendio di informazioni riguardanti un particolare campo o una particolare tecnica.

Questo manuale fornisce le informazioni di base sul sistema e sui servizi socio-sanitari in Emilia-Romagna ed è stato pensato e scritto per l'utilizzo da parte degli attivisti che nelle leghe Spi-Cgil svolgono le attività di accoglienza e di tutela individuale. Lo scopo è di informare gli iscritti e i cittadini che si rivolgono al sindacato su come accedere ai servizi sociali, sanitari e assistenziali sul proprio territorio.

Versione aggiornata a LUGLIO 2025

A cura di Daniela Bortolotti, Valerio Molinari, Marco Morellini, River Tagliavini

Coordinamento editoriale di Marco Sotgiu

Per informazioni scrivere a [marco.sotgiu @ er.cgil.it](mailto:marco.sotgiu@er.cgil.it)

Alzheimer e demenze senili

Rete di Centri per disturbi cognitivi e demenze. Si accede con impegnativa del MMG.

Questa rete coordina le attività assistenziali dei servizi coinvolti (gruppi auto-aiuto, Caffè Alzheimer ecc.)

Si occupa del supporto ai familiari

La Regione ha realizzato un portale ad uso dei familiari delle persone con demenze (<https://salute.regione.emilia-romagna.it/socio-sanitaria/alzheimer>)

Amministratore di sostegno

L'amministratore di sostegno è una figura istituita con la legge n. 6 del 9 gennaio 2004:

rivolta a persone che hanno difficoltà anche parziali e temporanee a curare i propri interessi (per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica) e che non necessitano di misure come l'interdizione o l'inabilitazione.

Rispetto all'interdizione e all'inabilitazione, l'amministratore di sostegno si caratterizza come istituto giuridico più flessibile, rispettoso dell'autonomia di ciascuno, fondato su un progetto personalizzato redatto dal giudice tutelare e dallo stesso modificabile tutte le volte in cui l'interesse del beneficiario lo richieda.

La Regione promuove e sostiene la conoscenza e la divulgazione della figura dell'amministratore di sostegno, valorizzandone il ruolo e garantendo l'aggiornamento e il supporto tecnico-informativo (legge regionale 11 del 24 luglio 2009). La Regione, inoltre, istituisce elenchi (a livello provinciale) di soggetti disponibili ad assumere l'incarico di amministratore di sostegno e sostiene la creazione di strutture di consulenza in materia legale, economica, sociale e sanitaria alle quali gli amministratori di sostegno possono rivolgersi per le esigenze legate al loro operato.

L'amministratore di sostegno opera come tutore delle persone dichiarate non autonome, anziane o disabili (ma anche alcolisti, tossicodipendenti, carcerati, malati terminali, ciechi).

Viene nominato dal giudice tutelare e scelto, dove è possibile, nello stesso ambito familiare dell'assistito: infatti possono essere amministratori di

sostegno il coniuge, purché non separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, e il parente entro il quarto grado.

La tutela dell'amministratore di sostegno non comporta l'annullamento delle capacità a compiere validamente atti giuridici: il giudice tutelare individua gli atti (volta per volta e in relazione alle concrete necessità) per i quali l'amministratore di sostegno si sostituirà al disabile e quelli per i quali dovrà prestare sola assistenza.

L'incarico di amministratore è temporaneo, tranne quando si tratti di un parente o del coniuge o della persona stabilmente convivente, nel qual caso dura per sempre (salvo rinuncia).

La persona interessata può, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata, presentare la richiesta al giudice tutelare del Tribunale della propria città (domicilio o residenza). Entro sessanta giorni dalla data di presentazione della richiesta, il giudice provvederà alla nomina dell'amministratore con un decreto immediatamente esecutivo.

Anche i responsabili dei Servizi sanitari e sociali che siano a conoscenza di fatti tali da rendere necessario il procedimento di amministrazione di sostegno, devono fornirne notizia al Pubblico ministero.

Assegno di cura

Sempre al fine di mantenere la persona anziana il più a lungo possibile nella propria casa, le famiglie e le persone che si incaricano dell'assistenza possono richiedere un aiuto economico attraverso lo sportello sociale. Il cosiddetto assegno di cura può essere richiesto per persone anziane con certificazione di disabilità o non autosufficienza e in generale per i disabili gravi e gravissimi. È previsto un ulteriore contributo di 160 euro mensili per gli anziani che hanno stipulato un regolare contratto di lavoro con un'assistente familiare (badante) per almeno 20 ore settimanali.

Questi aiuti economici vengono assegnati in base alla dichiarazione Isee che certifica la situazione economica e patrimoniale del nucleo familiare. Presentando la documentazione necessaria è possibile considerare il nucleo ristretto dell'anziano (quello composto dal coniuge, dai figli minori di 18 anni e da eventuali figli maggiorenni a carico dei genitori che siano senza coniuge o figli).

Se l'anziano è solo, il contributo può essere concesso anche a non familiari che si occupano dell'assistenza, previa verifica dei rapporti di amicizia o di buon vicinato da parte dell'assistente sociale.

Le soglie di reddito (calcolate secondo l'indicatore Isee di cui si è detto) sono di 25.000 euro annui per l'assegno di cura e di 20.000 euro annui per i 160 euro aggiuntivi. L'entità dell'assegno di cura varia a seconda della situazione di non autosufficienza e in base alla quantità e alla tipologia di attività assistenziali necessarie. Gli importi sono rivalutati annualmente.

Gli assegni di cura hanno attualmente i seguenti importi giornalieri:

livello A (elevato) – 22 euro

livello B (alto) – 17 euro

livello C (medio) – 13 euro.

Se all'anziano viene concessa l'indennità di accompagnamento, l'assegno di cura viene ridotto a 7,75 euro e a 5,17 euro rispettivamente per i livelli A e B. L'assegno di livello C viene invece revocato.

La Regione determina i criteri generali su utilizzo delle risorse. Viene erogato dagli Enti locali su valutazione dei servizi territoriali (l'assistente sociale è anche responsabile del caso).

Nell'ambito del PAI è prevista una valutazione condivisa tra i servizi sociali e la famiglia.

Assistenti familiari (badanti)

Alle assistenti familiari attualmente viene applicato lo stesso contratto di lavoro dei lavoratori domestici (colf). In apposite tabelle sono indicati livelli di inquadramento, normative principali e retribuzioni minime. Per calcoli più precisi è opportuno rivolgersi agli sportelli del Caaf CGIL ER presenti in ogni territorio.

Cosa è previsto a livello regionale?

Contributo mensile di 160 euro a sostegno dei soggetti disabili e titolari dell'assegno di cura che hanno alle proprie dipendenze un/una assistente familiare (Delibera regionale D.G.R. n. 1206/2007).

In sintesi, i requisiti per ottenere il contributo:- soggetti che hanno diritto al contributo sono i non autosufficienti che percepiscono anche l'assegno di cura e che hanno l'assistente familiare - il contratto di lavoro con l'assistente familiare può essere stipulato dal soggetto non autosufficiente oppure da un familiare (es. figlio), cioè tra la famiglia e l'assistente - il contributo spetta anche in presenza di un contratto tra la famiglia e un soggetto imprenditore terzo (per esempio se, anziché assumere in proprio una assistente familiare, si stipula un accordo con una cooperativa) - al fine della verifica del reddito si considera l'ISEE ristretto del soggetto non autosufficiente (che deve essere non superiore ai 20.000 euro) - il contributo decorre dalla data della richiesta - la richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la regolare contrattualizzazione del rapporto di lavoro che in ogni caso non deve essere inferiore alle 20 ore settimanali - per la richiesta occorre rivolgersi agli uffici preposti presso il Comune di residenza (servizi sociali) ovvero presso i Distretti delle AUSL (la gestione non è omogenea in tutta la regione).

Cosa è previsto a livello nazionale?

Per le spese di assistenza è prevista una **detrazione** del 19% fino a 2.100 euro annui, pari a 399 euro. Ne ha diritto chi non supera la soglia di reddito di 40.000 euro annui. Inoltre, è possibile aggiungere la **deducibilità** dal reddito dei contributi versati fino a 1.549,37 euro annui.

La legge di bilancio n. 234/2021, nell'ambito del Piano Nazionale Non Autosufficienza, ha introdotto i LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali) e al comma 162 sono previsti elementi per promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti.

Tra i LEPS segnaliamo: la sostituzione temporanea degli assistenti familiari per ferie, malattia e maternità; l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento degli adempimenti.

L'attuazione concreta di questi LEPS è però un percorso non ancora concluso.

Spi e Filcams hanno predisposto un opuscolo specifico ad uso delle famiglie che può essere scaricato a questo link: https://www.spier.it/wp-content/uploads/folder_Spi_er_Invecchiare_in_ER_2025.pdf

Ausili e assistenza protesica

Possono richiedere ausili specialistici e protesi: gli invalidi civili con almeno il 33% di invalidità, gli invalidi di guerra e per servizio, i ciechi e i sordomuti, chi è affetto da particolari patologie congenite.

La prescrizione deve essere effettuata da un medico specialista dell'Ausl su richiesta del medico curante. La prescrizione va accompagnata dal certificato di invalidità civile, dalla tessera sanitaria e dalla carta d'identità.

Autorizzazione e accreditamento

Per attivare i servizi delle strutture socio-sanitarie è necessaria come prima cosa un'autorizzazione. Ottenuta questa, le strutture possono accedere al sistema di accreditamento.

L'accREDITamento riguarda strutture, tecnologie e professionisti. È lo strumento attraverso il quale viene assicurato lo standard qualitativo dei servizi e delle strutture.

L'accREDITamento viene rilasciato dal Comune o dall'Unione dei comuni del distretto di competenza, dopo le verifiche sui requisiti. Queste verifiche vengono effettuate da un apposito Organismo Tecnico Provinciale (OTAP), con il supporto degli Uffici di piano (che come abbiamo detto integrano Comuni e Aziende Usl). È comunque la programmazione locale (fatta da Comuni, Unioni dei comuni e Aziende sanitarie) che identifica il fabbisogno di servizi da accreditare.

I criteri e le linee guida per l'accREDITamento dei servizi socio-sanitari sono regolati da leggi regionali e ulteriormente definiti da provvedimenti della Giunta regionale. Tutto il processo di accREDITamento è coordinato a livello regionale dal Servizio di assistenza territoriale. La formazione dei valutatori è affidata all'Assessorato alla Salute della Regione ER.

La nuova disciplina dell'accREDITamento sociosanitario è contenuta nel DGR 1638/2024.

L'intero atto può essere scaricato in PDF a questo LINK:

https://www.spier.it/wp-content/uploads/Testo_delibera_GPG20241514.pdf

A seguito della legge nazionale 193/2024, la Regione Emilia-Romagna con Delibera 1111 del 7/7/2025, nonostante il confronto in corso con le parti sociali, ha sospeso unilateralmente l'efficacia della DGR 1638.

