

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

1

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito con la legge nr. 833 nel 1978. I suoi principi guida sono universalità e solidarietà, poiché scopo del SSN (finanziato dalla solidarietà fiscale) è quello di assicurare assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza discriminazione alcuna. Il singolo cittadino ha la facoltà di decidere dove farsi curare e da quali professionisti che lavorano nelle strutture pubbliche e private accreditate.

Il sistema opera in base a tre principi fondamentali:

- **Domanda:** è costituita dai cittadini che necessitano di cure;
- **Produzione:** realizzata grazie al lavoro, al capitale, a beni e servizi, la produzione è costituita dalla prestazioni sanitarie (per esempio la diagnosi e la cura di patologie, ma anche le iniziative per la prevenzione primaria o secondaria e la riabilitazione del malato) che puntano a promuovere una condizione di salute dei cittadini.
- **Finanziamento:** è di natura pubblica, basato su una fiscalità diretta e indiretta riscossa dalle Regioni. Alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) spetta inoltre la riscossione diretta di altre entrate legate al pagamento del ticket e alle prestazioni effettuate a pagamento. Il SSN amministra questi fondi per assicurare una forma di assistenza sanitaria efficiente e adeguata alle esigenze della popolazione.

Organizzazione

Il Servizio Sanitario Nazionale si articola su due piani di competenza e organizzazione: un livello centrale e un livello regionale.

Livello centrale:

A livello centrale opera lo Stato, il cui compito consiste nel garantire alla cittadinanza, attraverso i LEA (Livelli



Essenziali di Assistenza), il diritto alla salute previsto dall'articolo nr. 32 della Costituzione Italiana. I LEA sono stati definiti nel 2001: si tratta di un insieme di servizi e prestazioni sanitarie fondamentali che lo Stato è tenuto ad assicurare ai cittadini, a seconda dei casi gratuitamente o prevedendo il pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Livello regionale:

A questo livello sono le Regioni che organizzano le prestazioni sanitarie e gestiscono il finanziamento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere.

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

Fanno parte dei Livelli Essenziali di Assistenza tre tipi di assistenza:

- **Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:** garantisce i servizi intesi a salvaguardare la salute del singolo o della comunità in caso di rischi negli ambienti di vita e di lavoro, le prestazioni veterinarie e di salvaguardia degli alimenti, le vaccinazioni, la prevenzione tramite diagnosi, le attività di medicina legale;
- **Assistenza distrettuale:** comprende i servizi diffusi in modo più spe-

cifico sul territorio, come per esempio l'assistenza sanitaria di base e ambulatoriale, quella farmaceutica, termale, protesica, l'assistenza ambulatoriale e domiciliare sul territorio e in strutture residenziali (comunità terapeutiche, case famiglia, residenze per anziani e disabili, ecc.), l'assistenza odontoiatrica (prevista solo per alcune prestazioni e per cittadini con requisiti specifici);

- **Assistenza Ospedaliera:** indica l'insieme di attività e servizi forniti in ambito ospedaliero, come il pronto soccorso, day hospital e day surgery, il ricovero ordinario, trapianti, trasfusioni, percorsi di riabilitazione, ecc.

Alcune categorie di cittadini hanno diritto a una forma di **assistenza specifica** che risponde a esigenze particolari, come le persone affette da patologie rare o invalidanti, soggetti affetti da fibrosi cistica, diabete mellito, Morbo di Hansen, persone in trattamento dialitico, invalidi e cittadini residenti in Italia ma autorizzati alle cure all'estero.

Vi sono delle prestazioni sanitarie che non rientrano nei LEA, per molteplici motivi: perché non garantiscono

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

in modo diretto la tutela della salute della persona, perché non supportati da prove scientifiche sulla loro efficacia, perché riconducibili a patologie o disabilità non gravi e di carattere transitorio. Rientrano in questa categoria prestazioni come gli interventi di chirurgia estetica, i servizi di medicina non convenzionale, l'attività di fisioterapia legata a problemi temporanei e non gravi, le certificazioni mediche rilasciate per interesse privato (a eccezione di quelle per giustificare l'assenza dal lavoro o da scuola o quelle richieste per attività sportive a scuola).

