

Premessa

I testi di queste note sintetiche riprendono i lavori di un seminario interno, svoltosi in Agenas, in preparazione di un progetto di ricerca sul Copayment in sanità coordinato da Cesare Cislighi.

Data l'attualità dell'argomento si è ritenuto utile pubblicare queste prime brevi note rinviando per gli ulteriori approfondimenti a quando la ricerca sarà ultimata.

Si è poi deciso di presentare queste relazioni anche in un seminario organizzato congiuntamente da Agenas e da Aies che si terrà a Roma, all'Isola Tiberina (Sala Assunta dell'Ospedale Fatebenefratelli), il 17 maggio 2012; informazioni sui siti www.agenas.it e www.aiesweb.it

Confidiamo di poter così contribuire a dare maggiori informazioni a quanti, in ottemperanza a quanto previsto dalla legge finanziaria 2011, dovranno stabilire come ridisegnare il copayment per il 2013 che dovrebbe ahimè aumentare di circa due miliardi.

Indice

Introduzione

- 1. È il ticket la soluzione? – Moirano**

Letteratura

- 2. Cosa dice la letteratura in campo economico – Rebba et al.**
- 3. Cosa dice la letteratura in campo sociologico – Tognetti et al.**
- 4. Cosa dice la letteratura in campo epidemiologico – Costa et al.**

Normativa

- 5. La normativa nazionale sul copayment – Arcà**
- 6. L'attuazione regionale del ticket sulle ricette – Cantù et al.**

Descrizione nazionale

- 7. Quanto è oggi il totale del copayment in Italia – Giuliani et al.**

- 8. Il copayment nei dati nell'indagine multiscopo Istat – Olivadoti et al.**
- 9. Le regole del copayment nella farmaceutica: trend decennale dei valori – Pieroni**

Descrizioni Regionali

- 10. Le esenzioni da Tickets in Regione Lombardia – Zocchetti**
- 11. Quanto un singolo assistito spende per tickets in un anno – Zocchetti**
- 12. Regole e dati del copayment in Regione Emilia Romagna – Brambilla et al.**
- 13. Regole e dati del copayment in Regione Lazio – Rosano et al.**

Analisi dei comportamenti

- 14. Valutazione dell'appropriatezza nel copayment sui farmaci – Traversa et al.**
- 15. Valutazione dell'equità nel copayment – Petrelli et al.**

Ricerche

- 16. Metodologie di analisi e valutazione del sistema di copayment – Carle et al.**
- 17. Quali approfondimenti si possono avviare con i dati dei MMG – Testi, Costa M.**

Valutazioni

- 18. Un ticket oggi al servizio di troppi padroni – Dirindin**
- 19. E se al posto di tickets e di esenzioni introducessimo una franchigia proporzionale al reddito? – Cislighi et al.**

Conclusione

- 20. Possibili indicazioni per le scelte politiche future – Moirano**

È il ticket la soluzione?

Fulvio Moirano, Direttore Agenas, Roma

Che oggi le risorse economiche non bastino più per proseguire con la Sanità così com'è non ci sono dubbi e nessuno può metterlo in discussione; meno condivise invece sono le soluzioni da adottare e ciò non tanto per divergenze politiche ma soprattutto per l'insufficiente evidenza dell'efficacia e della realizzabilità delle soluzioni stesse.

Si può pensare di trovare soluzioni o cercando più risorse o diminuendo il fabbisogno: in questa seconda alternativa si dovrebbe agire o mantenendo gli attuali livelli di assistenza ma cercando di agire sulla legalità, sull'efficienza produttiva e sull'appropriatezza ovvero riducendo i diritti e affidandone i contenuti al settore privato assicurativo. Per aumentare invece le risorse o si aggiunge una nuova tassazione su tutti i cittadini oppure si aumenta il livello di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

La soluzione probabilmente dovrà essere quella di fare un po' di tutto questo, ma sarà importante anche ed innanzitutto ragionare sui valori che si intendono difendere perché solo così si potranno giudicare le possibili alternative.

E i due valori irrinunciabili sono l'efficacia e l'equità: il copayment non deve mettere in forse l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici ne' deve creare disparità di accesso e di cure per i diversi soggetti del sistema sanitario; per questo motivo crediamo che sia obbligatorio modulare il copayment sulle capacità contributive degli assistiti cui si rivolge.

Che poi il copayment sia anche uno strumento per aumentare l'appropriatezza e l'efficienza non ne siamo sicuri ma sicuramente saremmo contenti lo fosse se ciò comunque non andasse a discapito di quanto prima detto. Occorre anche evitare che i costi di gestione del copayment non erodano eccessivamente l'entità delle risorse incassate altrimenti non si farebbe altro che aumentare gli sprechi di risorse.

Crediamo quindi che servano ulteriori studi e riflessioni su questi temi ed è per questo che Agenas ha promosso questo primo seminario trasferito in queste note qui riprodotte e ha poi programmato una ricerca cui parteciperanno economisti, sociologi, clinici, amministratori, operatori ed utenti.

Da ultimo speriamo che il sistema del copayment non rappresenti solo una tassa che invece di essere imposta a tutti i cittadini lo sia solo per i più deboli, cioè ai malati, magari non certificati come tali e non valutati come indigenti, ma non per questo necessariamente in realtà meno poveri o meno bisognosi di cure. E' per questo che accoglieremo con interesse ogni commento o proposta strutturata che ci venisse inviata sull'argomento per arricchire le ipotesi di lavoro delle nostre analisi.

Ticket sanitari: cosa dice la letteratura in campo economico

Vincenzo Rebba, Università di Padova, Dino Rizzi Università Ca' Foscari Venezia

La teoria economica tradizionale assegna ai ticket un duplice ruolo: in primo luogo, di controllo della domanda e, in subordine, di finanziamento della spesa sanitaria.

Considerando il primo ruolo, un ricco filone di letteratura economica mostra come l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa possa consentire di limitare i fenomeni di *rischio morale* (*moral hazard*) che si determinano in presenza di ampia copertura assicurativa e che portano ad un sovraconsumo di beni e servizi sanitari. Il rischio morale si determina in quanto, con la copertura dei rischi sanitari garantita dall'assicurazione privata o pubblica, l'assicurato può adottare comportamenti non conosciuti e non facilmente controllabili da un assicuratore, che non disponga di informazioni precise sullo stato di salute dell'assicurato. In particolare, se l'assicurazione copre tutto, la persona assicurata potrebbe aumentare la propria domanda (in genere mediata dal medico) al di sopra del livello considerato appropriato ed efficace. Questo sovraconsumo porta alla revisione verso l'alto dei premi tipica delle compagnie assicurative private. Analogamente, nel caso dei sistemi di assicurazione sociale e del Servizio sanitario nazionale l'aumento della spesa originato dal rischio morale porta l'aumento dei contributi obbligatori o delle imposte. In ogni caso si produce una perdita di benessere per la collettività, trattandosi di finanziare spese per consumi sanitari al di sopra del livello ottimale. Appare quindi più efficiente utilizzare forme di compartecipazione che responsabilizzino i consumatori, rendendoli in qualche misura consapevoli dei vincoli di scarsità delle risorse.

Nella definizione del ticket, una regola generale è che la compartecipazione dovrebbe essere fissata ad un livello più basso (o nullo) per le prestazioni sanitarie contraddistinte da bassa elasticità della domanda al prezzo. E' il caso, ad esempio, delle prestazioni urgenti, dei farmaci salva-vita, delle terapie richieste dalle persone più vulnerabili e affette da gravi patologie croniche, nonché delle forme di assistenza che non presentano alternative terapeutiche. In questi casi il ticket risulterebbe inefficace come strumento di controllo degli eccessi di domanda, mentre sarebbe invece molto efficace come strumento di finanziamento poiché garantirebbe un gettito sicuro e stabile. Un tale utilizzo del ticket, però, appare particolarmente iniquo

in quanto pone un onere finanziario maggiore proprio a carico delle persone caratterizzate da più elevato rischio sanitario e maggiore bisogno di assistenza.

L'uso corretto del ticket richiede quindi che la compartecipazione a carico del paziente/consumatore sia più elevata per i servizi non urgenti e meno essenziali. Va peraltro considerato che le persone in condizioni economiche disagiate sono caratterizzate da una domanda di assistenza sanitaria molto elastica al prezzo e potrebbero, in presenza di un ticket, ridurre eccessivamente i loro consumi anche nel caso in cui questi fossero appropriati ed efficaci. In questo caso, il ticket potrebbe determinare un sottoconsumo di prestazioni sanitarie (sia di prevenzione che curative) da parte delle classi sociali più deprivate, con un impatto negativo sulla salute e un possibile aumento della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo. Ciò comporterebbe una riduzione sia dell'equità nell'accesso ai servizi, sia dell'efficienza attraverso un peggioramento del benessere della collettività. Si ritiene quindi preferibile esentare dal ticket le persone che, a causa di una situazione economica personale particolarmente sfavorevole, potrebbero essere disincentivate ad accedere a prestazioni sanitarie essenziali.

L'analisi teorica e quella empirica segnalano inoltre che un'applicazione solo parziale del ticket potrebbe determinare effetti indesiderati nella misura in cui vi fosse una elevata sostituibilità tra diverse forme di assistenza. Infatti, se in sostituzione delle prestazioni gravate da ticket si ricorre impropriamente ad altre prestazioni completamente gratuite, si potrebbe determinare un aumento della spesa pubblica. Potrebbe essere quindi opportuna l'introduzione di ticket per un'ampia gamma di prestazioni, in modo da evitare il processo di deviazione della domanda verso forme di assistenza sostitutive inappropriate e più costose non colpite dal ticket.

A questo punto, però emergono due problemi. Il primo riguarda l'effettiva capacità delle compartecipazioni a contenere solo la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficacia senza che venga invece pregiudicata anche la domanda di prestazioni sanitarie con elevata produttività in termini di salute. Recentemente si è cercato di affrontare il problema con un nuovo approccio, definito "value-based cost sharing": si dovrebbero applicare ticket più bassi per i beni e servizi sanitari contraddistinti da maggiori evidenze empiriche di efficacia clinica e di costo-efficacia ottenute grazie alla sempre maggiore diffusione delle metodiche di Health technology assessment.

Il secondo problema, ancora più rilevante, riguarda il fatto che in sanità la domanda dei pazienti viene quasi sempre determinata dai medici per cui, tenendo conto dell'effetto di "induzione della domanda da parte dell'offerta" (il cosiddetto effetto SID: *supply-induced demand*), l'applicazione del ticket sugli utenti non porterebbe ad alcun effetto in termini di contenimento di una domanda decisa in realtà dai medici.

L'argomentazione viene spesso fondata sull'assunto di non sostituibilità dei trattamenti per un dato stato di salute ma per molte prestazioni (visite mediche generiche, visite specialistiche, prestazioni diagnostiche, farmaci) si è talora in presenza di domanda elastica e quindi il fatto che il medico orienti la richiesta del paziente può attenuare ma non eliminare del tutto l'utilità del ticket come strumento di governo della domanda. Inoltre, occorre considerare che la presenza di compartecipazioni può contrastare in alcuni casi una sorta di collusione implicita tra medico e paziente a danno del terzo pagante (assicurazione o SSN). In conclusione, a certe condizioni, il ticket può conservare una certa efficacia come strumento diretto di governo della domanda, anche considerando l'induzione della domanda da parte dei medici. L'esistenza contemporanea di rischio morale e di effetto "domanda indotta dall'offerta" suggerisce tuttavia di controllare i consumi sanitari agendo sia dal lato della domanda, attraverso il ticket, sia dal lato dell'offerta, attraverso meccanismi di responsabilizzazione dei prescrittori che li incentivino a orientare i pazienti verso prestazioni appropriate ed efficaci.

Molti studi empirici hanno analizzato l'efficacia delle compartecipazioni a contrastare il rischio morale e a determinare un contenimento della spesa per il terzo pagante. Il più importante studio sperimentale sugli effetti delle compartecipazioni è rappresentato dal *Rand Health Insurance Experiment* (RHIE) condotto negli Stati Uniti tra il 1974 e il 1982. I principali risultati dello studio possono essere così sintetizzati:

- a) all'aumentare dell'aliquota di compartecipazione si riduce la percentuale di persone che domandano prestazioni sanitarie e il numero annuo di visite mediche pro capite;
- b) le componenti più elastiche al prezzo riguardano la domanda di farmaci, le cure odontoiatriche e l'assistenza ambulatoriale generica, mentre quelle meno elastiche riguardano la domanda di prestazioni specialistiche e di ricoveri ospedalieri;
- c) la compartecipazione riduce l'utilizzo delle cure a bassa produttività di salute ma talora può scoraggiare anche la domanda di prestazioni efficaci e appropriate;
- d) le categorie più vulnerabili (persone a basso reddito e/o affette da patologie croniche) evidenziano indicatori di morbilità e di mortalità significativamente peggiori quando siano soggette a compartecipazioni elevate.

Molte analisi empiriche rilevano come i ticket, anche di importo ridotto, possano determinare un contenimento dei consumi, ma non offrono evidenze conclusive circa la capacità delle compartecipazioni di limitare la domanda solo delle prestazioni inappropriate e poco efficaci. Sarebbe quindi importante verificare se le

compartecipazioni possano avere conseguenze negative in termini di salute, ma su questo aspetto le evidenze portate dagli studi realizzati appaiono contrastanti, anche perché molti Paesi che utilizzano le compartecipazioni, in particolare quelli europei, prevedono esenzioni per le persone più fragili e vulnerabili, quali i malati cronici, i disabili, gli anziani e i soggetti in condizioni economiche disagiate. Nei Paesi che non prevedono un'applicazione diffusa di esenzioni di questo tipo, come ad esempio gli Stati Uniti, le evidenze empiriche segnalano invece effetti dannosi per la salute delle categorie vulnerabili.

A prescindere dalle misure correttive appena menzionate, si può inoltre osservare che la valutazione degli effetti distributivi del ticket è in realtà più complessa di quella offerta dalla tesi tradizionale secondo cui tale strumento è fortemente regressivo, e ciò in base a due particolari considerazioni. In primo luogo, la tesi tradizionale dell'iniquità distributiva trascura il fatto che il controllo della domanda mediante ticket potrebbe consentire una riduzione dei tempi di attesa e un aumento della qualità dell'assistenza pubblica, e ciò andrebbe a vantaggio soprattutto dei cittadini a minor reddito, costretti a restare nel servizio pubblico, mentre i più ricchi possono in ogni caso ricorrere ai servizi privati alternativi a prezzo intero. Favorendo il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e consentendo una certa possibilità di espansione nel tempo della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, i ticket potrebbero contribuire a salvaguardare i sistemi sanitari pubblici che potrebbero meglio adattarsi all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo medico. Ne consegue che una valutazione completa del saldo netto degli effetti equitativi dei ticket risulta complessa e potrebbe fornire addirittura un risultato non negativo.

Nella prospettiva del federalismo fiscale, che dovrebbe interessare l'Italia, l'adozione di meccanismi di compartecipazione (e di altri strumenti di governo della domanda) diversificati tra le Regioni si può giustificare per responsabilizzare gli amministratori regionali all'uso costo-efficace delle risorse tenendo conto delle situazioni locali, ma presenta il rischio di accentuare i divari nelle possibilità di accesso ai servizi sanitari nelle diverse aree territoriali del Paese e di rendere comunque molto difficile la praticabilità di flussi finanziari perequativi (necessari per garantire LEA omogenei) dalle Regioni che correttamente responsabilizzano la domanda verso quelle che non lo fanno e che non riescono a garantire un equilibrio di bilancio.

I ticket sanitari negli studi sociologici

Mara Tognetti Bordogna, Marco Terraneo, Simone Sarti, Stefano Landi, Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano Bicocca

La sociologia, e nello specifico la sociologia della salute, si è interessata al tema della compartecipazione ai costi del sistema sanitario da parte degli utenti solo in tempi recenti e la produzione scientifica sull'argomento è ancora contenuta. Pur con questi limiti, la riflessione sociologica contribuisce in modo significativo al dibattito sul fenomeno del *co-payment* con il taglio proprio della disciplina, ossia l'attenzione verso le condizioni contestuali che lo caratterizzano e gli effetti che si ripercuotono sulla vita degli individui e dei gruppi sociali.

In termini generali, la ricerca empirica ha messo in luce l'esistenza di significative differenze a livello nazionale e internazionale su diverse dimensioni: la misura del contributo richiesto, il tipo di prestazioni coinvolte, che rendono molto difficile arrivare a conclusioni generalizzabili circa l'impatto della compartecipazione ai costi sulle condizioni di vita dei cittadini. È necessario avviare e sistematizzare le indagini comparative per analizzare e confrontare i criteri specifici di volta in volta adottati dai singoli paesi se si vogliono pienamente valutare le ripercussioni delle diverse scelte adottate. D'altra parte, dai risultati dei primi studi comparativi, sembra emergere che le specificità nazionali possano, in parte, essere ricondotte ai diversi modelli di politica sanitaria che si rifanno ai differenti tipi di sistemi sanitari (a dominanza di mercato, misto o delle assicurazioni obbligatorie, a dominanza statale).

