

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara</p>	Presidio Unico Ospedaliero	
	<i>Istruzione Operativa</i>	
	La gestione dei trasporti nei trattamenti di dialisi	
Redazione	Cognome/Nome	Funzione
	Prof. M. Martini	Medicina Legale
	Prof. L. Catizone	Nefrologia S.Anna - Centro Hub-
	D.ssa E. Rizzioli	Nefrologia HH.Delta, Copparo, Bondeno -Centri Spoke-
	D.ssa D. Benini	PUO
	D.ssa C. Benvenuti Dr. S. Guerra D. V. Parmeggiani	DD.CC.PP.
	D.ssa A. Ricciardelli	Centrale Operativa
	Dr. L. Mistri	PUO
	Dr. M. Greco	Sportello Unico

1. OGGETTO

La presente procedura definisce le modalità di gestione dei trasporti dei pazienti residenti e domiciliati nell'AUSL di Ferrara e iscritti al S.S.N., affetti da nefropatia cronica e sottoposti a trattamenti di dialisi.

2. SCOPO/OBIETTIVO

Disciplinare ed uniformare negli adempimenti sanitari ed amministrativi tutte le fasi della gestione dei trasporti dei pazienti dializzati dal proprio domicilio ai Centri Dialisi e viceversa, rispettando le norme vigenti in materia e le necessità organizzative e funzionali proprie dell'Azienda.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al personale medico ed amministrativo dei Dipartimenti Cure Primarie ed al personale medico dei Centri Dialisi, ciascuno secondo le proprie competenze, come di seguito specificato.

4. DOCUMENTI/NORMATIVE DI RIFERIMENTO

- D.P.C.M. 29 Novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza)
- Nota prot. n° 5264/OSP del 10/02/1993 "Spese per il trasporto dei dializzati" Ass. Regionale alla Sanità
- Nota prot. n° 22955 del 04/06/1997 Ass. Regionale alla Sanità
- Regolamento Azienda USL – FE per trasporto infermi

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE

Premesso che il DPCM 29/11/2001, tra l'assistenza specifica da fornire ai soggetti nefropatici cronici in trattamento dialitico, prevede il rimborso delle spese di trasporto al Centro Dialisi, (sono esclusi i trasporti programmabili dal domicilio per altre finalità) si individuano le seguenti due tipologie di trasporto:

- A) trasporto dal domicilio al Centro Dialisi e ritorno effettuato dal paziente con mezzo proprio o con mezzo pubblico
- B) trasporto dal domicilio al Centro Dialisi e ritorno effettuato con automezzo convenzionato con AUSL

Di seguito vengono descritti gli adempimenti sanitari ed amministrativi da porre in essere.

A) TRASPORTO CON MEZZO PROPRIO O CON MEZZO PUBBLICO

I pazienti dializzati che autonomamente con proprio mezzo o con mezzi pubblici si recano al Centro Dialisi sono tenuti a presentare al Front Office dello Sportello Unico Aziendale, competente territorialmente, apposita "Domanda di Rimborso per Spese di Trasporto per Sedute Dialitiche" compilata secondo l'allegato modello A.

La domanda di rimborso va corredata di:

a) tesserino di esenzione o certificazione attestante lo stato morboso (insufficienza renale cronica) rilasciata dallo specialista di struttura accreditata pubblica o privata

b) attestazione rilasciata dal centro dialisi delle sedute di trattamento eseguite nel mese di riferimento

c) dichiarazione del cittadino dell'utilizzo del mezzo proprio o ricevute rilasciate dai mezzi pubblici (autobus, taxi) qualora il trasporto sia avvenuto con tali mezzi. Sono considerate valide ai fini del rimborso le ricevute che, pur non avendo i requisiti di "ricevuta fiscale", riportino l'intestazione della società che effettua il trasporto, il percorso effettuato, la somma pagata e l'orario di effettuazione del servizio.

d) dichiarazione informativa D.Lgs 196/2003 (solo per la prima volta)

e) dichiarazione delle modalità di rimborso (c/c Banca, delega ecc.) solo per la prima volta, salvo variazioni.