Enti

L'ente centrale di riferimento per il Servizio Sanitario Nazionale è il Ministero della Salute; il Servizio Sanitario Nazionale è strutturato in una serie di organi ed enti che si collocano, a seconda dei casi:

- **a livello nazionale** (l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'Agenzia Italiana del Farmaco, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali);
- **a livello territoriale** (Regioni e Province autonome, ASL, Aziende Ospedaliere).

Aziende Sanitarie Locali (ASL)

Le Aziende Sanitarie Locali sono enti che si occupano di assicurare le prestazioni e i servizi sanitari previsti dai LEA nel territorio di riferimento e costituiscono l'interlocutore cui devono rivolgersi i cittadini italiani per iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale. Dipendono dalle ASL diversi tipi di strutture pubbliche e private accreditate:

- **Ospedali:** si tratta di strutture che svolgono compiti di diagnosi, cura e ricovero avvalendosi di particolari attrezzature e personale specializzato. Negli ospedali si realizzano svariati tipi di servizi e prestazioni, tra cui il pronto soccorso, il ricovero ordinario, il day hospital e il day surgery, trasfusioni, trapianti e riabilitazione.

- Il cittadino ha la facoltà di scegliere a quale ospedale rivolgersi, sia che si tratti di una struttura pubblica o privata convenzionata.

- Può essere interessante approfondire qui in particolare i principali aspetti del **pronto soccorso**, un servizio che assicura adeguata assistenza, 24 ore su 24, per coloro che abbiano immediato e urgente bisogno di cure.

Il paziente che si affida al pronto soccorso viene accolto da personale infermieristico specializzato che valuta il suo stato, attribuendogli un livello di priorità secondo una codifica internazionale che si articola in quattro possibilità: rosso (se si riscontra un serio pericolo di vita del paziente che ha così precedenza assoluta); giallo (se la condizione del paziente è grave, ma non tanto da comportare un serio pericolo di vita; il paziente andrà visitato al più presto, ma dopo i casi con codice rosso); verde (la condizione del paziente non è grave e il paziente andrà visitato dopo i casi con codice rosso e giallo); bianco (la condizione del paziente non richiede alcuna urgenza e il paziente può rivolgersi al medico di base).

Nel caso di un codice bianco, il paziente privo di particolari esenzioni deve versare un ticket di € 25, come misura dissuasiva del ricorso al Pronto Soccorso in assenza di un'effettiva urgenza o gravità.

- **Ambulatori:** sono strutture dove, grazie a personale medico specializzato, vengono svolte attività di analisi e visite, riabilitazione ed esami radiologici. Alcune delle prestazioni in ambito ambulatoriale sono soggette al pagamento di un ticket.

- **Consultori:** sono strutture diffuse sul territorio con il fine di promuovere la salute della donna, dei bambini e della coppia da un punto di vista psico-fisico. Si avvale della collaborazione di varie figure professionali che operano nell'ambito sanitario e psico-sociale e assicurano un ampio spettro di servizi, tra cui: consulenze per affrontare problematiche psicologiche e difficoltà sociali, attività di prevenzione contro i tumori nella popolazione femminile, visite ginecologiche e corsi di preparazione al parto, consulenze e visite sulla contraccezione e per l'interruzione volontaria della gravidanza, servizio di vaccinazioni obbligatorie.



Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

- **Uffici per le Relazioni con il Pubblico (URP):** hanno il compito di assistere il cittadino offrendo informazioni sui servizi degli ospedali e delle ASL e ricevono i reclami dei cittadini. Agli URP è affidato anche il compito di monitorare la qualità e le criticità dei servizi resi dal Servizio Sanitario Nazionale, insieme alle esigenze manifestate dall'utenza. Gli URP puntano così a migliorare il rapporto tra la cittadinanza e il Servizio Sanitario, potenziando la qualità delle prestazioni sanitarie.
- **Centri Unici per le Prenotazioni (CUP):** si occupano di gestire le prenotazioni per le prestazioni sanitarie, informando i cittadini sul tempo di attesa e sulle strutture disponibili per la particolare esigenza di visita o cura. Per prenotare un'analisi o una visita è necessario disporre della tessera sanitaria, del codice fiscale e della prescrizione preparata dal proprio medico di base. Il CUP è l'interlocutore cui fare riferimento anche nel caso in cui si debba modificare o cancellare una prenotazione.

Iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale

Hanno facoltà di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale i cittadini italiani, i cittadini della Comunità Europea e i cittadini extracomunitari. All'atto dell'iscrizione, il cittadino riceve la Tessera Sanitaria nazionale (TS) che dovrà presentare ogni volta che si avvale di un servizio o una prestazione socio-sanitaria. L'iscrizione al SSN è condizione necessaria per poter scegliere un medico di base o un pediatra di scelta libera di riferimento.

I cittadini stranieri senza permesso di soggiorno non possono ottenere la normale iscrizione al SSN, ma possono ottenere una tessera particolare che permette loro di accedere ad alcune

cure sanitarie.

Tutte le categorie di cittadini che possono iscriversi al SSN devono recarsi all'ASL competente per territorio; a seconda dei casi cambia la documentazione che si dovrà fornire:

- I **cittadini italiani** devono presentare un'autocertificazione di residenza, un documento di identità in corso di validità e il codice fiscale;
- I **cittadini della Comunità Europea** devono presentare un'autocertificazione della residenza; un'autocertificazione dei dati anagrafici; il permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato dalla Questura (o, in caso fosse scaduto, la ricevuta relativa alla richiesta di rinnovo dello stesso); il codice fiscale e, se si proviene da una ASL diversa, la tessera sanitaria.
- I **cittadini extracomunitari** devono presentare un'autocertificazione dei dati anagrafici; l'attestato di residenza anagrafica o l'attestato di richiesta di residenza o di soggiorno permanente rilasciato dal Comune di residenza; contratto di lavoro per i lavoratori subordinati o iscrizione alla Camera di Commercio per i lavoratori autonomi oppure l'iscrizione alle liste del Centro per l'impiego per i disoccupati precedentemente occupati; eventuale formulario E106 o E109 o E 120 o E 121 rilasciati dal paese di provenienza; codice fiscale.

Nel caso dei cittadini minori, saranno i genitori o chi esercita la patria potestà a richiedere l'iscrizione presentando la documentazione necessaria.

I **cittadini stranieri senza regolare permesso di soggiorno** non possono iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale. Purché abbiano il visto di ingresso



possono però ottenere la tessera di Straniero Temporaneamente Presente (STP) che assicura loro l'accesso all'assistenza sanitaria presso ambulatori e ospedali nei casi di urgenza perché è a rischio la salute della persona. Ciò non comporta, per i cittadini clandestini, il rischio di essere denunciati e le cure sono erogate gratuitamente per coloro che non possono pagare.

Tessera Sanitaria nazionale

La Tessera Sanitaria nazionale (TS) viene rilasciata dal Ministero dell'Economia e delle Finanze anche per sostituire la vecchia tessera sanitaria cartacea e il tesserino del codice fiscale. Oltre che sul territorio nazionale, ha validità nei Paesi dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo e in Svizzera, andando così a sostituire i modelli E110, E111, E119 e E128.

La nuova tessera sanitaria è una tessera di tipo magnetico, sulla quale figurano i dati anagrafici della persona, il suo codice fiscale, la data di scadenza e altre informazioni cui si può accedere con un lettore a penna ottica. Essa non sostituisce il Libretto Sanitario (su cui sono annotate le eventuali categorie di esenzione di appartenenza e il nome del medico di base).

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

Tessera Europea di Assicurazione Malattia

La Tessera Sanitaria svolge anche la funzione di TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) in luogo del vecchio modello E111, e assicura l'assistenza sanitaria per le cure necessarie negli Stati aderenti all'Unione Europea e allo Spazio Economico Europeo. Le relative spese mediche sono sostenute direttamente dal SSN italiano; bisogna però ricordare che le cure di alta specializzazione non sono comprese in questa copertura.