Oltre a queste riflessioni, di più ampio respiro sul legame tra *co-payment* e sistema sanitario, la letteratura sociologica ha affrontato il tema focalizzando l'attenzione soprattutto sulle conseguenze che derivano dalla compartecipazione degli utenti ai costi sanitari. È in questa direzione che vanno gran parte degli studi a carattere empirico, nel tentativo, non facile, di stimare gli effetti della compartecipazione in termini di *equità* complessiva del sistema e di *uguaglianza* delle opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini-utenti.

Le ricerche empiriche, soprattutto internazionali, hanno evidenziato una forte relazione tra la generosità del contratto assicurativo e il consumo di servizi sanitari e che, in generale, l'introduzione di un ticket riduce le conseguenze più vistose legate al *moral hazard*. Gli studiosi, d'altro canto, mettono in guardia da facili generalizzazioni. L'effetto della compartecipazione ai costi può essere differente in virtù del tipo di prestazione che si considera. In questo senso, tanto la frequenza delle visite mediche che le ospedalizzazioni sembrano ridursi a seguito dell'introduzione o all'incremento dei costi sopportati dagli utenti. Al contrario, l'uso dei farmaci non sembra essere influenzato significativamente dai maggiori costi, soprattutto nel lungo periodo.

L'aspetto rilevante sottolineato dai ricercatori è che la necessità però non nasce solamente da un bisogno medico, ma intervengono fattori sociali, culturali e individuali (quali d esempio l'idea di salute prevalente nella società, la profondità del processo di medicalizzazione della vita, l'impatto del marketing delle case farmaceutiche, la diminuzione della capacità soggettiva di sopportare il dolore) che rendono l'assunzione dei farmaci sostanzialmente insensibile alle variazioni di prezzo. A ciò si aggiunga l'influenza di un altro fattore ritenuto determinante per dar conto della rigidità al prezzo dei farmaci, ma più in generale, per attuare un'efficace politica di compartecipazione ai costi da parte dei cittadini, il ruolo del medico. Quest'ultimo rappresenta il punto di contatto tra il paziente e il sistema sanitario. Le decisioni prese dal medico (quali farmaci, esami diagnostici, terapie prescrivere) sono difficilmente contestabili da parte del paziente, che si vede costretto ad accettare le indicazioni mediche, al di là dei costi che è chiamato a sostenere. Detto in altri termini, le medicine o le terapie diventano necessarie nel momento che il medico le prescrive e la necessità è, in buona misura, insensibile al prezzo. In questa prospettiva la ricerca empirica ha messo in luce che il rapporto medico-paziente diventa lo snodo centrale su cui intervenire se si vuole ridurre in modo significativo il rischio di 'azzardo morale.

In questo quadro già di per sé complesso, le tendenze generali descritte possono modificarsi, anche in modo sensibile, sulla base di almeno altri due fattori: le caratteristiche individuali dei pazienti e l'organizzazione del sistema di co-payment nel suo complesso. Per quanto riguarda il primo aspetto, l'età, il reddito, le condizioni cliniche degli utenti sono elementi rilevanti che impattano sull'efficacia della compartecipazione ai costi di incidere sull'azzardo morale. Ad esempio, le fasce di popolazione a più alto reddito risentono in modo minimo di un aumento dei costi delle prestazioni, a differenza di quanto accade per le fasce più deboli. D'altra parte, determinante si rivela l'impalcatura complessiva del sistema di co-payment. Un aumento dei costi delle visite mediche, ad esempio, sembra indurre una parte degli utenti a diminuire il ricorso a questo tipo di intervento per utilizzare, invece, forme di trattamento non gravate da costi o comunque con costi inferiori a quelli delle visite mediche. Il cittadino, ovviamente, mette in atto tutte le strategie possibili per ottenere la stessa prestazione al prezzo più basso. Tutto ciò comporta che in alcuni casi la ragione stessa dell'introduzione del co-payment in un sistema venga vanificata dalle ragioni opportunistiche degli utenti, con il rischio ulteriore di vedere alcuni servizi gravati da richieste eccessive.

I sociologi non si sono limitati a indagare la capacità del co-payment di ridurre il rischio di moral hazard. Una questione di primaria rilevanza oggetto di discussione riguarda le conseguenze che l'introduzione (o l'inasprimento) del co-payment ha sulle condizioni di salute degli individui. Questo aspetto è strettamente connesso al tema dell'uguaglianza delle opportunità. Infatti, la ricerca sociologica ha messo ben in luce che il documentato incremento dei costi che devono sopportare gli utenti ha ripercussioni più significative sugli strati più deboli della popolazione piuttosto che sui cittadini con più mezzi

economici. La scarsità di risorse che rende difficile far fronte all'aumento dei costi delle prestazioni, sembra far diventare più fragili proprio quella parte di cittadini che già sperimenta le situazioni più gravi di vulnerabilità. D'altra parte, come ampiamente noto in letteratura, la domanda più frequente di salute viene proprio dai soggetti socio-economicamente più vulnerabili, ad esempio gli anziani. È chiaro dunque che un'efficace ed efficiente politica di compartecipazione ai costi dovrebbe riuscire a limitare i fattori di distorsione legati alla richiesta di prestazioni superflue, senza ostacolare l'accesso al sistema di coloro che delle cure mediche hanno bisogno, ma che, al contempo, incontrano maggiori ostacoli nel farsi carico dei costi aggiuntivi dovuti al co-payment. Per fare un esempio dei rischi per la salute dei cittadini più deboli dovuti ad una politica di compartecipazione ai costi si veda quanto è accaduto in Francia. In questo paese gli utenti sono chiamati a contribuire ai costi sanitari anche per le visite di base. I dati mostrano che le fasce di popolazione più vulnerabili consumano meno prestazioni rispetto alle altre, ma questi stessi cittadini sono quelli che ricorrono con più frequenza all'ospedalizzazione (cure di secondo livello). Questo stato di cose è stato così interpretato: il minore accesso alle visite mediche da parte degli utenti più deboli per la difficoltà di sostenere i costi provoca in questi soggetti un peggioramento delle condizioni medie di salute, quindi, una crescita della necessità di una loro ospedalizzazione per ricevere le cure. La scelta di introdurre dei meccanismi di *cost-sharing* e, nello specifico, le modalità e le prestazioni in cui articolare il sistema di compartecipazione, non è dunque una scelta neutra. Gli ambiti della spesa sanitaria sono molto differenti, dai farmaci ai medici di base, dalle visite specialistiche ai ricoveri ospedalieri e su ognuno di essi il co-payment ha effetti differenti che si modificano in virtù di come è pensato il sistema sanitario nel suo complesso. Per questa ragione alcuni studiosi suggeriscono che per valutare l'impatto che le politiche di cost-sharing potrebbero avere sugli individui sia importante costruire degli scenari, ossia delle simulazioni di funzionamento del sistema. Grazie a questo metodo, infatti, si ritiene possibile migliorare l'architettura e correggere eventuali effetti negativi del sistema prima della concreta realizzazione delle politiche di co-payment.

Ticket, salute e disuguaglianze nella letteratura

Giuseppe Costa, Università di Torino, Teresa Spadea, ScaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, Elena Gelormino, SC Igiene e Sanità Pubblica ASL TO5

I ticket hanno qualche effetto sulla salute della popolazione? La compartecipazione alla spesa è una leva utilizzata per due possibili scopi distinti: il controllo della domanda (inappropriata) e il finanziamento dell'assistenza sanitaria. In entrambi i casi la leva viene manovrata insieme alle esenzioni per assicurare che non essa non abbia ricadute significative sui livelli di tutela della salute della popolazione. L'esenzione si esercita secondo la capacità contributiva e secondo il bisogno di salute dell'assistito, perché il decisore riconosce che ci sono due meccanismi attraverso cui il ticket potrebbe compromettere la salute. Da un lato l'assistito potrebbe rinunciare ad una prestazione necessaria a causa del suo costo e in questo modo potrebbe compromettere il suo percorso di cura e il suo risultato di salute; nel caso che l'assistito rinunciassero soprattutto alle prestazioni inappropriate ci si potrebbe anche aspettare una ricaduta positiva sulla salute dei ticket, per via della riduzione degli effetti sfavorevoli di un intervento inappropriato, ad esempio meno infezioni nosocomiali da ricoveri non necessari. Dall'altro lato l'assistito che si cura e paga il ticket potrebbe impoverirsi a causa di questa spesa e rinunciare ad altri consumi utili per la sua salute, ad esempio la palestra per fare esercizio fisico. In entrambi i casi è verosimile che le persone di bassa posizione sociale (soprattutto per reddito) siano maggiormente vulnerabili a questi effetti. Qual è il risultato combinato di questi possibili meccanismi come risulta dalla letteratura scientifica?

Per quanto riguarda il primo meccanismo sono disponibili alcune rassegne e studi, soprattutto nord americani, che esplorano l'effetto del *cost sharing* sulla riduzione dei consumi e su alcuni indicatori di salute a breve termine, oltre che sulla loro distribuzione sociale.

La sintesi dell'esperienza europea conferma che il *cost sharing* è efficace nel ridurre la domanda, ma non la "aggiusta" dal punto di vista qualitativo (Loucks F, 2002). Inoltre, le conseguenze dell'innalzamento delle barriere economiche all'assistenza si ripercuotono essenzialmente sulle fasce più deboli della popolazione (poveri e malati) e i sistemi di compensazione adottati non sono solitamente riusciti a contenere l'effetto di aumento delle disuguaglianze sociali nella salute.

Una rassegna bibliografica del 2004 si è concentrata sull'effetto del *cost sharing* sul consumo di farmaci (attraverso *ticket* o diminuzione della rimborsabilità/copertura assicurativa) tra i gruppi più vulnerabili (Lexchin J., 2004). Maggiore è la percentuale di

spese per i farmaci rispetto al proprio reddito maggiore risulta la riduzione nel consumo (l'elasticità stimata tra i gruppi più vulnerabili varia da -0.34 a -0.50, rispetto a valori di -0.10/-0.20 stimati nella popolazione generale); e in alcuni studi la riduzione riguarda anche il consumo di farmaci essenziali (insulina, anti-ipertensivi, anti-coagulanti, anti-aritmici,...), a loro volta correlati ad un aumento di altri consumi come gli accessi in pronto soccorso o di eventi avversi. La revisione conclude che l'aumento della compartecipazione alla spesa riduce i costi complessivi dei farmaci per il sistema (le assicurazioni in USA), ma a scapito dei poveri e dei malati cronici. Occorre anche considerare che molti degli studi analizzati nella revisione riportano gli effetti del *cost sharing* a breve termine; non si può escludere che nel lungo periodo il deterioramento della salute degli individui che riducono il consumo di farmaci sia tale da non poter fare più a meno di utilizzare altri farmaci, e che in ultima analisi esso porti anche ad un aumento dei consumi.

Un'attenzione più esplicita agli effetti diretti sulla salute si può trovare in alcuni studi che osservano direttamente specifici percorsi assistenziali. Il *cost sharing* influenza l'utilizzo di trattamenti antiasmatici (Ungar 2008) e risulta essere fra le cause di un maggior numero di crisi asmatiche nei soggetti statunitensi che sopportano un maggior costo *out of pocket* per le terapie (Ungar 2011). Anche nel caso della prevenzione delle recidive di evento cardiovascolare acuto, è significativa la differenza nell'incidenza di recidiva fra coloro che hanno una copertura finanziaria totale per i trattamenti e coloro che devono acquistare direttamente i farmaci (Choudhry 2011).

Uno studio condotto dal CEIS sui dati dell'indagine su "Reddito e condizioni di vita" (EU-SILC) mostra che nel 2007 il 5.1% delle famiglie residenti in Italia (pari a circa 1.227.977 famiglie), abbia almeno un componente che rinuncia a prestazioni specialistiche necessarie a causa dei costi da sostenere; la percentuale sale al 9.3% (circa 2.249.399 famiglie) per le prestazioni odontoiatriche ed al 10.9% (circa 2.636.471 famiglie) per una qualsiasi delle due prestazioni (Di Rocco S & Doglia M, 2009). Non ci sono studi italiani sull'impatto diretto sulla salute dei *ticket*. E' noto che anche in Italia le persone di bassa posizione sociale si ammalano di più e consumano di più tutti i livelli di assistenza, dall'assistenza primaria, alla specialistica pubblica all'ospedalizzazione sia su scala nazionale (Michelozzi P, 2004), sia su scala locale (Biggeri A., 2003; Perucci CA, 2003).

Il secondo meccanismo, quello dell'impoverimento a causa della compartecipazione alla spesa e dei suoi effetti di salute, è poco studiato nella letteratura epidemiologica. In Italia ancora lo studio del CEIS, analizzando i dati ISTAT sui consumi delle famiglie negli anni 2006-07, conclude che c'è una quota ancora rilevante di famiglie che si impoverisce (l'1.4%, pari a più di 300.000 famiglie) o sostiene spese "catastrofiche" (il 4.2%, pari a quasi 1.000.000 di famiglie) per spese sanitarie *out of pocket*. I servizi che incidono di più sono l'assistenza per la disabilità e i farmaci, soprattutto nelle fasce più povere e nelle regioni meridionali (Di Rocco S & Doglia M, 2009).

In una ricerca condotta su un campione degli assistiti dei MMG della provincia di Torino nel 2008 si sono indagate sia le prestazioni sanitarie alle quali il paziente (o un suo familiare) ha dovuto rinunciare negli ultimi 12 mesi e i motivi della rinuncia, sia le modifiche al proprio stile di vita indotte da spese sanitarie (Spadea T, 2010). Circa il 40% dei pazienti intervistati ha dichiarato di aver interrotto almeno un percorso sanitario per uno qualsiasi dei motivi indagati, con maggior frequenza per una selezione di pazienti "fragili". In entrambi i gruppi di pazienti il motivo prevalente di interruzione era rappresentato dalla difficoltà ad affrontare i costi, in particolare per le spese odontoiatriche ed oculistiche e per i farmaci. Inoltre, oltre la metà dei pazienti ha dichiarato di aver dovuto limitare almeno una delle spese familiari (tempo libero, casa, trasporti, formazione dei figli, alimentazione) a causa dell'impegno assistenziale o dei costi sanitari; in particolare, ben il 19% dei pazienti "fragili" ha dovuto rinunciare a spese alimentari. Non sono disponibili studi italiani che valutino di quanto possa aumentare l'intensità delle disuguaglianze di salute in conseguenza dell'impoverimento legato alla compartecipazione alla spesa sanitaria.

In conclusione ci sono buone prove del fatto che la leva di manovra dei *ticket* possa avere ricadute sfavorevoli sulla salute a breve termine, causate dalla riduzione di consumi essenziali, che sono di particolare intensità sui gruppi più vulnerabili per condizioni sociali e di bisogno; non sono disponibili studi su risultati di lungo periodo causati direttamente dalla riduzione dei consumi essenziali o dall'impoverimento indotto dalla spesa. Risulta probabile (ma gli studi sono pochi) che l'effetto possa essere mitigato da un comportamento prescrittivo dei medici più attento alle condizioni di bisogno. Sul versante dell'impoverimento occorre ricalibrare la politica delle esenzioni, che non sembra sufficientemente capace di tutelare queste forme di vulnerabilità.

La normativa statale in materia di ticket ed esenzioni

Silvia Arcà, Dirigente presso il Ministero della salute

Il sistema della partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria e il sistema delle esenzioni che lo affianca, sono regolati da una delle discipline più complesse e, per certi aspetti, più contraddittorie dell'intero ordinamento sanitario. Il motivo di tale complessità, in un ambito che (per le caratteristiche dei destinatari e perché interferisce con l'esercizio del diritto fondamentale alla salute) richiederebbe il massimo di semplicità e chiarezza, deriva probabilmente dal fatto che, nel corso degli anni, le norme si sono sovrapposte le une alle altre, con progressivi aggiustamenti e parziali correzioni di rotta, ma senza un disegno preciso e una logica unitaria. Negli ultimi anni il quadro si è ulteriormente complicato poiché, alla normativa nazionale, si è aggiunta la normativa emanata dalle singole regioni che, esercitando la facoltà attribuita dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 (di conversione del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347), hanno istituito nuovi ticket sull'assistenza farmaceutica ed individuato nuove categorie di esenti. Può essere utile, dunque, riassumere le caratteristiche dell'attuale sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni, ripercorrendo brevemente le tappe che hanno portato alla sua definizione.

