Regione Toscana

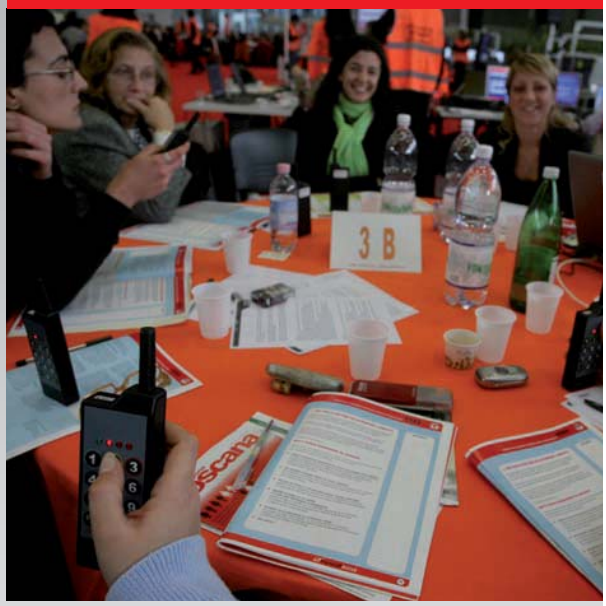
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

avventurauRbana

le vie della partecipazione

townmeeting 2007

partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria



guida del partecipante
17 novembre 2007

ioPartecipAttivo ioPartecipAttivA

6:00

MEETING
Foto Box

Indice

Introduzione

2 Saluti di Enrico Rossi (Assessore al Diritto alla Salute)
3 Saluti di Agostino Fragai (Assessore alle Riforme istituzionali, al rapporto con gli Enti Locali e alla Partecipazione dei cittadini)

4 **Il Town Meeting per la sanità toscana**
4 Cos'è il Town Meeting e quali caratteristiche avrà questo evento
4 Come sono stati definiti gli argomenti da discutere
6 I temi da discutere
6 Qual è il vostro ruolo?
6 Cosa fare prima dell'evento?

7 **Contenuti del Town Meeting**

7 **Tema 1- TICKET SÌ O TICKET NO**

7 Che cos'è il ticket e a cosa serve
7 Che cos'è
7 A che cosa serve
8 Perché si paga il ticket
8 Perché la spesa sanitaria è in continua crescita
9 Perché si pensa che il ticket serva a regolare l'accesso ai servizi sanitari
11 Come si applica il ticket in Toscana
11 Per quali servizi si paga il ticket
11 Quanto si paga di ticket
11 Cosa vi chiederemo

12 **Tema 2- CHI È GIUSTO CHE PAGHI IL TICKET?**

12 Che cosa sono le esenzioni
12 Diverse esenzioni per i diversi servizi
14 Come funziona il sistema di pagamento
14 Come si dimostra che si ha diritto a non pagare?
14 Come dovrebbe funzionare il pagamento e come funziona
15 Introiti diversi dalle diverse aziende sanitarie
16 Quanti servizi vengono pagati e quanti no?
16 Esami, visite e terapie esentate dal ticket in Toscana
16 I cittadini esentati: una "famiglia" di cui si sa poco
16 Cosa vi chiederemo

16 **Tema 3- SERVIZI SANITARI DI TERRITORIO**

16 Il Pronto Soccorso e le piccole urgenze
16 Quali sono le piccole urgenze per cui si finisce al Pronto Soccorso
17 Un costo in più per tutti un beneficio per pochi
17 Chi va al Pronto Soccorso per codici bianchi e azzurri?
18 Ma si può evitare di andare al Pronto Soccorso per le piccole urgenze?
18 La guardia medica
18 I Punti di Primo Soccorso del 118
18 Le associazioni dei medici di famiglia
20 Cosa vi chiederemo

saluti di Enrico Rossi

(Assessore al Diritto alla Salute)

La contribuzione diretta del cittadino alle prestazioni del servizio sanitario nazionale è da sempre uno degli argomenti più controversi della gestione della sanità pubblica (di ogni politica sanitaria). Certamente non si può non fare almeno un cenno all'origine del problema. Ad un certo punto, il "sistema Italia" ha dovuto fare i conti con una spesa la cui crescita non era più sostenibile o rapportabile alla ricchezza prodotta (da tempo e non solo in sanità). Riforma dei sistemi, razionalizzazione della spesa, ottimizzazioni, lotta agli sprechi, ma anche contribuzione diretta dei cittadini sono state e sono tuttora le soluzioni poste in essere.

Al di la delle forme ed in parte anche della discontinuità, in cui la contribuzione (in particolare) è stata chiesta, certamente sarebbe opportuna una riflessione nel merito specifico per non confinarla nell'ambito della fiscalità generale, ma per esaminarla alla luce degli obiettivi e delle aspettative percepite dai cittadini verso il sistema sanitario.

Nei sistemi sanitari universalistici e solidaristici (come quello italiano) garantiti dalla fiscalità generale, è lecito porsi la domanda se sia giusto o meno chiedere anche un contributo economico diretto ai cittadini nel momento in cui ricorrono alle prestazioni del servizio.

E' obbligatorio farsi questa domanda perché il cittadino è sempre più informato e sempre più autonomo nella valutazione della equità e della qualità dei servizi offerti dal sistema sanitario.

Sono in molti a chiedersi se sia o meno conveniente reperire direttamente le risorse per offrire servizi migliori e, per esempio, abbattere i tempi di attesa per ricevere le prestazioni (soprattutto ambulatoriali) che affliggono il cittadino.

Sono in molti però a chiedersi anche e contemporaneamente se ciò non rischi di produrre l'effetto opposto: incentivare chi ha redditi medio-alti ad uscire dal sistema sanitario e contrattare servizi ad hoc nel privato, lasciando nel pubblico solo chi ha livelli di reddito medio-bassi e inferiori, condannando, inevitabilmente il sistema ad un livello sempre più basso di entrate e quindi di efficienza.

La regione ha deciso di porre queste domande, in tutta la loro complessità direttamente ai cittadini senza la mediazione dei canali rappresentativi o dei meccanismi di concertazione, o della (spesso controproducente) semplificazione referendaria.

Un campione rappresentativo della popolazione toscana, sarà chiamato ad esprimersi su questi temi in occasione di un town meeting che si terrà a Marina di Carrara ed in altre 9 sedi decentrate sul territorio, il prossimo 17 novembre.

L'occasione è storica, è la prima del genere in sanità in Toscana e ci è sembrata troppo allettante per non cercare di conoscere anche qualcosa su alcuni settori di attività come i nostri Pronto Soccorso: perché tanti cittadini, il cui problema di salute non è caratterizzato dalla gravità o dall'urgenza, si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso? Perché non si rivolgono al proprio medico di famiglia o ai servizi di guardia medica? Sarà interessante conoscere una risposta diretta ma non improvvisata, elaborata su elementi di conoscenza oggettivi, con il confronto di più opinioni, con il parere di tecnici del settore.

La guida vuole essere un utile strumento, per i partecipanti al "town meeting", per conoscere ad un livello sufficientemente approfondito le tematiche che verranno affrontate nelle discussioni ai tavoli e con brevi interviste agli esperti.

Alla fine il cittadino sarà chiamato ad esprimersi: sarà un voto consapevole, informato, che corrisponderà al processo di conoscenza che ha maturato ed a ciò che considera giusto.

Con il metodo del town meeting, si persegue non la "prima impressione", il sentito dire, il pregiudizio o l'opinione diffusa, ma interessa invece conoscere ciò che il cittadino vuole veramente, e la guida che viene proposta è solo la parte iniziale del percorso che lo porterà ad esprimersi in tal senso, attraverso l'indispensabile confronto con gli altri e una maturazione necessaria per colmare il più possibile i vuoti di informazione o le aree confuse cui siamo tutti più o meno esposti nei rapporti con la pubblica amministrazione.

Ti auguro una buona lettura e ti ringrazio di cuore per la tua partecipazione a questa iniziativa.

saluti di di Agostino Fragai

(Assessore alle Riforme istituzionali, al rapporto con gli Enti Locali e alla Partecipazione dei cittadini)

Un anno fa, per la prima volta in Italia, la Regione Toscana decise di coinvolgere i cittadini in un grande evento di democrazia deliberativa, al fine di costruire i contenuti di una legge regionale sulla partecipazione dei cittadini: il 18 novembre del 2006, 408 cittadini, più altri cento volontari, si trovarono a Marina di Carrara per lavorare, per una giornata intera, alla definizione dei contenuti di questa legge, con la tecnica innovativa dell'electronic Town Meeting.

Ad un anno di distanza la proposta di legge, che riflette i risultati di quell'evento, è stata approvata dalla Giunta regionale ed è ora approdata al Consiglio per la sua discussione e successiva approvazione (per maggiori informazioni si veda il sito www.regione.toscana.it/partecipazione).

Ma la Toscana non è che all'inizio di un percorso, volto a promuovere e ad utilizzare, con sempre maggiore frequenza e capacità, gli strumenti che possono migliorare la partecipazione dei cittadini: attraverso metodi strutturati, informazioni precise ed il contributo di esperti che possono accrescere l'efficacia dei risultati.

Quest'anno la Regione Toscana, tramite l'Assessorato alla Partecipazione e quello al Diritto alla Salute, decide di svolgere un altro evento di democrazia deliberativa con la tecnica del Town Meeting, questa volta su un argomento importante e più vicino alla sensibilità dei cittadini: la compartecipazione alla spesa sanitaria.

È questo il segno di un impegno che continua e che crediamo, con l'entrata in vigore della legge all'inizio del 2008, caratterizzerà una nuova stagione nel rapporto tra cittadini e istituzioni in Toscana.

Il Town Meeting per la sanità toscana

Cos'è il Town Meeting e quali caratteristiche avrà questo evento

Il Town Meeting (TM) è un metodo per fare discutere tante persone insieme e per conoscere le loro opinioni, man mano che si formano o si modificano, sia collettivamente che individualmente.

