

Tavolo Immigrazione e Salute

Scheda di segnalazione casi di mancata fruizione di servizi/prestazioni sanitari

Iniziali utenti (i dati personali dell'utente sono custoditi nella Cartella/Scheda) _____

Dati personali dell'utente

Età _____

Cittadinanza _____

Genere M F altro

Se donna, barrare se in gravidanza

Anni in Italia

- <1 anno
- 1 (compreso) e 2 anni
- 3-5 anni
- più di 5 anni

Residenza anagrafica registrata: Sì No

Domicilio reale diverso da residenza: Sì No

Permesso di soggiorno (se cittadinanza non UE):

- Valido (specificare tipologia e scadenza)
- Scaduto (specificare tipologia)
- In fase di rinnovo (specificare tipologia)
- Cedolino Questura (specificare scadenza cedolino)
- In attesa primo permesso (specificare tipologia)

Mai avuto

Tipologia

- Lavoro
- Famiglia
- Protezione internazionale
- Richiesta protezione internazionale
- Studio
- Cure mediche (art. 36)
- Cure mediche (art. 19)
- Protezione umanitaria
- Casi speciali
- Protezione speciale
- Altro

Data di scadenza (pds o cedolino)

____/____/____

Tipologia di documento sanitario

- Iscrizione al SSR su base volontaria
- Iscrizione al SSR su base obbligatoria
- STP
- PSU (Emilia-Romagna)
- TEAM
- ENI
- CSCS (Lombardia)

Nessun titolo/documento sanitario

(specificare):

- Mai avuto
- Iscrizione al SSR scaduta
- STP/ENI/PSU scaduta
- Non ce l'ha con sé / difficile da sapere

Descrizione dell'evento

Data in cui avviene evento segnalato

____/____/____

Struttura in cui avviene l'evento

- Ambulatorio stranieri / Sportello STP/ENI
- CUP ASL / sportelli anagrafe sanitaria / uffici esenzione ticket / altri uffici o sportelli per il rilascio di documentazioni mediche presso una ASL
- CUP ospedalieri / altri uffici o sportelli per il rilascio di documentazioni mediche presso un ospedale.
- Reparto ospedaliero / Pronto soccorso.
- Ambulatorio ospedaliero specialistico / Servizio di diagnostica (analisi ecc)
- Ambulatorio ASL specialistico / Servizio di diagnostica (analisi ecc)
- Consultorio _
- Altro _____

Specificare ASL, struttura e indirizzo

Motivo/i di accesso al servizio

- Visita ginecologica / ostetrica non urgente in donna gravida
- Visita medica specialistica
- Visita di medicina generale
- Emergenza / urgenza in donna gravida
- Emergenza / urgenza
- Accertamento diagnostico / altro intervento legato a prevenzione
- Servizio / intervento di riabilitazione
- Prestazione infermieristica
- Iscrizione SSR/SSN
- Rilascio STP / ENI
- Rilascio esenzione ticket
- Altro (specificare)

Barriera riscontrata (è possibile indicare più risposte)

- Difficoltà linguistica
- Scorretta applicazione di regolamento o legge da parte operatori della salute (es. inappropriata richiesta documenti, richiesta illegittima ticket sanitario, illegittimo mancato rilascio esenzione ecc)
- Corretta applicazione di regolamento o legge che rende impossibile la fruibilità di un servizio (es. mancata iscrizione SSR di utenti con pds irregolare secondariamente a problemi residenza)
- Barriera economica: richiesta ticket sanitario legittimo che l'utente non può affrontare
- Altro

Specificare la/e barriera/e precedentemente indicata/e

Conseguenza (è possibile indicare più risposte)

- Mancata visita/accertamento diagnostico/accesso al servizio/prestazione rifiutata
- Visita/accertamento/prestazione effettuato in ritardo o impropriamente
- Pagamento improprio ticket sanitario
- Mancata iscrizione SSR/SSN
- Iscrizione SSR/SSN con assegnazione di medico MMG non nella ASL di effettivo domicilio/medico mmg diverso da quanto richiesto dall'utente
- Iscrizione SSR con scadenza impropria
- Mancato rilascio STP ENI
- Rilascio STP ENI con scadenza impropria
- Mancato rilascio / utilizzo esenzione
- Altro

Specificare la/e conseguenza/e precedentemente indicata/e

Segnalazione basata su:

- Esperienza diretta del compilatore (accompagnamento dell'utente)
- Esperienza riferita

Se si ritiene necessario, aggiungere commenti/note

Compilazione della scheda di segnalazione a carico di:

Regione della segnalazione:

La segnalazione viene inviata anche al referente del GrIS della Regione in cui è avvenuto il caso segnalato, se presente

Associazione / organizzazione / azienda:

Nome e cognome:

Email operatore:

Telefono / cellulare:

Si richiede, se possibile, di essere contattati dal GrIS: Sì No

Segnalazione anonima (i dati di chi ha effettuato la segnalazione non vengono riferiti a terzi al di fuori delle persone incaricate dal Gruppo di Coordinamento dei GrIS)