1. Il sistema di partecipazione alla spesa

Le prestazioni sanitarie assoggettate a ticket sono oggi:

- *le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.* (legge n. 537 del 1993, legge n. 27 dicembre 2006, n. 296 art. 1, comma 796, lettera p), primo periodo)

L'importo dovuto è pari alla tariffa della prestazione, fino al tetto massimo di 70mila lire (36,15 euro) per ricetta, a cui si aggiungono 10 euro per ricetta. (con una ricetta possono essere prescritte fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica, fatta eccezione per le prestazioni di fisioterapia). La tariffa è fissata dai nomenclatori regionali delle prestazioni specialistiche;

- le prestazioni in regime di *pronto soccorso* non seguite da ricovero, codificate con codice bianco, ad eccezione di quelle richieste a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti. (legge n. 27 dicembre 2006, n.296 art. 1, comma 796, lettera p), secondo periodo): gli assistiti non esenti siano tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro.
- *le cure termali* (legge n. 289/2002).

L'importo dovuto dai non esenti è pari a 50 euro.

L'assistenza farmaceutica è disciplinata, a livello nazionale, da una normativa specifica che, dal 1° gennaio 2001, non prevede alcuna partecipazione dei cittadini al costo dei medicinali. I farmaci essenziali, inseriti nella classe A, sono interamente gratuiti; i farmaci inseriti nella classe C sono a totale carico degli assistiti (ad esclusione degli invalidi di guerra e le vittime del terrorismo e della criminalità che hanno diritto a riceverli gratuitamente).

C'è da chiedersi perché alcune prestazioni siano assoggettate a ticket ed altre ne siano escluse, quale sia la logica che abbia portato, fin dai primi anni '80, a indirizzare la scelta verso la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica.

Per quanto riguarda la medicina di base, la legge n. 438/1992 prevedeva l'obbligo di versare una quota forfetaria annuale di 85.000 lire alla regione o alla Asl di appartenenza ma la sua applicazione ha avuto esiti fallimentari soprattutto perché la misura, associata a modalità di esenzione estremamente complicate, ha suscitato una forte ostilità nella popolazione che, in larga misura, ha disatteso l'obbligo del pagamento.

Anche per l'assistenza ospedaliera sono state prese in considerazione due possibilità: una quota fissa per accesso oppure una quota giornaliera per le cosiddette "spese alberghiere" (pasti, pulizia, ecc.). Con il decreto-legge n. 111/1989, è stato previsto un ticket di 10.000 lire per ogni giornata di degenza negli ospedali pubblici e di lire 15.000 nelle case di cura convenzionate ma il decreto non è stato convertito in legge e negli anni successivi ha prevalso il timore di una reazione negativa dell'opinione pubblica per la convinzione (non sempre fondata) che il ricovero ospedaliero sia una prestazione cui si ricorre solo in casi gravi o addirittura urgenti, in una condizione psicologica particolarmente difficile.

2. il sistema delle esenzioni

I criteri di esenzione oggi in vigore sono principalmente tre:

- il reddito familiare, associato ad altre condizioni personali o sociali;
- la presenza di particolari patologie, croniche o rare;
- lo stato di invalidità.

a) Le esenzioni in relazione al reddito

Hanno diritto all'esenzione in relazione al reddito i bambini fino a sei anni e le persone di età superiore a sessantacinque anni, con un reddito familiare complessivo inferiore a 36.151,9 €. L'esenzione è personale (non si estende ai familiari) ed il reddito considerato è

quello dichiarato, ai fini IRPEF, da tutti i componenti del nucleo familiare identificato ai fini fiscali (e non anagrafici). (legge n. 537/1993 come modificata dalla legge n. 724/1994).

In base alla stessa legge, sono esenti in relazione al reddito anche i pensionati sociali, i pensionati al minimo di età superiore a sessant'anni e i disoccupati. I pensionati al minimo ultrasessantenni ed i disoccupati per avere il diritto all'esenzione devono appartenere "ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all'anno precedente, inferiore a 16 milioni (8.263.31 €), incrementato fino a lire 22 milioni (11.362,05 €) in presenza del coniuge ed in ragione di un ulteriore milione (516,46 euro) per ogni figlio a carico". Se questi valori potevano delimitare, all'inizio degli anni '90, l'area delle povertà o, come si usava dire, dell'"indigenza", oggi appaiono assolutamente inadeguati allo scopo. Ancora, si osserva che l'inserimento, tra gli esenti, dei "disoccupati" - senza ulteriori specificazioni - esprime sì la volontà di tutelare una importante area di disagio sociale ma, contemporaneamente, determina una disparità di trattamento priva di qualunque giustificazione. Il termine "disoccupato", infatti, identifica i soggetti che abbiano cessato, per qualunque motivo, un'attività di lavoro dipendente e siano immediatamente disponibili a svolgere una nuova attività lavorativa, mentre esclude le persone in cerca di prima occupazione e tutti coloro che abbiano svolto, ed eventualmente cessato, rapporti di lavoro non dipendente (collaborazioni, attività autonome, rapporti atipici, ecc. oltre che, ovviamente, lavoro in nero).

b) Le esenzioni in relazione alla presenza di particolari malattie

La seconda importante categoria che ha diritto all'esenzione dal ticket è costituita dalle persone affette dalle malattie croniche e rare identificate con due decreti del Ministero della salute (rispettivamente il d.m. 28 maggio 1999, n. 329 e succ. mod. e il d.m. 18 maggio 2001, n. 279); il primo elenca, per ciascuna malattia, le specifiche prestazioni esenti, il secondo garantisce l'esenzione per tutte le prestazioni "incluse nei livelli essenziali di assistenza, appropriate per il monitoraggio dell'evoluzione della malattia ed efficaci per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti", comprese quelle necessarie per la conferma del sospetto diagnostico, eseguite presso un presidio sanitario specializzato.

I criteri che hanno condotto all'inclusione delle malattie croniche nel decreto n. 329 (precisati dal decreto legislativo n. 124 del 1998) sono:

- la gravità clinica,
- il grado di invalidità
- l'onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento.

c) *Le esenzioni per invalidità*

Le esenzioni per invalidità rappresentano il capitolo più complicato e più contraddittorio dell'intero sistema e dunque quello in cui sarebbe più necessario e urgente un intervento di razionalizzazione.

La norma di riferimento, che risale al 1991 (d.m. 1° febbraio 1991), prevede l'esenzione per tutte le prestazioni sanitarie a favore delle seguenti categorie di invalidi:

- invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla 1[^] alla V[^];
- invalidi civili e gli invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 (67%);
- minori invalidi civili con indennità di frequenza;
- invalidi civili con indennità di accompagnamento;
- ciechi ed i sordomuti;
- ex deportati nei campi di sterminio nazista K.Z.
- vittime di atti di terrorismo o di criminalità organizzata e vittime del dovere.

Sono esentati dal pagamento del ticket sulle prestazioni necessarie per la cura della specifica patologia di cui soffrono, le seguenti categorie:

- gli invalidi di guerra e per servizio appartenenti alle categorie dalla VI[^] alla VIII[^];
- gli invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa inferiore a 2/3;
- coloro che abbiano riportato un infortunio sul lavoro o una malattia professionale;

La principale incongruenza nasce dal fatto che l'esenzione dal ticket, piuttosto che rappresentare uno strumento di tutela della salute, assolve per queste categorie di persone una funzione sostanzialmente "risarcitoria" del danno subito, e in questi termini viene vissuta dai diretti interessati. Questo è vero soprattutto per i soggetti più gravemente invalidi, che hanno diritto all'esenzione anche quando le prestazioni richieste non hanno alcun nesso con la patologia o la condizione che ha determinato l'invalidità. Non è in discussione, naturalmente, l'obbligo dello Stato di riconoscere i meriti di queste categorie e di sostenerle nelle forme opportune, soprattutto se in condizioni economiche disagiate; quello che non convince è l'uso di uno strumento, quale l'esenzione dal ticket, per finalità diverse da quelle strettamente attinenti alla tutela della salute.

Conclusioni

In conclusione, il sistema della partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e delle esenzioni ha urgente bisogno di un intervento di razionalizzazione, soprattutto nelle aree in cui la disciplina in vigore è palesemente insufficiente o iniqua.

L'attuazione regionale del ticket sulle ricette

Elena Cantù e Francesca Ferré, CERGIS Bocconi

I ticket, e il sistema delle esenzioni ad essi collegato, sono regolati da un insieme di norme nazionali e regionali che nel tempo si sono sovrapposte le une alle altre, non consentendo di garantire un disegno preciso e una logica unitaria.

Le prestazioni attualmente soggette a ticket (anche se in modo differenziato tra le regioni) sono: la specialistica ambulatoriale, gli accessi al pronto soccorso con codice bianco, le cure termali¹ e l'assistenza farmaceutica territoriale.

Di seguito si presenta la mappatura dei ticket in vigore nelle diverse regioni distinguendo tra i ticket sull'assistenza farmaceutica² e quelli sulle altre tipologie di prestazioni. I primi, infatti, sono attualmente disciplinati dalle singole normative regionali, dato che la L. 405/2001 ha abolito i ticket nazionali lasciando alle regioni la facoltà di introdurre ticket sulla farmaceutica, fissarne il relativo importo e individuare i criteri di esenzione. Per le altre prestazioni, invece, sono in vigore norme nazionali che, in parte, si aggiungono ad eventuali ticket già previsti dalle regioni, in parte, possono non essere applicate a livello regionale, ma solo se sostituite da misure alternative equivalenti ai fini del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Il DL 98/2011 stabilisce che, a decorrere dal 2014, siano previsti nuovi ticket sui farmaci e sulle altre prestazioni sanitarie, per un importo complessivo di circa 2 miliardi annui. Tali compartecipazioni andrebbero a sommarsi a quelle storicamente esistenti. L'intesa Stato-Regioni da sottoscrivere entro il 30 aprile 2012 (art. 17, c. 1 DL 98/2011) potrebbe individuare misure alternative per evitare l'introduzione di tali ticket.

Pronto Soccorso e prestazioni di specialistica ambulatoriale

La legge Finanziaria 2007 aveva introdotto una quota fissa di 25 euro per le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero per i codici bianchi. Tutte le regioni, ad eccezione della Basilicata, avevano applicato tale normativa, anche se, in alcuni casi, con modalità diverse (Agenas 2011). Ad esempio, in Campania e nella Provincia autonoma di Bolzano la quota fissa del ticket è di 50 euro. Inoltre in alcune regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Calabria) oltre al pagamento della quota fissa, viene richiesta una compartecipazione alla spesa per eventuali prestazioni

¹ Nel prosieguo non si analizzano nel dettaglio i ticket sulle cure termali.

² Per i farmaci non coperti da brevetto è già prevista una forma di copayment corrispondente alla differenza di prezzo tra farmaco di marca e prezzo di riferimento, ovvero il prezzo della stessa confezione di farmaco generico più economica. I farmaci non coperti da brevetto comprendono i farmaci per i quali esistono in commercio prodotti di uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali.

diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al Pronto Soccorso. Oltre al ticket sui codici bianchi Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche per i codici verdi non seguiti da ricovero.

Il DL 98/2011 ha confermato il ticket di 25 euro per le visite in pronto soccorso con codice bianco ed, infatti, anche la Basilicata l'ha introdotto dal 18 luglio 2011.³

La legge Finanziaria 2007 aveva anche previsto una quota fissa di 10 euro per ricetta a carico dei soggetti non esenti sull'assistenza specialistica, in aggiunta al ticket già in vigore (pari alla tariffa delle singole prestazioni, fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta⁴). Tale misura (cd "superticket" sulla specialistica) è stata soppressa fino al 2011 da successive leggi finanziarie, ma è stata riportata in vigore dal DL 98/11. Rispetto a questo disposto normativo le regioni hanno fatto scelte differenziate. In particolare:

- Lazio, Liguria, Calabria, Puglia, Sicilia, Campania, Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise hanno applicato il ticket da 10 euro subito e senza modifiche.
- Valle d'Aosta, PA di Trento e Bolzano hanno scelto di non applicare il nuovo ticket, mentre la Sardegna l'ha applicato in modo simbolico, aumentando la franchigia già in vigore di un euro (da euro 46,15 a euro 47,15).
- Alcune regioni hanno modulato i ticket per le prestazioni di specialistica in base al reddito familiare. E' il caso del Veneto dove il ticket di 10 euro è applicato solo per i redditi superiori ai 29.000 euro ed è dimezzato per i redditi inferiori. In Abruzzo, invece, il ticket è previsto solo per redditi superiori a 36.000 euro. Più articolato è il modello di Emilia Romagna, Toscana e Umbria in cui le fasce di reddito individuate sono tre e l'applicazione del ticket è prevista solo per ricette con valore superiore ai 10 euro. Per i redditi tra 36.000 e 70.000 euro è prevista l'applicazione di un ticket pari a 5 euro, per i redditi tra i 70.000 e 100.000 euro un ticket di 10 euro, e di 15 oltre i 100.000 euro.
- Lombardia, Piemonte e Basilicata hanno scelto di proporzionare il ticket in base al valore delle prestazioni. In particolare, il ticket per prestazioni specialistiche in Lombardia è rimodulato da 9 a 30 euro, in base al valore della prestazione (escluse le prestazioni con valori inferiori a 5 euro). Le 2.017 prestazioni del tariffario regionale sono state divise in 16 classi di riferimento in base al costo e il ticket applicato è pari al 30% del valore più basso di ogni fascia. Segue la scia della rimodulazione lombarda anche il Piemonte dove i nuovi ticket sono calcolati sulla base delle ricette e della tipologia degli esami in una quota che varia da 10 a 30 euro. Ad esempio, per un esame

³ La Basilicata non prevedeva la quota fissa di 25 euro, ma richiedeva una compartecipazione per le prestazioni ambulatoriali eseguite presso il pronto soccorso.

⁴ Tale limite, in Calabria è stato aumentato a 45 euro + 1 euro di quota fissa e in Sardegna è di 46,15 euro. La Campania ha introdotto il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in Lazio e nel Molise sono previste ulteriori quote per specifiche prestazioni. In Veneto, al fine di agevolare i pazienti, il limite è calcolato su un tariffario che prevede valori più bassi rispetto a quelli in vigore per il pagamento degli erogatori.

da 10 e 15 euro è applicato un ticket di 3 euro mentre per uno da 25 e 30 euro uno pari a 7,50 euro. Anche in questo caso, per tutte le prestazioni inferiori a 5 euro non è prevista alcuna compartecipazione del paziente. Lo stesso principio di esclusione è applicato in Basilicata dove il ticket è correlato al valore economico della prescrizione e può variare da un minimo di 4 euro per prestazioni di valore compreso tra i 5 e i 10 euro, ad un massimo di 30 euro per prestazioni superiori ai 100 euro.

Assistenza farmaceutica

Come evidenziato sopra, i ticket sull'assistenza farmaceutica sono disciplinati dalle singole normative regionali e possono essere introdotti all'interno delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica. Gli strumenti utilizzati sono principalmente due (Federfarma 2012): (i) la reintroduzione della "quota fissa sulla ricetta" soppressa dalla legge finanziaria per il 2001; (ii) l'introduzione di una quota fissa su ciascuna confezione. Diverse sono le quote individuate per i non esenti e per gli esenti⁵. Per esempio la Lombardia applica un ticket sia per la ricetta (massimo 4 euro) sia per l'acquisto del farmaco (massimo 2 euro), con una serie di esenzioni in base alle condizioni e al reddito. Il Lazio invece prevede importi variabili a seconda del prezzo di vendita del farmaco (massimo 4 euro a confezione se il prezzo supera i 5 euro, altrimenti 2,5 euro).

Fino al 2011, Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Sardegna, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Basilicata e PA di Trento non applicavano alcun ticket. Il DL 98/2011 ha però spinto alcune di esse ad introdurli. Ed, infatti, dall'agosto 2011, Emilia Romagna e Toscana e, da settembre 2011, l'Umbria hanno introdotto una compartecipazione modulata sul reddito del nucleo familiare. Le tre regioni hanno previsto un ticket di 1 euro a confezione e fino ad un massimo di 2 euro a ricetta per redditi familiari tra 36.152 e 70.000 euro; un ticket di 2 euro a confezione e fino ad un massimo di 4 euro a ricetta per redditi da 70.000 a 100.000 euro; e un ticket di 3 euro a confezione e fino ad un massimo di 6 euro a ricetta per i redditi superiori a 100.000 euro.

⁵ Differenti sono anche i criteri di individuazione delle categorie degli esenti, cfr infra.