Medico di base e del pediatra di libera scelta

Dopo essersi iscritto al SSN il cittadino ha la facoltà di scegliere il suo medico di base (o medico di famiglia) che assicura le visite e le cure ai suoi assistiti presso il proprio studio o a domicilio; prescrive, quando necessario, visite specialistiche, analisi e farmaci e rilascia certificati. Lo sportello cui rivolgersi è l'Ufficio Scelta e Revoca presso la propria ASL di competenza.

Il pediatra ha compiti analoghi rispetto al medico di base, ma segue assistiti da 0 a 14 anni.

Appena un bambino nasce è importante rivolgersi all'Ufficio Scelta e Revoca per scegliere uno dei pediatri di-

sponibili. Il bambino passerà al medico di base una volta compiuti 14 anni, anche se, presentando una specifica richiesta, è possibile passare al medico di famiglia anche all'età di 6 anni.

Medici e pediatri di base sono tenuti ad assicurare le loro prestazioni dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 20, scegliendo gli orari più opportuni e con un numero di ore di lavoro che sia proporzionale rispetto al numero complessivo dei loro assistiti.

Farmacie e farmaci

Le farmacie sono strutture in convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale presso le quali vengono venduti i farmaci.

Attualmente la presenza delle farmacie sul territorio nazionale è capillare, per una media di una farmacia ogni 3.300 abitanti circa. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di farmacie private e riunite nell'associazione di categoria FederFarma, la Federazione Nazionale dei titolari di farmacia in Italia (cui si affianca la Federazione Ordini Farmacisti Italiani che coordina i diversi ordini dei farmacisti esistenti e fornisce rappresentatività ai farmacisti su scala nazionale).

I farmaci in commercio sono organizzati in tre fasce, la fascia A, la fascia C

e la fascia H; i farmaci delle fasce A e C possono essere acquistati presso tutte le farmacie. Vediamo più nel dettaglio quali sono le caratteristiche delle differenti categorie di farmaci:

- **Farmaci di fascia A:** questa categoria comprende i farmaci gratuiti perché fondamentali per assicurare le cure che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, come per esempio i farmaci antidiabetici, gli antitumorali e gli antibiotici.

Tali farmaci possono essere acquistati solo su presentazione della ricetta medica, che è riconosciuta nella regione di emissione. I farmaci sono erogati gratuitamente, tuttavia il cittadino (se non in possesso di una particolare esenzione) è tenuto al versamento di una quota fissa di compartecipazione pari a 2 € a confezione, per un limite massimo di 4 € per ricetta. È prevista una riduzione del ticket nel caso di cittadini con invalidità civile o del lavoro superiore a 2/3: in questo caso il cittadino paga 1 € a confezione, con un massimo di 3 € per ricetta.

Il Ministero della Salute compila su base periodica una lista dei medicinali di fascia A. L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) si occupa di stilare un elenco dei medicinali equivalenti di fascia A e dei loro prezzi. In questo caso il prezzo equivale all'importo massimo rimborsato dal Sistema Sanitario Nazionale per il medicinale. Come indicato in precedenza, i medicinali devono essere prescritti dal medico tramite apposita ricetta. Se il medicinale prescritto ha un costo superiore rispetto al valore rimborsabile per quel farmaco, il farmacista può sostituire il farmaco che compare nella ricetta con uno equivalente, ma a prezzo di rimborso (ciò non è possibile nel caso in cui la ricetta rechi l'indicazione "non



Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

sostituibile"). Il paziente ha naturalmente la facoltà di decidere di acquistare il farmaco indicato dal suo medico pagando la differenza tra il prezzo massimo rimborsabile e il prezzo effettivo del medicinale che acquista.

- **Farmaci di fascia C:** sono farmaci destinati alla cura di patologie lievi e minori e non prevedono rimborso da parte del Sistema Sanitario Nazionale (anche i cittadini con esenzione sono tenuti a pagarli). Alcuni di loro sono acquistabili senza ricetta medica.