I partecipanti discutono in **gruppi** di 10-15 persone, riuniti attorno a tavoli rotondi ai quali siede un facilitatore, che ha il compito di sorvegliare la discussione e garantire che si svolga in maniera fluida e democratica. I momenti di discussione si alternano a momenti di incontro con degli esperti. Infine i partecipanti, dotati di un telecomando individuale, esprimono le proprie preferenze attraverso il **televoto**.

Il TM di quest'anno sarà aperto ad un **pubblico di circa 250 cittadini estratti a sorte** e avrà luogo in **ben nove sedi diverse**, collegate con un sofisticato sistema tecnologico che permetterà a tutti i cittadini coinvolti di partecipare attivamente.

Il luogo in cui avrà sede la regia dell'evento è lo stesso dello scorso Town Meeting, lo spazio di Carrara Fiere. Le altre sedi saranno localizzate a Follonica, Abbadia San Salvatore, Firenze, Empoli, San Marcello Pistoiese, Prato, Arezzo, Livorno e Siena e accoglieranno cittadini provenienti da bacini di affluenza confinanti o limitrofi.

Come sono stati definiti gli argomenti da discutere

Il tema principale attorno al quale saranno incentrate tutte le sessioni di lavoro è la **compartecipazione alla spesa**. Si tratta di un tema estremamente importante, sia per la rilevanza che esso assume nell'ambito delle politiche sanitarie regionali, sia per l'impatto che può avere nella percezione dei cittadini, chiamati a discutere di un argomento che li tocca direttamente. Un altro dei temi che si reputano strategici per il miglioramento dei servizi, ed il contenimento dei costi, è quello dei **servizi sanitari territoriali**.

L'Assessorato ha voluto coinvolgere sia gli addetti ai lavori e gli esperti, sia tutti i soggetti tradizionalmente deputati alla rappresentanza di gruppi di interesse, nella costruzione dei diversi punti di vista che andranno messi a confronto. A questo proposito si è attivata una **fase di ascolto** volta all'approfondimento dei temi di discussione, svolta attraverso lo svolgimento di una serie di interviste e una batteria di incontri di lavoro – con la metodologia dei focus group tematici. L'interpretazione dei risultati dell'indagine ha potuto beneficiare del contributo del Prof. Luigi Bobbio, esperto di analisi di politiche pubbliche dell'Università di Torino, e già componente del comitato scientifico del Town Meeting sulla Legge della Partecipazione svolto lo scorso anno.

Complessivamente sono stati coinvolti 112 soggetti, in rappresentanza delle strutture sanitarie, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni no profit.

Il principale obiettivo degli incontri è stato quello di raccogliere le informazioni necessarie alla descrizione del funzionamento dell'attuale sistema di compartecipazione alla spesa e alla formulazione delle domande da sottoporre ai cittadini.

Soggetti contattati per la costruzione dei contenuti del Town Meeting[1]

Alberti Franco (Avis San Sepolcro), **Allegrin Giuliana** (AUSL 8), **Angius Stefania** (operatore di sportello CUP AUSL 4 di Prato), **Aquisti Maria** (Misericordia San Sepolcro), **Arnetoli Fabio** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Assistenza Sanitaria), **Baldi Fabio** (Presidente Tribunale Diritti del Malato), **Baldi Paola** (Regione Toscana, Direzione Generale Organizzazione e Sistema Informativo, Settore Statistica), **Baldini Egizia** (AUSL 4 di Prato, Settore Servizi Sociali), **Bartaloni Cesare** (SdS AVC), **Bastianoni Anna Maria** (AUSL 8 di Arezzo), **Becarelli Patrizia** (AUSL 7 di Siena), **Berni Giancarlo** (Osservatorio per l'emergenza e urgenza del Consiglio Sanitario Regionale), **dott.ssa Bernocchi** (Comitato di Partecipazione SdS Area Pratese), **Bertani Roberto** (AUSL 6 di Livorno), **Berti Franco** (AUSL 6 di Livorno), **Betti Filippo** (Comunità montana e Comune di Caprese), **Biagi Vinicio** (Regione Toscana, Assessorato Politiche Sociali), **Bianchi Silvano** (Assessorato Sanità/ Sociale Comune di Pieve Santo Stefano), **Biacolini Sergio** (Società della Salute Casentino), **Bonanno Maria** (CRI San Sepolcro), **Boncompagni Luigi** (Comune di San Sepolcro), **Boschi Vasco** (SPI CGIL Pensionati), **dott.ssa Calvani** (Coordinatore Servizi Sociali AUSL 4 di Prato, Direttore Società della Salute, Area Pratese), **Caniggia Maria** (Unione Nazionale Consumatori), **Cansini** (Società della Salute Firenze Sud-Est), **Cantini Andrea** (MMG AUSL 11 di Empoli), **Cappelli Daniela** (CGIL), **Ceretelli Igilio** (Associazione Italiana Narcolettici), **Cerullo Domenico** (AUSL 3 di Pistoia), **Daurù Nadia** (Regione Toscana, Direzione Generale Organizzazione e Sistema Informativo, Settore Statistica), **Del Ministro Valerio** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Assistenza Sanitaria), **Donati Carla** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Finanza), **Fabbri Gabriele** (AUSL 8 di Arezzo), **Faenzi Giovanna** (Regione Toscana, Assessorato Politiche Sociali, Settore Governo socio-sanitario), **Ferretti Anna** (Confcooperative Federsolidarietà), **Figliuolo Denys** (Sicvo, Associazione italiana Sindrome del Vomito Ciclico), **Fioravanti Patrizia** (AUSL 4 di Prato, Distretto Prato Sud), **Fortini Alberto** (AUSL 3 di Pistoia), **Franchini Luciano** (Avis Toscana), **Garuglieri Nadia** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Medicina Predittiva-Preventiva), **Gasparrini Vittorio** (Ufficio del Difensore Civico Regionale), **Gelli Federico** (Giunta Regionale), **Gioffrè Domenico** (Tribunale per i diritti del malato, Cittadinanzattiva), **Giorni Loredano** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Farmaceutica), **Giovannini Valtere** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Area di Coordinamento Sanità), **Giuliani Patrizia** (CGIL funzione pubblica), **Giusti Emanuele** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Sistema Informativo e ICT), **Gori Ledo** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute), **Grifoni Stefano** (AOU Careggi Firenze), **Izzo Francesco** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute), **Laniera Michele** (Dipartimento Emergenza e Urgenza, Presidio Ospedaliero "Misericordia e Dolce", AUSL 4 di Prato), **Lastrucci Claudio** (AUSL 10 di Firenze), **Lensi Alessandro** (AUSL 2 di Lucca), **Lenzi Franco** (Fratres Toscana), **Leto Andrea** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Medicina Predittiva-Preventiva), **Maciocco Gavino** (Università degli Studi di Firenze), **Macrì Roberto** (CISL Toscana), **Mangini Giuseppe** (AUSL 10 di Firenze, Società della Salute N/O), **Marcucci Elisabetta** (Centro diritti del Malato, membro della Commissione Mista Conciliativa AUSL 4 di Prato), **Mariotti Vania** (Società della Salute Pratese), **Mazzei Sara** (Dipartimento Emergenza e Urgenza, Presidio Ospedaliero "Misericordia e Dolce", AUSL 4 di Prato), **Mazzini Doriana** (AUSL 10 di Firenze), **Menna Enrica** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Settore Sistema Informatico e ICT), **Montaini Carlo** (distretto, AUSL 8 di Arezzo), **Monticini Cristina** (TDM Arezzo), **Moretti Alessandra** (TDM Arezzo), **Nassi Rossella** (Ospedale San Sepolcro, AUSL di Arezzo), **Nuti Sabina** (MeS Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa), **Pacini Cristina** (componente della Consulta e membro dello staff di Direzione SdS Area Pratese), **Palazzeschi Lamberto** (Sindaco Comune di Pieve Santo Stefano), **Panaro Concetta** (CUP Azienda osp. universitaria pisana), **Panti Antonio** (Consiglio sanitario regionale), **Pattarino Eugenio** (FIMMG Toscana), **Pazzagli Alessandra** (Federconsumatori, Consulta del Volontariato, AUSL 8 di Arezzo), **Pecorari Riccardo** (AUSL 8 di Arezzo), **Peraldo Massimo** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute, Area di Coordinamento Sanità) , **Pesci Alessandra** (AUSL 10 di Firenze), **Pirozzi Giuseppina** (Adiconsum), **Polvani Flora** (CUP, AUSL 4 di Prato), **Possenti Andrea** (Tribunale per i Diritti del Malato, Cittadinanzattiva), **Prestia Riccardo** (Avis Toscana), **Puglia Piergiovanni** (Cittadinanzattiva), **Radicetti Daniela** (AUSL 8 di Arezzo), **Renato Ferrucci** (Società della Salute Empoli), **Renzi Giancarlo** (Comune di Sestino), Rizzo Giovanna (USL 8), **Romei Romeo** (Federconsumatori), **Romeo Cristina** (U.R.TO. FAR), **Rosselli Alessandro** (Dipartimento emergenza e urgenza azienda, AUSL 10 di Firenze), **Rouf Alessandro** (Associazione Titolari Farmacie Firenze), **Rulli Franco** (Forum Malattie Rare), **Salvadori Patrizia** (Direttore SdS Avc ASL 5), **dott. Santini** (medico di medicina generale, Prato), **Simone Grazia** (Adiconsum Toscana), **Simonelli Angela** (AUSL 1 di Massa e Carrara), **Simonti Cosetta** (Regione Toscana, Assessorato Diritto alla Salute), **Spisni Laura** (AUSL 5 di Pisa), **Stolzi Daniele** (CGIL Toscana), **Tacchini Antonio** (Società della Salute Firenze Sud-Est), **Tafi Alessandro** (AUSL 5, Pisa), **Tizzi Giovanni** (Società della Salute Senese), **Tomaiuolo Matteo** (AOU Careggi Firenze), **Tramonti Laura** (ARS, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana), **Tricca Silvia** (AUSL 8 di Arezzo), **Turci Antonella** (Regione Toscana, Presidenza, Settore Tutela dei Consumatori e degli utenti), **Turlese Tosi Livia** (Confconsumatori), Ucci Mauro (FIMMG), **Vannocchi Marisa** (CUP, AUSL 8 di Arezzo), **Vannucci Sandra** (URP ASL 4 Prato), **Varoni Beatrice** (URP, AUSL 4 di Prato), **Vergni Valerio** (CRI San Sepolcro), **Viviani Luisa** (Associazione Italiana Assistenza Spastici, membro della Commissione Mista Conciliativa AUSL 4 di Prato).