La misura attuale a livello nazionale del Copayment in Sanità

Francesca Giuliani, Agenas e Cesare Cislighi, Agenas

A quanto corrisponda l'ammontare di tutti i ticket pagati per le prestazioni sanitarie oggi in Italia non è cosa semplice da determinare, ma è essenziale per stabilire eventuali modifiche di queste misure. Si parla oggi di aumentare i ticket di 2 miliardi come previsto dalla legge finanziaria 2011 ed è perciò rilevante sapere almeno quale debba essere l'incremento proporzionale di questa manovra.

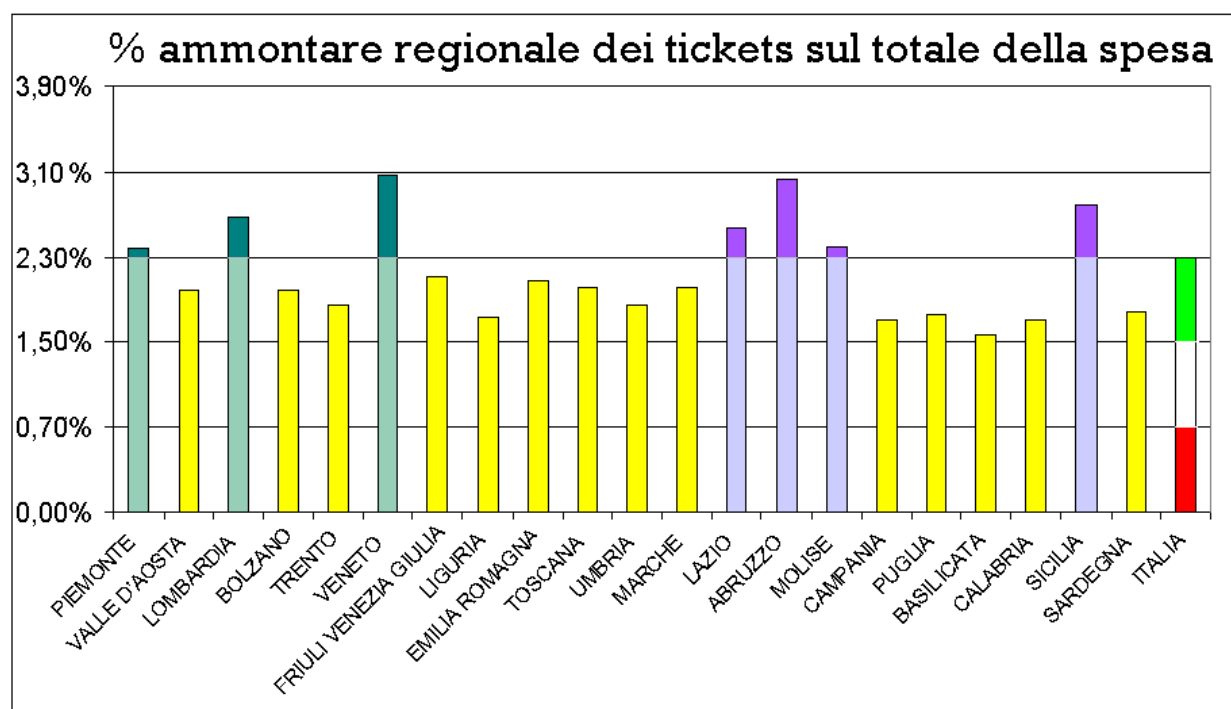
La difficoltà di conoscere l'entità dei ticket dipende soprattutto da due elementi: il primo è che non sempre viene registrato con precisione se una prestazione tariffata sia stata usufruita da un soggetto esente o non esente dal pagamento dei ticket; il secondo invece fa sì che nel caso di prestazioni prodotte da soggetti privati, le Asl pagano il corrispettivo al netto dei ticket e quindi questi non entrano nella contabilità aziendale e regionale. Il tentativo di ottenere una stima è stato realizzato relativamente all'anno 2009 per il quale sono disponibili i dati contabili regionali non essendo ancora completi invece i dati degli "LA" del 2010. Si osservi comunque che se anche la stima potrebbe avvicinarsi a quella odierna, in ogni caso mancherebbe il cosiddetto "super-ticket", cioè il ticket di 10 € su ciascuna singola prescrizione.

Descrizione Regione	Ticket specialistica (produzione da pubblico) da dati CE	Ticket specialistica (produzione da privato) stima su dati LA	Ticket specialistica in PS e altro da dati CE	Ticket Spesa farmaceutica convenzionata da dati Agenas	STIMA SOMMA TOTALE TICKET RISCOSS I	TOTALE SPESA SANITARIA DA CE	% sul totale della spesa
PIEMONTE	112.318	47.158	531	53.523	213.530	8.981.172	2,38%
VALLE D'AOSTA	4.524	707	25	695	5.951	298.233	2,00%
LOMBARDIA	178.801	116.964	4.529	181.844	482.138	18.158.576	2,66%
P.A. DI BOLZANO	14.428	1.403	1.832	6.029	23.691	1.181.569	2,01%
P.A. DI TRENTO	14.004	4.987	375	2.256	21.622	1.161.737	1,86%
VENETO	127.504	65.306	4.611	86.392	283.813	9.358.426	3,03%
FRIULI VENEZIA GIULIA	35.505	11.371	512	7.468	54.855	2.588.317	2,12%
LIGURIA	14.783	6.343	22.081	19.411	62.619	3.565.409	1,76%
EMILIA ROMAGNA	128.717	26.692	3.602	27.943	186.954	8.979.805	2,08%
TOSCANA	103.395	21.701	6.656	25.498	157.250	7.766.961	2,02%
UMBRIA	21.851	4.440	500	6.339	33.130	1.774.191	1,87%
MARCHE	40.980	8.122		11.389	60.490	2.988.021	2,02%
LAZIO	91.797	74.276	35.269	105.778	307.119	12.009.936	2,56%
ABRUZZO	26.300	29.007	3.096	20.796	79.199	2.635.782	3,00%
MOLISE	3.926	4.845	1.953	5.591	16.315	681.180	2,40%
CAMPANIA	30.656	68.150	9.984	71.705	180.495	10.426.118	1,73%

PUGLIA	48.142	38.815	5.136	44.229	136.322	7.647.423	1,78%
BASILICATA	10.111	4.345	5	4.020	18.481	1.156.950	1,60%
CALABRIA	7.732	6.020	14.052	34.134	61.938	3.578.961	1,73%
SICILIA	40.827	72.059	927	134.606	248.419	8.959.706	2,77%
SARDEGNA	25.896	17.034	2.174	12.575	57.679	3.190.928	1,81%
ITALIA	1.082.197	629.745	117.850	862.220	2.692.012	117.089.401	2,30%

In questa elaborazione non si è in ogni caso considerata la mobilità che per i settori dell'assistenza specialistica e farmaceutica è comunque marginale e comunque ovviamente non influisce sui totali nazionali.

La prima colonna della tabella riguarda i ticket incassati per le prestazioni specialistiche prodotte da presidi pubblici: questo ammontare viene riportato dai Consuntivi Economici (CE) di ogni azienda e poi consolidati da ciascuna Regione. La seconda colonna invece è una stima che si origina dall'ammontare dei pagamenti ai privati per prestazioni specialistiche; questa stima ipotizza che la percentuale di ticket sull'ammontare del costo sia simile a quella osservata nel settore pubblico, ma si sa che ciò non è plausibile in quanto la quota di ticket nel settore privato è certamente superiore. Il ticket riscosso nel Pronto Soccorso è pure rilevato dai modelli CE, mentre il ticket della specialistica è stato ricavato dal flusso delle *Contabili della spesa farmaceutica delle Regioni* gestito da Agenas.



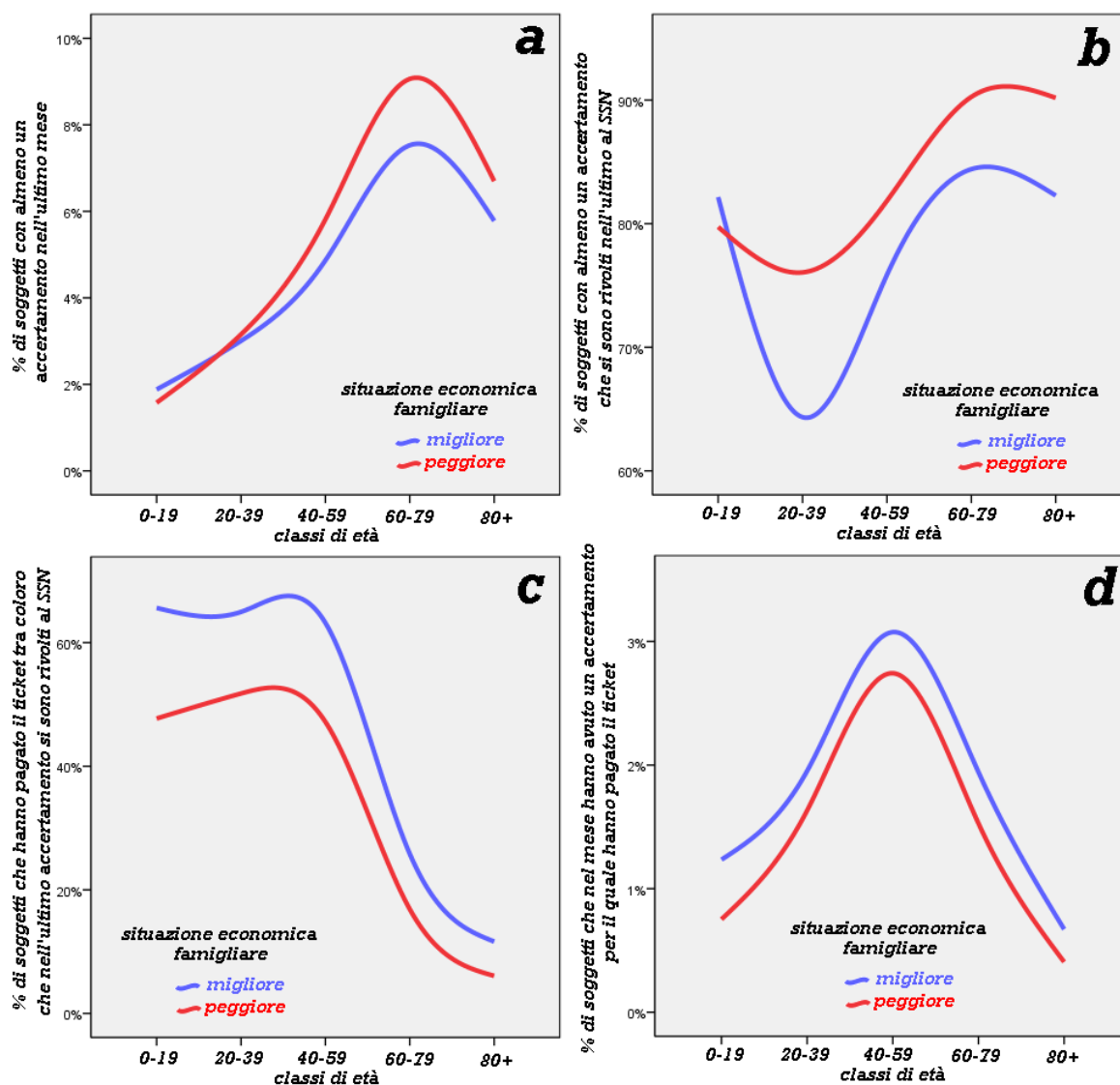
Così sommati tutti i ticket si perviene ad una stima di 2,69 miliardi per il 2009 che dovrebbe avere avuto un incremento nel 2010 e 2011 sino ad un massimo di tre miliardi cui però si deve aggiungere un ulteriore miliardo per il ticket di 10 Euro sulle prescrizioni: in conclusione la attuale somma dovrebbe attestarsi sui 4 miliardi di Euro, cioè a circa il 3,5% della spesa sanitaria pubblica comprendendo in questa anche i ticket stessi.

Ritornando al 2009 invece questa percentuale era circa del 2.5% e con diverse differenze tra Regioni, peraltro difficilmente interpretabili; in alcuni casi i bassi valori potrebbero essere dovuti alla maggior percentuale di esenti (anziani in Liguria, indigenti in Campania ad esempio), in altri casi alla presenza di ticket riscossi in pazienti in mobilità (elevate percentuali in Lombardia, Veneto e Piemonte e basse in Basilicata e Calabria) , in altri ancora i ticket sono elevati per la presenza dei Piani di rientro (Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia) ma al di là di queste spiegazioni non si può tralasciare di esprimere il sospetto che tutti i dati classificati dai modelli CE ed LA possano non corrispondere esattamente alla realtà, per lo meno a livello delle singole voci elementari di classificazione.

Il copayment nell'Indagine Multiscopo Istat del 2005

Cesare Cislighi, Agenas, Simona Olivadoti, Agenas, Alessandra Burgio, Istat, Lidia Gargiulo, Istat

L'indagine Istat sulla salute e l'utilizzazione dei servizi sanitari qui descritta è stata effettuata nel 2005 su un campione probabilistico molto ampio, di 128.000 soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale. La ricerca tocca numerosi argomenti, tra questi anche le modalità di accesso alle prestazioni se ottenute tramite il Servizio Sanitario pubblico oppure privatamente, e nel primo caso se è stato pagato o meno un ticket.



Queste informazioni sono state raccolte sia riguardo alle visite specialistiche che agli accertamenti diagnostici di tipo specialistico : per brevità si esaminano qui solo questi

ultimi. Le due variabili utilizzate per descrivere la situazione sono l'età, in classi ventennali, e la situazione economica della famiglia autodichiarata dai soggetti stessi e qui ridotta a due modalità "migliore" e "peggiore". Nel primo caso le persone hanno giudicato le risorse economiche della famiglia "ottime o adeguate", nel secondo "scarse o insufficienti".

Prevalenza di utilizzatori: Il grafico a) evidenzia come la prevalenza di utilizzatori di esami diagnostici sia funzione dell'età con consumi almeno quattro volte maggiori negli anziani rispetto ai giovani. Nelle due classi economiche si conferma lo stesso andamento ma nei meno abbienti il consumo è maggiore. Analisi più approfondite dimostrano come questa maggior prevalenza dipenda non tanto da un diverso comportamento quanto da una differente presenza di situazioni patologiche che necessitano di accertamenti diagnostici.

Quota di accertamenti del SSN: Nel grafico b) si vede inoltre come molti soggetti si rivolgano a servizi esterni al SSN soprattutto nelle età intermedie e questo è dovuto soprattutto a settori come la ginecologia e l'ostetricia per i quali l'utenza preferisce il settore privato. In ogni caso questo coinvolge in modo differente le due classi sociali, con i meno abbienti che hanno un ricorso massimo pari al 20% mentre nelle fasce più agiate questo raggiunge quasi il 40%. Questa quota di ricorso "out of pocket" può trovare ulteriori stimoli nella presenza di elevato copayment, che riduce il risparmio ottenuto con il ricorso al SSN.

Proporzione di utenti che pagano il ticket: Nel grafico c) sono analizzati i soli utenti del SSN ed è indicata la quota di quanti hanno pagato un ticket per ottenere l'accertamento diagnostico riferito alle quattro settimane precedenti l'intervista. Sino ai 60 anni la quota si aggira sul 50% con un differenziale netto tra le due classi sociali pari a quasi un 20%. Queste differenze derivano probabilmente sia dalla presenza di esenzioni per motivi economici, sia dalla maggior prevalenza di persone con problemi di salute tra la popolazione meno abbiente, che dispongono di una esenzione per malattie croniche.

Quota di soggetti che hanno pagato un ticket: Se tutti gli elementi precedenti vengono considerati insieme si può stimare quanti soggetti dell'intera popolazione italiana hanno pagato un ticket per accertamento diagnostico almeno una volta nel mese precedente l'intervista e questo dato è evidenziato dalla figura d). La frequenza maggiore è nelle età intermedie e riguarda circa il 3% mentre nelle età più giovani e più anziane questo valore scende all'1%. La differenza per classe sociale rimane ma complessivamente sono i più abbienti, che pagano maggiormente i ticket.

I dati che riguardano i ticket pagati per ottenere una visita specialistica hanno degli andamenti simili a quelli qui presentati con differenziali maggiori tra le classi, in quanto sono maggiori le percentuali di ricorso al settore privato per la classe più abbiente.

La conclusione che si può trarre da questa analisi è che i ticket sono a carico di una minoranza di utenza anche perché il ticket “maggiore” è quello non obbligatorio pagato da coloro che, per scelte personali, talvolta non giustificate ma talaltra sì, ricorrono al settore privato pagando per intero la prestazione sanitaria richiesta.

Non sono dati purtroppo recenti e quindi sarà importante valutare i dati della prossima indagine Istat che dovrebbe svolgersi nel 2012 per verificare se gli andamenti siano rimasti simili anche dopo l’inasprimento del copayment avvenuto in questi ultimi mesi; in ogni caso si ritiene che le tendenze qui evidenziate debbano considerarsi ancora presenti nella realtà odierna.