Pertanto si torna alla legislazione precedente (DGR 514/2019) – vedi:

<https://www.spier.it/wp-content/uploads/dgr-514-2009.pdf>

Azienda pubblica per i servizi alla persona (Asp)

Le Asp sono state create dalla Regione nell'ambito del riordino delle Ipab (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza), deciso con la legge-quadro sui servizi sociali (L. R. 2/2003).

L'attuale normativa è la LR 12/2013 e la LR 11/2021.

Sono aziende di diritto pubblico dei Comuni, a livello distrettuale o sub-distrettuale, e sono state create per garantire una gestione unitaria e una qualificazione dei servizi sociali e socio-sanitari erogati a persone di ogni fascia di età. Sono parte del sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari dell'Emilia-Romagna.

La trasformazione delle Ipab in Asp ha permesso di riorganizzare in tutto il territorio regionale l'offerta pubblica di servizi che (insieme ai vari soggetti pubblici e privati) costituisce la rete integrata dei servizi territoriali. Questa rete ha come fondamento l'autonomia e la responsabilità dei Comuni all'interno del sistema di regole regionali, requisiti indispensabili per garantire che l'accesso e la qualità dei servizi siano offerti in modo omogeneo a tutti i cittadini dell'Emilia-Romagna.

La legge regionale 11/2021 ha definito lo stanziamento di quattro milioni a sostegno delle Asp per gli anni 2021-22-23-24 e 2025. Parte del FRNA copre i maggiori costi della gestione pubblica.

Caregiver

Il riferimento è il portale web regionale del caregiver a questo link:

<https://www.regione.emilia-romagna.it/caregiver>

Il Caregiver familiare è la persona che presta volontariamente cura ed assistenza ad un proprio caro non autonomo con necessità di ausilio di lunga durata

Con la legge regionale 2/2014 Legge regionale n. 2/2014 (Testo coordinato con le modifiche apportate da: L.R. 30 maggio 2024, n. 5) la Regione Emilia-Romagna ha inteso valorizzare la figura del caregiver, in sintonia con le esigenze della persona cara accudita.

In particolare, nella Legge 5/2024 la Regione ha istituito un Fondo regionale caregiver pari a tre milioni di euro.

La cura familiare e la solidarietà sono beni sociali da riconoscere e promuovere nell'ambito della comunità e delle politiche di welfare.

Il caregiver è coinvolto nel percorso di definizione e gestione del progetto assistenziale individualizzato del proprio caro, in un'ottica di collaborazione tra servizi e comunità.

I caregiver familiari possono aver bisogno di:

informazioni, orientamento e affiancamento nell'accesso ai servizi;
interventi di supporto e sollievo nell'assistenza alla persona cara, anche per contrastare il rischio di isolamento, di stress psico-fisico ed emotivo;
forme di sostegno economico, pratico, psicologico, di formazione specifica e per favorire la conciliazione delle responsabilità di cura con la propria vita familiare, sociale e lavorativa.

Il Piano sociale e sanitario regionale prevede il riconoscimento e la valorizzazione dei Caregiver familiari all'interno delle politiche per la prossimità e la domiciliarità, individuandoli come risorse indispensabili alla rete dei servizi, che al contempo necessitano di sostegno, di iniziative di qualificazione, di condivisione delle responsabilità delle cure, di coinvolgimento nella costruzione e gestione del Progetto individualizzato assistenziale o educativo (PAI/PEI), favorendo azioni collaborative tra servizi e comunità in integrazione con le associazioni.

I riferimenti distrettuali per i Caregiver

Gli Sportelli distrettuali per i Caregiver sono i riferimenti dove si possono avere informazioni, supporto qualificato e orientamento per l'accesso a servizi della rete e sugli interventi e le prestazioni attivati da Comuni/Unioni e dalle Ausl per il sostegno e il sollievo dei Caregiver. Attraverso la mappa è possibile individuare gli Sportelli presenti nel territorio regionale, cliccando sulla località corrispondente.

Per essere riconosciuti come caregiver è necessario presentare il modello di autodichiarazione (vedi box successivo) allo sportello caregiver distrettuale o comunale (vedi mappa nel portale web).

SEI UN CAREGIVER FAMILIARE?

Ti prendi cura di qualcuno che non può prendersi cura di se stesso completamente?

Per favore, aiutaci ad aiutarti completando questo modulo.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

La validità di questa dichiarazione è subordinata all'individuazione formale del sottoscrittore come Caregiver nel Progetto personalizzato della persona accudita

Il/la Sottoscritto/a

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Indirizzo di residenza	
Codice fiscale	

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

di essere **"CAREGIVER FAMILIARE"**

"persona che presta volontariamente cura e assistenza" a un proprio caro non autonomo.¹

DICHIARA inoltre

Numero di telefono di contatto	
E-mail	
Qualunque altra informazione ritiene utile darci (Amministratore di sostegno, tutore, curatore, ecc.)	
Legame (coniugio, parentela, affinità, amicizia, altro)	
Anno di nascita dell'assistito	
Sesso dell'assistito	

Firma:

Si allega informativa privacy e consenso al trattamento dei dati.

Sezione a cura dei servizi sociali e sanitari locali

Si conferma che il/la Sig./a è stato/a incluso/a nel Progetto personalizzato del proprio caro non autonomo in data a cura del Servizio

¹ La **Legge Regionale n. 2/2014** definisce: "Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé".

DIRITTI DEL CAREGIVER

INFORMAZIONE

I servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, previo consenso dell'assistito (ovvero di chi ne esercita la tutela), forniscono al caregiver familiare un'informazione puntuale ed esauriente sulle problematiche di cui soffre la persona assistita, sui bisogni assistenziali e le cure necessarie (nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali), sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura.

Nell'ambito delle proprie competenze, le Aziende Unità Sanitarie Locali, i distretti, i Comuni e la Regione promuovono iniziative di informazione ed orientamento, fra cui la realizzazione di guide informative relative a servizi ed iniziative pubbliche e private a sostegno del caregiver familiare.

SOSTEGNO

I servizi sociali dei Comuni e i servizi delle Aziende sanitarie riconoscono il caregiver familiare come un elemento della rete del welfare locale e gli assicurano il sostegno e l'affiancamento necessari a sostenerne la qualità dell'opera di assistenza prestata. Il supporto può prevedere:

- l'informazione, l'orientamento e l'affiancamento nell'accesso ai servizi;
- la formazione e l'addestramento finalizzati al corretto svolgimento del lavoro di cura;
- il supporto utile ad evitare l'isolamento ed il rischio di burnout (inteso come esito patologico di un processo di stress che colpisce le persone che esercitano attività di cura), anche attraverso l'attivazione di reti solidali, il supporto psicologico e la partecipazione a gruppi di auto mutuo aiuto di caregiver familiari;
- la definizione del responsabile delle cure nell'ambito del PAI della persona assistita;
- l'individuazione di soluzioni condivise nelle situazioni di emergenza personale od assistenziale segnalate dal caregiver familiare, con l'elaborazione di un possibile piano per fronteggiare l'emergenza o la ridefinizione del PAI stesso, qualora la situazione imprevista assuma carattere di stabilità;
- il sollievo di emergenza e di tipo programmato;
- il sostegno economico nelle forme previste dalla normativa in tema di non autosufficienza (es. erogazione dell'assegno di cura, interventi economici per l'adattamento domestico);
- l'effettuazione di visite specialistiche al domicilio nei casi di difficoltà di spostamento dell'assistito, compatibilmente con la disponibilità di personale medico e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Nello svolgimento delle attività di assistenza, il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura (assistenti familiari/badanti).

COINVOLGIMENTO NEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

Il caregiver familiare, previo consenso della persona cara assistita, è coinvolto in modo attivo nel percorso di valutazione, definizione e realizzazione del PAI e assume gli impegni che lo riguardano, concordati nel PAI stesso.

ASCOLTO

Le rappresentanze dei caregiver sono sentite nell'ambito della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria (piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale).

Gli operatori sociali, socio-sanitari e sanitari sono formati per sviluppare capacità di ascolto, relazione, comunicazione nei confronti del caregiver familiare, tenendo conto anche degli aspetti psicologici, degli stati emotivi e del contesto personale, familiare e sociale.

RICONOSCIMENTO COMPETENZE

Per favorire la valorizzazione delle competenze maturate, l'accesso o il reinserimento lavorativo del caregiver familiare, l'esperienza maturata nell'attività di assistenza e cura prestata in qualità di caregiver operante nell'ambito del PAI potrà essere valutata ai fini di una formalizzazione o certificazione delle competenze, ovvero quale credito formativo per l'accesso ai percorsi finalizzati all'acquisizione della qualifica di operatore socio-sanitario o di altre figure del repertorio regionale relative all'area socio-sanitaria (sulla base dei criteri, delle modalità e delle procedure previste dalla legge regionale 30 giugno 2003, n. 12 "Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro").

AGEVOLAZIONI SUL LAVORO (permessi, ecc.)

In base alla legge 104/92, i lavoratori dipendenti pubblici e privati hanno diritto a fruire di varie tipologie di permessi (3 giorni di permesso mensili retribuiti anche frazionabili in ore; congedo straordinario retribuito 2 anni) se genitori, familiari, conviventi di persona con necessità di sostegno elevato, molto elevato o intensivo con specifica certificazione (articolo 3, comma 3, della Legge 104/1992) rilasciata dall'apposita Commissione operante in ogni Azienda USL. I Contratti collettivi nazionali di lavoro possono prevedere altre facilitazioni e opportunità: es. telelavoro, cessione ferie, ecc.

AGEVOLAZIONI PREVIDENZIALI

Il caregiver familiare è fra le categorie che possono accedere all'APE Social. I requisiti richiesti sono dettagliati nella lettera c del comma 179 della Legge di Bilancio 2017 (legge 232/2017), e nell'articolo 2 del Dpcm attuativo (88/2017). In particolare, il lavoratore deve avere almeno 30 anni di contributi e 63 anni di età anagrafica, al momento della richiesta deve assistere da almeno sei mesi il coniuge, la persona in unione civile o un parente di primo grado, convivente, con necessità di sostegno elevato, molto elevato o intensivo ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104/1992.

Note: La conferma, anche nei prossimi anni, dell'opportunità dell'APE social per i caregiver familiare così come la possibilità che siano introdotte ulteriori agevolazioni previdenziali (es. contributi figurativi per il periodo di caregiving) sono di competenza del Governo nazionale.

IMPEGNI DEL CAREGIVER

DISPONIBILITÀ A GARANTIRE L'ASSISTENZA, A FORMARSI E A COLLABORARE COI SERVIZI

A seguito dell'informazione fornita dai servizi sulle problematiche della persona assistita e sulle opportunità di sostegno possibili, il caregiver familiare, di propria iniziativa o a seguito di proposta da parte di un servizio sociale, socio-sanitario o sanitario, esprime in modo libero e consapevole la disponibilità a svolgere la propria attività volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari.

IMPEGNO A GARANTIRE LE ATTIVITÀ ESPlicitATE NEL PAI

Il PAI esplicita il contributo di cura e le attività del caregiver familiare nonché le prestazioni, gli ausili, i contributi necessari ed i supporti che i servizi sociali e sanitari si impegnano a fornire al fine di permettere al caregiver di svolgere al meglio le attività di assistenza e di cura in maniera appropriata e senza rischi per l'assistito e per se stesso. L'impegno assunto dal caregiver familiare può essere rivisto attraverso la tempestiva revisione del piano assistenziale individualizzato.