- **Farmaci di fascia H:** fanno parte di questa categoria i farmaci per uso ospedaliero e per le ASL e non sono venduti in farmacia.

Prescrizione dei farmaci:

Come abbiamo visto, esistono farmaci che possono essere acquistati in modo libero, mentre altri possono essere venduti soltanto a chi si presenta con apposita prescrizione medica realizzata attraverso la ricetta.

La ricetta costituisce un'autorizzazione scritta rilasciata dal medico a vendere medicinali a coloro che ne hanno necessità; essa reca sempre pertanto dati essenziali come il nome del farmaco, i dati del medico con la firma e la data. Esistono diversi tipi di ricette mediche:

- **Ricetta medica semplice:** viene utilizzata, per esempio, per prescrivere farmaci che possono comportare un rischio anche con l'uso normale. Se si tratta di una ricetta medica semplice del Servizio Sanitario Nazionale, l'utente acquista i farmaci a titolo gratuito o con una riduzione e il farmacista trattiene la ricetta per richiedere il rimborso dei farmaci erogati.



- **Ricetta medica ripetibile:** si impiega per la prescrizione di farmaci comuni, per i quali il medico non deve ogni volta controllare l'utilizzo da parte del paziente (sulla confezione del medicinale compare la scritta "Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica"). Ha una validità di sei mesi e può essere utilizzata per l'acquisto di un numero massimo di 10 confezioni del medicinale riportato. Ogni volta che il paziente ha necessità di acquistare il farmaco dovrà presentare la ricetta al farmacista, il quale vi annoterà prezzo del farmaco, data e timbrerà la ricetta. Questo tipo di ricetta non dà diritto ad alcuna riduzione sul prezzo del farmaco acquistato.

- **Ricetta medica da rinnovare:** detta anche "non ripetibile", è un tipo di ricetta usata per prescrivere medicinali il cui utilizzo deve essere monitorato dal medico per scongiurare il rischio che insorgano danni seri alla salute (sulla confezione del farmaco compare la scritta: "da vendersi dietro prescrizione di ricetta medica utilizzabile una sola volta").

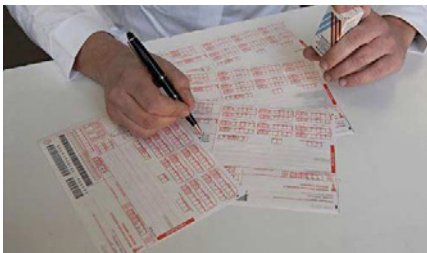
Il farmacista deve trattenere questa ricetta, una volta che il paziente l'ha utilizzata. Se tuttavia sulla ricetta (che ha validità di 30 giorni) sono riportate più confezioni dello stesso farmaco, il paziente può tornare più volte in farmacia per l'acquisto e il farmacista deve conservare la ricetta e rilasciare al paziente una ricevuta che contenga i dati del medicinale e il numero delle confezioni che possono ancora essere acquistate.

- **Ricetta medica speciale:** è riservata alla prescrizione di farmaci analgesici oppiacei impiegati nella terapia del dolore prevista per determinate patologie. Su di essa sono riportati, insieme ai dati del paziente, anche le modalità di somministrazione del medicinale, con tempi e dosi. La ricetta deve essere ritirata dal farmacista e se è stata erogata dal Sistema Sanitario Nazionale, al farmacista ne vanno consegnate due copie, una per il farmacista stesso e una da far pervenire al SSN per il rimborso del farmaco.

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

6

- **Ricetta medica limitativa:** è utilizzata per i farmaci che possono essere impiegati e distribuiti solo in certi casi specifici, come quelli utilizzati in ambito ospedaliero, quelli vendibili al pubblico solo tramite prescrizione dell'ospedale o di uno specialista o quelli impiegati direttamente dallo specialista in ambulatorio.