I temi da discutere

Gli argomenti principali da discutere, in tre sessioni consecutive di discussione, sono i seguenti:

Sessione 1. **TICKET SÌ O TICKET NO**
in questa sessione vi sarà chiesto se siete a favore o contro al ticket e perché

Sessione 2. **CHI È GIUSTO CHE PAGHI IL TICKET**
in questa sessione vi sarà chiesto se pensate che l'attuale sistema di esenzioni sia giusto oppure se e come esso vada modificato

Sessione 3. **SERVIZI SANITARI DEL TERRITORIO**
in questa sessione vi sarà chiesto di ragionare sull'uso di alcuni servizi per le piccole emergenze e se pensate sia meglio potenziarne alcuni oppure altri

Nella seconda parte di questa guida troverete maggiori informazioni sugli argomenti e su come possono essere affrontati nella discussione

Qual è il vostro ruolo?

Ai partecipanti si chiede di contribuire con la propria creatività e capacità di ascolto alla buona riuscita dell'evento. Per questo è fondamentale che i partecipanti si impegnino nel partecipare alle discussioni

- con un atteggiamento aperto e democratico, disposto ad ascoltare con rispetto le opinioni degli altri;
- con un linguaggio semplice e sintetico, facendo commenti brevi e precisi.

Si ricorda che l'obiettivo della discussione non è quello di perseguire ad ogni costo un accordo, ma di fare emergere delle proposte che possano orientare le politiche dell'Assessorato regionale: man mano che le alternative saranno raccolte sarà possibile costruire una serie di domande con le relative opzioni da votare.

Durante la giornata sarà possibile richiedere, tramite i Facilitatori di Tavolo, il supporto di un esperto, oppure assistenza informatica.

Cosa fare prima dell'evento?

È molto importante **leggere attentamente questa guida**.

Uno degli obiettivi fondamentali del TM è quello di assicurare ai partecipanti un buon livello di informazione sui temi posti al centro della discussione, in modo che il dibattito si possa svolgere in modo "informato", quanto meno nelle sue linee generali.

Nella sezione che segue si trovano alcuni documenti elaborati proprio allo scopo di preparare i momenti di discussione.

[1] I nomi e le relative organizzazioni di appartenenza presenti nell'elenco derivano dalle indicazioni fornite dall'Assessorato Diritto alla Salute di Regione Toscana o sono state direttamente raccolte dai soggetti intervistati e che hanno partecipato ai focus group.
(per AUSL si intende l'azienda sanitaria territoriale, per AOU l'azienda ospedaliero-universitaria)

Contenuti del Town Meeting

tema 1

Ticket sì o ticket no

Che cos'è il ticket e a cosa serve

Che cos'è

Il ticket è la somma che i cittadini pagano per effettuare un esame diagnostico (come un'analisi di laboratorio, una risonanza magnetica o un elettrocardiogramma), o per fare una visita specialistica (ad esempio da un ortopedico, un urologo o un ginecologo) presso un ambulatorio o un ospedale pubblico o una Struttura privata convenzionata (o, come si dice anche, "accreditata"), nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Il pagamento di un ticket può essere dovuto anche per visite e prestazioni effettuate al Pronto Soccorso per problemi di salute non urgenti e/o di minore importanza: l'argomento sarà approfondito più avanti.

Come vedremo, in molti casi i cittadini sono esentati dal pagamento del ticket. Se invece il cittadino effettua un esame medico o una visita specialistica "a pagamento" (o "privatamente" come si dice), allora deve pagare la tariffa della prestazione stabilita dalla struttura (o dal professionista).

A che cosa serve

Il ticket contribuisce a pagare una parte della spesa sanitaria in Toscana. Vediamo a quanto ammonta questo contributo:

- Nel 2006 con il ticket le strutture sanitarie toscane (aziende sanitarie territoriali e aziende ospedaliero-universitarie) hanno incassato circa **92 milioni e 500 mila euro**. Questa somma è pari all'**1,6% del Fondo sanitario regionale** (5 miliardi e 700 milioni di euro circa), che rappresenta la quasi totalità delle risorse a disposizione della sanità in Toscana. Negli anni precedenti le entrate derivanti da ticket erano pari a percentuali analoghe, fra l'1,8% e l'1,6%.
- Le **entrate da ticket non vengono usate per scopi specifici**, ma finiscono nell'insieme delle risorse a disposizione delle aziende sanitarie che le raccolgono. Il loro impiego quindi non può essere distinto da quello delle altre risorse delle aziende. Le somme raccolte con il ticket provengono per lo più dai ticket posti sugli esami e le visite specialistiche, infatti è **molto bassa la quantità di risorse provenienti dal ticket del Pronto soccorso**.
- Se si considerano solo le entrate a disposizione delle strutture sanitarie per pagare gli esami e le visite specialistiche, il peso dei ticket diventa molto più significativo. Nel 2006 infatti le entrate da ticket hanno rappresentato poco meno del 16% delle risorse utilizzate per le visite e gli esami specialistici. In sostanza con il **ticket sugli esami e le visite si copre più di un sesto del costo di queste prestazioni**. Quindi, anche se in termini percentuali le somme raccolte con il ticket rappresentano una quota molto bassa del complesso delle risorse per la sanità (come abbiamo visto, fra l'1,6 e l'1,8%), esse sono molto più rilevanti se si considerano solo le visite e le prestazioni specialistiche (16%).

Se si abolissero i ticket, occorrerebbe quindi trovare una fonte alternativa per raccogliere queste risorse. Tanto per fare alcuni esempi, con la somma derivante dal ticket si può pagare l'equivalente di 276.000 risonanze magnetiche del cervello, o quattro milioni di radiografie al torace, oppure 35 milioni di analisi delle urine. Secondo alcuni (sindacalisti, rappresentanti delle associazioni dei diritti dei malati), si potrebbe fare a meno del ticket eliminando gli sprechi esistenti e riorganizzando i servizi in modo da ottenere dei risparmi, tali da recuperare quindi le risorse oggi raccolte con il ticket.

Perché si paga il ticket

Perché la spesa sanitaria è in continua crescita

Sia in Italia che all'estero, la ragione principale che viene portata a favore dell'utilizzo dei ticket per i servizi sanitari sta nella carenza delle risorse finanziarie a disposizione, di fronte ad una **spesa sanitaria in costante crescita**.

La maggior parte delle risorse finanziarie utilizzate per pagare le spese per i servizi sanitari deriva dal prelievo fiscale, cioè dalle tasse. Quindi **il cittadino "paga" già i servizi sanitari pubblici con le tasse**; questo però non viene ritenuto sufficiente a coprire tutti i costi relativi ad un esame, una visita specialistica, un ricovero ospedaliero.

Data l'insufficienza delle risorse finanziarie a disposizione, oltre al contributo già dato da tutti con tasse, **si chiede di pagare una somma aggiuntiva a chi usa concretamente i servizi**, ed è nelle condizioni economiche di farlo.

Il problema dell'insufficienza delle risorse finanziarie è collegato alla crescita della spesa sanitaria, un fenomeno in corso da diversi decenni che non riguarda solo l'Italia, ma tutti i paesi industrializzati. Per quanto riguarda l'Italia, limitandoci agli anni più recenti: tra il 1995 e il 2005, ossia **in soli 10 anni, in Italia la spesa sanitaria pubblica è quasi raddoppiata**, passando da poco più di 48 miliardi di euro a quasi 93 miliardi di euro[2]. In percentuali rispetto al Prodotto Interno Lordo (PIL), la spesa sanitaria pubblica è passata dal 5,2% al 6,8% del PIL[3].

Non si tratta di cifre in sé elevate, in confronto agli altri paesi europei. Francia e Germania, ad esempio, spendono di più per la sanità rispetto all'Italia, mentre la Gran Bretagna ha una spesa analoga a quella del nostro paese. Queste cifre però diventano rilevanti per la presenza di un elevato debito pubblico per l'Italia, che influisce sulla possibilità di spesa da parte dello Stato e delle Regioni, che fanno sempre più fatica a sostenere questi costi.

Per quanto riguarda la Toscana, negli stessi 10 anni la spesa sanitaria corrente è passata da 3 miliardi e 143 milioni di euro a 5 miliardi e 571 milioni di euro, con un aumento del 77%, valore molto alto ma inferiore a quello nazionale (92%)[4]

Vi sono varie ragioni che contribuiscono alla crescita della spesa sanitaria. Elenchiamo le principali.

Il benessere diffuso e la maggiore attenzione alla salute

Lo sviluppo economico, il progressivo aumento di informazione dovuto alla presenza dei mass media, l'aumento del reddito medio e del benessere della popolazione, portano con sé una **maggiore attenzione per la propria salute** e per la qualità della vita, e quindi un aumento tendenziale della spesa sanitaria. Il legame tra sviluppo economico e aumento della spesa sanitaria è stato evidenziato più volte dagli economisti specializzati in sanità[5].

L'aumento dei costi dovuto al progresso scientifico e tecnologico

Vi è un continuo aumento dei costi per la produzione delle prestazioni sanitarie (un esame, un insieme di terapie), dovuto soprattutto all'utilizzo di nuovi farmaci, di nuove organizzazioni e di **nuove apparecchiature** che impiegano tecnologie sofisticate e costose.

