

ASSOCIAZIONE VOLONTARI ITALIANI SANGUE

Comunale Torino

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E REGIONALE

A cura di

ERNESTO BODINI
giornalista scientifico

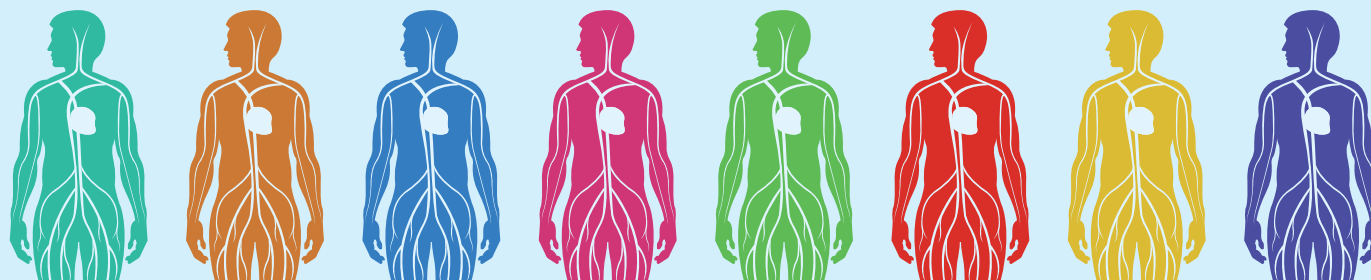
+ CONOSCENZA + PREVENZIONE

In Irlanda si dice: «20 anni per crescere, 40 per lavorare e gli ultimi 20 anni per essere felici...». Ma cosa significa essere felici? Vivere in buona salute, e vivere in buona salute significa non ammalarsi, e per non ammalarsi è bene fare prevenzione, e prevenire significa anche conoscere tutto ciò che è necessario per accedere ai servizi medici, sanitari e assistenziali al fine di essere curati in tempo o non peggiorare e diventare più longevi possibilmente in buona salute! Oggi, grazie al nostro Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 1978), abbiamo a disposizione infinite possibilità di cura e di prevenzione per molte malattie anche se non sempre le cose sono andate per il verso giusto. Le caratteristiche principali del SSN sono: la generalità di tutti i cittadini; la globalità delle prestazioni che sono il completamento della prevenzione; la cura e la riabilitazione; l'uguaglianza di trattamenti, ovvero equità di accesso per tutti. Questo prima dell'avvento del Federalismo (vedi la Riforma del Titolo V della Costituzione con la Legge n. 3 del 18/10/2001).

Per quanto concerne il diritto alla salute e all'assistenza, nel nostro Paese ci avvaliamo del SSN dal 1978 e, dal 2001, per molte prestazioni con modalità diverse (inclusi i costi) del SSR. Il SSN offre una serie di prestazioni, in parte gratuite in

parte con la partecipazione di un ticket (esenti i pazienti aventi diritto); mentre per alcune prestazioni (odontoprotesica, estetica, medicine alternative e/o complementari, etc.) la spesa è a totale carico del paziente. Il ricorso al Pronto Soccorso e l'eventuale ricovero ospedaliero con le prestazioni medico-cliniche sono gratuiti. Le prestazioni più comuni e di interesse generale.

Va anzitutto precisato che ciascun cittadino residente ha il diritto di possedere la personale tessera sanitaria che permette al cittadino di accedere alle prestazioni erogate dal SSN in Italia, ma anche di essere assistiti nei Paesi dell'Unione Europea. Hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN: i nuovi nati residenti in Italia, i cittadini italiani residenti in Italia, i cittadini della UE residenti in Italia, le persone senza fissa dimora, i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti o in attesa del primo rilascio del permesso di soggiorno per lavoro o per motivi familiari, e naturalmente anche i disoccupati. Per ulteriori chiarimenti il numero verde è 800.030.070. Le Regioni assegnano, in base a diversi parametri, le risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie, che le impiegano per garantire ai cittadini l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).



LE TRE AREE DEI LEA

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, comprendendo la prevenzione e i programmi di diagnosi precoce.