Il personale amministrativo del Front Office dello Sportello Unico provvede ad inviare la documentazione al Back Office il quale, acquisita l'autorizzazione da parte del competente medico del Dipartimento Cure Primarie, provvede a rimborsare la spesa che viene calcolata sulla base di 1/5 del costo della benzina per i chilometri effettuati per recarsi dal proprio domicilio al Centro Dialisi (andata e ritorno), o del costo delle spese sostenute per i biglietti / ricevute dei mezzi pubblici utilizzati.

B) TRASPORTO CON AUTOMEZZO CONVENZIONATO USL

I pazienti dializzati che non sono in grado di recarsi al Centro Dialisi con proprio mezzo a causa delle particolari condizioni cliniche derivanti dalle patologie sottospicificate, necessitano di essere trasportati su barella o sedia a rotelle.

La "Domanda di Trasporto per Sedute Dialitiche" con idoneo automezzo messo a disposizione dall'USL, compilata secondo l'allegato mod. B, è trasmessa dal Centro Dialisi presso il quale è in cura il paziente direttamente al Front Office dello Sportello Unico Aziendale competente territorialmente.

Le patologie

Le patologie del paziente nefropatico che, concorrendo ad aggravare il quadro clinico, comportano la necessità di trasporto su sedia a rotelle o su barella, sono le seguenti:

Patologie osteo-articolari, muscolari e neurologiche

- Artropatie, osteopatie, malattie muscolari e del sistema nervoso centrale o periferico, di natura congenita, degenerativa, post-traumatica, compresi eventuali esiti chirurgici delle medesime, che comunque comportino un grave deficit deambulatorio, consentito con ausili
- Amputazione di arto inferiore non protesizzata, in fase di protesizzazione, o con protesi mal tollerata

Patologie causa di esauribilità muscolare

- Patologie cardiache con grave insufficienza cardio-circolatoria (III/IV classe NYHA)
- Patologie vascolari periferiche gravi (III/IV stadio)
- Gravi insufficienze respiratorie
- Gravi complicanze vascolari e/o neurologiche
- Patologie neoplastiche metastatizzate

La domanda di trasporto

La “Domanda di Trasporto per Sedute Dialitiche” con automezzo messo a disposizione dall’AUSL va trasmessa dal Centro Dialisi direttamente al Front Office dello Sportello Unico Aziendale competente territorialmente.

Il Medico del Centro Dialisi, responsabile della presa in carico del paziente, certifica le condizioni cliniche in base alle quali richiede al competente Ufficio dei Dipartimenti Cure Primarie dell’Azienda USL il trasporto del paziente al Centro Dialisi su sedia a rotelle o in barella.

La certificazione con la richiesta di trasporto può avere carattere definitivo o provvisorio.

Le certificazioni a carattere provvisorio hanno validità trimestrale.

Il Centro Dialisi, in caso di variazione delle condizioni cliniche del paziente, può comunque rilasciare nuova certificazione anche anticipatamente alla verifica trimestrale.

L’Autorizzazione dei Dipartimenti Cure Primarie

Il Front Office dello Sportello Unico, accertata la completezza e la corretta compilazione della domanda, la trasferisce al Dipartimento Cure Primarie territorialmente competente, il quale, avvalendosi eventualmente anche della consulenza dei Medici di Medicina Generale che hanno i pazienti nefropatici tra i propri assistiti e/o del Servizio Sociale dell’Azienda, compie i necessari accertamenti e procede a rilasciare l’autorizzazione al trasporto con autoambulanza o con altro mezzo idoneo al trasporto del paziente su sedia a rotelle messo a disposizione dall’USL.

La gestione dei trasporti

I Dipartimenti Cure Primarie trasmettono allo Sportello Unico l’autorizzazione del trasporto del paziente su sedia a rotelle o su barella.

Lo Sportello Unico inoltra alla Centrale Operativa Trasporti Sanitari la richiesta di trasporto del paziente su sedia a rotelle ovvero su barella, corredata dell’autorizzazione del DCP e del calendario del programma delle sedute dialitiche.

La Centrale Operativa Trasporti Sanitari ha il compito di garantire i trasporti attraverso il coordinamento di automezzi idonei a trasferire i pazienti nefropatici su sedia a rotelle o su barella, dal proprio domicilio ai Centri Dialisi e viceversa, contattando telefonicamente il paziente.