Le cure più efficaci aumentano le prospettive di vita

Molte malattie gravi, una volta diffuse, sono ormai scomparse, grazie alle vaccinazioni, alle migliorate condizioni igieniche ed allo sviluppo economico e socio-culturale, e questo ha avuto sicuramente un effetto positivo sulla spesa sanitaria e sociale dei Paesi economicamente più avanzati. D'altro canto, grazie ai progressi scientifici sono state sviluppate cure mediche e chirurgiche efficaci, in termini di "sopravvivenza" o di "guarigione", per un sempre maggior numero di patologie, con conseguente aumento dei costi, soprattutto a livello ospedaliero.

È, inoltre, cresciuta significativamente la frequenza nella popolazione della patologia cronica e complessa, non solo legata all'età avanzata, con problemi di salute che devono essere assistiti nel tempo da una pluralità di professionisti e di operatori qualificati, tali da richiedere cure costanti, spesso costose.

L'invecchiamento della popolazione aumenta i costi (ma quanto?)

Il processo di invecchiamento progressivo della popolazione induce ad un costante aumento

della quota di popolazione anziana (individui con 65 anni e oltre) sul totale della popolazione[6].

Dato che gli anziani sono coloro che hanno maggiormente bisogno di servizi sanitari, **l'aumento della quota della popolazione anziana contribuisce a far crescere la spesa sanitaria**. Il problema è rilevante soprattutto in prospettiva futura, dato che si prevede che la percentuale di anziani continuerà a salire nei prossimi decenni.

Ma mentre è comunemente accettato il fatto che la crescita della popolazione anziana ha un'influenza sulla spesa sanitaria, diversi sono invece i pareri su quanto sia preoccupante questo fenomeno. Autorevoli esperti sostengono infatti che la crescita della spesa sanitaria sarà molto meno rilevante di quanto ci si possa aspettare, perché la maggioranza delle persone, oltre a vivere più a lungo, cominceranno a ricorrere ai servizi sanitari in età più avanzata e le ricerche condotte a livello internazionale mostrano che il bisogno di servizi sanitari è fortemente concentrato negli ultimi anni di vita. La crescita della spesa sanitaria, almeno in quanto essa sia dovuta all'aumento della percentuale di anziani, potrebbe così essere fortemente ridimensionata[7].

L'aumento delle prestazioni è sempre necessario?

Una delle osservazioni che dobbiamo fare riguarda l'aumento del numero complessivo delle prestazioni (cure ed indagini diagnostiche) e del loro costo. È assolutamente e sempre necessario? In altri termini le prestazioni prescritte ed erogate sono sempre "*appropriate*"?

Questa domanda fa riferimento ad un problema ben noto agli esperti di programmazione sanitaria, vale a dire il fatto che non tutti gli esami, le cure, i farmaci che prendiamo sono **appropriati**, vale a dire adatti, opportuni e utili per risolvere i bisogni legati alla salute. **Quando una cura non è appropriata, è un costo inutile**, che contribuisce inutilmente ad aumentare la spesa sanitaria.

Appropriatezza in sanità vuol dire "fare le cose giuste al paziente giusto, al momento e nel posto giusto", se così possiamo dire. Questo significa cercare di:

- fare solo le visite e gli **esami necessari**
- fare solo le **terapie opportune e gli interventi chirurgici indispensabili**
- valutare sempre il **rapporto costo / beneficio** per ogni singolo paziente

In tale modo è possibile avere migliori risultati in termini di salute, ma anche contenere la spesa sanitaria.

Ma i casi di **inappropriatezza** in campo medico sono tanti. Si può parlare di una inappropriatezza **clinica** e di una **organizzativa**. Alcuni esempi della prima sono l'uso di antibiotici per curare l'influenza, i troppi ricorsi alla risonanza magnetica e alla TAC (prestazioni in crescita impetuosa negli ultimi anni senza giustificazione medica), la prescrizione di farmaci ad alto costo (tralasciando quelli ancora validi e sicuramente più sperimentati). Per la seconda classico è il riferimento all'utilizzo "improprio" dell'Ospedale (con i costi che esso comporta) ricorrendo al regime di ricovero per più giorni per patologie quali il diabete, l'arteriosclerosi o l'ipertensione, o per numerosi interventi chirurgici eseguibili in "chirurgia di un giorno".

Perché si pensa che il ticket serva a regolare l'accesso ai servizi sanitari

Rendere i pazienti più consapevoli (una provocazione)

Secondo Richard Smith, direttore del "British Medical Journal" (una delle più importanti riviste mediche al mondo)

"l'azione probabilmente più urgente e utile da intraprendere, nei confronti dei pazienti, è quella di incrinare l'infondata fiducia che la società nutre nei confronti della medicina, dicendo finalmente all'opinione pubblica anche che: la morte è inevitabile, la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita, gli antibiotici non servono per curare l'influenza, gli ospedali sono luoghi pericolosi, ogni medicamento ha anche effetti secondari, la maggioranza degli interventi medici dà solo benefici marginali e molti non funzionano affatto, gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi, e che ci sono modi migliori di spendere i soldi dell'acquisto di tecnologia medico-sanitaria"[8].

Questa provocazione può essere utile ad introdurre il prossimo argomento, che riguarda la

possibilità che il ticket sia utile anche per regolare la domanda di prestazioni inappropriate da parte dei cittadini.

Il ticket può servire a limitare le cure inappropriate?

Secondo molti esperti, dirigenti delle strutture sanitarie o medici un fattore importante che stimola la richiesta di esami, visite o interventi sanitari **è costituito dal fatto che sono gratuiti**. Infatti si verificano contestualmente due cose:

- se **il cittadino** sa che può ottenere un bene o un servizio gratuitamente, è portato a chiederlo anche se non ne ha bisogno;
- allo stesso modo, anche **il medico** che prescrive l'esame o la visita si sente meno responsabilizzato perché sa che non farà pagare nulla al paziente, prescrivendogli un esame.

Obbligare il cittadino a pagare un ticket per avere una medicina o per fare un esame può essere utile a **scoraggiare le richieste inutili e non necessarie**.

Allo stesso modo, mettere un ticket sugli interventi di Pronto Soccorso non urgenti può disincentivare il cittadino ad andare al Pronto Soccorso.

Un accesso più "appropriato" al Pronto Soccorso sicuramente aiuta i medici e gli infermieri a concentrare le energie e il tempo a disposizione sui casi gravi e urgenti, ed a programmare con maggiore razionalità (ed economia) le risorse da impegnare.

Se però guardiamo le cose da un altro punto di vista, **non siamo affatto sicuri** che il ticket spinga medici e pazienti a non richiedere solo visite o esami non necessari, oppure interventi di Pronto Soccorso non urgenti. È possibile che i pazienti e i loro medici siano scoraggiati dal richiedere interventi necessari, appropriati o urgenti, solo per motivi di "spesa". Il rischio, quindi, per la salute dei pazienti può essere elevato.

Per perseguire l'appropriatezza, molti dirigenti delle strutture sanitarie ed esperti di politiche sanitarie sono quindi portati a sottolineare l'importanza degli interventi sui medici, sotto forma di controlli sulle prescrizioni o di incentivi per l'appropriatezza.

Ovviamente il problema dell'appropriatezza non è di facile soluzione, e soprattutto è difficilmente gestibile e giudicabile da parte dell'utente. Però, se concordiamo che una quota di eccessivo consumo di risorse in sanità può essere legato ad una eccessiva percezione di bisogno da parte del cittadino utente, occorrono anche azioni di educazione sanitaria

L'efficacia del ticket dipende dal suo costo?

Un altro dato da prendere in esame è il fatto che il ticket rappresenta di solito **una somma minima rispetto al costo** di un esame, di una visita specialistica, di un intervento di Pronto Soccorso. In quest'ottica allora il ticket rischia di non avere un grande effetto, ossia di non scoraggiare le richieste di esami e di prestazioni sanitarie inutili o non appropriate.

Perché si fanno esami e cure inappropriate

Le ragioni per le quali si fanno tanti esami, visite, interventi di dubbia appropriatezza sono varie, in gran parte imputabili alla responsabilità dei medici. Tra le più importanti ricordiamo:

- la presenza di fenomeni di "**consumismo sanitario**", vale a dire di consumi di farmaci, di esami e terapie, indotti dalle campagne di pubblicità e dalle trasmissioni televisive;
- l'**informazione fornita dalle case farmaceutiche** e dalle aziende che producono macchinari, che esaltano i benefici di nuovi prodotti (e che per forza di cose non può essere neutrale);
- i **meccanismi di finanziamento degli ambulatori e degli ospedali**, soprattutto di quelli privati, che possono spingere a fare determinati esami o interventi chirurgici, in quanto convenienti perché ben pagati dallo Stato e dalle Regioni;
- l'**atteggiamento "difensivo" dei medici**, che possono essere spinti a prescrivere medicine o esami nei casi dubbi, per essere sicuri di non sbagliare, oppure di fronte alle insistenze di un paziente ("sto male, mi faccia fare un bel check up", "sono agitato, mi dia un tranquillante", "il bambino ha la febbre, sono molto preoccupata, mi dia un bell'antibiotico che sto più tranquilla").

Alcuni pensano che per svolgere la funzione di disincentivare il ricorso ai servizi il ticket dovrebbe essere molto più caro. Questo è vero soprattutto per il Pronto Soccorso, dove il cittadino può farsi visitare e fare degli esami (analisi del sangue, radiografie) aspettando solo qualche ora e non attendendo giorni, settimane o mesi come può capitare per la richiesta di un esame.

Se però il ticket diventa molto caro, allora vi è il rischio concreto che esso spinga i cittadini più poveri a non farsi visitare e curare, come accade ad esempio negli Stati Uniti[9].

Come si applica il ticket in Toscana

Per quali servizi si paga il ticket

Oggi in Toscana **si pagano i ticket su:**

1. **esami e visite specialistiche** effettuate presso un ambulatorio o ospedale (le analisi del sangue o delle urine, un elettrocardiogramma, una TAC o una risonanza magnetica, una visita da un ginecologo, un cardiologo, un ortopedico, un otorinolaringoiatra).