Farmaci senza prescrizione

I farmaci senza prescrizione sono quei medicinali che possono essere acquistati senza ricetta medica e si dividono in due categorie:

- **Farmaci su consiglio:** sono medicinali a bassa tossicità che si possono acquistare su consiglio del medico o del farmacista (rientrano in questa categoria, per esempio, i farmaci omeopatici);
- **Farmaci da banco:** si tratta di farmaci di automedicazione acquistabili liberamente, a prezzo intero, senza bisogno di una consultazione con il medico. Chiamati anche OTC (da "Over the counter", cioè "sopra il bancone"), servono per curare disturbi di lieve entità, come per esempio tosse, mal di gola, raffreddore, mal di testa, dolori mestruali ecc. Non si tratta di medicinali tossici o pericolosi per la salute (anche se è sempre buona norma leggere attentamente il foglio illustrativo, attendendosi alle indicazioni per un corretto utilizzo) e possono essere pubblicizzati previa autorizzazione del Ministero della Salute.



Ticket sanitario

Con il pagamento del ticket, il cittadino partecipa alla spesa sanitaria. In assenza di particolari esenzioni, il ticket è dovuto da tutti i pazienti con un'età compresa tra i 6 e i 65 anni.

È competenza delle Regioni decidere se e in che misura adottare il ticket, quindi il suo importo varierà a seconda della Regione di riferimento e in base al tipo di prestazione di cui si usufruisce. L'importo massimo previsto è pari a 36,15 € per ricetta, tenendo conto del fatto che ogni ricetta può prescrivere non oltre otto prestazioni afferenti alla stessa area specialistica. Nel caso in cui il numero di prestazioni superi questo limite, o le prestazioni si riferiscano ad aree specialistiche diverse, il cittadino dovrà pagare altri ticket.

Il pagamento del ticket va effettuato prima di usufruire della relativa prestazione; di solito è possibile pagare il ticket presso la struttura sanitaria che eroga il servizio sanitario, la ASL o il CUP di riferimento, oppure con bollettino postale.

È possibile inoltre richiedere un rimborso per il ticket pagato con riferimento a un servizio di cui non si è usufruito, compilando un apposito

modulo fornito dal CUP, a patto di cancellare la prenotazione con almeno due giorni di anticipo.

Il ticket va corrisposto per accedere ai seguenti servizi o prestazioni:

- **Prestazioni in ambulatorio:** se non si rientra in una particolare esenzione, è dovuto il pagamento del ticket per prestazioni ambulatoriali come, per esempio, le analisi di laboratorio, le visite specialistiche, le attività di riabilitazione o di diagnosi strumentale, ecc.
- **Day Service:** è una modalità di assistenza pensata per affrontare i casi in cui la situazione clinica di un paziente richiede un'indagine prolungata e multidisciplinare per arrivare a una diagnosi. Il ticket da pagare viene conteggiato al termine del percorso e può avere un importo massimo di 36,15 € per ogni area specialistica per cui sono state erogate delle prestazioni sanitarie durante il day service.
- **Pronto soccorso:** è dovuto il pagamento del ticket sanitario per prestazioni di pronto soccorso nel caso in cui il paziente non venga ricoverato in seguito alle prestazioni o il medico che visita il paziente confermi il codice bianco attribuito dall'infermiere al suo arrivo in pronto soccorso. Se le prestazioni sono state richieste da autorità di pubblica sicurezza o nel caso di infortunio sul lavoro del paziente con assicurazione INAIL non è dovuto il pagamento del ticket. Anche nel caso di prestazioni con codice bianco non sarà dovuto il ticket qualora queste siano state prescritte dal medico di base. Sono inoltre esenti dal pagamento del ticket, oltre ai pazienti appartenenti alle categorie esenti, i minori di 14 anni e i cittadini con oltre 65 anni.