Assistenza distrettuale, ossia le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica alla diagnostica ambulatoriale, alla fornitura di protesi e ortesi ai disabili (convenzioni permettendo), dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali, alle strutture semiresidenziali e residenziali.

Assistenza ospedaliera, in Pronto Soccorso, in ricovero ordinario, in Day Hospital e Day Surgery, in strutture per la lungodegenza, la riabilitazione ecc...



Ticket sanitario

Il ticket sanitario è stato istituito dal SSN nel 1989 come compartecipazione diretta alla spesa sanitaria da parte dei pazienti (che non ne sono esenti), le cui entità si differenziano da regione a regione. Il relativo pagamento è per le prestazioni che sono afferibili alla specialistica ambulatoriale (visite specialistiche, esami diagnostici, esami di laboratorio), farmaceutica, per il P.S. (codici bianchi: 25,00 €) e per le cure termali.

Gli importi sono stabiliti dalla regione di appartenenza. Per le cure termali ne possono fruire i cittadini affetti da

determinate malattie. Al cittadino può essere riconosciuto il diritto all'esenzione, parziale o totale, dal ticket sulla base di particolari situazioni sanitarie o sociali: esenzione per reddito ed età, esenzione per patologia cronica e rara, esenzione per invalidità, esenzione per diagnosi precoce di tumore, esenzione in gravidanza, esenzione per il test dell'Hiv.

Fornitura di ausili protesici e ortesici

Il SSN garantisce alle persone con minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali "dispositivi" per favorirne l'autonomia (per periodi limitati o illimitati). Ciascuna ASL autorizza entro 20 giorni dalla richiesta quanto prescritto dallo specialista di riferimento; in caso di non risposta vale il silenzio-assenso. Per la fornitura dei prodotti prescritti esiste un Nomenclatore Tariffario (DM 329/99) che li elenca. Accedono a questo diritto di prestazione: invalidi civili, di servizio, privi della vista, sordomuti, minori con invalidità permanente; chi è in attesa di accertamento della propria condizione e non può deambulare o non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita; chi attende il riconoscimento del suo stato invalidante; pazienti laringectomizzati, tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, portatori di catetere permanente. Ma

anche persone che hanno subito l'amputazione di un arto, donne mastectomizzate, pazienti ricoverati in strutture sanitarie accreditate alle quali il medico abbia certificato la necessità e l'urgenza del dispositivo.

Per alcuni dispositivi a carico del paziente, lo stesso può fruire di agevolazioni come ad esempio l'IVA al 4%. Hanno diritto all'esenzione i cittadini di età inferiore a 6 anni e quelli di età superiore ai 65 anni se appartenenti allo stesso nucleo familiare con reddito cumulativo di 36.151,98 € annuo; i disoccupati e familiari a carico con un reddito del nucleo inferiore a 8.263,31 €, elevato a 11.362,05 € nel caso di coniuge a carico, più ulteriori 516,46 € per ogni figlio a carico; i titolari di pensione sociale, i titolari di pensione minima con oltre 60 anni di età e familiari a carico.

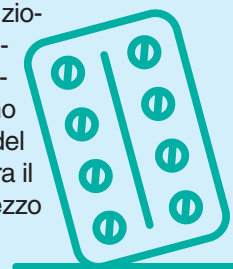
Fruizione dei farmaci



I farmaci gratuiti sono quelli di fascia A e H appropriati alle proprie condizioni; per i farmaci di fascia C si paga l'intero importo che peraltro si può detrarre dalla propria denuncia dei redditi. Dal 1° marzo 2019 la Regione Piemonte ha abolito il ticket sui farmaci, compartecipazione alla spesa che era in vigore dal 2002. Inoltre, le ricette dei medici di medicina generale, necessarie per prenotare e accedere alle prestazioni specialistiche del SSN riguardanti la diagnostica strumentale e di laboratorio, hanno validità di sei mesi.

Farmaci generici o equivalenti

Per quanto riguarda i farmaci "di marca" per i quali esiste in commercio il corrispondente "generico" o "equivalente" (ossia un prodotto di uguale composizione, formula farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e indicazioni terapeutiche uguali) se il cittadino chiede il medicinale "di marca" invece del "generico" dovrà pagare la differenza tra il prezzo del medicinale richiesto e il prezzo di rimborso del "generico".