Le regole del copayment nella farmaceutica: trend decennale dei valori

Emanuela Pieroni, Agenas

Nella farmaceutica italiana dell'ultimo decennio la questione del copayment è legata alle alterne vicende del ticket sui farmaci, immancabile protagonista nel confronto tra lo Stato e le Regioni sul terreno del finanziamento e del riparto della spesa.

L'andamento dei valori del ticket, e quindi il peso che questo ha avuto sui cittadini nel decennio 2001-11, risulta influenzato tanto dalle politiche nazionali che dalle scelte di politica sanitaria messe in atto nelle singole regioni che, come prevede la normativa nazionale in vigore, per far fronte al proprio disavanzo possono adottare misure mirate al contenimento della spesa farmaceutica.

Come risultante della partita tra Stato e Regioni nel corso del decennio si è assistito a una vera e propria esplosione del ticket sui farmaci passato da un valore minimo di 13 milioni di € nel 2001 agli attuali 1.335 milioni del 2011 (Grafico 1).

Questa crescita esponenziale segnala un profondo mutamento nella logica dell'adozione del ticket sui farmaci che, da strumento di responsabilizzazione dei cittadini - mirato soprattutto a disincentivare l'eccesso di consumi - è diventato sempre di più una voce diretta e rilevante di finanziamento della sanità regionale.

A monte di questo percorso, il ticket, addirittura scompare quasi del tutto nella finanziaria del 2001 (Legge 388/2000) che rivoluziona i criteri di erogazione dei farmaci abolendo di fatto i ticket e semplificando le norme di prescrizione. E sempre in quello stesso anno, per i farmaci non più coperti da brevetto (i cosiddetti "farmaci generici"), si paga la differenza fra il prezzo del farmaco prescritto anche se generico ed il prezzo più basso fra i farmaci corrispondenti. Si afferma così il principio che a fronte di due farmaci con lo stesso principio attivo ma con prezzo diverso il Servizio Sanitario Nazionale dispensa gratuitamente solo quello meno costoso, mettendo la differenza a carico del cittadino.

A partire dal luglio 2005 in molte regioni i farmaci generici ed i farmaci a brevetto scaduto, non sono più soggetti alla quota fissa regionale ma erogati in regime di Servizio sanitario regionale. Le Regioni si erano impegnate però ad attivare un'adeguata campagna informativa per la promozione e l'incentivazione all'utilizzo di tali farmaci. Ma anche in questo caso non tutte le regioni hanno provveduto a sensibilizzare l'opinione pubblica che ha continuato a preferire il farmaco di "marca" dovendo solo pagare la quota di

compartecipazione. Oggi nelle regioni sotto piano di rientro uno degli impegni richiesti è un maggior uso del farmaco generico.

Nel 2006 vengono introdotte in molte regioni nuove esenzioni e così di anno in anno la fascia di cittadini che beneficiano di questa politica è cresciuta. Le esenzioni sono soprattutto per fascia d'età, patologia, reddito, ed alla fine del 2006 molte regioni decidono di reintrodurre il ticket. A partire quindi dal 2007 poi, fino al 2011, ci troviamo di fronte ad un incremento continuo del valore del ticket.

I dati raffigurati nei grafici percorrono undici anni della storia dei ticket sulla spesa farmaceutica, partendo dal valore minimo di € 13 milioni nel 2001 fino ai € 1.335 milioni nel 2011 (Grafico 1). Il valore del ticket rappresentato comprende sia la compartecipazione del cittadino che il ticket come quota fissa sulla ricetta o sul farmaco.

Attraverso il Grafico 1 si possono cogliere due cicli di espansione del valore del ticket come effetto, a livello nazionale, delle manovre messe in atto di anno in anno. Il primo balzo si registra nel biennio 2002-03, quando il ticket, gradualmente reintrodotta, arriva a quota 642 milioni €. Segue una fase di stasi con la diminuzione di circa il 6% del valore del ticket a causa delle riduzioni, fino al 50 per cento, concesse a molte categorie di persone tra cui pensionati, disoccupati, malati cronici.

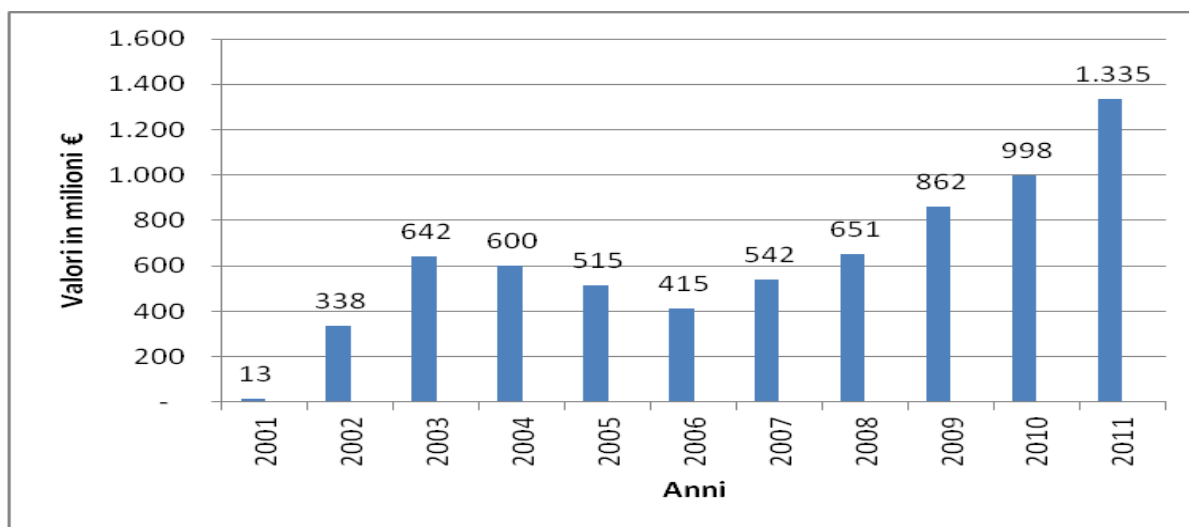


Grafico 1. Italia Serie storica del ticket anni dal 2001 al 2011 (Valori in milioni di €)(Fonte: dati spesa farmaceutica convenzionata Agenas)

Nel 2005 l'abolizione della quota fissa sulla ricetta genera un ulteriore abbassamento, pari al 15%, del valore del ticket rispetto all'anno precedente, e una successiva riduzione di ben 20 punti percentuali nel 2006 rispetto al 2005 che porta il valore ticket a 415 milioni di €, ma è solo il passo indietro che precede la rincorsa: a partire dal 2007, la maggioranza delle regioni decide di reintrodurre il ticket che da allora ha fatto registrare un continuo incremento fino al record del 2011 (1.335 mln), raggiunto con un balzo del 34% rispetto al

2010. In questi ultimi anni il ticket si è quindi consolidato come strumento di finanziamento della spesa farmaceutica convenzionata, una scelta fatta anche da Regioni come Toscana, Emilia Romagna e Umbria che in precedenza non avevano mai fatto ricorso al ticket per controllare i consumi farmaceutici.

Nel grafico 2 nella colonna rossa sono evidenziati gli effetti del ticket sulla spesa lorda convenzionata. Nel periodo considerato l'incidenza del ticket sulla spesa lorda ha registrato incrementi e decrementi che ne rispecchiano le fluttuazioni del valore in relazione alle scelte di politica sanitaria, passando dallo 0,11% nel 2001 al 10,8% nel 2011.

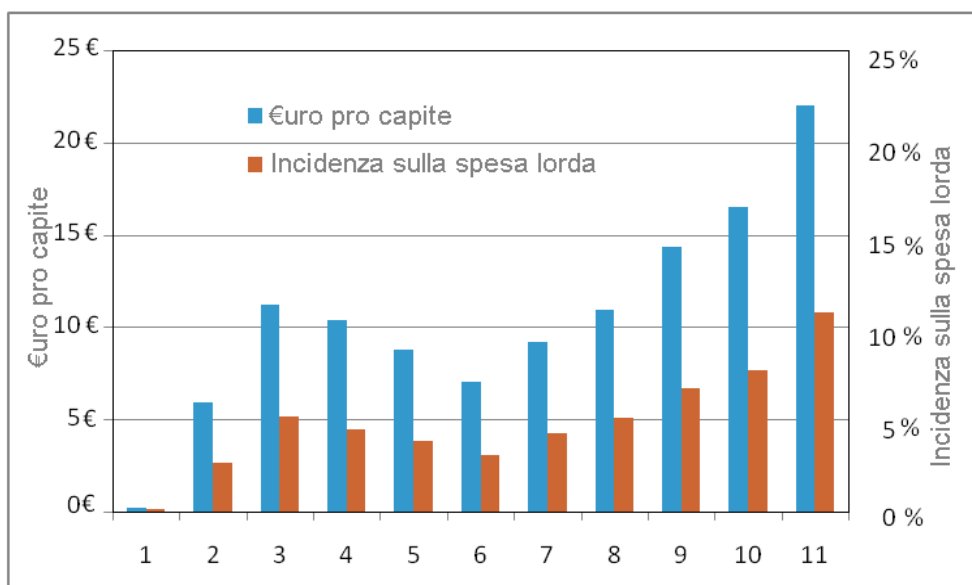


Grafico 2. Italia Serie storica dal 2001 al 2011 del ticket pro capite e dell'incidenza del ticket sulla spesa lorda anni (Valori in € e valori %) (Fonte: dati spesa farmaceutica convenzionata Agenas)

La stessa dinamica si può cogliere attraverso la lettura nel grafico 2 delle colonne blu, relative ai valori pro capite a livello nazionale, riferiti al periodo in questione, che fanno registrare un salto dai 0,23 euro per abitante nel 2001 fino alla cifra di 22 euro nel 2011. Al fine di analizzare i dati su base regionale si è pensato di dividere l'arco temporale di undici anni in 3 periodi di riferimento facendo la media dei valori, le classi individuate sono 2001-2004, 2005-2007 e 2008-2011. Analizzando su base regionale l'incidenza del ticket sulla spesa lorda nel triennio 2008-2011 emerge che i valori più elevati di questo indicatore si registrano nelle regioni sotto piano di rientro, che hanno utilizzato lo strumento del ticket come mezzo di contenimento veloce della spesa farmaceutica.

Il piano di rientro richiedeva una riduzione di spesa e solo una rimodulazione del ticket fisso sarebbe stata in grado far cassa. A questa misura si è accompagnata la diminuzione del numero degli esenti totali e parziali e l'introduzione di una quota fissa sulla ricetta.

In Toscana ed Emilia Romagna per tutto il decennio quando si parlava di ticket ci si riferiva sempre alla sola compartecipazione, ossia a quanto posto solo a carico dei cittadini che preferivano il farmaco di marca rispetto al generico; solo negli ultimi 5 mesi del 2011 è stato introdotto sulla ricetta e sul farmaco, inoltre sono diminuiti gli aventi diritto all'esenzione. In aumento sempre in questa ultima classe temporale l'incidenza del ticket sulla spesa lorda nelle regioni autonome a statuto speciale Valle d'Aosta, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia e Sardegna e nella regione Marche che hanno solo la compartecipazione del cittadino. Queste Regioni hanno risentito della determina Aifa (Determina del 8/04/2011) che ha pubblicato i nuovi prezzi di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, riducendoli e adeguandoli a quelli di altri Paesi europei. Inoltre anche in queste regioni la fascia degli esenti totali ha subito una contrazione.

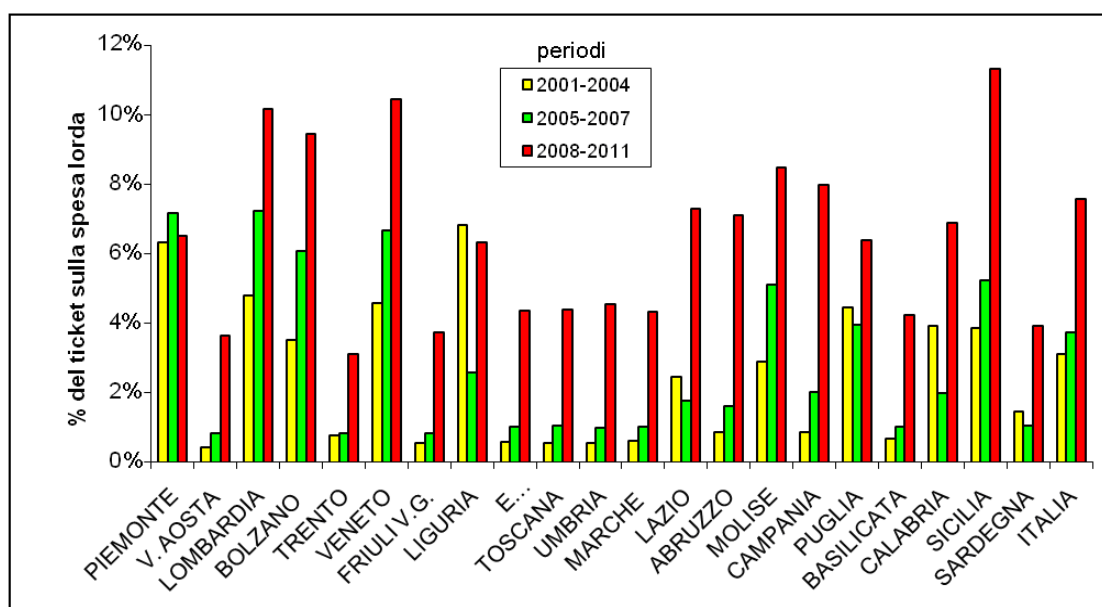


Grafico 3. Italia Serie storica dal 2001 al 2011 del ticket pro capite e dell'incidenza del ticket sulla spesa lorda anni (Valori in € e valori %) (Fonte: dati spesa farmaceutica convenzionata Agenas)

I cittadini della Lombardia e del Veneto hanno invece sempre contribuito alla spesa farmaceutica sia attraverso la compartecipazione sia col ticket "fisso" su farmaci e ricetta.

I dati presenti nella tabella mostrano come sia cambiato nel corso del tempo il ruolo del ticket e quale uso ne hanno fatto le regioni, per alcune è servito per far cassa al fine di ridurre la propria spesa farmaceutica, per altre è stato utilizzato come deterrente per il cittadino e per il medico.

Dall'analisi dei dati e dalla normativa vigente fino ad oggi le regioni che hanno introdotto il ticket sui farmaci e sulla ricetta difficilmente nel corso degli anni sono state in grado di abolirlo. Il ticket sia "fisso" sia la compartecipazione da parte del cittadino sono stati rimodulati ma non soppressi.

Chi sono e quanti sono gli esenti?

Carlo Zocchetti, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Nei ragionamenti sulla compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria si è soliti mettere l'accento sul volume dei ticket da raccogliere: in questo contributo si prova a guardare il problema da un altro punto di vista, e cioè quello delle esenzioni. Compartecipazione ed esenzione vanno di pari passo (complementare ma opposto, ovviamente), ma chi sono i soggetti che per qualche motivo sono esentati dal ticket, e quanti sono?

Proviamo a raccogliere qualche indicazione numerica dai dati di Regione Lombardia riferiti all'anno 2010, l'ultimo per il quale i dati sono completi e consolidati (il 2011 è in chiusura), e relativi al settore delle prestazioni ambulatoriali e specialistiche, il settore che porta il maggiore contributo di ticket alle casse del Servizio Sanitario Regionale.

Le regole di esenzione dei cittadini dal pagamento della compartecipazione sanitaria per le prestazioni ambulatoriali erogate in Lombardia sono praticamente le stesse che vigono a livello nazionale per la maggior parte delle categorie esentate (esenti totali, per forme morbose, per categorie, ...): a queste regole Regione Lombardia ha aggiunto alcune garanzie ulteriori (cioè esclusione dal ticket) per i disoccupati e/o cassintegrati e per i bambini di età inferiore a 14 anni, ed ha alzato da 36.151,98 a 38.500 euro il livello di reddito che dà diritto alla esenzione per reddito ed età.

In questo contesto, che come tale non può essere applicato *tout court* a livello nazionale in quanto le regole compartecipative ed esentive differiscono da regione a regione, i dati di Regione Lombardia sono utili per comprendere le dinamiche generali di compartecipazione/esenzione e per provare ad identificare le categorie principali di esenti.