Casa residenza per anziani (Cra)

La Casa residenza per anziani (che ha inglobato le ex Case protette/Rsa) è un servizio socio-sanitario residenziale destinato ad accogliere, in modo temporaneo o permanente, persone anziane non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. Le Case residenza forniscono ospitalità e assistenza, aiuto nelle attività quotidiane, occasioni di vita comunitaria, stimoli e possibilità di attività occupazionali e ricreativo-culturali, attività di mantenimento e riattivazione delle funzioni fisiche. Queste strutture forniscono anche assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. Per la loro autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento e per la contrattualizzazione si fa riferimento a un'apposita normativa della Regione.

L'accesso alle Case residenza anziani è regolato da un punteggio B.I.N.A. (sigla che sta per "Breve indice di non autosufficienza"). I singoli Comuni e Distretti stabiliscono con appositi regolamenti le modalità di accesso e i criteri per determinare le graduatorie.

Il Comitato di distretto (a livello di Comune o di Giunta dell'Unione di comuni) adotta linee di indirizzo sia per l'uso delle risorse del FRNA che per la determinazione delle rette a carico dei cittadini; definisce inoltre le regole per i soggetti che stipulano accordi contrattuali.

Negli accordi contrattuali stipulati tra i soggetti pubblici e le strutture viene anche definita la retta a carico degli utenti e dei Comuni.

Il parametro dal quale si parte è la retta di riferimento regionale, che può essere rideterminata in base a criteri di flessibilità definiti dalla normativa regionale vigente. La retta regionale giornaliera di riferimento per la Casa residenza per anziani è **attualmente fissata in 54,15 euro**. Il costo della retta per gli utenti non autosufficienti è deducibile fiscalmente dal reddito dell'utente o del familiare che ne sostiene il costo nella misura del 50% con

le modalità indicate precedentemente riguardo alle spese mediche e di assistenza specifica.

I Comuni possono decidere che la retta a carico degli utenti sia inferiore a quella di riferimento regionale, facendosi carico della copertura finanziaria.

I Comuni possono altresì decidere una retta superiore a quella regionale in presenza di maggiore qualità del servizio, come definito nel DGR 273/2016

– vedi: <https://www.spier.it/wp-content/uploads/dgr-273-2016.pdf>

Negli accordi contrattuali vengono anche definiti i criteri e la gestione delle integrazioni delle rette per coloro che non sono nelle condizioni di far fronte alla retta stabilita.

Il Comune può richiedere una compartecipazione al costo del servizio sulla base dell'ISEE, attraverso specifici regolamenti comunali e distrettuali.

Nelle CRA possono essere attivati nuclei dedicati alle demenze per assistenza residenziale temporanea, di norma fino a sei mesi, per pazienti con disturbi comportamentali di impatto significativo su famiglia e caregiver, sulla base di valutazione UVM (allegato 9 della DGR 1638/2024).

Case della comunità

(DM 77 del 23/5/2022)

Il testo del DM 77 può essere consultato a questo link:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>

Le Case di comunità sono una fondamentale struttura pubblica dell'assistenza territoriale che opera in contesto di prossimità.

Sono strutture integrate sanitarie e socio-sanitarie che fanno da punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare risposta ai propri problemi di salute.

I principi che orientano lo sviluppo delle case di comunità sono equità di accesso e di presa in carico secondo il modello della sanità di iniziativa, attraverso la costituzione di una rete di assistenza territoriale sul modello HUB e SPOKE; lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete è la Centrale operativa territoriale (COT), che opera come coordinamento e raccordo tra i servizi e i professionisti.

Le strutture cosiddette HUB sono aperte H24, le strutture cosiddette SPOKE sono aperte H10/12.

Le Case della comunità della regione Emilia-Romagna intendono garantire in modo coordinato:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento; l'accesso unitario viene garantito attraverso i PUA (Punti unici di accesso);
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- la prevenzione e promozione della salute;

- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver, dei Comitati Consultivi Misti;
- la promozione dell'integrazione con la Rete Ospedaliera e gli Ospedali di Comunità per garantire la continuità dell'assistenza.

Nel sistema delle Case di comunità sono previsti ulteriori servizi:

- Infermiere di famiglia e di comunità (per lo sviluppo di attività di prevenzione, promozione della salute e assistenza infermieristica)
- Unità di continuità assistenziale (UCA) che opera nel territorio, anche con telemedicina, in collaborazione con i MMG e in sinergia con l'assistenza domiciliare
- Centrale operativa territoriale (COT), che è un modello organizzativo di presa in carico e raccordo tra servizi e professionisti; operativa 7 giorni H24, interconnessa con centrale operativa 116/117 per le cure mediche non urgenti
- Telemedicina: erogazione dei servizi sanitari a distanza, gestita da professionisti sanitari per favorire lo scambio di informazioni e la collaborazione multidisciplinare, soprattutto per presa in carico delle cronicità.

Case famiglia

Sono strutture private di tipo familiare per la cui apertura è prevista solamente una dichiarazione di avvio attività. La normativa di riferimento è la Legge 328/00 e sono regolate dal DM 308/01, che la Regione Emilia-Romagna ha recepito con la delibera di Giunta 564/2000.

Sono destinate ad un massimo di 6 persone autosufficienti o lievemente non autosufficienti. Oltre i 6 ospiti diventano Comunità alloggio, per le quali è prevista l'autorizzazione al funzionamento, che richiede requisiti più specifici.

Linee di indirizzo Regionali per i regolamenti locali delle Case famiglia (e indicazioni per la sicurezza e la qualità del servizio) 2018 vedi:

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/servizi-per-il-mantenimento-in-strutture-residenziali/case-famiglia-anziani-e-disabili/indirizzi-regionali-per-i-regolamenti-locali-sulle-case-famiglia>

Le linee di indirizzo sono costruite a tutela degli ospiti e per favorire l'attività di vigilanza dei Comuni; sono dotate di Carta dei servizi che ne descrivono le attività. Da qui discendono regolamenti comunali/distrettuali che possono definire ulteriori elementi di qualità (white list).

L'Accordo Regione OOSS prevede l'applicazione degli indirizzi regionali nei distretti, un sistema di monitoraggio aggiornato, controlli periodici e collegamento delle Case famiglia con la rete dei servizi.

Per informazioni rivolgersi ai Comuni, verificando se applicano i criteri regionali.

Sono avviate con SCIA (Segnalazione certificata di inizio attività) che deve essere presentata all'Amministrazione comunale prima di iniziare l'attività. **(LEGGE REGIONALE 27 luglio 2018, n. 11).**

Centri diurni

Sono servizi socio-sanitari aperti solo durante il giorno, di norma 10 ore dal lunedì al sabato, con la possibilità di estendere sia le giornate di apertura che l'orario giornaliero. Sono servizi destinati a persone anziane con diversi gradi di non autosufficienza. Hanno lo scopo di garantire un sostegno e un aiuto agli anziani e alle famiglie. Inoltre hanno la finalità di promuovere il potenziamento, il mantenimento o la compensazione delle capacità dell'anziano rispetto alla propria autonomia e identità, all'orientamento spazio-temporale, alle relazioni interpersonali, alla socializzazione. Assicurano inoltre la tutela socio-sanitaria.

Autorizzazione e accreditamento sono definiti da normative regionali, che prevedono anche l'attivazione di servizi complementari sia per gli ospiti che per gli utenti esterni.

La richiesta di accesso ai Centri diurni va fatta all'assistente sociale.

Attualmente **la retta regionale giornaliera è di 29,35 euro**, che vale anche per i ricoveri temporanei di sollievo. (Dgr 273/16).

Possono essere attivati centri diurni dedicati alle demenze per ospitalità temporanea di norma non superiore a 24 mesi, con valutazione dell'UVM.

Cure domiciliari integrate

Le persone non autosufficienti e le persone “fragili” (quelle che se non vengono aiutate rischiano di cadere in una condizione di non autosufficienza) hanno diritto ad essere assistite presso il proprio domicilio da operatori socio-sanitari sulla base di un programma che viene elaborato dai servizi sociali del proprio territorio.

Questo servizio ha lo scopo di permettere a queste persone di rimanere il più a lungo possibile nella propria casa, vicino alla propria famiglia e realtà sociale.

Il DPCM 12/1/2017 (che riguarda i nuovi LEA, Livelli essenziali di assistenza), in particolare l’art. 22

(<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&articolato=22>)

è la normativa di riferimento per:

Assistenza domiciliare sanitaria: di competenza del servizio sanitario nazionale. In pratica, a seconda delle necessità della persona assistita, vengono fornite prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, accertamenti diagnostici, farmaci e dispositivi medici.

Assistenza domiciliare integrata (Adi): viene articolata in diversi livelli a seconda dell’intensità assistenziale (e quindi della gravità delle condizioni della persona).

Le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali previsti nel PAI (piano di assistenza individuale) che segue la valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda l’Assistenza domiciliare sociale (Sad) la normativa di riferimento è la Legge di bilancio 234/2021 e il PNNA (Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024) che definisce come LEPS l’Assistenza

domiciliare sociale, l'Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, l'adattamento dell'abitazione.

Si delinea un nuovo profilo dell'Assistenza domiciliare sociale che si arricchisce di nuovi servizi e che richiede profonda riorganizzazione degli attuali servizi domiciliari. I LEPS sono realizzati dagli ATS che costituiscono la sede nella quale programmare, coordinare e gestire gli interventi, i servizi e le attività.

Assistenza domiciliare sociale (Sad): risponde ai bisogni di una persona che necessita solo di assistenza sociale e non di tipo sanitario.

I vari tipi di assistenza possono però essere richiesti anche dal medico curante, dalla stessa persona interessata e dai suoi familiari. Gli assistenti sociali, in casi di emergenza, possono intervenire direttamente o su segnalazione di vicini di casa, associazioni e altri soggetti interessati.

L'assistente sociale a cui è affidato il caso valuta anzitutto la richiesta e quindi l'attuazione del Piano di assistenza personalizzato (il cosiddetto Pai).

Nel caso di Adi e Sad all'utente può essere richiesto di pagare in parte le prestazioni (compartecipazione), secondo le norme fissate dai regolamenti comunali o distrettuali, in base alla dichiarazione Isee. La retta di riferimento regionale a carico dell'assistito è **fissata in 10 euro l'ora**. La spesa per l'assistenza domiciliare è detraibile/deducibile per il 90% della quota a carico con le modalità indicate successivamente riguardo alle spese mediche e di assistenza specifica, come previsto nella DGR 273/2016.

Cure odontoiatriche e protesiche

(riferimento DGR 2678/2004 e DGR 374/2008)

Il Servizio sanitario regionale garantisce le cure odontoiatriche e le protesi gratuite a persone con malattie che compromettono l'integrità dei denti, a chi presenta condizioni in cui il danno ai denti può pregiudicare l'esito di un intervento chirurgico (può essere il caso per esempio di chi deve ricevere un trapianto), alle persone con disabilità che determinano problemi all'apparato dentario.