2. **interventi di Pronto soccorso** giudicati assolutamente non urgenti (i cosiddetti "codici bianchi e azzurri", sui cui torneremo). Si tratta di quegli interventi per i quali, secondo i medici del Pronto Soccorso, saremmo potuti andare presso il nostro medico di base nell'orario di apertura del suo ambulatorio.

Dal 2001 in Toscana **non esistono più i ticket sui farmaci**. I ticket sui medicinali acquistati in farmacia infatti sono stati aboliti a livello nazionale alla fine del 2000 e in Toscana non sono stati più re-introdotti, a differenza di altre Regioni (come Lombardia o Veneto).

I ticket sugli esami e sulle visite specialistiche si pagano in tutta Italia. I ticket sul Pronto Soccorso esistono in 12 Regioni. Quelli sui farmaci esistono in 8 Regioni.

Quanto si paga di ticket

L'importo del ticket è diverso a seconda che si tratti di un esame o di una visita specialistica, oppure di un intervento di Pronto Soccorso.

Per un **esame o una visita** presso uno specialista:

- si paga un ticket che cambia in base al tipo di esame o di visita richiesta, ma non può superare la cifra di **36,15 € per ogni ricetta** con cui il medico di famiglia chiede che il paziente faccia un determinato esame o una visita;

- anche se con una singola ricetta il medico di famiglia può richiedere fino a 8 prestazioni (esami o visite) per il proprio paziente, le ricette possono comunque essere più di una e quindi la somma complessiva da pagare per il ticket può aumentare ed essere in tutto superiore a 36,15 €.

Per una visita, un esame o un intervento di **Pronto Soccorso**, per un bisogno giudicato né grave né urgente:

- si pagano 25 € per l'accesso al Pronto Soccorso, per una prima visita e per gli eventuali esami di laboratorio (ad esempio semplici analisi del sangue);

- se c'è bisogno di fare **altri esami si pagano al più altri 25 €** (per esempio una radiografia);

- la somma che il cittadino deve pagare per il ticket del Pronto Soccorso **è al massimo di 50 €.**

Cosa vi chiederemo

vi chiederemo se siete a favore o contro al ticket e perché

[2]Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma.

[3]Ocse, Health Data, 2007.

[4]Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

[5]Vedi Gerdtham U.G. e Jonsson B., "International Comparison of Health Expenditure", in Culyer A.G. e Newhouse J.P. (a cura di), Handbook of Health Economics, Elsevier, Amsterdam, 2000, pp. 11-53.

[6]In Italia, nel 2005, la percentuale di anziani sul totale della popolazione era quasi del 20%, la più alta d'Europa, e sembra che sia destinata ad aumentare: secondo una stima dell'Istat gli ultra 65 anni possono diventare il 28% nel 2030 e oltre il 33% nel 2050 (più di un terzo della popolazione). La situazione è ancora più critica in Toscana, in cui la percentuale di popolazione anziana sul totale è superiore alla media italiana (23,3%).

Vedi Taroni F., "Proiezioni demografiche e politiche sanitarie", in Fiorentini G. (a cura di), I servizi sanitari in Italia 2003, Bologna, Il Mulino, 2003, pp. 105-138; Dirindin N. e Vineis P., In buona salute, Torino, Einaudi, 2004.

[8]Cit. da Domenighetti G., Satolli R.,"EBM e cittadini (troppa medicina?), in Liberati A. (a cura di), Etica, conoscenza e sanità, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2005, p. 181.

[9]Dati tratti da Macciocco G., "Il cost-sharing ha un senso? A proposito di iniquità del sistema sanitario americano", in Care. Costi dell'assistenza e risorse economiche, 3, 2007, pp. 14-15.

tema 2

Chi è giusto che paghi il ticket?

Che cosa sono le esenzioni

In base alle leggi nazionali e regionali, alcuni gruppi di cittadini sono esentati dal pagamento del ticket, ossia hanno il diritto di non pagare poiché presentano certe caratteristiche. Le regole che definiscono questo sistema si chiamano "**esenzioni**".

Diverse esenzioni per i diversi servizi

A questo riguardo vi sono alcune differenze tra le regole che valgono per prestazioni fornite in un ambulatorio o un laboratorio, per le quali valgono le regole stabilite a livello nazionale, e le prestazioni fornite presso un Pronto Soccorso, per le quali la Regione Toscana ha adottato regole proprie, come hanno fatto del resto le altre Regioni.

I criteri di esenzione da ticket

1. **Età/reddito**: sulla base del criterio dell'età combinato con quello del reddito, sono esentati dal pagamento:
   - **i bambini con meno di 6 anni e gli anziani con più di 65 anni, al di sotto di un certo reddito** (il reddito familiare lordo complessivo non deve essere superiore a 36.151,98 euro all'anno);
   - **i titolari di pensione minima di età superiore ai 60 anni e i familiari a carico**, al di sotto di un certo reddito (il reddito familiare lordo complessivo non superiore a 8.263,31 euro all'anno, limite massimo aumentato fino a 11.362,05 euro se si è sposati e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico).
2. **Reddito/condizione socio-economica**: sulla base del criterio del reddito o della condizione socio-economica sono esentati:
   - **i disoccupati e i familiari a carico**, al di sotto di un certo reddito (il reddito familiare lordo complessivo non deve essere superiore a 8.263,31 euro all'anno, limite massimo aumentato fino a 11.362,05 euro se si è sposati e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico);
   - **i titolari di pensione sociale e i familiari a carico**.
3. **Condizione fisica**: sulla base della loro condizione fisica (temporanea o permanente) sono esentati:
   - le donne in stato di **gravidanza** o in maternità, per molti degli esami, visite e terapie collegate al loro stato;
   - i cittadini **invalidi** e portatori di handicap;
   - i cittadini che soffrono di **malattie rare** che determinano una condizione di invalidità;
   - i lavoratori vittime di **infortuni** sul lavoro;
   - i **donatori** di sangue, organi o tessuti per le prestazioni connesse alla donazione (se sono donatore di sangue e faccio periodicamente gli esami del sangue per controllare di non avere malattie, non devo pagare il ticket).
4. **Malattia**: sulla base della malattia di cui soffrono, tutti i cittadini non devono pagare ticket per:
   - molti degli esami, visite e terapie fornite per curare **malattie croniche** e che causano invalidità (come i tumori, il morbo di Alzheimer o di Parkinson);
   - visite, esami, terapie fornite per la cura di **soggetti vittime di complicanze** irreversibili dovute a vaccinazioni obbligatorie o trasfusioni di sangue;
   - alcune prestazioni per la **diagnosi precoce dei tumori** (come la mammografia per la donne tra i 45 e i 69 anni, l'esame citologico cervico-vaginale, la colonscopia, l'esame per la ricerca del sangue occulto).
5. **Condizione sociale o personale**: sulla base della loro particolare condizione sociale e personale, sono esentati specifici gruppi di cittadini ben individuati, come le vittime del terrorismo e i loro familiari, i cittadini che svolgono servizio civile, gli stranieri che godono di asilo politico e umanitario, i detenuti e coloro che si trovano agli arresti domiciliari.

Solo per il Pronto soccorso, in aggiunta alle condizioni elencate sopra, sono esentati dal pagamento del ticket tutti i **bambini e i ragazzi da 0 a 14 anni**.

Le esenzioni per visite ed esami ambulatoriali e di laboratorio

Per questo tipo di prestazioni le esenzioni sono concesse in base a diversi criteri (si veda il box "I criteri di esenzione da ticket"):

1. **l'età**, combinata con il **reddito**
2. il **reddito**, combinato con **la condizione socio-economica** (ad esempio la disoccupazione)
3. una particolare **condizione fisica** (dalla gravidanza all'invalidità)
4. una **data malattia** (le malattie croniche come tutti i tumori)
5. una particolare **condizione sociale** o personale (dalle vittime del terrorismo ai detenuti).

Occorre sottolineare che, per le esenzioni concesse in base al criterio del reddito esiste una soglia o un limite che definiscono chi paga o non paga il ticket: **chi sta sopra a queste soglie paga il ticket, e lo paga per intero,** chi sta sotto non paga nulla. Molte persone ritengono che i criteri di esenzione legati al reddito siano ingiusti perché spesso la situazione del reddito non tiene conto delle effettive possibilità economiche delle persone. A questo proposito alcuni addetti del sistema sanitario hanno proposto di adottare il criterio dell'ISEE (si veda box "Una soluzione alternativa al criterio del reddito: l'ISEE").

Le esenzioni per il Pronto Soccorso

Dal 1 agosto 2007 per le visite, gli esami, gli interventi effettuati al Pronto Soccorso i ticket si pagano solo per i cosiddetti **codici bianchi e azzurri**, cioè per i casi che i medici del Pronto Soccorso hanno giudicato assolutamente non urgenti o per i quali non c'era bisogno di andare al Pronto Soccorso.