Complessivamente, nell'anno 2010 circa 3.900.000 cittadini hanno richiesto al SSR prestazioni ambulatoriali per un valore economico di circa 1,5 miliardi di euro presentando qualche tipo di esenzione (totale o parziale). Contemporaneamente nello stesso anno circa 3.800.000 cittadini hanno richiesto prestazioni (per circa 600 milioni di euro) ma senza avere diritto a qualche tipo di esenzione. Poiché alcuni cittadini talvolta risultano esenti ed altre volte non risultano tali (e ciò dipende dal tipo di esenzione parziale di cui godono), sono circa 6.600.000 i cittadini che si sono rivolti al SSR per una prestazione ambulatoriale. Ne consegue che circa 3.200.000 sono i cittadini che non si sono rivolti al SSR per questo tipo di prestazioni (ed ovviamente tra di loro potrebbero essere presenti cittadini che godono di qualche tipo di esenzione ma che non hanno esercitato perché non hanno avuto bisogno di prestazioni presso il SSR).

I dati del 2011, per quanto ancora non definitivi, confermano sostanzialmente i valori del 2010, leggermente aumentati per via dell'aumento di popolazione (circa 100.000 soggetti) che ha caratterizzato la regione Lombardia. Grossolanamente potremmo quindi dire che la popolazione risulta all'incirca suddivisa in tre parti quasi uguali quando viene contata attraverso le teste (cioè i cittadini): i non consumatori, i consumatori esenti ed i

consumatori non esenti. Quando invece si guarda alle prestazioni erogate, ed in particolare al loro valore economico, i soggetti esenti consumano oltre il 70% delle risorse mentre ai soggetti non esenti è attribuibile il rimanente 30%.

Quali sono le categorie di esenzione utilizzate? La tabella raggruppa le tipologie principali, lette attraverso tre diversi indicatori: il numero di cittadini (assistiti), il numero di prestazioni erogate, il valore economico delle ricette (Nota Bene: poiché il cittadino può godere di più tipologie di esenzione contemporaneamente, il numero totale di assistiti della tabella è molto superiore al reale numero degli assistiti; inoltre, dalla tabella sono esclusi i circa 3.200.000 cittadini che non hanno richiesto prestazioni ambulatoriali).

Gli esenti totali sono circa il 5% della popolazione consumatrice, ma rappresentano il 10% delle prestazioni ed il 10% del valore economico delle ricette erogate. Disoccupati, cassintegrati, titolari di pensioni al minimo e di pensioni sociali, etc., sono una piccola quota di soggetti (2%), che diventa ancora più piccola quando misurata in termini di numero e/o di valore economico delle prestazioni. Gli esenti per tutte le tipologie di forme morbose frequenti e/o rare (i cosiddetti esenti per patologia) sono un gruppo cospicuo: circa 20% come persone e circa 25-27% in termini di prestazioni e di valore economico. Gli esenti per età o per età e reddito sono il gruppo di esenti più numeroso: 22% di soggetti che consuma il 25% delle prestazioni ed il 20% del loro valore economico. A seguire ci sono le esenzioni per categoria (che comprendono: le donne in gravidanza, i donatori di sangue, etc.): è tanta gente (circa il 10%, ma consuma poco (3-4%). Da ultimo vi è il gruppo dei soggetti non esenti: è molto numeroso (38%), consuma circa il 33% delle prestazioni ma solo il 28% del loro valore economico. Naturalmente l'analisi potrebbe essere molto più dettagliata considerando unitariamente le singole specifiche categorie di esenzione (totale e/o parziale) ma si andrebbe ben al di là degli obiettivi del presente contributo.

La conoscenza delle tipologie di popolazioni esenti/non esenti, dei valori quantitativi di ogni classe nonché delle quote di consumi ambulatoriali che caratterizzano le singole categorie di esenzione (e non esenzione) permette di indirizzare con dettaglio eventuali politiche di compartecipazione alla spesa valutandone le ricadute amministrative.

Esenti in Lombardia nel 2010	Assistiti per tipo di esenzione		Prestazioni specialistiche utilizzate		Valore delle Ricette in €	
	N°	%	N°	%	totale	%
ESENTE TOTALE	562.405	5,38	14.890.475	10,21	240.684.182	10,83
DISOCCUPATI, PENSIONI AL MINIMO, PENSIONI SOCIALI	221.350	2,12	2.662.566	1,83	34.871.247	1,57
ESENTE PER FORME MORBOSE	2.041.023	19,51	35.298.035	24,21	591.222.795	26,59
ESENTE PER ETA' - REDDITO	2.246.818	21,48	36.638.036	25,13	453.712.522	20,41
ESENTE PER ALTRE CATEGORIE	1.036.262	9,91	6.785.532	4,65	75.979.030	3,42
ALTRO ESENTE (SCREENING, PREVENZIONE, ...)	381.251	3,65	746.238	0,51	201.543.752	9,06
NON ESENTE	3.969.886	37,96	48.767.096	33,45	625.325.633	28,13
Totale complessivo	10.458.995	100,00	145.787.978	100,00	2.223.339.160	100,00

Quanto un singolo assistito spende in un anno per tickets

Carlo Zocchetti, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

Nella discussione sulla compartecipazione del cittadino alla spesa emerge con una certa frequenza la possibilità di studiare qualche forma di contribuzione cumulativa annuale, un tetto massimo di ticket oltre il quale la compartecipazione non sarebbe più richiesta. A prescindere dalla forma specifica che potrebbe avere tale modalità contributiva, è utile conoscere qualche informazione che potrebbe permettere di discutere il valore massimo annuale della contribuzione stessa.

La tabella che segue considera i dati lombardi riferiti alle prestazioni ambulatoriali per l'anno 2010 (i dati provvisori per l'anno 2011 non si discostano da quelli del 2010, super ticket escluso). La tabella evidenzia il numero cumulativo di persone (in valore assoluto e percentuale) che hanno consumato prestazioni ambulatoriali, indicando quale è stato da una parte il valore economico complessivo delle prestazioni consumate da ogni assistito e dall'altra il valore totale di ticket versato in un anno da ogni singolo cittadino. Ad esempio, circa il 81% di persone ha consumato prestazioni per un valore annuale inferiore a 400 euro; circa il 90% di soggetti ha pagato meno di 150 euro di ticket in un anno; e così per tutti gli altri dati riportati in tabella. Ovviamente, qualora servissero, sono anche a disposizione informazioni molto più dettagliate dal punto di vista delle classi di spesa e di ticket rispetto a quelle riportate in tabella.

Valore Ricetta in Euro	Frequenza cumulativa assistiti	% Cumulativa
<20	360.680	5,48
<40	1.230.051	18,70
<60	1.877.877	28,55
<80	2.374.024	36,09
<100	2.793.797	42,47
<150	3.571.143	54,29
<200	4.146.136	63,03
<250	4.567.794	69,44
<300	4.890.319	74,34
<400	5.339.159	81,17
<600	5.828.692	88,61
<800	6.063.950	92,19
<1000	6.199.652	94,25
Oltre 1000	378.306	5,75

Valore Ticket In Euro	Frequenza cumulativa assistiti	% Cumulativa
<10	2.778.139	42,23
<30	3.438.761	52,28
<50	4.242.113	64,49
<70	4.758.616	72,34
<100	5.369.133	81,62
<150	5.944.787	90,37
<200	6.230.441	94,72
<250	6.387.373	97,10
<300	6.472.032	98,39
<350	6.518.055	99,09
<400	6.543.771	99,48
Oltre 400	34.187	0,52

Compartecipazione alla spesa Regione Emilia-Romagna

Antonio Brambilla, Eleonora Verdini, Luisa Martelli, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

1. Compartecipazione alla spesa sanitaria

In Emilia-Romagna la compartecipazione alla spesa è prevista per tre tipologie di assistenza sanitaria: assistenza farmaceutica convenzionata, assistenza specialistica ambulatoriale ed accessi al Pronto Soccorso.

Va preliminarmente segnalato che dal 29 agosto 2011 (DGR 1990/11), in applicazione della dell'art.17, comma 6, della Legge 15 luglio 2011, ai fini della compartecipazione alla spesa, e in sostituzione del ticket aggiuntivo di € 10,00 a ricetta definito a livello nazionale, sono state individuate tre classi di reddito complessivo lordo del nucleo familiare fiscale di appartenenza del paziente, al fine di definire diversi livelli di compartecipazione in relazione alla capacità contributiva del nucleo familiare fiscale:

- fino a 36.152 € (codice RE1)
- tra 36.153 € e 70.000 € (codice RE2)
- tra 70.001 € e 100.000 € (codice RE3)

I cittadini appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo lordo maggiore di 100.000 € sono assoggettati al pagamento degli importi massimi previsti. Vengono di seguito identificate le principali caratteristiche.

1.1. Assistenza farmaceutica convenzionata

La compartecipazione alla spesa farmaceutica convenzionata è di due tipi:

- Per i farmaci a brevetto scaduto, differenza tra prezzo di riferimento del farmaco e prezzo del farmaco
- Compartecipazione (dal 29 agosto 2011) ai farmaci di fascia A erogati con oneri a carico del SSR (con esclusione dei farmaci erogati in Distribuzione per Conto) come da tabella seguente

Codice RE1	Codice RE2	Codice RE3	Oltre 100.000 €
Non previsto ticket aggiuntivo	€ 1,00 a confezione con tetto di € 2,00 a ricetta	€ 2,00 a confezione con tetto di € 4,00 a ricetta	€ 3 a confezione con tetto di € 6,00 a ricetta

A tali importi va sommata l'eventuale differenza per i farmaci a brevetto scaduto se prevista dalla lista di trasparenza.

1.2. Assistenza specialistica ambulatoriale

Dal 29 agosto 2011 si applica una quota di compartecipazione come da Tabella seguente

	Codice RE1	Codice RE2	Codice RE3	Oltre 100.000 €
Prima visita specialistica	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,00
Visita specialistica di controllo	€ 18,00	€ 18,00	€ 18,00	€ 18,00
Chirurgia della cataratta e della s. del tunnel carpale	€ 46,15	€ 46,15	€ 46,15	€ 46,15
Altre prestazioni di ASA con somma delle tariffe superiore a 10€ per ricetta	Tetto per ricetta € 36,15 No quota fissa aggiuntiva	Tariffa o somma delle tariffe fino a € 36,15 + 5,00 (quota fissa aggiuntiva)	Tariffa o somma delle tariffe fino a € 36,15 + 10,00 (quota fissa aggiuntiva)	Tariffa o somma delle tariffe fino a € 36,15 + 15,00 (quota fissa aggiuntiva)
Altre prestazioni di ASA con somma delle tariffe, all'interno della stessa ricetta, inferiore a 10€	No quota fissa, rimane l'attuale pagamento del ticket	No quota fissa, rimane l'attuale pagamento del ticket	No quota fissa, rimane l'attuale pagamento del ticket	No quota fissa, rimane l'attuale pagamento del ticket
RM e TC	€ 36,15	€ 50,00	€ 50,00	€ 70,00

1.3. Esenzioni

- I cittadini totalmente esenti ai sensi della normativa vigente (es. invalidità civile al 100%, invalidità civile con riduzione della capacità lavorativa > 2/3, esenzione per età-reddito, grandi invalidi del lavoro, ecc.) e i soggetti in possesso di esenzione per patologia cronica e malattia rara (limitatamente alle prestazioni di specialistica e di farmaceutica relative alla condizione specifica) non sono tenuti al pagamento della compartecipazione aggiuntiva alla spesa prevista dalla DGR 1990/2011.

1.4. Accessi al Pronto Soccorso

- Relativamente agli accessi ai servizi di PS, per la compartecipazione alla spesa, sono state definite specifiche condizioni di esenzione relative alla diagnosi in uscita. Per le condizioni per le quali non è prevista l'esenzione il ticket applicato corrisponde a 25 € per la visita in PS ed eventuali ulteriori prestazioni sono soggette alle tariffe previste dal vigente nomenclatore tariffario con applicazione del tetto di 36,15 € per branca. L'adeguamento del ticket previsto dal 29 agosto 2011 riguarda solo le visite effettuate in regime di consulenza su indicazione del medico di Pronto Soccorso; diversamente per le prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio, la quota di

compartecipazione alla spesa non subisce modifiche. Pertanto per le eventuali altre visite e prestazioni erogate si applica il tetto di 36,15 € ogni 8 prestazioni della stessa branca (comprese TC e RM), e ticket delle eventuali visite specialistiche erogate successivamente alla visita di P.S. pari a 23,00 €.

2. Impatto della manovra

2.1. Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Per stimare l'impatto della DGR 1190/11 sono stati considerati i dati relativi al periodo settembre 2011-gennaio 2012 e confrontati con il medesimo periodo 2010-2011, valutando sia la numerosità delle prestazioni erogate che l'importo del ticket distinti per tipologia di prestazione, struttura erogante (pubblica e privata accreditata) e diritto all'esenzione degli assistiti. E' stata effettuata una analisi anche per raggruppamenti di prestazioni: laboratorio, radiologia tradizionale, RM-TAC, visite e altro; quest'ultima categoria contiene le prestazioni non attribuibili alle altre categorie ed in particolare ecografie, chirurgia ambulatoriale, prestazioni terapeutiche e riabilitative, ecc.

Sebbene i dati siano riferiti a soli 5 mesi e quindi non sufficientemente consistenti per una valutazione complessiva dell'impatto della manovra, si osserva una riduzione di circa 840.000 prestazioni (-3,6%); la riduzione più consistente ha colpito le attività di laboratorio, diminuite di circa 650.000 prestazioni rispetto al periodo precedente, mentre le prestazioni attribuibili alla categoria "Altro" sono diminuite di oltre 200.000 unità.

Da segnalare che la contrazione di attività ha riguardato esclusivamente le strutture pubbliche la cui produzione è diminuita di circa 930.000 prestazioni, diversamente le strutture private accreditate hanno incrementato la propria produzione di circa 90.000 prestazioni (tale incremento è da ricondurre alle politiche di contenimento dei tempi di attesa di questa regione). Significativo anche il divario nell'andamento dei consumi da parte di soggetti esenti e non esenti: per i primi il consumo cresce complessivamente di circa 70.000 prestazioni, mentre per i secondi, complice la minor convenienza dell'acquisizione di prestazioni a carico del SSN a seguito dell'applicazione della quota aggiuntiva, il consumo si è ridotto di circa 911.000 prestazioni. Non sono ovviamente disponibili i dati relativi all'acquisizione di prestazioni presso erogatori privati non a carico del SSN.

Relativamente all'introito da ticket, si è verificato un maggior gettito di circa 5.600.000 €, di cui 2.960.000 € incassato dalle strutture pubbliche e 2.600.000 € incassato dalle strutture private accreditate.

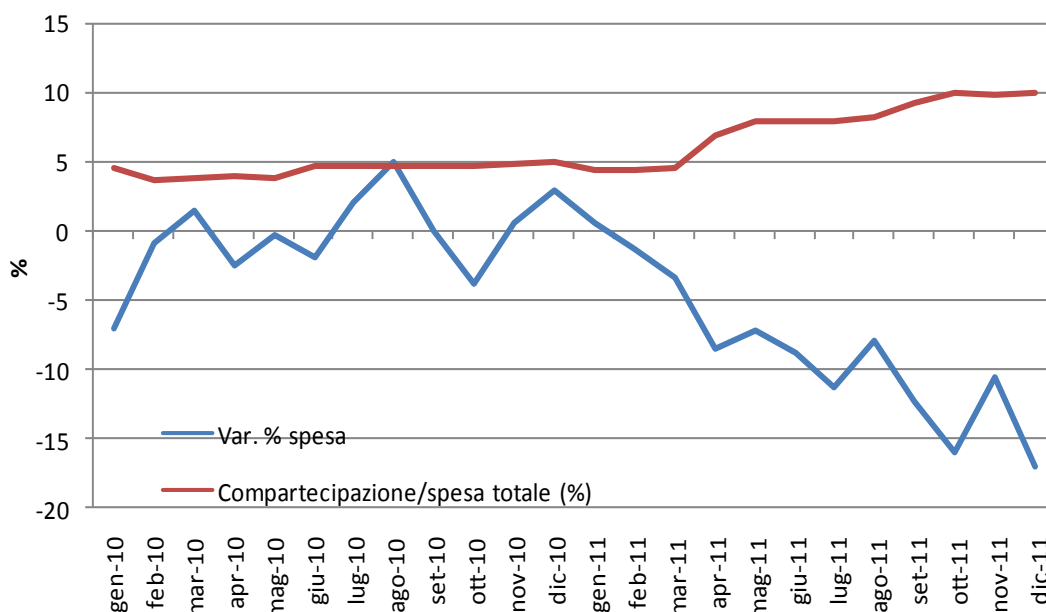
In termini economici la variazione positiva più consistente è stata quella delle visite che ha comportato un maggior gettito di circa 3.100.000 €, seguite dalle RM-TAC (+710.000 €) e dalla radiologia tradizionale (+413.000 €).