Le cure dentistiche e le protesi sono gratuite anche per le persone con reddito Isee inferiore agli 8.000 euro. Per le fasce di reddito fino a 20.000 euro è prevista una compartecipazione alla spesa.

Per i redditi tra i 20.000 e i 22.500 euro l'anno è previsto il pagamento dell'intera prestazione. Sono escluse dal programma di assistenza le persone con reddito superiore ai 22.500 euro.

I tempi delle cure odontoiatriche non urgenti rientrano in quelli della specialistica ambulatoriale. Devono essere garantiti 30 giorni per la visita, 90 giorni per il completamento della cura e 150 giorni per le protesi.

Per i bambini sono previsti interventi specifici:

- prevenzione gratuita
- cure odontoiatriche gratuite o con compartecipazione alla spesa secondo il reddito
- apparecchio ortodontico a prezzi calmierati e con pagamento rateale (garantito sulla base di criteri clinici che tengono conto della gravità della patologia).

Detrazioni/deduzioni spese mediche e di assistenza specifica

Nel caso di anziani **non portatori di handicap** possono essere portate in **detrazione al 19% dell'IRPEF** le spese mediche generiche e quelle di assistenza professionale o dall'anziano stesso o dal familiare che lo ha a carico.

Per gli anziani **portatori di handicap, quindi certificati ai sensi dell'articolo 3 della Legge 104/92** si tratta invece di una **deduzione fiscale**, che è possibile anche se l'anziano non è a carico. La condizione di portatore di handicap deve essere riconosciuta dalla Legge 104/92 oppure certificata da una commissione medica pubblica o equivalente. Il riconoscimento spetta a coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale che provoca difficoltà di apprendimento, relazione o interazione lavorativa e determina quindi uno svantaggio sociale o una emarginazione.

Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari accreditati la Regione Emilia-Romagna ha introdotto un sistema vincolante per tutti i gestori accreditati. In base a questo sistema la Regione ha definito quote omogenee di spesa per le spese mediche e l'assistenza specifica e in particolare la parte a carico dell'utente.

La famiglia può **detrarre il 19% dell'Irpef dovuta** se la persona non ha certificazione ex Legge 104/92; può **dedurre fiscalmente il 50% della quota a carico degli ospiti delle Case residenza anziani e dei Centri diurni, e il 90% della quota a carico per l'assistenza domiciliare se la persona ha la certificazione ex Legge 104/92.**

I soggetti che gestiscono le Case residenza anziani e i Centri diurni devono rilasciare una dichiarazione annuale univoca e chiara delle spese mediche generiche e di assistenza specifica.

Queste percentuali non possono essere applicate automaticamente ai posti non accreditati o a quelli accreditati ma non finanziati dal Fondo regionale per la non auto sufficienza. In questi casi la famiglia, per ottenere le agevolazioni fiscali, dovrà richiedere la dichiarazione annuale all'ente gestore, che dovrà calcolare la somma con una specifica analisi dei costi.

Dimissioni protette

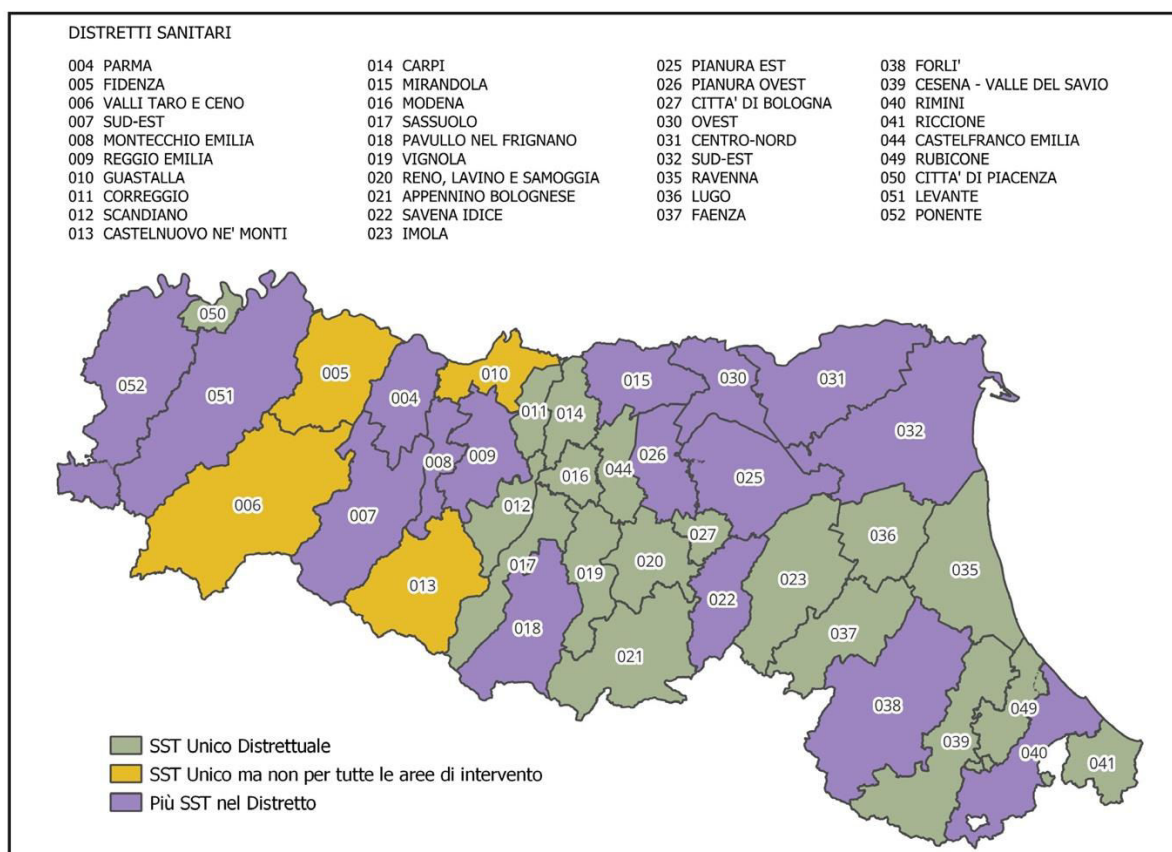
Le dimissioni protette sono diventate livelli essenziali di prestazioni sociali. La norma di riferimento è contenuta nella Legge di bilancio 234/2021. Il LEPS (Livello Essenziale di Prestazioni Sociali) denominato “Servizi sociali per le dimissioni protette” è contenuto nei commi 159-171 a questo [LINK](#).

Il paziente non completamente autosufficiente può aver bisogno di essere assistito anche dopo la fine di un ricovero ospedaliero. In questo caso, già durante il ricovero, si attiva un percorso di prestazioni sanitarie e sociali complesse che cerca di evitare un nuovo ricovero per la stessa patologia. Se è possibile l’assistenza viene fornita a domicilio, altrimenti si utilizzano strutture residenziali protette (come le Case-residenze anziani e se esistono gli Ospedali di comunità). Questo percorso di assistenza viene gestito direttamente dai servizi sanitari dell’ospedale e da quelli socio-sanitari del territorio. I singoli distretti hanno percorsi e modalità differenti ed è quindi necessario informarsi sulla situazione nel proprio territorio di appartenenza; in questi mesi si sta completando l’attivazione delle COT che hanno il compito di rendere omogenei i percorsi in tutto il territorio regionale. In caso di dimissioni protette in CRA i primi 30 giorni sono a carico del SSN, quindi gratuiti per il paziente; gli eventuali giorni successivi sono invece a carico del SSN solo per il 50%.

Distretto

Il welfare (cioè l'assistenza pubblica) in Emilia-Romagna mette insieme una rete di servizi: ospedalieri, sanitari, socio-sanitari, servizi sociali. Il Distretto è la sede in cui questi diversi soggetti si integrano l'uno con l'altro. Il governo di questi servizi è affidato al comitato di Distretto, che raccorda Enti locali e Aziende sanitarie. Il Distretto può coincidere con un comune oppure con più comuni insieme.

Per tutti questi motivi la conoscenza del Distretto è fondamentale. Questa è la mappa dei 38 distretti dell'Emilia-Romagna:



Ogni Distretto deve comprendere, di norma, una popolazione che nelle aree urbane non sia inferiore a 80mila abitanti e nelle altre aree non sia inferiore a 60mila abitanti (la popolazione residente in Emilia-Romagna all'1/1/2024 era di 4.473,570 persone).

Il Distretto socio-sanitario nasce come riferimento per il Distretto sanitario (esistente già dal 1994) che è la struttura che nelle Aziende Usl gestisce tutte le risorse destinate all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, oltre all'accesso dei cittadini alle strutture stesse.

Per programmare e gestire i servizi sociali di base i comuni si associano in ATS (ambito territoriale sociale).

In Emilia-Romagna gli ATS coincidono con i Distretti.

Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

È la raccolta online di dati e informazioni sanitarie, in forma protetta e riservata, che costituiscono la storia clinica e di salute del paziente. Dal Fascicolo sanitario elettronico è possibile accedere ai servizi sanitari online regionali. Sono automaticamente inseriti nel FSE i documenti prodotti da medici e pediatri di famiglia e dalle strutture pubbliche e private della rete regionale.

Il cittadino può:

- prenotare, modificare o disdire visite specialistiche
- visualizzare e stampare documenti
- pagare i ticket
- scegliere o cambiare MMG
- autocertificare esenzioni
- consultare certificati vaccinali
- caricare visite/esami eseguiti in altri contesti.

La nuova modalità di accesso ai servizi pubblici online (incluso Fascicolo sanitario e prenotazioni di prestazioni) è rappresentato dallo SPID, sistema di identificazione certificata personale che ha valore per tutti gli enti pubblici (INPS, Agenzia entrate, Inail eccetera).

Lo SPID può essere attivato con numerosi gestori certificati, tra cui i più importanti sono Poste italiane e, in Emilia-Romagna, Lepida/Regione Emilia-Romagna.

Le leghe SPI offrono assistenza autorizzata e convenzionata per l'attivazione dello SPID per tutti i cittadini anche extra comunitari.

Fondo regionale per la non autosufficienza

Quello dell'Emilia-Romagna è un caso unico in Italia per quanto riguarda le ingenti risorse messe a disposizione per finanziare la rete dei servizi socio-sanitari rivolti alle persone anziane e disabili non auto sufficienti e a coloro che se ne prendono cura. Le risorse complessive del Fondo regionale e dei Fondi nazionali (gli importi si intendono in **milioni di euro**):

ANNO	FRNA	FNA	Dopo di noi	Caregiver	TOTALE
2023	476,090	66,531	5,798	1,925	550,344
2024	481,890	70,274	5,806	2,000	559,170
2025	564,090 + Fondo regionale caregiver 3 MLN				

Il verbale di incontro con la Regione prevede un ulteriore aumento di 25 milioni per il 2026 e 25 milioni per il 2027.