Codici di priorità e liste d'attesa



Quando il paziente lamenta un sintomo e si reca dal proprio medico curante per farsi visitare ed ottenere una ipotesi di diagnosi, in caso di prescrizione per un approfondimento diagnostico e/o terapeutico sulla ricetta deve (o dovrebbe) essere indicato uno dei vari gradi di priorità finalizzata alla prenotazione stessa. Ma quando si contatta il Sovracup regionale per la prenotazione, non di rado il paziente si deve scontrare proprio con le lunghe liste d'attesa, sia perché il medico ha "dimenticato" di indicare il codice di priorità nell'apposita casella sulla ricetta, sia perché il paziente non chiede lumi in merito, e sia perché egli stesso a volte sottovaluta la possibile urgenza per ottenere quella determinata prestazione, sia in ospedale sia sul territorio.

Tali codici sono suddivisi in classi:

U: prestazione urgente e non rimandabile, che deve essere garantita entro 72 ore dalla richiesta;

B: prestazioni che sono differibili (comunque entro 10 giorni dalla richiesta);

D: prestazioni che sono differibili (comunque entro 30 giorni per le prime visite, entro 60 per le prestazioni diagnostiche);

P: prestazione programmabile, non urgente (comunque erogabile entro 180 giorni). Ci sono però alcuni esami che non richiedono prenotazione (esami del sangue, urine, ecc.).

Inoltre, si ricorda che per l'accesso ambulatoriale a Ginecologia, Pediatria e Odontoiatria non è prevista la prenotazione, mentre è dovere del cittadino disdire la prenotazione di una visita o di un esame entro due giorni dalla data prenotata; in difetto, il cittadino è tenuto a corrispondere ugualmente il ticket della prestazione che avrebbe dovuto ottenere. Sono inoltre fissate condizioni e modalità per usufruire delle esenzioni dal pagamento del ticket in caso di visite specialistiche o accertamenti diagnostici.

Il diritto all'esenzione per reddito è previsto per alcune condizioni personali e sociali associate a determinate situazioni reddituali. L'assistito esente per reddito può effettuare, senza alcuna partecipazione al costo (ticket), tutte le prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN necessarie e appropriate alla propria condizione di salute.

Queste le tipologie di esenzione previste in Piemonte: per reddito, ne hanno diritto i cittadini che appartengono alle categorie che seguono (Legge 537/1993 e successive modificazioni, art. 8 comma 16); per invalidità, gravidanza, malattie croniche invalidanti, diagnosi precoce dei tumori, esami diagnostici legati al ricovero. Il medico di medicina generale (MMG) e il pediatra di libera scelta (PLS) sono i primi interlocutori per ogni assistito, che lo hanno scelto senza alcun vincolo, ai quali sono affidati i compiti di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi e cura riabilitativa di primo livello e di pronto intervento. Il MMG e il PLS possono essere cambiati (senza alcuna giustificazione) su richiesta del paziente in qualunque momento rivolgendosi agli sportelli della propria ASL.



Il medico assicura le seguenti prestazioni

- visita medica ambulatoriale e domiciliare, prescrizione di farmaci, richieste di visite specialistiche e di accertamenti diagnostici sia strumentali sia di laboratorio, proposta di ricovero alla struttura ospedaliera, proposta di cure domiciliari alternative al ricovero;

- rilascio gratuito dei seguenti certificati medici previsti dagli accordi nazionali: a) certificati di riammissione a scuola dopo malattia; b) certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportiva non agonistica solo in ambito scolastico; c) certificati di malattia per i lavoratori.