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

- **Prestazioni odontoiatriche:** hanno accesso a prestazioni odontoiatriche senza pagamento di ticket i cittadini con un reddito ISEE inferiore a 7.500 €, oppure affetti da determinate patologie o ancora i bambini fino ai 6 anni di età. I pazienti che hanno diritto ad accedere all'assistenza odontoiatrica, ma hanno un reddito ISEE compreso tra i 7.500 e i 14.000 € sono tenuti alla partecipazione economica e al pagamento del ticket (in particolare, per i redditi ISEE da 7.500 a 12.500 € saranno dovuti fino a 40 € per prestazione, mentre per i redditi da 12.500 e 14.000 € saranno dovuti fino a 80 € per prestazione).



- **Acquisto di farmaci:** per acquistare determinati farmaci il paziente è tenuto al versamento di una quota fissa di compartecipazione pari a 2 € a confezione, per un limite massimo di 4 € per ricetta. È prevista una riduzione del ticket nel caso di cittadini con invalidità civile o del lavoro superiore a 2/3: in questo caso il cittadino paga 1 € a confezione, con un massimo di 3 € per ricetta.

Esenzione dal ticket

Esistono delle categorie di cittadini esenti dal pagamento del ticket, che non devono cioè pagare il ticket o lo pagano in forma ridotta. L'esenzione richiede che ricorrano determinate caratteristiche in merito a uno o a più dei seguenti fattori: età e reddito, la condizione di disoccupazione, la condizione di invalidità, la presenza di determinate patologie o malattie croniche. Vediamo nel dettaglio le categorie di esenzione esistenti:

- **Esenzione per età e reddito:** è legata a condizioni di reddito particolarmente basso. Per chi rientra in questa esenzione non è dovuto il ver-

samento del ticket sanitario e risultano così gratuiti i servizi di diagnostica, laboratorio e altre prestazioni di aree specialistiche, mentre l'esenzione dei farmaci è regolamentata dalle diverse regioni, competenti in materia.

Di norma risultano esenti per età e reddito:

- Bambini di età inferiore ai 6 anni che fanno parte di un nucleo familiare con un reddito pari o inferiore a 36.151,98 € lordi all'anno;
- Anziani di età superiore ai 65 anni che fanno parte di un nucleo familiare con un reddito pari o inferiore a 36.151,98 € lordi all'anno;
- I titolari di una pensione sociale insieme con i familiari a loro carico;
- I titolari di una pensione minima che hanno oltre 60 anni insieme con i familiari a loro carico, se fanno parte di un nucleo familiare con un reddito inferiore a 8.263,31 € lordi annui (se il coniuge produce reddito questo limite è fissato a 11.362,05 € lordi all'anno, mentre se vi sono figli a carico il limite viene incrementato di € 516,46 per ciascun figlio);
- I titolari di assegni familiari unitamente ai familiari a carico;

- i disoccupati che siano iscritti alle liste di collocamento unitamente ai familiari a loro carico, sempreché facciano parte di un nucleo familiare dal reddito annuo lordo inferiore ai 8.263,31 € (se il coniuge produce reddito questo limite è fissato a 11.362,05 € lordi all'anno, mentre se vi sono figli a carico il limite viene incrementato di € 516,46 per ciascun figlio).

Per usufruire dell'esenzione si può autocertificare la condizione di esenzione sul retro della ricetta medica oppure richiedere all'ASL l'apposito tesserino di esenzione da esibire quando necessario.

- **Esenzione per invalidità:** è legata a una condizione di invalidità. Per chi rientra in questa esenzione non è dovuto il versamento del ticket sanitario (oppure è dovuto in misura ridotta) per i servizi di diagnostica, laboratorio e altre prestazioni di aree specialistiche, mentre l'esenzione per l'acquisto di farmaci è regolamentata dalle diverse regioni, competenti in materia.

Ulteriori dettagli sull'accesso ai servizi sanitari

Di norma sono esenti per invalidità civile, di servizio o di lavoro:

- a. coloro che hanno un'invalidità lieve, tra il 33,3% e il 66,6%;
- b. coloro che hanno un'invalidità medio-grave, tra il 66,6 e il 99%;
- c. coloro che hanno un'invalidità grave, del 99%.