Il Fondo per la non autosufficienza non ha solo l'obiettivo di consolidare e qualificare i servizi già esistenti, ma anche di sviluppare risposte e interventi nuovi e innovativi nell'ambito dell'assistenza a domicilio delle persone non auto sufficienti o con gravissime disabilità. Il Fondo garantisce anche equità di accesso, cioè garantisce a tutti i cittadini della Regione le stesse opportunità indipendentemente dalla zona di residenza.

Il Fondo per la non autosufficienza è una parte importante del welfare locale e regionale, in accordo con il Piano sociale e sanitario dell'Emilia-Romagna. Rende possibile che Regione, Enti locali, Aziende Usl, terzo settore, volontariato e organizzazioni sindacali insieme si impegnino per realizzare il sistema integrato di servizi per le persone non autosufficienti e per le loro famiglie.

Il Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) nasce con la Legge regionale n. 27 del 2004 art. 51; viene finanziato in parte dalla fiscalità

attraverso l'addizionale regionale; le OOSS hanno preso atto della scelta di istituire l'addizionale e hanno condiviso le finalità e i criteri di utilizzo delle risorse.

Handicap: contributi regionali a persone con disabilità

Oltre ai contributi previsti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, la Regione Emilia-Romagna opera su altri due ambiti: mobilità e adattamento della casa.

Per quanto riguarda la mobilità sono previsti contributi per l'acquisto e l'adattamento di veicoli privati. Le richieste non possono naturalmente riguardare interventi già finanziati da altre leggi nazionali o regionali, fatte salve le agevolazioni fiscali e le detrazioni previste. La richiesta va presentata al Comune di residenza per le spese già effettuate o documentate. La Regione ha promosso inoltre un servizio gratuito per permettere anche alle persone disabili di usufruire dello sconto sulla benzina previsto dal "fai da te".

Regione e Comuni favoriscono la mobilità e l'utilizzo dei trasporti pubblici locali (autobus e ferrovie regionali) mettendo a disposizione per anziani e disabili abbonamenti annuali agevolati che possono essere acquistati presso le Aziende locali di trasporto.

Per quanto riguarda l'adattamento della casa al fine di renderla più accessibile e di migliorare la qualità della vita a domicilio, la Regione ha attivato presso i Comuni capoluogo un servizio di informazione e consulenza sui prodotti e gli ausili presenti sul mercato e sui servizi presenti sul territorio per riorganizzare gli spazi interni e rimuovere ostacoli ambientali e barriere architettoniche.

Sono previsti contributi del 50% sulle spese sostenute per acquistare ausili, attrezzature, arredi personalizzati e attrezzature informatiche per la casa.

Per accedere a questi contributi occorre presentare il certificato di handicap grave (Legge 104/92).

Per approfondimenti consultare la nuova "Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità", realizzata dall'Agenzia delle entrate dell'Emilia-Romagna in collaborazione con la Regione.

LINK GUIDA AGGIORNATA 2019: https://www.spier.it/wp-content/uploads/Guida_Disabili_VERSIONE_UNIFICATA_30_AGOSTO_2019.pdf

Hospice/rete delle cure palliative

(DM 77 del 23/5/2022)

Ormai da molti anni la regione Emilia-Romagna si è posta come obiettivo la presa in carico dei malati terminali. I principali percorsi assistenziali sono l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale (Hospice), che oggi insieme all'assistenza ospedaliera e all'assistenza ambulatoriale specialistica compongono la **rete delle cure palliative**.

Il riferimento legislativo è la Legge 38 del 15 marzo 2010. La Regione Emilia-Romagna ha successivamente anche recepito gli accordi Stato-Regioni e ha istituito la struttura di coordinamento regionale della rete delle cure palliative. Sempre a seguito dell'Intesa Stato-Regioni sono stati definiti i requisiti minimi e le modalità di accreditamento delle strutture che forniscono le cure palliative.

Per accedere all'Hospice il medico di famiglia o il medico ospedaliero devono inviare richiesta di valutazione al Responsabile della rete delle cure palliative dell'Ausl, che provvede a inserire il paziente nella lista d'attesa unica provinciale. Il paziente e il familiare di riferimento vengono quindi invitati in Hospice per un colloquio con la responsabile infermieristica che prende nota dei bisogni del malato e spiega le modalità assistenziali della struttura.

Il paziente può provenire dal proprio domicilio quando il medico di famiglia valuta l'impossibilità di continuare l'assistenza domiciliare, in rapporto con il Medico palliativista territoriale.

Nel caso di pazienti ricoverati in ospedale, il medico di reparto informa il medico di famiglia e fa richiesta di valutazione al Responsabile della rete delle cure palliative dell'Ausl. La valutazione deve essere effettuata entro le 48 ore dalla richiesta.

Nel caso in cui il paziente provenga da fuori provincia o da fuori regione, la procedura è la stessa ma il paziente viene inserito in una lista di attesa

separata e al momento del ricovero l'Hospice invia comunicazione all'Ausl di appartenenza del paziente. In questo caso si richiede anche l'impegnativa del medico di famiglia dell'Ausl di appartenenza del paziente.

Secondo il DGR 1253/2023 (Piano di potenziamento delle Cure palliative) sono previste due specifiche reti: Unità di Cure palliative domiciliare di livello base e specialistico (una ogni 100,000 abitanti); Hospice (8/10 posti letti per 100,000 abitanti).

Oggi in Emilia-Romagna abbiamo una media di 7 posti letto per 100,0000 abitanti.

Isee: prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria

(art. 6 DPCM 159 del 5 dicembre 2013)

È l'attestazione che può essere richiesta per il ricovero delle persone anziane, disabili o non autosufficienti nelle strutture residenziali.

Per le prestazioni socio-sanitarie di tipo residenziale si applicano regole diverse rispetto alla richiesta di prestazioni domiciliari. Ai fini del calcolo Isee, rimanendo anche in questo caso la possibilità di scegliere se dichiarare un nucleo familiare ristretto o ordinario, si calcola una componente aggiuntiva. Si tiene infatti conto anche dell'Isee relativa a ciascun figlio, anche se non appartenente al nucleo familiare della persona disabile o non autosufficiente. In questo modo si è voluta differenziare la posizione di chi ha figli non conviventi in grado di sostenere i genitori da quella di persone anziane o disabili che non hanno alcun aiuto per fronteggiare le spese di ricovero in struttura.

La componente aggiuntiva Isee per i figli non conviventi si applica sempre, con la sola eccezione di figli a loro volta disabili o che abbiano persone disabili nel proprio nucleo familiare, oppure nel caso in cui esista un atto formale in sede giurisdizionale o da parte delle autorità che accerti la totale estraneità del figlio in termini economici.

Va sottolineato che la componente aggiuntiva è calcolata applicando una particolare formula prevista dal decreto che ne rende **minima** l'incidenza sulla situazione economica del nucleo dei figli chiamati a partecipare alle spese.

I regolamenti comunali/distrettuali definiscono le modalità di pagamento della retta ed eventuali agevolazioni per chi presenta l'ISEE; a chi non presenta l'ISEE verrà applicata la retta massima.

Isee/Nuclei familiari

(DPCM n. 159/2013)

link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/1/24/14G00009/s>

Per le agevolazioni previste rispetto ai servizi di assistenza domiciliare socio-sanitaria rivolte alle persone non-autosufficienti è possibile presentare l'Isee del nucleo familiare ordinario oppure del nucleo familiare ristretto (in questo ultimo caso devono sussistere le condizioni di disabilità di cui all'allegato 3 del DPCM 3 dicembre 2013 n. 159).

Per nucleo familiare ristretto si intende quello composto esclusivamente dal beneficiario della prestazione, dal coniuge, dai figli minorenni. I figli maggiorenni vanno inclusi solo se sono a carico dell'assistito ai fini Irpef e se non coniugati e senza figli.

Per le agevolazioni relative ai servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale a persone parzialmente autosufficienti (qualora non sussistano le condizioni di disabilità di cui all'allegato 3 del DPCM 3 Dicembre n. 2013 n. 159) deve essere presentato l'Isee ordinario.

Lo stesso criterio si applica per le prestazioni semi-residenziali (centri diurni).

Il richiedente deve presentare DSU che ha validità fino al 31 dicembre dell'anno in corso. La DSU è il documento che contiene le informazioni di carattere anagrafico, reddituale e patrimoniale necessarie a descrivere la situazione economica del nucleo familiare. Per maggiori informazioni su scale di equivalenza e patrimonio vedere testo DPCM 159/2013 al link precedente.

L'art. 1 comma 1 lettera D del Dpcm 14 gennaio 2025 (in vigore dal 5 marzo 2025) ha disposto l'esclusione dal calcolo ISEE di: titoli di Stato, buoni fruttiferi postali, libretti di risparmio postale, fino ad un massimo di

50mila euro per nucleo familiare. Per accedere a questa possibilità è necessario presentare una nuova DSU.

Medico di famiglia

(VEDI GAZZETTA UFFICIALE 25-6-2024 - TRIENNIO 2019-2021)

Ogni cittadino ha diritto a scegliere il proprio medico di famiglia (o medico di medicina generale). La scelta ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata, oppure può essere revocata in favore di un altro medico di famiglia.

Per i cittadini stranieri extracomunitari con permesso di soggiorno la durata è la stessa della validità del permesso di soggiorno.

L'ambulatorio del medico di famiglia è aperto cinque giorni la settimana, da lunedì a venerdì, e l'orario di apertura deve essere esposto all'ingresso dello studio medico.

In caso di necessità e su richiesta dell'assistito, il medico di famiglia effettua visite a domicilio. Per visite urgenti o per ricette di farmaci, se il medico è organizzato in forma associata con altri medici di famiglia (medicina in gruppo, medicina in rete) l'assistito può rivolgersi ad un altro dei medici associati.

I medici di famiglia sono professionisti che hanno un rapporto di convenzione con il servizio sanitario e sono retribuiti in base al numero di assistiti. Il tetto massimo per ogni medico è definito dalla convenzione.

La convenzione del medico di famiglia prevede compiti precisi tra cui eseguire visite ambulatoriali gratuite ed effettuare visite a domicilio se le condizioni del paziente non gli consentono di recarsi in ambulatorio. Se la richiesta avviene entro le ore 10, la visita va effettuata in giornata, altrimenti entro le ore 12 del giorno successivo. Il medico di famiglia è anche tenuto a rilasciare i certificati medici previsti per legge secondo i compensi stabiliti.

Nella riorganizzazione del sistema delle cure territoriali la presenza del medico di base sarà uno degli elementi centrali delle Case di comunità.

Nell'attuale convenzione il Medico di medicina generale lavora con ruolo unico (superando così la distinzione tra MMG e guardia medica) all'interno delle AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) definite dalle norme regionali e integrate con i servizi del territorio.

Nelle AFT dovranno operare più medici associati, il servizio è attivo per 24 ore su sette giorni, con diffusione capillare nel territorio, o con sede propria o nella Casa di Comunità. Eroga assistenza a tutti i cittadini, compresi i turisti (in questo caso applicando le tariffe previste dalla convenzione).