Quando un paziente entra al Pronto Soccorso, l'infermiere al banco assegna un "codice di priorità" tramite un colore (si veda il box "I codici di priorità del Pronto Soccorso"), dando la precedenza a quelli più urgenti e lasciando in coda quelli meno urgenti. Dopo avere effettuato la visita e gli esami necessari, il medico poi stabilisce:

1. se il nostro caso è veramente urgente, oppure se si tratta di un avvelenamento o di un trauma (un taglio, una distorsione) e quindi **non si deve pagare il ticket**
2. se il nostro caso non è urgente (cioè se è un codice bianco e azzurro) e allora si

I codici di priorità del Pronto Soccorso

Quando un cittadino si reca al Pronto Soccorso l'infermiere al banco dell'ingresso dà un primo giudizio sull'urgenza del suo bisogno e assegna al caso un codice di priorità:

rosso = situazione di emergenza, c'è un pericolo immediato di vita. Il paziente deve avere la priorità massima e un accesso immediato alle cure. Ad esempio un paziente in coma o con un infarto in corso;

giallo = situazione di urgenza, non c'è pericolo immediato di vita, ma c'è un rischio molto alto che se non si interviene in poco tempo, le funzioni vitali del paziente possano compromettersi e si entri in situazione di pericolo immediato di vita. Il paziente deve ricevere le cure il più presto possibile. Ad esempio, se arriva un paziente con un forte dolore al petto, c'è il rischio che sia iniziato o stia per iniziare un infarto;

verde = situazione non urgente, ma presenza di un problema che necessita delle cure del Pronto Soccorso. Ad esempio, un paziente è caduto e pensa di essersi rotto una gamba. Oppure un paziente con dolore all'addome sopportabile: si può aspettare qualche ora, ma occorre fare degli accertamenti;

azzurro (che è una particolarità della Toscana) = situazione non solo non urgente, ma anche tendenzialmente rinviabile nel tempo. Possono rientrare in questo codice disturbi, anche insorti acutamente, di scarsa rilevanza (la febbre, la tosse, dolori di scarsa entità), o ferite che necessitino solo di una medicazione. Sono prestazioni che dovrebbe essere possibile affrontare e risolvere in un normale ambulatorio.

bianco = problema non urgente, prestazione senz'altro ambulatoriale. Ad esempio una puntura di insetto che ha provocato un forte arrossamento della pelle, un raffreddore, un fastidioso mal di testa. Si tratta di fastidi o problemi per i quali non è invariabilmente necessario consultare un medico.

deve pagare un ticket di **25 euro** per una prima visita del medico e per gli esami di base (come l'analisi del sangue e delle urine). Se c'è bisogno di altri esami, come una radiografia o una TAC, o di ulteriori interventi da parte di medici e infermieri, si pagano **altri 25 euro** (con un tetto massimo di 50 euro).

Per il ticket del Pronto Soccorso valgono tutte le esenzioni che si applicano per gli esami, le visite e gli interventi specialistici ma in più sono esentati dal pagamento del ticket tutti i **bambini e i ragazzi da 0 a 14 anni**.

Il ticket per il Pronto soccorso: un ticket difficile da applicare

Il ticket per il Pronto Soccorso è stato sempre difficile da applicare e da far pagare, per vari motivi:

- nonostante vi siano delle modalità codificate e condivise tra tutti gli Ospedali (i protocolli) per la prima valutazione del bisogno del paziente, non sempre vengono applicati con omogeneità ed oggettività: assegnare a tutti un codice "verde" o "giallo" riduce (anche) i tempi burocratico amministrativi;
- nel Pronto Soccorso tutto il personale opera spesso in condizioni di emergenza e, contemporaneamente, con sale di attesa sovraffollate, piene di persone che si lamentano e chiedono soccorso. In tali condizioni è facile che **medici e infermieri non riescano a dedicare del tempo alla riscossione del ticket**, che diventa l'ultimo dei loro problemi.

Tra le conseguenze della travagliata vicenda del ticket del Pronto Soccorso, vi è il fatto che abbiamo poche informazioni sulle modalità con cui questo ticket è stato finora applicato. Sappiamo che, almeno fino a qualche mese fa, il ticket sul Pronto Soccorso è stato applicato in modo discontinuo o saltuario, **con grandi differenze da ospedale a ospedale** e con scarsi controlli. Non siamo invece in grado di quantificare le entrate derivanti da questo ticket, anche se sappiamo che esse sono notevolmente inferiori a quelle ricavate dal ticket posto sulle visite e gli esami specialistici.

Tra le diverse strutture di pronto Soccorso vi sono poi **notevoli differenze nel modo di giudicare i casi** e attribuire i codici: basti pensare che, sempre nel 2004:

- i codici bianchi nei due ospedali fiorentini di Santa Maria Annunziata e S. Giovanni di Dio sono risultati pari al 2% del totale,
- mentre in quello di Massa sono stati **il 37% del totale**.

In ogni caso, a parte le differenze tra le diverse strutture, questi numeri ci dicono che:

vi è un elevato numero di casi nei quali i cittadini ricorrono al Pronto Soccorso e il loro problema viene giudicato dai medici come non meritevole di un intervento del Pronto Soccorso.

Come funziona il sistema di pagamento

Come si dimostra che si ha diritto a non pagare?

Per essere esentati dal pagare il ticket, i cittadini:

- devono presentare un'**autocertificazione**, ossia una dichiarazione firmata da loro stessi, nella quale affermano di avere una certa età o di guadagnare meno di un certo reddito, nel caso chiedano l'esenzione per motivi di età e/o di reddito;
- devono presentare una **ricetta di un medico** che attesti la loro malattia, nel caso chiedano l'esenzione per patologia;
- devono ottenere un'**attestazione di invalidità**, rilasciata da una Commissione dell'Azienda sanitaria territoriale (AUSL), se chiedono l'esenzione per ragioni di invalidità;

Per altri tipi di esenzione (infortuni sul lavoro, servizio civile, asilo politico, ecc.), occorre presentare le apposite certificazioni.

Come dovrebbe funzionare il pagamento e come funziona

Per gli esami e le visite specialistiche il modulo per il pagamento del ticket viene rilasciato al momento della prenotazione. I cittadini non

esentati devono presentarsi all'esame o alla visita con la ricevuta del pagamento. Se si presentano senza la ricevuta, sono tenuti comunque a pagare entro i cinque giorni successivi alla data dell'esame o della visita.

In realtà, come vedremo dopo, non tutti coloro che dovrebbero pagare per i ticket lo pagano effettivamente.

Se si analizzano solo gli esami e le visite specialistiche fornite nel 2006 (quindi senza i ticket per il Pronto Soccorso), le strutture sanitarie pubbliche avrebbero dovuto incassare poco più di 114 milioni di euro per i ticket, mentre hanno incassato una cifra ben inferiore, pari a poco più di 92 milioni di euro, compresi i ticket per il Pronto Soccorso. **La cifra mancante, di 32 milioni di euro, deriva dai mancati pagamenti** da parte di cittadini che hanno goduto dei servizi, non erano esentati e quindi dovevano pagare il ticket, ma non lo hanno effettivamente pagato.

È vero che le strutture sanitarie effettuano controlli e si attivano per recuperare i ticket dovuti che non sono stati pagati, ma le operazioni di recupero sono molto lente, faticose –e anche dispendiose- e riescono solo in parte ad ottenere l'effettivo pagamento dei ticket.

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso abbiamo già detto come spesso sia difficile chiedere di pagare il ticket.

Introiti diversi dalle diverse aziende sanitarie

Come abbiamo già ricordato, con il pagamento del ticket da parte dei cittadini le strutture sanitarie toscane coprono circa il 16% delle spese sostenute per fornire visite, esami e terapie specialistiche ambulatoriali. Questa però non è che la media di tutta la Regione. In realtà vi sono importanti differenze nella quota di spesa che le diverse strutture diffuse sul territorio riescono a pagare con il ticket. Si va infatti dal **15% dell'AUSL di Lucca**, la quota più piccola, al **31% dell'AUSL di Livorno**, passando per una quota di circa il 23% per l'AUSL di Massa e Carrara o, per citare un altro esempio, per il 27% dell'AUSL di Firenze.

Queste differenze non si spiegano, se non in piccola parte, con una diversa distribuzione delle malattie tra le diverse Province toscane o guardando la composizione per età della popolazione. Ad esempio, la Provincia di Siena, che ha la percentuale di anziani sul totale della popolazione più alta e la Provincia di Prato, che ce l'ha più bassa, hanno aziende sanitare territoriali con incassi da ticket molto simili (rispettivamente 25% e 23%), e che sono nella media delle aziende sanitarie toscane.

Probabilmente **le differenze sono dovute soprattutto ad una diversa applicazione delle regole** relative all'esenzione da parte delle strutture sanitarie operanti sul territorio. Le aziende sanitarie che "incassano" meno probabilmente concedono più facilmente l'esenzione rispetto a quelle che "incassano" di più. Questo accade sebbene le regole, che stabiliscono chi ha diritto all'esenzione dal ticket, siano molto dettagliate e siano le stesse per tutta la Toscana.

La ragione per cui le Aziende possono comportarsi in modo parzialmente diverso, di fronte al cittadino che chiede l'esenzione, è che **esistono molti casi dubbi**, che possono essere interpretati in modo diverso dai singoli operatori del CUP, che fissano l'appuntamento per un esame e concedono o meno l'esenzione.

Una soluzione alternativa al criterio del reddito: l'ISEE

L' ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) è un valore monetario introdotto dal Governo nel 1998, che serve a dare un'indicazione concreta delle capacità economiche di un individuo, più di quanto riesca a fare il solo dato del reddito, perchè tiene conto anche del valore del patrimonio e delle caratteristiche del nucleo famigliare (come il numero di componenti e, ad esempio, la presenza di un disabile).

L'ISEE si calcola sommando, per ogni nucleo famigliare, tutti i redditi e il 20% dei patrimoni mobiliari e immobiliari (come per esempio le case). Il tutto viene diviso per dei coefficienti che consentono di rendere confrontabili tra loro le capacità economiche di individui che fanno parte di famiglie diverse (per numero e caratteristiche dei componenti). Sono previste alcune esenzioni, come quella per la casa di proprietà in cui si abita, e delle detrazioni in base alla spesa eventualmente sostenuta per l'affitto. L'ISEE è utilizzato dai comuni per il calcolo dei buoni mensa e dei libri nelle scuole dell'obbligo e per alcune altre prestazioni socio-assistenziali.

Quanti servizi vengono pagati e quanti no?

Esami, visite e terapie esentate dal ticket in Toscana

Nel 2006 in Toscana sono state effettuate circa **58 milioni di prestazioni**, fra visite, terapie ed esami specialistici; di queste poco meno di **40 milioni sono state esentate dal ticket, pari al 68% del totale**. Negli anni precedenti la percentuale di prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale esentate era più meno analoga, aggirandosi sempre tra il 68% e il 70% del totale.

La quota di visite, esami, terapie specialistiche per le quali i cittadini devono pagare il ticket è **meno di un terzo** di tutte quelle fornite dal servizio pubblico in Toscana.