2.2. Assistenza Farmaceutica Convenzionata

L'applicazione del ticket introdotto con DGR 1190/2011, quale contributo del cittadino alla spesa farmaceutica in base alle fasce di reddito, ha permesso di introitare da settembre a dicembre, nella fase quindi iniziale di applicazione del ticket, circa 5 milioni di euro.

Se consideriamo il trend 2010-2011 si osserva, a partire dal mese di aprile 2011, un significativo incremento sia del peso della compartecipazione (compartecipazione generici + ticket ex DGR 1190/11) che una ancor più significativa riduzione della spesa netta rispetto all'anno precedente. Basti pensare che il peso medio della compartecipazione nel periodo aprile-dicembre 2011 è stato pari all'8,6%, mentre nello stesso periodo del 2010 era stato del 4,6%. Analogamente la riduzione media della spesa nel periodo aprile-dicembre 2011 è stata dell'11%, a fronte di un +0,2% nello stesso periodo dell'anno precedente. Si sottolinea che ad aprile l'AIFA, su decisione del Governo, ha ridotto i prezzi di rimborso al Servizio sanitario dei farmaci generici. Questo trend della spesa si è ulteriormente accentuato a partire dal mese di settembre, quando con l'entrata in vigore della DGR 1190/11, la percentuale di riduzione della spesa rispetto all'anno precedente è stata stabilmente superiore al 10%.

Figura 1 - Distribuzione della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale - Anno 2011



La spesa per le prestazioni specialistiche: dati e stime per la Regione Lazio

*Maria Balducci, Elena San Martini, Cinzia Torri, Aldo Rosano, Gabriella Guasticchi
Agenzia di Sanità Pubblica- LazioSanità*

Nella Regione Lazio il contributo aggiuntivo di €10,00 è stato introdotto dal 17 Luglio 2011, come previsto dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, che converte il Decreto Legge 6 Luglio 2011 n. 98. Tale contributo si è venuto ad aggiungere a quello già operante nella regione Lazio fin dal 2008. Per valutarne l'impatto sono stati confrontati i dati degli anni 2010 e 2011, separatamente per i periodi gennaio - luglio e agosto - dicembre (mesi del 2011 in cui il nuovo contributo era pienamente operativo) e per comparto (pubblico e privato). I dati presi in considerazione sono stati: i volumi di ricette, le somme derivanti da ticket, contributo totale, che include il contributo previsto nel 2008 e quello del 2011 (+10 euro), il valore della produzione e il valore della spesa a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Dall'analisi si evidenzia (tabella 1) un aumento di circa il 182% del contributo nei mesi di agosto - dicembre 2011, rispetto allo stesso periodo dell'anno 2010, a carico principalmente delle ricette erogate dal comparto pubblico (+ 210%) a fronte di un aumento più contenuto per le ricette erogate dal comparto privato (+142%). Parallelamente all'aumento del contributo, si è verificata una riduzione delle ricette del 5% per il periodo considerato e dell'1% sul totale annuo. Dal mese di Agosto 2011, l'effetto combinato dell'aumento del contributo a ricetta e della riduzione delle ricette erogate ha prodotto un valore medio del contributo per ricetta quasi triplicato rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

In particolare, la branca specialistica su cui maggiormente pesa l'effetto dell'introduzione del contributo ulteriore è il Laboratorio Analisi a cui è imputabile il 54% dell'aumento complessivo della compartecipazione. Per la Radiologia diagnostica e la Risonanza Magnetica, invece, l'aumento del contributo si compensa con una equivalente riduzione del ticket e si registra una contrazione della produzione per effetto della riduzione del volume di ricette. L'insieme del contributo e del ticket pesa per il 18% sul totale della valorizzazione lorda (comprensiva di ticket e sconto) nel 2010 e per il 20% sulla corrispondente valorizzazione per l'anno 2011: l'incremento è attribuibile interamente all'aumento del contributo corrisposto nei mesi da agosto a dicembre 2011.

Dai dati sui consumi per tipologia di esenzione si è notata una discreta riduzione del numero di ricette erogate tra i due anni (circa 300.000 unità complessive) dovuta principalmente a una minore offerta di prestazioni a carico SSR ai non esenti bilanciata, solo parzialmente, da un aumento delle ricette con esenzione per patologia o esenzione totale. Non sembrano attribuibili all'effetto dell'introduzione del contributo aggiuntivo il

decremento dei volumi delle ricette in esenzione per età e reddito (-53.018) influenzato principalmente dall'introduzione della certificazione di tale esenzione da parte del prescrittore previa verifica su archivio del Ministero dell'Economia e delle Finanze, anziché autocertificato dal cittadino.

I dati sembrano indicare che l'aumento del contributo abbia parzialmente scoraggiato i non esenti dal richiedere prestazioni a carico del SSR, soprattutto nel comparto privato, riuscendo a compensare l'incremento della spesa sanitaria registrato nel comparto pubblico. Si ipotizza, quindi, un più elevato ricorso all'assistenza privata degli assistiti non in possesso di esenzione. Tale ipotesi è supportata da quanto riscontrato dal dato sul numero di ricette non a carico del SSR che per le prestazioni di Laboratorio Analisi, sommate a quelle erogate a carico SSR nell'anno 2011 sono sovrapponibili ai dati a carico SSR dell'anno 2010. In pratica il numero di prestazioni per il Laboratorio analisi è rimasto invariato dal 2010 al 2011, ma una quota consistente di prestazioni si sono spostate dall'ambito della spesa rimborsata dal SSR all'out of pocket.

Sulla base di quanto emerso dall'analisi è stata condotta una stima dei dati 2012, sulla base dei dati 2011. Si stima così che il volume di ricette per l'anno 2012 sarà pari a 22,2 milioni, con un importo del ticket pari a €154 milioni congiuntamente ad un importo del contributo pari a €100,3 milioni (per un totale di €254,3 milioni di compartecipazione). La produzione stimata per l'anno 2012 si attesta a circa €946 milioni. Quindi, nel 2012 ci si attende una riduzione rispetto all'anno 2011 del volume di ricette del 3% accompagnato da una riduzione del ticket del 8% e un aumento del contributo del 77%. La produzione aumenterebbe dell'1%. Il complesso della compartecipazione (ticket e contributo) peserebbe così per il 23% sulla valorizzazione lorda. In sostanza quasi un quarto della spesa verrà coperta dalle compartecipazioni a carico dei cittadini, quota che verosimilmente potrebbe crescere per effetto delle dovute verifiche sulle esenzioni in atto.

Tabella 1. Volumi di ricette, somme derivanti da ticket, contributo totale, valore della produzione e incremento 2011 rispetto al 2010 per comparto e complessivo. Anni 2010 e 2011.

Comparto	Dati	Anno								
		2010		2010 Totale	2011				2011 Totale	
		Gen-Lug 2010	Ago-Dic 2010		Gen-Lug 2011		Ago-Dic 2011		Valore	Increment. %
					Valore	Increment. %	Valore	Increment. %		
Pubblico	N. Ricette	8.368.824	5.691.750	14.060.574	8.546.010	2,1%	5.629.009	-1,1%	14.175.019	0,8%
	Ticket	58.836.006,13	39.251.868,10	98.087.874,23	59.346.806,38	0,9%	36.604.908,18	-6,7%	95.951.714,56	-2,2%
	Contributo	10.711.008,00	7.172.721,00	17.883.729,00	12.085.916,00	12,8%	22.280.636,00	210,6%	34.366.552,00	92,2%
	Produzione	302.973.568,56	210.266.254,37	513.239.822,93	314.927.453,27	3,9%	215.871.595,84	2,7%	530.799.049,11	3,4%
Privato	N. Ricette	5.712.013	3.338.753	9.050.766	5.679.833	-0,6%	2.957.752	-11,4%	8.637.585	-4,6%
	Ticket	48.221.472,51	27.861.417,60	76.082.890,11	48.061.454,82	-0,3%	22.556.338,10	-19,0%	70.617.792,92	-7,2%
	Contributo	8.943.085,00	5.191.851,00	14.134.936,00	9.746.227,00	9,0%	12.560.401,00	141,9%	22.306.628,00	57,8%
	Produzione	261.817.873,60	151.816.391,07	413.634.264,67	254.621.309,35	-2,7%	150.094.997,09	-1,1%	404.716.306,44	-2,2%
Totale N. Ricette		14.080.837	9.030.503	23.111.340	14.225.843	1,0%	8.586.761	-4,9%	22.812.604	-1,3%
Totale Ticket		107.057.478,64	67.113.285,70	174.170.764,34	107.408.261,20	0,3%	59.161.246,28	-11,8%	166.569.507,48	-4,4%
Totale Contributo		19.654.093,00	12.364.572,00	32.018.665,00	21.832.143,00	11,1%	34.841.037,00	181,8%	56.673.180,00	77,0%
Totale Produzione		564.791.442,16	362.082.645,44	926.874.087,60	569.548.762,62	0,8%	365.966.592,93	1,1%	935.515.355,55	0,9%

Valutazione dell'appropriatezza nel copayment sui farmaci

Traversa Giuseppe, Roberto Da Cas, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Istituto superiore di sanità

La principale motivazione teorica a sostegno dei ticket sanitari è rappresentata dall'intento di ridurre il cosiddetto rischio morale (moral hazard), cioè la possibilità che in mancanza di un prezzo il cittadino tenda ad aumentare i consumi anche in assenza di beneficio. Se presente, questa situazione configura un tipico uso inappropriato.

Nel caso dei farmaci, la relazione fra compartecipazione e livelli d'uso è stata largamente indagata a livello internazionale (per un approfondimento si rimanda all'articolo di Rebba e Rizzi). I dati mostrano, nel complesso, che all'aumentare della compartecipazione si riduce l'uso di farmaci. Tuttavia, tendono a ridursi sia i consumi considerati appropriati che quelli inappropriati.

Cosa si può dire della relazione fra entità delle compartecipazioni e appropriatezza delle prescrizioni di farmaci in Italia? Nel nostro paese sono intervenuti, negli anni, numerosi cambiamenti nelle politiche di compartecipazione: ciò crea condizioni quasi sperimentali per una valutazione dell'impatto dei ticket sull'appropriatezza d'uso. Ad esempio, nel gennaio del 2001 sono stati aboliti tutti i ticket sui farmaci (la quota fissa di 3.000 lire per confezione, oltre al contributo del 50% del prezzo per i farmaci classificati in fascia B), ed è quindi possibile valutare l'effetto della totale gratuità sui livelli d'uso. Successivamente, dal 2002 al 2011, la maggior parte delle regioni hanno reintrodotti i ticket, e questo consente di confrontare i livelli d'uso fra regioni che hanno adottato o meno politiche di compartecipazione.

Nel 2001, la spesa farmaceutica procapite a carico del SSN è stata di circa 200 euro, con un incremento del 32% rispetto al 2000 (Tabella). Se il confronto viene effettuato al lordo del ticket si evidenzia un incremento del 21%. La differenza fra l'incremento nella spesa a carico del SSN e quella lorda consente di stimare il mancato introito conseguente l'abolizione dei ticket (circa 1 miliardo di euro).

Più che sulle variazioni di spesa, sulle quali si riflettono anche le modifiche del prezzo dei farmaci, è preferibile valutare l'effetto dell'abolizione dei ticket in termini di quantità consumate. Ancora, è utile fare una distinzione fra incremento complessivo dei consumi e spostamento di una parte del consumo dall'acquisto privato alla copertura SSN. Nel 2001 l'incremento di confezioni di farmaci di fascia A e B rimborsate dall'SSN è stato del 15%, mentre si è ridotto del 32% il numero di confezioni acquistate direttamente dai cittadini (verosimilmente perché nel 2000 una parte delle confezioni aveva un prezzo equivalente o inferiore all'importo ticket). Se si tiene conto dell'insieme delle confezioni di fascia A e B, prescritte nell'SSN e acquistate dai cittadini, l'incremento osservato nel 2001 si riduce all'8% (Tabella).

Vi sono poi due ragioni che suggeriscono che solo una parte di questo incremento può essere attribuito all'abolizione dei ticket. La prima è che nello stesso anno sono state modificate o abolite diverse Note limitative della prescrizione farmaceutica SSN. Ad esempio, è stata abolita la Nota relativa agli antidepressivi, ed è stata "allargata" la prescrivibilità di importanti categorie, quali gli inibitori di pompa protonica (antiulcera), le statine e gli antiinfiammatori. Limitando l'analisi ai farmaci senza modifica nelle Note, l'incremento nel 2001 si riduce al 5,8%, mentre per i farmaci la cui Nota è stata abolita o allargata l'incremento delle confezioni è stato del 18,3%. La seconda ragione riguarda il trend storico di crescita dei consumi di farmaci. Anche se si tratta di un dato di spesa, e quindi non immediatamente confrontabile, va considerato che fra il 1996 e il 2000, in costanza di regime di ticket, la spesa dell'SSN era cresciuta in media di circa il 10% l'anno.

Nel decennio successivo al 2001 la maggior parte delle regioni ha reintrodotta forme di compartecipazione, senza che si sia osservata una correlazione negativa sulla prescrizione a carico del SSN. Nonostante la compartecipazione sia passata dal livello zero del 2001 al 12% della spesa farmaceutica lorda SSN nel 2011, i livelli d'uso, in termini di confezioni, sono cresciuti (nel 2011) del 27% rispetto al 2001.

Infine, confrontando le prescrizioni di una delle principali categorie di farmaci, le statine, in tre regioni (Emilia Romagna, Toscana e Umbria) che non avevano introdotto alcun ticket (fino all'estate del 2011), con quattro regioni che li avevano introdotti negli anni precedenti (Piemonte e Lombardia al Nord, Puglia e Sicilia al Sud), si osservano due fenomeni di interesse. Innanzitutto, le

tre regioni senza ticket hanno avuto un livello d'uso interamente sovrapponibile a quello delle regioni del Nord, ma inferiore a quello delle altre due regioni del Sud che avevano introdotto i ticket (Figura). Inoltre, sebbene sia evidente un trend di crescita nel lungo periodo (motivato dalle evidenze di efficacia via via accumulate), si osserva anche un netto calo fra il 2004 e il 2005, dovuto a una restrizione della Nota limitativa (specificamente, l'adozione delle cosiddette Carte del rischio cardiovascolare per la prescrizione nell'SSN).

Si può ipotizzare che la prescrizione di farmaci presenti un limitato rischio morale, almeno per la gran parte dei farmaci erogati a carico dell'SSN. Innanzitutto, vi sono regole - dalle indicazioni approvate alle Note limitative - che tendono a delimitare l'area dell'uso appropriato. In secondo luogo, la prescrizione entro l'SSN è fatta da un professionista - il medico o pediatra di famiglia - e non decisa autonomamente dal cittadino. Infine, il rischio di possibili reazioni avverse associato all'uso di qualunque farmaco fa venire a mancare un incentivo a estendere l'uso anche in assenza di benefici.

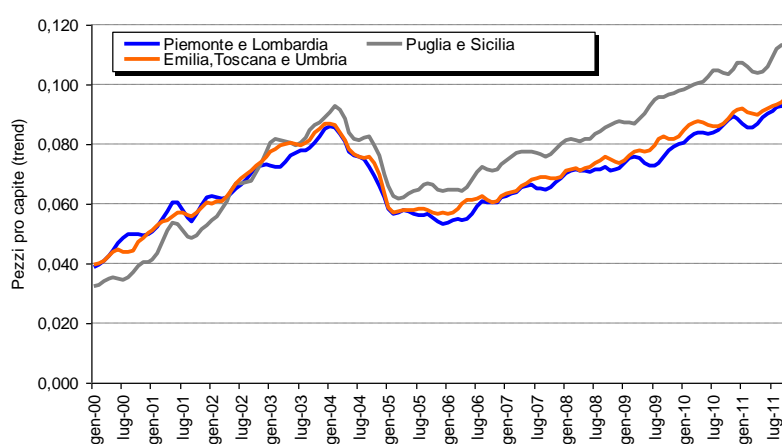
In conclusione, nel periodo esaminato, l'effetto dei ticket sull'appropriatezza della prescrizione appare trascurabile. L'incremento osservato nel 2001 sembra attribuibile soprattutto a modifiche regolatorie della prescrivibilità (le Note) e a un recupero nell'SSN di parte dell'acquisto privato (verosimilmente in quanto la somma del ticket fisso di 3.000 lire e del 50% del prezzo rendevano in alcuni casi più conveniente l'acquisto diretto). Anche negli anni successivi, i principali determinanti dei livelli di prescrizione sembrano essere l'acquisizione di evidenze aggiuntive sull'efficacia dei farmaci, insieme alle modifiche della rimborsabilità all'interno dell'SSN, piuttosto che la presenza o meno di ticket (almeno dell'entità di quelli adottati in Italia).