Garantisce la presa in carico della cronicità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale.

Ospedali di comunità

Il DM 77 definisce anche gli ospedali di comunità, che sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale (e fanno parte della rete di Assistenza territoriale). In pratica sono un "ponte" tra servizi territoriali e ospedali al servizio di tutte quelle persone che hanno bisogno di un'assistenza sanitaria che non è possibile ricevere a domicilio ma al tempo stesso non hanno necessità di essere ricoverate in un reparto specialistico dell'ospedale.

Gli assistiti possono provenire da una struttura ospedaliera e quindi sono prevalentemente pazienti con una patologia cronica che clinicamente possono essere dimessi dagli ospedali ma non sono ancora in condizione di essere adeguatamente assistiti a casa. Oppure possono essere pazienti cronici o in condizioni comunque di fragilità provenienti dal proprio domicilio.

Gli Ospedali di comunità sono quindi uno strumento di integrazione tra ospedale e territorio e di continuità delle cure. Le cure vengono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, che si concretizza in un piano di cura integrato e individualizzato.

Gli Ospedali di comunità possono essere collocati all'interno delle Case della salute, oppure possono essere costituiti attraverso la riconversione di posti letto già esistenti nelle strutture sanitarie, che vengono inseriti all'interno del nuovo modello organizzativo.

L'organizzazione dell'Ospedale di comunità prevede moduli assistenziali di 15-20 letti affidati a un responsabile infermieristico. La responsabilità clinica è affidata a un medico o al medico di famiglia e l'assistenza è garantita nelle 24 ore da infermieri presenti continuativamente e coadiuvati da operatori socio-sanitari e quando è necessario da altri professionisti.

La degenza media è tra i 20 e 30 giorni e viene stabilita in base alle valutazioni effettuate e agli obiettivi stabiliti nel piano di cura. Non è previsto il pagamento di ticket.

Pediatra di libera scelta

Il pediatra di famiglia (o di libera scelta) segue i bambini da 0 a 14 anni.

Per i bambini fino a 6 anni è obbligatorio il pediatra, mentre tra i 6 e i 14 anni si può scegliere tra pediatra e medico di famiglia. I ragazzi tra i 14 e i 16 anni, per motivi particolari e su richiesta motivata, possono continuare ad essere assistiti dal pediatra. Le modalità di scelta e di durata del rapporto con il pediatra sono uguali a quelle per il medico di famiglia. Per i cittadini extracomunitari anche in questo caso la durata corrisponde a quella del permesso di soggiorno.

Orari di apertura, visite domiciliari e modalità di associazione sono uguali a quelle del medico di famiglia.

Piano di zona distrettuale

Il Distretto è quindi l'ambito in cui fare programmazione in campo sociale, socio-sanitario e sanitario (territoriale), attraverso un "piano di zona" che prende in considerazione le caratteristiche del territorio. L'Ufficio di Piano si occupa di coordinare i vari professionisti per leggere ed eventualmente rielaborare e integrare i dati relativi al territorio. Collabora con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS) per l'elaborazione del cosiddetto Profilo di Comunità.

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) è l'organismo di governo delle politiche per la salute e il benessere sociale che garantisce il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie per il livello provinciale o di area vasta ed il raccordo tra il livello regionale e quello distrettuale.

La CTSS è composta dal Presidente della provincia e dei sindaci del territorio; può dotarsi di un ufficio di presidenza; partecipa ai lavori la direzione delle Aziende sanitarie.

Il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale comprende anche l'Accordo di programma e i protocolli di adesione del terzo settore e delle associazioni di volontariato, oltre ai verbali sottoscritti con le Organizzazioni sindacali.

Il Piano di zona ha durata triennale e ha questa impostazione:

- descrive i bisogni della popolazione, come emergono dal profilo di comunità confrontato con i servizi e le risorse disponibili
- individua le priorità per le varie aree di intervento
- traduce le priorità in obiettivi da realizzare nel triennio
- specifica come integrare il Piano di zona con tutte le politiche che contribuiscono a realizzare gli obiettivi di salute e di benessere della comunità

- definisce gli strumenti tecnico-organizzativi e le azioni per applicare il piano e per la continuità assistenziale
- stabilisce degli indicatori per verificare se gli obiettivi sono stati realizzati.

Il piano triennale si articola poi con dei piani attuativi annuali che contengono gli interventi anno per anno del Piano di zona, le risorse e gli impegni sui bilanci annuali dei Comuni e delle Ausl e ulteriori indicatori per monitorare annualmente la realizzazione degli obiettivi.

Pronto soccorso ospedaliero

Ricorrono al pronto soccorso le persone che hanno bisogno di cure urgenti.

L'accesso alle prestazioni avviene dopo una valutazione della gravità e dell'urgenza delle condizioni del paziente - TRIAGE. Ogni accesso è classificato secondo codici colore:

Le nuove Linee di indirizzo prevedono cinque codici colore:

- rosso (per l'emergenza, richiede una valutazione immediata da parte dei sanitari);
- arancione (urgenza indifferibile, 15 minuti come tempo di attesa massimo per la presa in carico);
- azzurro (urgenza differibile, 60 minuti tempo d'attesa massimo);
- verde (urgenza minore, 120 minuti);
- bianco (non urgenza, 240 minuti).

Le cure in Pronto soccorso sono gratuite solo nei casi considerati appropriati. L'accesso non appropriato comporta il pagamento di un ticket di 25 euro per la prima visita del medico di Pronto soccorso.

A questo ticket si aggiungono:

- un ulteriore ticket di 23 euro per ogni eventuale visita di consulenza richiesta dal medico di Pronto soccorso
- un ticket massimo di 36,15 euro ogni 8 prestazioni (come esami di laboratorio o di radiologia) prescritti dal medico di Pronto soccorso, fatte salve le eccezioni previste dalla normativa e qualsiasi sia il valore delle tariffe degli esami prescritti.

Non si paga il ticket nei seguenti casi:

- trauma avvenuto nelle 24 ore precedenti
- trauma precedente alle 24 ore che ha reso necessario un intervento terapeutico
- avvelenamento acuto

- infortunio sul lavoro
- colica renale, crisi di asma, dolore toracico, aritmia cardiaca, glaucoma acuto, corpo estraneo oculare, sanguinamento dal naso, corpo estraneo nell'orecchio
- complicanze di intervento chirurgico che richiedono il ricorso al pronto soccorso entro 3 giorni dalla dimissione ospedaliera
- problemi e sintomi correlati alla gravidanza.

Inoltre non deve pagare il ticket chi:

- viene posto in Osservazione breve intensiva (Obi) per approfondimenti diagnostici o terapie che prevedono un tempo di osservazione di solito compreso tra 6 e 24 ore
- viene ricoverato in un qualsiasi reparto ospedaliero
- si rivolge al Pronto soccorso con richiesta del medico/pediatra di famiglia, della guardia medica (medico di continuità assistenziale) o del medico di un altro Pronto soccorso
- ha un'età inferiore ai 14 anni
- è esente dal pagamento dei ticket per patologia, reddito o altra condizione prevista dalla normativa nazionale e regionale
- è straniero temporaneamente presente (Stp) con dichiarazione di indigenza.

Per ulteriori approfondimenti DGR 1189 del 24/6/2024 su accessi e prestazioni nei percorsi della rete dell'emergenza urgenza conseguenti all'avvio del CAU consultare:

https://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/emergenza-urgenza/ps/files/prot-19-07-2024-0786149-u_all_n_1_2024_dgr_1189_2024_ticket_cau_ps.pdf

Punti unici di accesso (PUA)

I PUA sono realizzati e gestiti insieme da Aziende sanitarie e ATS con sede operativa presso le Case di comunità (sia hub che spoke), servono per agevolare l'informazione e l'accesso alla rete dei servizi e per promuovere l'integrazione tra sanità e sociale, garantiscono la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata, sono attività gratuite per il cittadino.

Rete Emergenza/Urgenza: riorganizzazione

(DGR 1206/2023)

Il problema del sovraffollamento del pronto soccorso e delle criticità che ne conseguono è noto da tempo e le soluzioni finora proposte ed implementate non hanno conseguito i risultati attesi.

Il 66% (i due terzi) dei cittadini che accedono autonomamente al pronto soccorso viene classificato come codice bianco o verde ed il 96% di questi non genera un ricovero ospedaliero, con dimissione ospedaliera in una gran parte dei casi solo con la prestazione di visita del medico senza ulteriore esecuzione di esami di laboratorio o radiologici. Ne consegue che si tratta di cittadini che possono trovare risposte ai loro bisogni in strutture a più bassa complessità organizzativa rispetto ad un pronto soccorso presso un DEA di I o II livello.

La riorganizzazione nasce dalla necessità di ridefinire l'organizzazione dell'accesso alle prestazioni urgenti sia in ambito ospedaliero che territoriale, attraverso lo sviluppo e il potenziamento del sistema di soccorso 118, l'istituzione delle centrali operative 116/117 per cure mediche non urgenti, l'istituzione dei centri di emergenza/urgenza (CAU) territoriali afferenti all'assistenza primaria.

La rimodulazione dei nodi della rete dell'emergenza/urgenza si basa sulla separazione dei flussi tra emergenza indifferibile (118) e differibile (116/117) con centrali operative distinte ma interconnesse. Dal 1° aprile 2025 è attivo su tutto il territorio regionale il NUE 112 (Numero Unico Europeo di emergenza).

Gli attuali numeri di emergenza (112 113 115 118 1530) restano comunque attivi. Tutti i numeri di emergenza, a partire dal NUE 112, verranno quindi reindirizzati alle due centrali uniche di risposta attive a Bologna e Parma.

La centrale 116/117, attiva per cure mediche non urgenti, fornisce un servizio telefonico gratuito per la popolazione (attivo H24 7/7gg), indirizza al 118 in caso di urgenza; programma l'accesso al CAU per risolvere problemi non urgenti; si raccorda con la COT per la presa in carico della cronicità; può attivare UCA per interventi a domicilio. Si prevede che la centrale 116/117 andrà a regime nei prossimi mesi del 2025.

Il CAU garantisce la continuità assistenziale (H24 o H12) con riferimento alla casistica legata alla tabella seguente.