La spesa

Le spese di trasporto con tali automezzi non sono anticipate dal paziente dializzato e successivamente rimborsate, ma vengono sostenute direttamente dall’Azienda USL con imputazione ai Centri di Costo dei Dipartimenti Cure Primarie territorialmente competenti.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' PER IL PUNTO "A"

ATTIVITA'	Paziente	Ufficio Sportello Unico- Dip.ti Cure Primarie	Centro Dialisi
Trasporto con mezzo proprio	R	I	C
Domanda di rimborso per spese di trasporto	R	C	I
Calendario sedute dialitiche	C	C	R
Rimborso spese di trasporto	C	R	I

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' PER IL PUNTO "B"

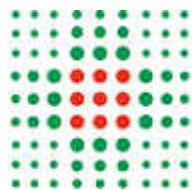
ATTIVITA'	Paziente	Centro Dialisi	Front Office Sportello Unico	Dip.ti Cure Primarie	Centrale Operativa	Medico Medicina Generale	Servizio Sociale
Domanda e certificazione per richiesta trasporto in barella/sedia a rotelle con mezzo USL	I	R	I	/	/	/	/
Istruttoria e verifica corretta compilazione domanda	C	C	R	/	/	/	/
Autorizzazione al trasporto in barella/sedia a rotelle	I	I	C	R	/	C	C
Richiesta di trasporto alla Centrale Operativa	I	I	R	I	C	/	/
Contatto telefonico del paziente per trasporto	C	I	I	I	R	/	/

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

8. ACCESSIBILITA'

La procedura in oggetto è reperibile su DocWeb nonché disponibile nelle pagine WEB dello Sportello Unico, dei Dipartimenti Cure Primarie e del Presidio Unico Ospedaliero e, in formato cartaceo, presso i Centri Dialisi e presso la Centrale Operativa Trasporti.

note: la responsabilità della eliminazione delle copie obsolete della procedura è dei destinatari di questa documentazione



Timbro e firma dell'operatore

MODELLO A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AL FINE DI RICHIESTA DI RIMBORSO PER UTENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO, PAZIENTI ONCOLOGICI CHE NECESSITANO DI CURE PER CENTRI ACCREDITATI FUORI PROVINCIA E VACCINI IPOSENSIBILIZZANTI.

Il/La sottoscritto/a _____ Delegato _____
(nome e cognome del diretto interessato / delegante) (nome e cognome dell'utente delegato)

Nato/a a _____ (_____), il _____
(prov.)

Residente a _____ (_____) via _____ N. Civico _____
(Località) (prov.)

C.A.P. _____ C.F. _____
(Campo obbligatorio) (Codice fiscale) (Campo obbligatorio)

Documento di riconoscimento: _____ n. _____
(Tipo documento) (Numero)

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, così come stabilito dall'art. 76 del DPR 445/00 e che decadono i benefici ottenuti sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'

Di essere in trattamento dialitico e di recarmi presso il Centro Dialisi di _____ con:

- MEZZO PROPRIO
- MEZZO PUBBLICO Indicare quale _____

Allego:

1. tesserini di esenzione o certificazione attestante lo stato morbososi rilasciata dal Medico specialista di struttura Pubblica o Privata accreditata.
2. attestazione rilasciata dal Centro Dialisi delle sedute di trattamento eseguite nel /nei mese/i:

3. ricevute/biglietti dei mezzi pubblici eventualmente utilizzati.

Di essere ipersensibile al veleno da punture degli imenotteri.

Allego:

1. certificazione rilasciata da uno specialista di struttura pubblica che dichiara l'ipersensibilità alle punture degli imenotteri e contenente la prescrizione del vaccino.
2. fattura quietanzata dell'acquisto del vaccino.

Di essere paziente oncologico e di necessitare di cure presso centri accreditati specializzati fuori provincia di Ferrara e di recarmi presso il Centro di _____ con:

- MEZZO PROPRIO
- MEZZO PUBBLICO Indicare quale _____

Allego:

1. dichiarazione rilasciata da uno specialista oncologo operante presso uno degli ospedali della provincia di Ferrara attestante la diagnosi e la necessità di cura presso un Centro Specialistico Accreditato fuori dalla provincia di Ferrara.
2. attestazione rilasciata dal Centro Specializzato Accreditato delle sedute di cure eseguite nel/nei mese/i di _____
3. ricevute/biglietti dei mezzi pubblici eventualmente utilizzati.