I cittadini esentati: una "famiglia" di cui si sa poco

Non è possibile ricostruire con precisione quali siano le motivazioni più frequenti per le quali si concedono le esenzioni. Quando gli operatori degli sportelli delle strutture sanitarie dove si vanno a prendere gli appuntamenti per gli esami e le visite (i Centri Unici di Prenotazione, o CUP) registrano l'esenzione dal ticket, indicano (a computer o su un modulo di carta) il motivo per cui il cittadino è esentato dal pagamento del ticket. Però **la motivazione più frequente, intorno al 60% dei casi, è la voce "altro"**, vale a dire quella che comprende tutte le motivazioni residue rispetto a quelle che abbiamo elencato in precedenza.

Probabilmente la ragione principale di questo risultato è che gli operatori trovano semplicemente più comodo scrivere o indicare "altro", piuttosto che la motivazione specifica per cui viene concessa l'esenzione. Però in questo modo non siamo in grado di conoscere qual è la causa più frequente per la quale viene concesso di non pagare il ticket.

A parte la motivazione "altro", le altre motivazioni più comuni indicate dagli operatori sono "esente per età e reddito" (tra il 20% e il 23% dei casi negli ultimi anni), "esente per categoria", che comprendono invalidi e portatori di handicap (13-14% dei casi) e "esente per patologia cronica" (3-5% dei casi).

Cosa vi chiederemo

vi chiederemo se pensate che l'attuale sistema di esenzioni sia giusto oppure no e se pensate che vada modificato

tema 3

Servizi sanitari di territorio

Il Pronto Soccorso e le piccole urgenze

Secondo i dati del Sistema informativo regionale riguardo ai dati sugli accessi:

- in un anno, nelle 43 unità di Pronto Soccorso[10] sono andati oltre **1 milione e 200 mila** persone, di cui poco più di 200.000 nell'area fiorentina.
- i **codici bianchi**, cioè le situazioni per le quali ci si dovrebbe rivolgere indiscutibilmente al medico di famiglia, nei Pronto Soccorso più grandi (con più di 30.000 accessi), hanno registrato quasi 125.000 codici bianchi, pari a poco **più del 14% del totale**;

negli stessi centri la somma dei **codici bianchi e di quelli azzurri** è risultata di poco inferiore a 335.000, vale a dire oltre il **38% del totale**.

Quali sono le piccole urgenze per cui si finisce al Pronto Soccorso[11]

Un forte mal di testa, un mal di pancia, un gonfiore agli occhi, un fastidioso mal d'orecchio, un forte gonfiore della pelle causato da una puntura di insetto, una sospetta distorsione, un piccolo taglio per il quale non è sufficiente un semplice cerotto. Si tratta di malanni fastidiosi e dolorosi, ma a chi ci rivolgiamo per curarli?

- in molti di questi casi potrebbe essere sufficiente andare dal medico di famiglia, tuttavia, se avvertiamo il disturbo di notte, al **sabato o alla domenica, o comunque in un orario in cui il nostro medico non fa ambulatorio**, e *non vogliamo o non possia-*

mo aspettare, finiamo per andare al Pronto Soccorso.

- in altri casi potremmo avere **bisogno di fare qualche esame** (come una radiografia) **o di una medicazione** (come una fasciatura). Non siamo in pericolo di vita né c'è il rischio che potremmo trovarci in questa situazione se aspettiamo qualche ora. Però non possiamo andare dal medico di famiglia, che, se in quel momento ha orario di visita, solitamente non ha gli strumenti per fare gli esami e le medicazioni di cui abbiamo bisogno. Non possiamo neanche prenotare un esame o una visita specialistica (sempre tramite il medico di famiglia), perché ci verrà dato un appuntamento qualche giorno o settimana dopo. Allora andiamo al Pronto Soccorso.

Un costo in più per tutti un beneficio per pochi

Al Pronto Soccorso il nostro caso non viene mai rifiutato. Però i medici e gli infermieri del Pronto Soccorso non devono risolvere solo la nostra "piccola urgenza", ma anche problemi molto più urgenti: pazienti a rischio di vita immediato (per esempio un paziente in coma) o che possono diventarlo se non ricevono in fretta le cure necessarie (come nel caso di un forte dolore al petto, che può essere il segnale dell'inizio di un infarto).

Costi e benefici per i pazienti

Se siamo codici bianchi o azzurri dobbiamo dare la precedenza ai pazienti in pericolo di vita e comunque a quelli urgenti. Da una parte siamo **soddisfatti perché**:

- ci siamo tranquillizzati, nella stessa giornata in cui è comparso il nostro problema
- abbiamo fatto tutti gli accertamenti necessari ad un costo (se l'abbiamo pagato) e in tempi comunque inferiori a quello che avremmo avuto seguendo il sistema impegnativa-specialista-esame.

Dall'altra parte saremo anche un po' **scontenti perché**:

- abbiamo dovuto aspettare per ore in sale d'attesa spesso sovraffollate, rumorose, poco accoglienti prima di esser visitati o di fare gli esami
- abbiamo fatto dei viaggi (se l'ospedale non è vicino a casa)
- dovremo pagare un ticket di 25 o di 50 euro (a parte nel caso dei traumatismi o degli avvelenamenti)
- siamo stati curati da medici che non ci conoscono (e che noi non conosciamo), che possono non sapere quali malattie precedenti abbiamo avuto, quali farmaci prendiamo o abbiamo preso in passato.

Costi per il sistema

Ma ci sarà qualcuno che sarà **molto più scontento di noi** (i medici, gli infermieri e tutto il personale del Pronto Soccorso), anche se l'intera collettività ci rimette, perché:

- anche se abbiamo atteso pazientemente il nostro turno **abbiamo comunque sottratto risorse, tempo ed energie** ad altri pazienti, con problemi più urgenti e più gravi;
- infine un esame, le visite, le cure impartite al Pronto Soccorso, poiché si tratta di un servizio di emergenza, hanno mediamente **un costo più elevato per il sistema sanitario**, rispetto alle stesse prestazioni effettuate in un ambulatorio.

Questo significa sottrarre al sistema denaro che può essere utilizzato per altri scopi, ad esempio per aprire nuovi servizi, o per ampliare o ammodernare quelli esistenti. Così come, naturalmente, per potenziare i servizi di Pronto Soccorso destinati alle "grandi" urgenze.

Chi va al Pronto Soccorso per codici bianchi e azzurri?

Come abbiamo visto, nella maggioranza dei casi si tratta di un problema non urgente, che potrebbe essere esaminato e risolto (o dovrebbe essere possibile esaminare e risolvere), almeno in diversi casi, in un normale ambulatorio medico.

Ma è veramente possibile per i cittadini non andare al Pronto Soccorso? Quali sono le alternative esistenti? E quali potrebbero essere eventualmente potenziate in futuro?

Ma si può evitare di andare al Pronto Soccorso per le piccole urgenze?

La guardia medica

Una delle alternative possibili è la Guardia Medica. I medici di guardia medica (detti "medici di continuità assistenziale") sono in servizio **tutte le notti** dalle ore 20.00 alle 8.00, nei **giorni festivi** per tutte le 24 ore, al **sabato** e nei giorni prefestivi dalle 10.00 del mattino.

I medici di guardia medica svolgono, in orario notturno e festivo, un **servizio assimilato a quello che svolgono i medici di famiglia** durante il giorno quando la prestazione richiesta non è rinviabile al proprio medico di famiglia. Sono contattati dai pazienti che afferiscono al punto guardia e rispondono: con consigli telefonici, con visite domiciliari e, nel caso la postazione dove si trovano abbia le caratteristiche adeguate, possono visitare nell'ambulatorio. Possono, utilizzando il ricettario regionale, fare proposte di ricovero, certificazioni di malattia per un massimo di 3 giorni, prescrizioni farmaceutiche. Possono fare piccoli interventi, quali medicazioni. Non possono richiedere esami diagnostici. Inoltre, a differenza dei medici di famiglia, possono non conoscere il paziente e la sua storia clinica (quali farmaci prende, di che malattie soffre o ha sofferto). Per questa ragione sono in corso progetti di integrazione con i medici di famiglia che dovrebbero consentire al medico di guardia medica di disporre delle informazioni cliniche relative al paziente possedute dal medico di famiglia e nello stesso tempo fornire allo stesso medico l'intervento effettuato sul paziente. Il servizio è gratuito

Si tratta di una **risorsa importante**:

- dal punto di vista della **quantità**: in Toscana i medici di guardia medica sono **poco meno di 800**[12]
- dal punto di vista del **costo** per il sistema regionale: la spesa per il 2006 si aggira intorno ai 42 milioni di euro.

Da una rilevazione effettuata dalla Regione risulta che gli interventi effettuati dalla guardia medica sono, soprattutto in alcune postazioni, di numero limitato: questo significa che il servizio risulta molto poco utilizzato da parte dei cittadini e che necessita, pertanto di una migliore razionalizzazione nella distribuzione territoriale.

In Toscana, come altrove, è elevata la quota di medici di guardia medica giovani, anche se il fenomeno sta ridimensionandosi e forse questa, insieme alla mancata integrazione con i medici di fiducia, potrebbe essere una delle ragioni per cui **il servizio è scarsamente utilizzato**.

I Punti di Primo Soccorso del 118

I Punti di Primo Soccorso sono situati presso le Postazioni del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale del 118, ossia nei **luoghi in cui sono collocate le ambulanze** in attesa delle chiamate. In tutti i Punti di Primo Soccorso **è presente un medico**.

Attualmente **sono attivi 31 Punti di Primo Soccorso** e si trovano nei luoghi più distanti dai Pronto Soccorsi. A seconda dei casi, sono aperti 12 o 24 ore, la maggior parte anche nei giorni festivi.