Principale casistica di riferimento CAU

Casistica
Acutizzazione di stati ansiosi
Cefalea emicrania
Coliche renali
Congiuntivite
Contrattura muscolare
Corpo estraneo congiuntivale (se supportato da specialista)
Corpo estraneo nell'orecchio esterno (se supportato da specialista)
Corpo estraneo oculare (se supportato da specialista)
Diarrea acuta non ematica
Disturbi anorettali
Disturbi del visus
Dolore addominale
Dolore articolari non traumatici
Dolore oculare
Ecchimosi periorbitale senza disturbi della funzione visiva
Emorragia sottocongiuntivale
Epistassi
Febbre / iperpiressia
Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione
Irritazione da lenti a contatto
Lombalgia (solo deambulanti)
Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/assistiti privi di MMG/PLS)
Nausea e/o vomito ripetuto
Occhio rosso con secrezioni
Odontalgia
Ostruzione/sostituzione di catetere vescicale (paziente autonomo)
Otalgia/tappo di cerume
Otite esterna
Piccole ferite, traumi lievi senza impotenza funzionale
Problemi post-estrazione dentaria
Prurito, arrossamento/tumefazione della cute e annessi cutanei
Punture di insetto/pesce/morso di animale
Torcicollo
Tosse / congestione/sintomatologia vie aeree superiori
Variazione parametri pressori
Variazione parametri glicemici
Vertigini di lieve entità
Ustioni minori / solari

Per i cittadini residenti o domiciliati con MMG non sono previsti oneri per l'accesso al CAU. Per i non residenti è prevista una tariffa fissa di 20 euro ad accesso. Le prestazioni erogate successivamente all'accesso al CAU

sono soggette alla normativa vigente sulla compartecipazione alla spesa
(ticket)

Ricoveri temporanei e di sollievo

Con lo scopo di mantenere gli anziani il più a lungo possibile nel loro domicilio sono previsti, in alcuni casi, anche periodi temporanei di ricovero nelle Case-residenze per anziani non autosufficienti (Case protette/Rsa) che di norma devono avere letti utilizzabili a questo scopo. Per questi ricoveri “di sollievo” la quota di compartecipazione (retta) è ridotta a **26,50 euro**, a favore degli utenti, (fino ad un massimo di 30 giorni) e la differenza viene posta a carico del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Hanno diritto a periodi di ricovero di sollievo:

- gli anziani non autosufficienti assistiti dalle famiglie (anche con l’ausilio della badante) e che ricevono l’assegno di cura, quando ci siano motivate esigenze dei componenti della famiglia
- gli anziani in situazioni di emergenza e di bisogno socio-sanitario che sono in attesa di un programma assistenziale più appropriato.

Durante questo periodo di ricovero di sollievo vengono fornite agli anziani non autosufficienti prestazioni assistenziali e sanitarie di intensità, secondo le esigenze individuate dal Piano di assistenza individuale (Pai).

Il ricovero di sollievo può essere attivato

- quando si verifica una situazione di emergenza dovuta alla mancanza improvvisa del caregiver principale (familiare o badante)
- quando per l’anziano non autosufficiente o per il suo caregiver sia necessario un periodo di sollievo dall’assistenza domiciliare
- quando le condizioni dell’anziano cambiano a causa di una modifica dell’equilibrio assistenziale, per accompagnare in questo modo la ridefinizione delle capacità di cura del caregiver principale.

Il ricovero di sollievo è quindi un'opportunità e una risorsa per proseguire il mantenimento a domicilio dell'anziano non autosufficiente, da utilizzare nell'ambito del Programma personalizzato di vita e di cura.

Screening sanitari

Sangue occulto ogni due anni dai 50 ai 69 anni; dal 2025 è esteso in modo graduale, alla fascia di età 70/74 anni

PAP test ogni tre anni dai 25 ai 29 anni di età

HPV test ogni 5 anni da 30 a 64 anni di età

Mammografia ogni anno tra 45 e 49 anni di età e ogni due anni tra 50 e 74 anni di età

Partecipare agli screening consente una diagnosi precoce; i test sono semplici, gratuiti, organizzati dall'AUSL con chiamata attiva dei cittadini.

Sollievo a domicilio

Criteri e requisiti del servizio di sollievo al domicilio per caregiver familiari (vedi ALLEGATO 14 DGR 1638/2024).

Il servizio di sollievo al domicilio è rivolto ai caregiver familiari che si prendono cura, in ambito domiciliare, di un proprio caro con non autosufficienza o con disabilità, con necessità di ausilio di lunga durata.

Il servizio tiene conto anche dei bisogni dell'assistente familiare (quando presente) e delle altre persone del contesto familiare e sociale dell'assistito che partecipano e condividono il lavoro di cura con il caregiver familiare.

Il servizio consiste nella sostituzione del caregiver familiare per il periodo di tempo concordato con i servizi invianti, il caregiver e l'assistito, finalizzata a consentire al caregiver una pausa dall'assistenza.

Il servizio è personalizzato sulla base delle esigenze del caregiver, dell'assistito e della programmazione locale, con la possibilità di prevedere interventi settimanali o bisettimanali di almeno alcune ore (di norma non inferiori a 4-6 ore), giornate, weekend e settimane di sollievo. Il servizio è garantito da personale qualificato, al domicilio della persona assistita.

L'individuazione dei beneficiari del servizio avviene a cura dei servizi territoriali, sulla base di criteri oggettivi di carico di cura, anche in collaborazione con i soggetti gestori. Il servizio può essere attivato anche su richiesta del caregiver.

Gli interventi di sollievo tengono conto della rilevazione dello stress del caregiver effettuata con appositi strumenti validati e dell'esigenza di prevenire il burn-out, supportando il caregiver nell'aver cura della propria salute.

Sportello sociale

(vedi LR 2/2003)

Come fanno i cittadini ad accedere a questa rete di servizi? Attraverso lo sportello sociale che rappresenta il punto di primo contatto, informazione e orientamento. Lo sportello sociale opera di norma in ogni comune - con un coordinamento a livello distrettuale - e organizza l'accesso ai servizi.

Lo sportello è aperto sia ai singoli che alle famiglie che si trovano in situazioni di difficoltà o di emarginazione per ragioni di tipo relazionale, economico, sociale. Queste situazioni possono essere causate da malattie e infortuni, dalla mancanza di una rete familiare di aiuto, dall'impoverimento economico e relazionale. I destinatari sono quindi anziani e disabili, adulti in situazioni di povertà e disagio, famiglie italiane e straniere con figli minori, migranti che abbiano necessità di informazioni e aiuto pratico.

L'evoluzione prevista dal PNNR e dalla Legge di bilancio 234/2021 è la creazione di sportelli PUA, punti unici di accesso.

Tessera sanitaria

È il documento personale che attesta l'iscrizione al Servizio sanitario regionale e di norma ha validità sei anni. Viene rilasciata a tutte le persone residenti in regione, agli iscritti al Servizio sanitario regionale a tempo determinato (come gli studenti fuori sede), agli stranieri con permesso di soggiorno. Oltre ai dati anagrafici, la tessera sanitaria contiene anche il codice fiscale dell'assistito, che deve essere riportato su ogni ricetta di prescrizione di farmaci, visite ed esami specialistici, ricoveri e cure termali.

Assistenza sanitaria all'estero.

In tutti i Paesi dell'Unione europea è attivo il numero di telefono gratuito (da fisso e da cellulare) **112** per contattare i servizi di soccorso.

In caso si abbia necessità di essere visitato da un medico o di ricovero in ospedale durante un viaggio in un paese dell'Unione europea è bene avere con sé la Tessera europea di assicurazione malattia (Team). In questo modo è più facile accedere all'assistenza sanitaria pubblica e ottenere il rimborso dei costi sostenuti. È la stessa tessera sanitaria con codice fiscale che già ci è stata rilasciata per accedere ai servizi sanitari italiani; sul retro è stampata la dicitura "Tessera Europea di assicurazione malattia" e permette di usufruire delle cure necessarie e non solo di quelle urgenti. La stessa tessera è in possesso dei cittadini comunitari ed extracomunitari iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Bisogna comunque ricordare che i sistemi di assistenza sanitaria e di previdenza sociale variano da un paese all'altro dell'Unione europea. Per esempio, in alcuni paesi è necessario pagare direttamente il medico o l'ospedale per i servizi ricevuti, mentre in altri non è previsto alcun pagamento. È sempre bene informarsi sul sistema sanitario del Paese in cui ci si sta recando.

La tessera vale per i Paesi membri dell'Unione Europea più Norvegia, Islanda, Lichtenstein e Svizzera, secondo le normative vigenti nei singoli Paesi.

Ticket sanitari

I cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale (italiani, comunitari e stranieri) sono tenuti a pagare un ticket per visite ed esami specialistici, per interventi di chirurgia ambulatoriale e per i farmaci di fascia A erogati dal Servizio sanitario regionale.

I ticket sanitari sono istituiti e regolati da norme nazionali (DL 382/89 convertito in Legge 8/1990, aggiornato con Legge 537/1993).

Ticket sanitari: esenzioni dal pagamento

Linee guida sull'applicazione delle esenzioni dal pagamento dei ticket: vedi https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/linee-di-indirizzo/esenzione-ticket/2025_vademecum_esenzioni.pdf

Esistono però numerose tipologie di persone che non sono tenute a pagare alcun ticket sanitario. Queste esenzioni possono essere relative al reddito, alla patologia o a situazioni particolari.

Sono esenti dal pagamento in base al reddito (reddito fiscale familiare lordo anno precedente):

- i bambini di età inferiore ai 6 anni il cui reddito familiare sia inferiore a 36.151,98 euro (codice esenzione E01)
- chi ha superato 65 anni di età e il cui reddito familiare sia inferiore a 36.151,98 euro; l'esenzione è personale e non può essere estesa ai familiari a carico (codice esenzione E01)
- i disoccupati (già precedentemente occupati) e i familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro. Questo tetto reddituale sale a 11.362,05 euro se è presente il coniuge, e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico. Lo stato di disoccupazione e la DID (dichiarazione di immediata disponibilità) devono essere auto-dichiarati nello stesso modulo di autocertificazione per il rilascio dell'esenzione (codice esenzione E02)
- i titolari di assegno (ex pensione) sociale e i familiari a carico (codice esenzione E03)
- i titolari di pensione al minimo, di età superiore a 60 anni e i loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro. Questo tetto reddituale sale a 11.362,05 euro se è presente il coniuge, e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico (codice esenzione E04).

L'esenzione per reddito (ad eccezione E02/E99 lavoratori colpiti dalla crisi) è riconosciuta alle persone che ne hanno i requisiti sulla base delle informazioni inviate dall'Agenzia delle entrate ed è registrata sull'Anagrafe regionale degli assistiti. L'esenzione è consultabile e scaricabile tramite FSE.

L'Agenzia delle entrate aggiorna le informazioni ogni anno; l'esenzione ha validità dal 1° aprile al 31 marzo dell'anno successivo. Quindi il cittadino riceve la notifica dell'esenzione attraverso il FSE e non deve più presentare l'autocertificazione.

Le eventuali autocertificazioni legate alle misure regionali vanno presentate tramite FSE o allo sportello distrettuale dedicato. In questo caso i dati vengono inviati all'Agenzia delle entrate per la verifica dei requisiti; se dal controllo emerge non conformità il cittadino riceverà una comunicazione che indica eventuali ticket dovuti per le prestazioni ricevute in esenzione (fino ai dieci anni precedenti). Inoltre auto-certificare dati non veri è un reato perseguibile penalmente.

Se nel corso dell'anno le condizioni di reddito cambiano e non si ha più diritto all'esenzione è necessario comunicarlo subito all'Azienda Usl.

Ticket sanitari: esenzioni definite da norme regionali

È prevista l'esenzione dal ticket sanitario per i lavoratori colpiti dalla crisi economica e dalle famiglie in situazione di disagio in carico ai servizi sociali. Questa misura della Regione è in vigore dall'anno 2009.