Può rilasciare a pagamento (con un preciso tariffario) le seguenti certificazioni:

- certificazioni di invalidità civile o di infortunio sul lavoro, - certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche, prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previste dall'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale ovvero le prestazioni richieste e svolte in fasce orarie notturne, prefestive e festive, visite ambulatoriali e domiciliari occasionali effettuate da un medico di famiglia che non è il proprio. Nel caso lo specialista operi nella struttura pubblica, la visita viene effettuata in ospedale o sul territorio previa corresponsione del ticket per chi non è esente. La visita specialistica si prenota telefonicamente attraverso un CUP (Centro Unico di Prenotazione). Per le prenotazioni in tutta la Regione contattare il nuovo Call Center: 800.000.500 (attivo tutti i giorni dalle 8 alle 20). Non è consentito scegliere il nome dello specialista mentre si può scegliere la struttura dove si intende andare. La visita in libera professione (intramoenia) avviene quando il medico che opera nel SSN utilizza le strutture ospedaliere (o ambulatori pubblici o privati accreditati) e deve essere svolta dopo il suo normale orario di servizio. La parcella è stabilita dallo stesso concordandola con la Direzione dell'Asl. La prestazione deve essere prenotata presso l'ufficio prenotazioni di quella struttura, e della stessa deve essere emessa debita fattura. È poi possibile essere visitati dallo specialista privato che opera nel proprio studio o in studi associati (extramoenia). Si rammenta che il MMG, oltre a visitare e prescrivere visite specialistiche, esami strumentali e farmaci, può anche predisporre il ricovero ospedaliero. Per poter usufruire dei servizi per gli anziani non autosufficienti occorre richiedere una valutazione all'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) della propria Asl di residenza, la cui Commissione è composta da medici, infermieri e assistenti sociali.

L'interessato può farsi assistere dal proprio medico in sede di valutazione. Tale visita serve per valutare il livello di non autosufficienza dell'anziano e individuare le risposte più adatte a risolvere o prevenire problemi sociali e sanitari. Nel caso emerga la necessità di inserire l'anziano in una struttura residenziale sociosanitaria, l'UVG assegna alla persona un punteggio che tiene conto, oltre che del grado di salute e autonomia, anche della situazione abitativa e socio-familiare. Di norma la visita si svolge presso un ambulatorio dell'Asl, ma se il paziente è impossibilitato a muoversi e tale condizione viene certificata dal medico curante (di famiglia) la sua visita viene effettuata presso la sua abitazione.

Per le certificazioni di invalidità

Dal 1° gennaio 2010 per ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile o del sordomutismo, la persona disabile (o il suo rappresentante legale, patronati o associazioni di categoria) deve presentare la richiesta di riconoscimento all'INPS e non più agli sportelli di medicina legale delle Asl. Il MMG invierà all'Ente una dettagliata relazione sulle condizioni di salute del suo paziente e sarà poi l'INPS ad attivare la procedura e convocare il paziente (entro 60 giorni) per la visita da parte di un'apposita Commissione. E sarà cura del paziente esibire alla Commissione la documentazione clinica aggiornata, possibilmente prodotta da strutture sanitarie pubbliche. Tutti i disabili di una certa gravità, anche di età inferiore ai 65 anni, dal 2010 possono usufruire di un assegno di cura, che varia a seconda della gravità e delle esigenze del soggetto. Possono fare richiesta presso la sede del Distretto sanitario o del Consorzio socio-assistenziale del proprio territorio. In base al grado di non autosufficienza e alle necessità sanitarie e sociali della persona sarà definito il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). La cosiddetta RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) è un presidio residenziale prevalentemente sanitario, destinato ad ospitare definitivamente o temporaneamente (ricoveri di sollievo) soggetti che per la loro gravità e dipendenza non possono essere gestiti in altre strutture, richiedendo quindi un livello medio di assistenza sanitaria ed un livello alto di assistenza tutelare. Il responsabile sanitario della RSA ha compiti di coordinamento delle attività all'interno in cui operano il MMG, l'infermiere, l'assistente domiciliare per l'assistenza alla persona. Inoltre, può essere presente il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e l'animatore (volontario). Altre figure possono essere messe a disposizione dell'Asl. La cosiddetta RAF (Residenza Assistenziale

Flessibile) è un presidio destinato a soggetti non autosufficienti, che offrono prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere ed un sufficiente livello di assistenza sanitaria. Vi operano il MMG, l'infermiere professionale, l'assistente domiciliare; eventualmente il fisioterapista, il terapeuta occupazionale e l'animatore (volontario), oltre ad altre figure professionali come il geriatra, lo psicologo, etc.

