da www.pmi.it – Entra in vigore la stretta sulle prescrizioni di visite, prestazioni mediche ed esami, che, se non assolutamente necessari, dovranno essere interamente pagati dal cittadino.

È appena entrato in vigore il cosiddetto Decreto Appropriatezza, ossia la normativa che prevede il taglio del ticket per 203 prestazioni sanitarie.

Per le prestazioni comprese tra le 203 "incriminate", in pratica, si può fruire del ticket soltanto dietro apposita prescrizione medica, in caso contrario il cittadino è obbligato a pagare di tasca l'intero costo: ottenere la prescrizione, peraltro, non è semplice, poiché sono previste delle sanzioni piuttosto salate per i medici, qualora prescrivano prestazioni non strettamente necessarie.

Com'è logico, il Decreto ha scatenato accese polemiche in tutt'Italia, poiché metterebbe, a detta di molti, a repentaglio la salute dei cittadini, negando l'accesso ad esami fondamentali e terapie.

Il Governo, invece, sostiene di non aver leso il diritto alla salute, poiché le prestazioni possono essere coperte dal ticket qualora siano rispettate le condizioni di erogabilità previste dal Decreto.

Per comprendere meglio la portata della normativa, analizziamo le principali prestazioni "fuori tutela" e le condizioni di erogabilità correlate.

Prestazioni escluse: quali settori
Innanzitutto, le aree a cui appartengono le 203 prestazioni "fuori ticket" sono:

- odontoiatria;
- genetica;
- radiologia diagnostica;
- esami di laboratorio;
- dermatologia allergologica;
- medicina nucleare.

Per ciascuna delle prestazioni riportate nel Decreto, appartenenti agli elencati settori, le condizioni di erogabilità devono essere valutate in base allo stato personale e clinico del beneficiario ed alla finalità terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio.

Ma quali sono, nel concreto, le prestazioni sanitarie e le condizioni per ottenerle senza pagarne l'intero costo?

Prestazioni odontoiatriche
Iniziamo dalle prestazioni odontoiatriche; tra queste compaiono:

- estrazione di denti permanenti, decidui o di altri denti;
- interventi chirurgici ed asportazione di lesioni dentarie.

Tali prestazioni possono essere prescritte soltanto in condizioni di vulnerabilità sanitaria o sociale.

Per alcune prestazioni odontoiatriche, quali i trattamenti con apparecchi fissi e mobili, è richiesto un indice IOTN pari a 4/5: si tratta dell'indice di necessità del trattamento, che è espresso in una scala da 1 a 5, dove 5 esprime la maggiore gravità delle condizioni del paziente. Ciò significa che tali prestazioni potranno essere erogate solamente in "casi-limite".

Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale
Le condizioni di vulnerabilità sanitaria sono differenti a seconda delle specifiche patologie: in generale, si parla di vulnerabilità sanitaria laddove la cura sia assolutamente necessaria.

Le condizioni di vulnerabilità sociale sono invece intese quali situazioni di svantaggio economico correlate di norma al basso reddito e alla marginalità o all'esclusione sociale, che impediscono l'accesso alle cure a pagamento.

Le condizioni di svantaggio economico sono individuate dalle singole Regioni, nella maggioranza delle ipotesi in base all'indice Isee (il quale rileva la situazione economica del nucleo familiare anche in base al patrimonio mobiliare ed immobiliare).

Considerata l'esiguità degli stanziamenti regionali in materia sanitaria, nonché l'endemica mala gestione in tale ambito, è scontato che il cittadino possa rientrare nelle condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale soltanto in ipotesi "estreme".

Prestazioni di radiologia diagnostica
Tra le prestazioni fuori tutela nell'ambito della radiologia, il Decreto enumera:

- diverse tipologie di tomografia computerizzata;
- diverse tipologie di risonanza magnetica nucleare;
- la densitometria ossea.

Tali esami (esclusa la densitometria ossea), nella maggioranza delle ipotesi, possono essere prescritti solo in presenza di patologia oncologica o sospetto oncologico.
Chiaramente, in caso di sospetto, sarà il medico a doversi prendere la responsabilità di prescrivere l'esame, ed a rischiare le sanzioni economiche previste per "prestazione inappropriata".

Prestazioni di laboratorio e di genetica
È lungo ed articolato, poi, l'elenco delle prestazioni di laboratorio (in pratica, le analisi del sangue, delle urine e simili) tagliate fuori dalla tutela: ad esempio, le analisi relative al colesterolo ed ai trigliceridi possono essere prescritte solo ai soggetti con più di 40 anni, con malattie cardiovascolari, fattori di rischio cardiovascolare o familiarità per malattie dismetaboliche, dislipidemia o eventi cardiovascolari precoci.

Relativamente alle prestazioni di laboratorio e di genetica, le analisi "superflue", secondo il Governo, sono 140: in alcuni casi, la prescrizione può essere effettuata solo qualora vi sia un carcinoma da monitorare, in altri casi qualora vi sia una malattia epatica in corso o a scopo di trapianto.

La costante, ad ogni modo, è quella di limitare al minimo le prestazioni preventive, e di tutelare il soggetto solo laddove sia già ammalato: una linea d'azione che certamente non rispetta il detto "è meglio prevenire che curare", e che preferisce risparmiare nella prevenzione, senza pensare al rischio di moltiplicare le spese relative alle successive cure. Sempre che non s'intenda lasciare, in futuro, il cittadino totalmente sprovvisto di tutela anche laddove sia già malato: in un'ottica di tagli, pardon "razionalizzazioni", è facile che si arrivi anche a questo, in un giorno non lontano.

prestazioni-fuori-ticket

Photo by DarkoStojanovic (Pixabay)