L'esenzione riguarda chi ha perso il lavoro (e i familiari a carico) o si trova in cassa integrazione straordinaria, ordinaria o in deroga, in mobilità o con contratto di solidarietà (il cui reddito è inferiore ai tetti massimi stabiliti).

Per ottenere l'esenzione il cittadino **residente in Emilia-Romagna**:

- deve avere un ISEE non superiore a 15,000 euro.
- deve aver perso un lavoro dipendente o un lavoro autonomo; sono quindi esclusi i lavori a tempo determinato e chi ha dato spontaneamente le dimissioni.
- per il cittadino disoccupato non esiste soglia di reddito (deve essere un lavoratore privo di impiego che ha rilasciato la DID o ha un percorso di politiche attive al Centro per l'impiego).

È necessario possedere questi requisiti al momento della prescrizione sanitaria e nella ricetta deve essere indicato il codice esenzione **E99**. Il codice viene inserito automaticamente nella ricetta, purché ogni persona esente (compresi i familiari a carico) abbia presentato l'auto-certificazione allo sportello Ausl, che provvede a registrarlo nel sistema anagrafico sanitario.

È bene che la persona che ha diritto a questa esenzione regionale (E99) verifichi se ha anche la possibilità di usufruire dell'esenzione nazionale per reddito (E02).

Oltre all'esenzione dal pagamento del ticket, le famiglie in situazione di disagio della nostra Regione, individuate o in carico ai servizi sociali dei Comuni possono ottenere gratuitamente anche i farmaci di fascia C da parte delle farmacie delle Aziende sanitarie.

Con la manovra di assestamento 2025 è prevista una nuova esenzione per tutte le prestazioni richieste da donne vittime di violenza.

Con la nuova manovra sui ticket in vigore dal 2 maggio 2025 è prevista l'esenzione per le prime visite per i nuclei familiari con almeno due figli a carico. L'esenzione è riconosciuta ai soli figli di età minore o uguale a 14 anni (DGR 390/2025).

Ticket sanitari: esenzioni per invalidità e patologia

Hanno diritto all'esenzione i cittadini con invalidità civile, di guerra e del lavoro, quelli affetti da cecità e sordomutismo, le vittime di atti di terrorismo e della criminalità organizzata e loro familiari, i pazienti danneggiati da complicanze irreversibili a seguito di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati.

Il diritto all'esenzione (che a seconda della patologia può essere totale o parziale) è certificato da un'apposita tessera, che viene rilasciata dallo sportello del Distretto dell'Azienda Usl di residenza dopo che la persona ha consegnato la certificazione che documenta l'invalidità o la patologia. Il grado di invalidità deve essere comunque accertato dalla Commissione medica dell'Azienda Usl.

Per usufruire di questa esenzione il medico di famiglia (o il pediatra o lo specialista) devono indicare nella ricetta il codice di esenzione.

Le patologie che danno diritto all'esenzione sono stabilite dal DPCM 12/1/2017. È possibile consultare l'elenco delle malattie e delle prestazioni esenti sul sito internet del Ministero della salute:

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza-lea/>.

La validità dell'esenzione per malattia può essere illimitata, limitata, per tumori, per malattie del sistema circolatorio, secondo l'apposito elenco. Sono infine previste esenzioni dal pagamento del ticket anche in caso di gravidanza e di malattie rare.

Ticket sui farmaci

Dal 2 maggio 2025 è stata introdotta la compartecipazione alla spesa farmaceutica pari a 2,20 euro a confezione fino ad un massimo di 4 euro a ricetta. Sono esclusi gli utenti già esenti da ticket (DGR 390/2025).

Il farmacista proporrà all'utente il farmaco generico (o farmaco equivalente) che è a carico del Servizio sanitario. Se il cittadino sceglie invece il farmaco “di marca”, oltre al ticket, dovrà pagare la differenza di prezzo.

Anche chi ha l'esenzione dal pagamento del ticket sui farmaci, dovrà pagare la differenza di prezzo nel caso in cui preferisca il farmaco “di marca” rispetto a quello generico. L'unica eccezione riguarda gli invalidi di guerra e le vittime del terrorismo.

Il Servizio sanitario eroga anche i farmaci di fascia H che vengono consegnati direttamente in ospedale o in erogazione diretta nella continuità assistenziale ospedale-territorio. Questi farmaci non sono soggetti al pagamento del ticket.

I farmaci di fascia C, considerati non indispensabili, sono sempre a totale carico del cittadino.

Trasporto e accompagnamento sociale

È un servizio rivolto a persone fragili, sprovviste di mezzi per accedere a visite mediche o di altra natura. Viene svolto dalle associazioni di volontariato e in alcuni casi è prevista una piccola compartecipazione alla spesa. Per ottenere questi servizi bisogna rivolgersi agli sportelli sociali del Comune.

Trasporto pubblico: abbonamenti annuali

La Regione Emilia-Romagna in accordo con le Organizzazioni sindacali ha confermato l'emissione di abbonamenti di trasporto a tariffe agevolate "Mi Muovo Insieme". Gli abbonamenti hanno durata annuale e sono rivolti a particolari categorie sociali, come anziani con limiti di reddito (ISEE inferiore a 15mila euro), disabili (senza ISEE), famiglie numerose (ISEE inferiore a 28mila euro), persone senza fissa dimora.

È confermato il fondo regionale per la mobilità di 1.500.000 di euro, da destinare ai comuni su base distrettuale, per la concessione di ulteriori agevolazioni tese a favorire la mobilità di persone in situazione di particolare bisogno sociale.

Questi abbonamenti hanno validità dal mese e giorno di inizio per una durata di 12 mesi e possono essere rinnovati anche dopo la data di scadenza. È possibile usufruire di un solo abbonamento e l'uso è strettamente personale.

Il richiedente deve presentare la documentazione richiesta per l'accertamento dei requisiti e l'Azienda di trasporto è tenuta a fare verifiche anche a campione del possesso e della sussistenza di tali requisiti. Se l'abbonamento è rilasciato a persone invalide cui è stato formalmente riconosciuto il diritto all'accompagnatore il titolo di viaggio vale anche per quest'ultimo, senza alcun sovrapprezzo.

Per accedere a queste tariffe agevolate (le cui modalità di applicazione possono essere diverse da comune a comune) ci si può rivolgere agli sportelli sociali del Comune o all'Azienda di trasporto locale.

Visite specialistiche ed esami diagnostici

A queste prestazioni si accede attraverso l'impegnativa o la prescrizione del medico curante, che va presentata al Cup, alle farmacie che prenotano le visite o attraverso il portale web dell'Ausl, o tramite FSE.

È previsto il pagamento di un ticket (salvo le esenzioni) che deve essere pagato prima di usufruire della prestazione. In caso di indisponibilità l'utente è tenuto a dare disdetta entro 2 giorni lavorativi precedenti alla prestazione sanitaria. Nel caso in cui l'utente non si presenti alla data prenotata senza aver dato disdetta dovrà in ogni caso pagare il ticket anche nel caso in cui sia esente (Legge regionale 2/2016, art. 23).

Delibera n. 620/2024 sul recupero dei tempi attesa

<https://www.ausl.mo.it/media/GDR-n.-620-del-15.04.2024.pdf?x93256>

Agende sempre aperte per almeno 24 mesi

Pre-lista per registrare richiesta non erogata; il cittadino sarà ricontattato dal servizio

Incremento dell'appropriatezza, che riguarda i prescrittori, per garantire equità di accesso

Totale presa in carico dell'assistito da parte della struttura che effettua la prima visita per gli accessi successivi

Percorso di tutela da attivare in caso di non rispetto dei tempi, con ricorso alla libera professione e, per il cittadino, con pagamento del solo ticket (Dgr 603/2019)

N. B. Il Piano nazionale prevede le seguenti priorità: U urgente entro 72 ore; B breve entro 10 giorni; D differibile entro 30 giorni per le visite, 60 giorni per la diagnostica; P programmata entro 120 giorni.

GLOSSARIO

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale

ASP: Azienda Servizi alla Persona

ATS: Ambito Territoriale Sociale

CAU: Centri di Assistenza e Urgenza

COT: Centrale Operativa Territoriale

CRA: Casa Residenza Anziani

CTSS: Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

DSU: Dichiarazione Sostitutiva Unica

FNA: Fondo nazionale Non Autosufficienza

FRNA: Fondo Regionale Non Autosufficienza

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

HUB e SPOKE: Sistema di gestione delle reti nel quale le connessioni si realizzano, usando per analogia un'espressione riferita alla ruota della bicicletta, dallo spoke («raggio») verso l'hub («perno») e viceversa.

ISEE: Indicatore Situazione Economica Equivalente

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

LEPS: Livello Essenziale di Prestazioni Sociali

MMG: Medico Medicina Generale

NUE 112: Numero Unico Emergenze 112

OBI: Osservazione Breve Intensiva

OTAP: Organismo Tecnico Ambito Provinciale

PAI: Piano Assistenza Individualizzato

PEI: Piano Educativo Individualizzato

PNRR: Piano Nazionale Ripresa e Resilienza

PS: Pronto Soccorso

PUA: Punto Unico di Accesso

SAD: Assistenza Domiciliare Sociale

SCIA: Segnalazione Certificata Inizio Attività

SPID: Sistema Pubblico di Identità Digitale. Permette di accedere con credenziali protette ai servizi online della Pubblica Amministrazione

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario regionale

UCA: Unità Continuità Assistenziale

UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie

UVG: Unità Valutazione Geriatrica

UVM: Unità Valutazione Multidimensionale

INDICE

Alzheimer e demenze senili
Amministratore di sostegno
Assegno di cura
Assistenti familiari (badanti)
Ausili e assistenza protesica
Autorizzazione e accreditamento
Azienda pubblica per i servizi alla persona (Asp)
Caregiver
Casa residenza per anziani (Cra)
Case della comunità
Case famiglia
Centri diurni
Cure domiciliari integrate
Cure odontoiatriche e protesiche
Detrazioni/deduzioni spese mediche e di assistenza specifica
Dimissioni protette
Distretto
Fascicolo sanitario elettronico (FSE)
Fondo regionale per la non autosufficienza
Handicap: contributi regionali a persone con disabilità
Hospice/rete delle cure palliative
Isee: prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria
Isee/Nuclei familiari
Medico di famiglia
Ospedali di comunità
Pediatria di libera scelta

Piano di zona distrettuale
Pronto soccorso ospedaliero
Punti unici di accesso (PUA)
Rete Emergenza/Urgenza: riorganizzazione
Ricoveri temporanei e di sollievo
Screening sanitari
Sollievo a domicilio
Sportello sociale
Tessera sanitaria
Ticket sanitari
Ticket sanitari: esenzioni dal pagamento
Ticket sanitari: esenzioni definite da norme regionali
Ticket sanitari: esenzioni per invalidità e patologia
Ticket sui farmaci
Trasporto e accompagnamento sociale
Trasporto pubblico: abbonamenti annuali
Visite specialistiche ed esami diagnostici

Glossario