Tali Punti di Primo Soccorso rappresentano luoghi sul territorio nei quali i cittadini possono recarsi e, se il medico non è impegnato all'esterno per una chiamata della Centrale del 118, possono essere visitati ed avere piccole medicazioni per definite affezioni insorte acutamente

Nel mese di luglio scorso la Regione Toscana ha regolamentato queste esperienze e ha previsto l'attivazione di nuovi Punti di Primo Soccorso, con l'idea di aumentare tale rete, più vicina ai cittadini e pertanto più accessibile. In questi presidi il cittadino può rivolgersi per curare varie patologie quali ferite superficiali, abrasioni, dermatiti, piccole distorsioni, ustioni minori, punture di insetti, gastroenteriti non complicate e così via. **Il Servizio è gratuito**.

I medici dei Punti di Primo Soccorso **non hanno a disposizione ricettari** e quindi non possono prescrivere farmaci, né possono effettuare esami. In caso vi sia bisogno di accertamenti, possono consigliare il ricorso ad altri livelli di assistenza, quali il medico di famiglia, il medico di continuità assistenziale o il Pronto Soccorso.

Le associazioni dei medici di famiglia

L'associazionismo medico

In Toscana i medici di medicina generale, i cosiddetti **"medici di famiglia", sono più di 3000** e assistono poco più di 3 milioni e 230 mila persone. Ai medici di famiglia si aggiungono i pediatri,

che sono 430 e assistono 357 mila bambini da 0 a 14 anni e anche 16 in caso di particolari situazioni.

Tutti i medici di famiglia e pediatri esercitano la loro attività professionale attraverso consigli telefonici, visite domiciliari e attività ambulatoriale. L'attività ambulatoriale, recentemente vincolata nel numero delle ore in proporzione al numero degli assistiti in carico, è esercitata in uno o più ambulatori con orario equamente distribuito fra mattino e pomeriggio, **dal lunedì al venerdì**. Da giugno scorso i medici e i pediatri di famiglia sono contattabili telefonicamente dai propri assistiti, per consigli telefonici o per visite domiciliari qualora ce ne sia la necessità, anche al sabato dalle 8 alle 10.

A partire dagli anni ottanta e, soprattutto negli ultimi anni, medici di famiglia e pediatri hanno cominciato a lavorare insieme attraverso la costituzione di **associazioni** che presentano diverse forme secondo quanto previsto dai contratti nazionali, regionali ed aziendali.

Le motivazioni che hanno indotto la Regione Toscana a investire sulle forme associative dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia sono state determinate principalmente:

- per **ampliare gli orari degli ambulatori**, in modo che almeno un medico dell'associazione sia il più possibile presente nello studio e possa essere consultato, nello stesso luogo, anche dai pazienti dei colleghi che aderiscono alla stessa associazione.
- per **creare occasioni di confronto** fra sanitari sull'appropriatezza delle cure da prestare ai propri assistiti;
- per **razionalizzare le risorse** condividendo ambulatori, anche al fine di usufruire di personale di studio e infermieristico, per cui, altrimenti, lavorando singolarmente, i medici non potrebbero sostenere i costi.

Il fenomeno delle associazioni di medici è molto importante in Toscana: attualmente il 71% dei medici di famiglia fa parte di un'associazione e può assistere complessivamente quasi l'80% dei pazienti. Da un recente studio della Regione Toscana[13] risulta però che il 65% dei cittadini si rivolge sempre al proprio medico di famiglia, anche quando questo è associato con altri. Del restante 35% la maggior parte si è rivolto ad un medico dell'associazione perché il proprio medico era assente, e solo una piccola parte (3%) si è rivolta ad un altro medico per poter essere visitato il prima possibile.

Vi sono diverse modalità di forme associate. Le più diffuse sono la medicina in associazione e quella di gruppo che svolge, da un punto di vista di assistenza un ruolo senz'altro più significativo. Ancora di più, è in fase di sperimentazione una nuova forma di erogazione dell'assistenza nominata Unità di cure primarie (Ucp).

La medicina in associazione

Ecco le caratteristiche delle medicine in associazione:

- Almeno 6 ore giornaliere di attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio e almeno uno degli studi resta aperto ogni giorno fino alle 19.
- Viene effettuato il coordinamento della attività di assistenza domiciliare secondo la quale i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione.

La medicina di gruppo

Ecco le caratteristiche della medicina di gruppo:

- i medici associati sono meno di 8 e hanno una sede unica aperta fino alle 19 dal lunedì al venerdì, per un minimo di **7 ore consecutive** (ma molto spesso arrivano a 9 ore);
- hanno una segretaria e una infermiera, che può fare piccole medicazioni o piccoli esami;
- attualmente non hanno a disposizione le attrezzature per svolgere esami (ad esempio una radiografia), ma potrebbero però essere dotati di questi strumenti o almeno di quelli necessari a fare esami come l'elettrocardiogramma, che in alcuni casi già fanno.

Le Unità di cure primarie

Le Unità di cure primarie (Ucp) rappresentano un'evoluzione della medicina di gruppo che cerca di assicurare la collaborazione di più figure professionali e l'ampliamento del servizio negli orari e nelle attività svolte.

Ecco le caratteristiche delle Ucp:

- hanno un'unica sede che deve essere aperta al pubblico per 12 ore consecutive (in alcune ore può esserci anche solo un'infermiere, che riceve e fornisce una prima assistenza)
- alcune Ucp sono aperte anche **il sabato e la domenica**, almeno parzialmente[14]
- hanno una segretaria e una infermiera
- per alcune ore alla settimana vengono nella sede Ucp alcuni medici specialisti, che in caso di necessità possono consultarsi con il medico di famiglia
- viene svolta un'attività di primo soccorso: vengono effettuate medicazioni, piccole suture (si "mettono i punti") e anche esami, come l'elettrocardiogramma e in qualche caso anche le radiografie.

Spesso nella stesse sede delle Ucp opera la Guardia Medica, che nel tempo dovrebbe cooperare sempre più con i medici dell'Ucp e avere a disposizione i dati clinici dei loro pazienti da consultare in caso di bisogno.

Come si può comprendere, le Ucp rappresentano una forma di assistenza che per le piccole emergenze può essere alternativa o complementare al Pronto Soccorso, ma **non di notte.**

Le Ucp rappresentano ancora un'esperienza molto limitata, ma in via di espansione. Attualmente vi sono **17 Ucp in tutta la Toscana**, per un totale di 240.000 assistiti.

Ma le alternative al Pronto Soccorso si sostituiscono o si sommano al Pronto Soccorso?

Alcuni esperti di sanità sostengono che creare alternative al Pronto Soccorso non diminuisce il ricorso a questo tipo di assistenza, ma fa sì che le persone si rivolgano sia al Pronto Soccorso che alle sue alternative.

Secondo questa opinione creare i Punti di Primo Soccorso o estendere gli orari degli studi dei medici di famiglia associati stimolerà molti cittadini ad andare sia in questi nuovi servizi, che al Pronto Soccorso.

Alla base di questo comportamento, che sarebbe stato osservato in esperienze straniere, vi è il fenomeno per cui in sanità l'aumento dell'offerta di servizi si traduce, dopo un certo periodo di tempo, in un aumento della domanda di servizi.

A questo riguardo, al momento esistono solo alcune prime provvisorie rilevazioni di alcune Asl, secondo le quali Ucp come quella della Versilia Nord o quella di Prato avrebbero contribuito a ridurre gli accessi al Pronto Soccorso per i disturbi o malanni meno urgenti e di minore entità.

Tuttavia al momento è troppo presto per esprimere un giudizio sul ruolo esercitato dalle Ucp in questo ambito.

Cosa vi chiederemo

vi chiederemo di ragionare sull'uso di alcuni servizi per le piccole emergenze e se pensate sia meglio potenziarne alcuni oppure altri

[10]Naturalmente non tutti i Pronto Soccorso sono uguali né offrono gli stessi tipi di servizio: ad esempio, la maggior parte dei 19 Pronto Soccorso che hanno più di 30.000 accessi all'anno (posti nei capoluoghi di Provincia e nei centri di maggiori dimensioni) possono contare sulla presenza di un radiologo per 24 ore, mentre negli altri il radiologo è solitamente presente solo per 12 ore e viene chiamato alla notte, da casa, solo in caso di necessità. Anche una vera e propria unità di "Medicina di Urgenza", con personale che si occupa esclusivamente dell'urgenza e costituisce un gruppo autonomo e autosufficiente rispetto a quello dei reparti dell'ospedale, esiste solo negli ospedali con un numero elevato di accessi.

[11]L'individuazione della categoria delle "piccole urgenze" (più propriamente definibili come "bisogni soggettivi urgenti") e quindi la scelta dei malanni e dei fastidi da includere in questo gruppo non deriva da una definizione accettata e condivisa dalla comunità medica e scientifica, né si può ricavare dalla normativa della Regione Toscana. Essa è emersa quale risultato della ricerca condotta per la scrittura di questa Guida, e quindi dalle interviste ai soggetti interpellati a questo scopo (si veda il box "Soggetti contattati per la costruzione dei contenuti del Town Meeting").

[12]I medici di Guardia Medica sono distribuiti su 170 postazioni, con una diffusione sul territorio molto rilevante in rapporto ad altre Regioni italiane come la Lombardia o l'Emilia-Romagna. Anche il rapporto fra numero di medici e numero di abitanti (22 per 100.000 abitantii) è più elevato che in altre Regioni.

[13]Svolto dal M.E.S

[14]Ad esempio, l'Ucp Versilia Nord (8.500 assistiti) è aperta, con la presenza dei medici, il sabato e la domenica mattina. Quella di Prato (41.000 assistiti con 34 medici di famiglia) al sabato, almeno parzialmente.

Assessorato Diritto alla salute

Assessorato alle Riforme istituzionali e Partecipazione

Contenuti della guida del partecipante
Avventura Urbana con la consulenza di Luigi Bobbio (Università di Torino) e di Stefano Neri

Grafica
Avventura Urbana

Foto
Michele D'Ottavio

Stampa
Settore Sistemi Informativi Documentari e Servizi per l'Accesso al Pubblico

io ParteciPAttivO io ParteciPAttivA