In particolare, hanno diritto a una esenzione totale:

- gli invalidi civili con invalidità del 100% con o senza indennità di accompagnamento, i minori con indennità di accompagnamento o di frequenza, i ciechi e i sordomuti;
- i grandi invalidi per servizio appartenenti alla I categoria e gli invalidi per servizio appartenenti alle categorie che vanno dalla II alla V;
- gli invalidi del lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai 2/3 e i grandi invalidi del lavoro;
- vittime di stragi e atti terroristici.

È prevista invece l'esenzione parziale per gli invalidi di guerra dalla VI alla VII categoria, per gli invalidi del lavoro che soffrono di una riduzione della capacità lavorativa fino a 2/3 e per gli invalidi di servizio dalla VI alla VIII categoria.

La tessera di esenzione viene rilasciata dalla ASL su presentazione, da parte dell'interessato o di un suo delegato, della documentazione necessaria che, oltre alla carta di identità, al codice fiscale, alla tessera sanitaria comprende, a seconda dei casi: il verbale della Commissione di Invalidità Civile (per gli invalidi civili), un apposito attestato del Ministero del Tesoro (per gli invalidi di guerra), l'attestato INAIL (per

gli invalidi del lavoro) o il certificato rilasciato dalla Commissione Medica Ospedaliera (per gli invalidi di servizio).

- **Esenzione per malattia cronica o rara:** al paziente affetto da una malattia cronica o rara è riconosciuto il diritto di esenzione dal ticket sanitario, o al pagamento ridotto dello stesso per alcune o per tutte le prestazioni relative alla diagnostica, per i servizi di laboratorio e altre prestazioni di natura specialistica; le disposizioni in merito sono di competenza regionale.

- **Esenzione per malattia cronica e invalidante:** al paziente affetto da una malattia cronica e invalidante è riconosciuto il diritto di esenzione dal ticket sanitario, o al pagamento ridotto dello stesso, per alcune o per tutte le prestazioni relative alla diagnostica, per i servizi di laboratorio e altre prestazioni di natura specialistica; le disposizioni in merito sono di competenza regionale.

Vi sono in totale 51 malattie croniche e invalidanti riconosciute, ognuna delle quali è corredata da un elenco di prestazioni rispetto alle quali chi è affetto dalla patologia è esente.

La tessera di esenzione viene rilasciata dalla ASL su presentazione, da parte dell'interessato o di un suo delegato, della documentazione necessaria che comprende, oltre alla carta di identità, al codice fiscale e alla tessera sanitaria, una certificazione di invalidità rilasciata dalla ASL, o da un'Azienda Ospedaliera, o da un ente di ricerca o da un istituto sanitario pubblico di uno Stato

dell'Unione Europea. In alternativa l'utente può presentare uno dei seguenti documenti: un attestato emesso dalla commissione medica presso un ospedale militare; la copia di una cartella clinica relativa a un ricovero avvenuto presso una struttura pubblica o privata accreditata, o la copia del verbale riguardante il riconoscimento dell'invalidità.

La tessera di esenzione ha generalmente validità di un anno e su di essa figurano, insieme ai dati del malato, il nome della patologia con il relativo codice e le prestazioni cui si ha diritto di ricorrere in esenzione.

- **Altre esenzioni:** sono previste forme di esenzione anche per altre categorie di cittadini, come le vittime di stragi e atti terroristici, i cittadini che hanno subito la deportazione nei campi di concentramento e i cittadini con restrizione della libertà (esenzione totale). In alti casi **l'esenzione è temporanea**, perché legata a una condizione che potrebbe cambiare nel tempo o a una patologia che potrebbe regredire. Rientrano in questa categoria, per esempio, le donne in stato di gravidanza, i donatori di sangue o di organi e tessuti, i pazienti per cui si sospetta che siano affetti da HIV, i pazienti che hanno riportato danni dalle vaccinazioni obbligatorie o trasfusioni, i giovani con età inferiore ai 18 anni che devono accertare l'idoneità per intraprendere un'attività sportiva agonistica presso una società dilettantistica e i pazienti colpiti da malattie rare o croniche che devono essere iscritti nelle liste di attesa per un trapianto.