Il SSN garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, le cosiddette cure tutelari, ossia percorsi assistenziali domiciliari che prevedono un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi necessari a stabilizzare il quadro clinico, limitare il peggioramento funzionale e migliorare la qualità della vita. È un servizio erogato sulla base di un Progetto Assistenziale Individuale elaborato durante la visita presso l'UVG. Il servizio è gratuito per pazienti con basso reddito (ISEE), mentre è prevista una compartecipazione alla spesa se con redditi superiori al minimo.

In relazione alle tipologie di cure e al bisogno di salute della persona queste le tipologie di cure domiciliari: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio del paziente non deambulante, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non è in grado di recarsi o di essere trasportato presso l'ambulatorio. L'attivazione viene fatta dal medico di famiglia. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) assicura alle persone affette da patologie gravi, non autosufficienti, cure sanitarie presso il proprio domicilio, e comprende visite del medico di MMG e degli specialisti, prestazioni infermieristiche e riabilitative. L'attivazione viene effettuata dal medico di famiglia. L'ADI può essere sospesa per una serie di motivi.

Diritto alla "second opinion" per i pazienti gravi

Forse a non pochi medici capita di essere interpellati da pazienti, soprattutto se colpiti da una neoplasia, per una seconda opinione sia per quanto riguarda la diagnosi sia per la terapia. Sono ancora molti i pazienti ansiosi che, con il loro fardello di esami clinici, dopo il primo responso si trovano a dover fare il cosiddetto "giro delle sette chiese", talvolta emigrando anche all'estero, con la speranza di incontrare il luminare che dia loro un secondo parere e il conforto di un responso meno negativo. Ma come si arriva ad individuare lo specialista per avere una "second opinion"? È evidente che, al di là della rassicurazione dal punto di vista legale, il condividere e soddisfare l'esigenza di questi pazienti è un fatto non solo oggettivo ma anche culturale, la cui carenza in Italia è data dal fatto che il nostro SSN sottovaluta questo diritto, peraltro presente solo nella Carta dei diritti del malato, proposta dall'allora ministro Umberto Veronesi. Perché dunque continuare a negare un diritto avendo a disposizione medici specialisti di chiara competenza ed esperienza, strutture tecnico-sanitarie e terapie farmacologiche all'avanguardia? Conoscendo un po' più da vicino il mondo medico e sanitario, quando ho potuto e quando le circostanze me lo hanno consentito, mi sono prodigato segnalando uno o più professionisti di riferimento che si sono resi disponibili nel loro ruolo istituzionale (previa impegnativa del SSR).

Sono essenzialmente quattro i motivi per chiedere un secondo parere, soprattutto da parte dei malati oncologici:

- quando si tratta di una malattia molto seria, se la diagnosi viene sbagliata la prima volta, potrebbe non esserci una seconda chance;
- il medico è un essere umano e quindi può sbagliare;
- un altro medico può notare delle cose che il primo non ha visto;
- un altro medico può sapere delle cose che il primo non sa.

CURE PALLIATIVE GRATUITE PER I MALATI INGUARIBILI

La rete nazionale deve garantire la continuità assistenziale del malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio. Tutti i pazienti affetti da una patologia inguaribile e in fase avanzata hanno diritto a ricevere cure palliative gratuite, peraltro previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dalla Legge 38/2010. Le cure palliative sono erogate da specialisti (oncologi/palliativisti) per il controllo del dolore e degli altri sintomi; e altri operatori per il sostegno psicologico, sociale e spirituale e programmi di supporto al lutto per i familiari. I pazienti possono essere trattati al domicilio o, nell'impossibilità, ricoverati in strutture sanitarie denominate hospice (con la possibilità di avere un familiare accanto per l'intero periodo del ricovero), dove si avvalgono anche dell'attività di volontari. Elemento fondamentale delle cure palliative è la continuità dell'intero progetto assistenziale individuale.