PERTANTO CHIEDO IL RIMBORSO DI :

- spese di trasporto euro _____ (specificare solo in caso di utilizzo di mezzi pubblici)
- costo del vaccino euro _____

Sono a conoscenza che i certificati e i documenti trasmessi possono contenere soltanto le informazioni necessarie per il perseguimento delle finalità per cui vengono richiesti e che il trattamento dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003 avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge ed esprimo il mio consenso.

- chiedo che il rimborso avvenga con riscossione diretta presso la Sede o una qualsiasi filiale della Cassa di Risparmio di Ferrara S.p.A.;

- chiedo che il rimborso avvenga con Bonifico Bancario (Postale) senza addebito di alcuna competenza presso:

_____, Filiale di _____
(Denominazione della banca o filiale alla quale verrà destinato il bonifico)

Codice ABI _____ Codice CAB _____ Codice CIN _____

Codice IBAN _____
(obbligatorio)

N.B. Nel caso in cui NON si richieda il rimborso tramite accredito su c/c bancario l'utente dovrà attendere l'arrivo di una comunicazione della banca e recarsi presso qualsiasi filiale della Cassa di Risparmio di Ferrara munito di tale comunicazione, codice fiscale e documento di riconoscimento valido accedendo così al ritiro della somma rimborsata.

_____, li _____ Firma _____

=====<u>Riservato all'Azienda U.S.L. di Ferrara</u>=====
PARERE DEL DIRIGENTE SANITARIO _____
LIQUIDAZIONE DEL FUNZIONARIO AMM.VO _____
IMPORTO EURO _____

CENTRO DIALISI
Ospedale

MODELLO B

Prot. n°

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
Distretto
Azienda USL – Ferrara
SEDE

Oggetto: Richiesta trasporto paziente dializzato / Condizioni cliniche

Ai sensi di quanto previsto dalla I.O. n° 2 del 12/6/2007 REV.1 "La gestione dei trasporti nei trattamenti di dialisi" si certifica che il/la paziente Sig./ra, nato/a a, il....., residente a....., in via.....n°..... in cura presso questo Centro Dialisi è sottoposto a:

- n°..... sedute dialitiche/settimanali
- nei giorni di
- dalle ore..... alle ore.....

Il/la paziente, in quanto nefropatico affetto dalla/e sottosegnata/e patologia/e:

Patologie osteo-articolari, muscolari e neurologiche

- Artropatie, osteopatie, malattie muscolari e del sistema nervoso centrale o periferico, di natura congenita, degenerativa, post-traumatica, compresi eventuali esiti chirurgici delle medesime, che comportano un grave deficit deambulatorio, consentito con ausili
- Amputazione di arto inferiore non protesizzata, in fase di protesizzazione, o con protesi mal tollerata

Patologie causa di esauribilità muscolare

- Patologie cardiache con grave insufficienza cardio-circolatoria (III/IV classe NYHA)
- Patologie vascolari periferiche gravi (III/IV stadio)
- Gravi insufficienze respiratorie
- Gravi complicanze vascolari e/o neurologiche
- Patologie neoplastiche metastatizzate

può essere trasferito dal proprio domicilio a questo Centro solo con l'ausilio di:

- Sedia a rotelle
- Barella
-

La presente certificazione ha carattere:

- Provvisorio (trimestrale) ed è valida fino al.....
- Definitivo

Distinti saluti.

Il Responsabile del Centro Dialisi
Ospedale di
(Dr.....)

Timbro e firma dell'operatore Sportello Unico

=====**Riservato ad Dipartimento Cure Primarie**=====

Vista la documentazione allegata si autorizza il trasporto con mezzo dell'Azienda USL e relativo invio della richiesta alla Centrale Operativa Trasporti Sanitari.

SARA' CURA DELLE CENTRALE OPERATIVA CONTATTARE L'ASSISTITO AL RECAPITO TELEFONICO SOPRA INDICATO PER RELATIVI ACCORDI SUL TRASPORTO.

Data _____

Timbro e firma