Tabella. L'effetto dell'abolizione dei ticket nel 2001.

	2000	2001	Diff.%
	<i>(milioni)</i>	<i>(milioni)</i>	2001/00
Spesa a carico del SSN (€)	8.753	11.608	32
Ticket (€)	867	13	-99
Sconto farmacie (€)	417	525	26
Spesa lorda (€)	10.041	12.146	21
Confezioni per fascia di prescrizione			
• Fascia A+B (SSN)	745	856	15
• Fascia A+B (acquisto privato)	115	77	-32
• Fascia A+B (SSN+privato)	860	933	8
Confezioni di fascia A+B (SSN+privato) per Nota*			
• Farmaci con Nota	175	207	18
• Farmaci senza Nota	654	692	6

* Da questa analisi sono esclusi i farmaci immessi in commercio nel 2001 e i farmaci inseriti nelle Note solo nel 2001.

Figura. Andamento del consumo di statine nell'SSN, in gruppi di regioni con e senza ticket (periodo 2000-2011)



Fonte: elaborazioni su dati OsMed.

Ticket ed equità dei consumi di assistenza specialistica ambulatoriale.

Alessio Petrelli, Tania Landriscina, SCDU Epidemiologia ASL TO3

Uno dei temi centrali legati alla valutazione delle politiche di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria riguarda i meccanismi con cui il ticket può influenzare le disuguaglianze di accesso e di risultato di salute, nonché il loro inquadramento nei meccanismi più generali di generazione delle disuguaglianze di salute.

In particolare un quesito di grande rilevanza riguarda l'impatto che la compartecipazione alla spesa potrebbe determinare sull'intensità di consumo di assistenza sanitaria nella popolazione. In questo senso risulta di particolare interesse valutare se eventuali effetti di contrazione dei consumi risultino omogeneamente distribuiti per fascia socioeconomica.

A questo scopo è stato quindi effettuato un esercizio utilizzando i dati del flusso informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale della Regione Piemonte, limitatamente alla città di Torino, in cui, grazie allo Studio Longitudinale Torinese, è possibile associare anonimamente un ampio set di covariate di livello socioeconomico ad ogni individuo. In particolare è stato considerato il titolo di studio, che, come noto, è un indicatore della posizione sociale dell'individuo. E' utile segnalare che il livello socioeconomico rappresenta, dopo l'età, il principale indicatore indiretto di bisogno di salute della popolazione. Attualmente l'assenza di informazioni sulla posizione di tutta la popolazione torinese nei confronti del ticket, e l'eventuale motivo dell'esenzione, non consentono elaborazioni di tassi di utilizzo per fasce di popolazione. L'analisi risulta pertanto limitata agli utilizzatori di servizi.

A Torino nel 2010 sono state erogate circa 11.500.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali alla popolazione di 35 anni o più. Il 42% dei residenti che hanno consumato prestazioni ambulatoriali, risultano esenti dal pagamento del ticket; questa sottopopolazione consuma il 73% delle prestazioni complessive. Delle 8.500.000 prestazioni esenti il 41% è consumata da cittadini esenti per reddito e il 30% da cittadini esenti per patologia. Questi dati sono in linea con quelli osservati in altre aree (Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio).

Per le finalità dell'articolo risulta interessante osservare l'intensità di consumo per fasce di popolazione utilizzatrice. A tal fine sono stati considerati e confrontati i consumi per livello di istruzione e per posizione nei confronti del ticket (non esenti, esenti per patologia o maternità, esenti per reddito).

Per ogni categoria di individui è stato calcolato il tasso di utilizzo medio pro-capite di prestazioni, successivamente standardizzato per età e genere. La standardizzazione consente di eliminare l'effetto della distribuzione (per età e genere) del livello socioeconomico (i soggetti meno istruiti sono mediamente donne più anziane e quindi anche con maggiore probabilità di risultare esenti).

Gli individui meno scolarizzati consumano una quota maggiore di prestazioni (64% sul totale) e presentano un'intensità di consumo medio pro-capite superiore rispetto ai cittadini con titolo di studio più elevato (31 vs 28). Questa distribuzione si presenta anche per le prestazioni di fisioterapia e riabilitazione, mentre per le prestazioni di laboratorio, così come per TAC, RMN o PET l'intensità di consumo risulta equidistribuita. Se scorriamo questo dato aggregato scopriamo che i valori medi sono la risultante di distribuzioni eterogenee per sottogruppi di popolazione. Come è lecito aspettarsi i consumi più elevati di prestazioni sono quelli a carico degli esenti per patologia: il tasso di utilizzo è superiore per la popolazione meno scolarizzata (32,7 vs 30,1): la popolazione esente per patologia presenta infatti maggiore bisogno assistenziale, ed è probabile che un carico aggiuntivo si debba presumere per la fascia socioeconomica più svantaggiata. Gli esenti per reddito sono maggiormente concentrati nella fascia di popolazione con titolo di studio basso (80%): anche la distribuzione dei consumi degli esenti per reddito è più elevata nella popolazione meno scolarizzata (18,1 prestazioni medie pro-capite vs 16,6), probabilmente a causa di un mix di fattori determinato da maggiore bisogno e consumi più elevati indotti dalla possibilità di accedere gratuitamente all'erogazione di assistenza, anche se a rischio di maggiore inappropriata.

Se si considerano invece solo le prestazioni in compartecipazione alla spesa la distribuzione si inverte: il 60% (corrispondente al 55% degli individui) viene erogato a favore dei soggetti con alto livello di istruzione. Il consumo medio di prestazioni è più elevato per la popolazione più scolarizzata (15,2 vs 12); inoltre lo scarto rispetto al totale delle prestazioni in esenzione è pari a 22,1 per i livelli di istruzione bassi e di 15,5 per quelli alti. Il ticket quindi sembra produrre una riduzione di consumi, che risulta più accentuata nei soggetti meno scolarizzati. Quindi, a parità di condizioni (genere, età, titolo di studio) il pagamento del ticket determina una contrazione dei consumi, eterogenea nella popolazione e sfavorevole alle fasce di popolazione più svantaggiate e in condizione di maggior bisogno. Questo pattern si osserva anche nelle prestazioni di laboratorio analisi e di terapia fisica e riabilitativa, mentre sembra più contenuto per prestazioni più complesse, quali RMN, TAC e PET. Emergono indizi di iniquità generati dal pagamento del ticket; in futuro l'analisi potrà essere estesa a tutta la popolazione grazie alla collaborazione delle ASL torinesi con gli epidemiologi. E' necessario estendere l'osservazione ad altre aree del territorio nazionale e approfondire la natura di queste differenze, che assumerebbero maggiore rilevanza se fossero concentrate nell'uso di prestazioni appropriate. Se così fosse sarebbe auspicabile l'elaborazione di raccomandazioni per un uso delle valutazioni di impatto attento all'equità e l'attivazione

di meccanismi perequativi in grado di ridurre i rischi di differenze socioeconomiche nell'accesso a prestazioni appropriate.

Numero medio prestazioni specialistiche pro-capite e intervalli di confidenza al 95% - TORINO, 2010

Istruzione	Posizione nei confronti del ticket	Tutte le prestazioni	Esami di laboratorio	Terapia fisica e riabilitativa	TAC	RMN	PET
Bassa	Tutti	31.3 (30.6 - 32.2)	24.9 (24.4 - 25.6)	22.4 (21.2 - 23.6)	1.7 (1.5 - 1.9)	1.5 (1.4 - 1.7)	1.2 (0.9 - 1.5)
	Non esenti	12.0 (11.6 - 12.4)	13.7 (13.2 - 14.1)	16.1 (15.2 - 16.9)	1.3 (1.1 - 1.5)	1.4 (1.2 - 1.6)	1.0 (0.5 - 1.2)
	Esenti per patologia o maternità	32.7 (31.6 - 33.9)	26.4 (25.9 - 27.8)	27.5 (25.1 - 29.8)	2.2 (1.8 - 2.5)	1.8 (1.5 - 2.1)	1.2 (0.9 - 1.5)
	Esenti per reddito	18.1 (17.5 - 18.7)	17.8 (17.3 - 18.5)	20.2 (19.1 - 21.2)	1.4 (1.1 - 1.6)	1.5 (1.2 - 1.7)	0.9 (0.6 - 1.2)
	Esenti totale	34.1 (33.4 - 35.5)	26.6 (25.8 - 27.5)	26.3 (24.4 - 28.2)	1.9 (1.6 - 2.2)	1.6 (1.4 - 1.9)	1.2 (0.9 - 1.5)
	Alta	Tutti	28.0 (27.3 - 28.7)	24.6 (23.9 - 25.1)	18.6 (17.6 - 19.6)	1.7 (1.4 - 1.9)	1.5 (1.4 - 1.7)
Alta	Non esenti	15.2 (14.7 - 15.7)	16.2 (15.6 - 16.6)	16.1 (14.8 - 16.6)	1.3 (1.1 - 1.6)	1.4 (1.3 - 1.6)	1.0 (0.8 - 1.2)
	Esenti per patologia o maternità	30.1 (28.9 - 31.1)	25.9 (24.9 - 26.8)	22.6 (20.4 - 24.8)	2.3 (1.9 - 2.7)	1.9 (1.6 - 2.2)	1.2 (0.9 - 1.5)
	Esenti per reddito	16.6 (17.7 - 18.9)	17.8 (17.1 - 18.7)	19.1 (17.7 - 20.5)	1.4 (1.1 - 1.7)	1.5 (1.2 - 1.7)	0.7 (0.5 - 0.9)
	Esenti totale	30.7 (29.7 - 31.7)	26.2 (25.4 - 27.1)	22.6 (20.8 - 24.5)	2.1 (1.7 - 2.4)	1.8 (1.5 - 2.0)	1.2 (0.9 - 1.5)

Che ricerche fare in tema di copayment?

Flavia Carle, Ministero della Salute, Cesare Cislighi, Agenas, Roma

Talvolta si pensa che problemi li si creino per poi poterci studiare sopra; non è questo però il caso del copayment che nasce da esigenze prevalentemente economiche se non addirittura dal bisogno “di far cassa” e che poi obbliga ad un approfondimento sia per conoscerne le componenti ed i meccanismi sia soprattutto per misurarne l’impatto sull’accesso alle prestazioni e sulla salute.

In questi anni si sono prese decisioni in merito al copayment basate più sul buon senso e su delle opinioni che su delle evidenze misurate con modalità adeguate e corrette; ora che ai ticket è affidato un compito economicamente più rilevante che risulterà più gravoso per gli utenti, si rende necessario conoscere con maggior precisione ed affidabilità i termini della questione.

Quali sono i principali interrogativi? Innanzitutto occorre sapere con esattezza quanto stanno pagando per ticket gli utenti delle diverse Regioni: questo dato sembra elementare ma tale non è anche perché diversi fattori ne complicano la conoscenza, quale il fatto che la contabilità delle aziende registra il ticket solo quando lo incassa per i servizi da loro internamente prodotti mentre per i servizi acquistati dai privati viene registrato solo quanto viene pagato al netto dei ticket stessi. Ancora più complessa è la conoscenza di quanto i singoli cittadini pagano in un anno per i ticket e quanto pagano in funzione della loro patologia e della loro condizione socio economica; in particolare occorre verificare se le attuali esenzioni per reddito e per cronicità coprano effettivamente le situazioni più bisognose di esenzione oppure lascino scoperte alcune aree di sofferenza. Tutti questi dati possono essere rilevati solo migliorando i flussi esistenti e magari abbinando agli stessi altri flussi capaci di determinare gli stati patologici e le condizioni sociali.

Un altro settore di studio è la comprensione dei meccanismi con i quali i ticket agiscono sull’utente in funzione del valore del ticket stesso e delle sue proporzionalità con il valore della prestazione o della capacità di contribuzione dell’utenza. Nell’applicazione del cosiddetto “super ticket” sulla ricetta delle prestazioni specialistiche, alcune Regioni hanno scelto di porre un ticket di valore fisso di 10 euro, altre lo hanno modulato sul valore della prestazione, altre sul valore della capacità contributiva dell’utente. Che effetto hanno queste diverse forme di ticket? Agiscono nello stesso modo per qualsiasi prestazione e per qualsiasi livello sociale oppure no? E l’effetto che essi producono corrisponde all’effetto che le decisioni politiche volevano oppure no? Per studiare questi aspetti occorre poter selezionare segmenti diversi di utenti con e senza esenzioni e con uguali e diverse condizioni di salute e di reddito e valutare l’effetto differenziale dell’imposizione del ticket di nuova introduzione. Sono questi i mesi più interessanti per questo studio perché il “super ticket” è stato introdotto negli ultimi mesi del 2011 e quindi

è a cavallo di questi cambiamenti che si può meglio osservare cosa sia cambiato nell'accesso ai servizi.

Più difficile, ma anche più interessante, è lo studio dell'effetto del ticket sull'appropriatezza dei consumi, sull'equità dell'accesso alle prestazioni e sulla salute degli utenti. Quest'ultimo aspetto è sicuramente di difficile valutazione a causa della probabile latenza tra mancato accesso e manifestazione di conseguenze sulla salute. Sarà però utile mantenere alcune attenzioni sui sistemi informativi esistenti: ad esempio sullo stadio delle patologie al momento della prima diagnosi rilevabile da alcuni registri di patologia, oppure sull'andamento dell'incidenza di avvio di terapie determinata da una diagnosi per la quale sia necessario un accesso specialistico.

Se poi il ticket sia o meno capace di ridurre la quota di inappropriatazza può essere studiato ad esempio sulla frequenza di riscontri positivi diagnostici o sulla compliance terapeutica. Un fattore che può risultare come confondente in queste analisi è il ricorso a prestazioni out of pocket nei casi in cui queste abbiano un differenziale di costo rispetto al ticket molto limitato. E' probabile che questo aspetto del comportamento possa essere meglio indagato con delle inchieste rivolte a gruppi di singoli utenti per domandare a loro quali siano state le loro scelte in determinate situazioni. Tra queste indagini sarà importante arricchire la prossima indagine Multiscopo Istat sulla salute di alcuni item che siano capaci di cogliere questi aspetti.

Infine elemento di conoscenza importante ma complesso è quello di conoscere quanto i ticket determinino o meno situazioni di non equità; sicuramente un ticket gravoso agirà più insistentemente sui soggetti poveri che sui soggetti benestanti ma non è detto che agisca nel senso di ridurre maggiormente i consumi di prestazioni dei primi; può infatti succedere che i consumi siano magari solo leggermente modificati ma che il gravame delle somme dovute per i ticket tolgano una quota insopportabile di risorse in chi già manifesta problemi di bilancio familiare scarso.

Ed allora l'ultimo aspetto che deve essere studiato mediante un'attività di ricerca sia progettuale che valutativa riguarda il problema della determinazione corretta della disponibilità a pagare dei vari soggetti in funzione dei loro redditi e delle loro condizioni economiche.

Questo elenco di spunti di ricerca e di approfondimento evidenzia come sul ticket ci sia molto da capire e da studiare; l'importante però è che da una parte si sia capaci di utilizzare metodologie corrette e scientificamente validabili e dall'altra che non ci si perda in inutili sforzi di eleganza accademica ma si orienti la ricerca all'adozione di misure concrete necessarie per garantire da una parte risorse necessarie al sistema sanitario e dall'altra la garanzia di equo ed efficace accesso alle cure ed all'assistenza.

Quali approfondimenti fare con i dati dei Medici di Medicina Generale.

Angela Testi, Università di Genova, Michela Costa, MIUR Genova

Prima di introdurre modifiche nelle regole del sistema sanitario, è opportuno avere le idee chiare sull'obiettivo che si vuole ottenere e sull'impatto sul sistema stesso della nuova norma. Questo diventa ancora più necessario quando si tratta delle regole di compartecipazione dei cittadini al pagamento delle prestazioni sanitarie, per brevità dei ticket.

In linea di principio l'effetto finale dell'introduzione del ticket dipende da molti fattori concomitanti, per esempio, dal regime di esenzione, ovvero da quante persone di fatto pagheranno il ticket, da quanto incide la maggiore spesa sui consumi, dalla sostituibilità tra le diverse prestazioni (un ticket sugli esami diagnostici può essere "evaso" ricorrendo a ricovero di urgenza), e anche dalla presenza di prezzi nel settore privato che possono rendere conveniente affrontare addirittura tutta la spesa piuttosto che pagare la compartecipazione al pubblico soprattutto in presenza di lunghi tempi di attesa.

Sarebbe opportuno allora conoscere sia quali siano i consumi per i quali si aspetta una loro riduzione, sia quali soggetti debbano essere chiamati a pagare con conseguenti effetti sulla salute, soprattutto da parte di chi è più fragile da un punto di vista socioeconomico. Poiché questi effetti si verificano tutti insieme, ma con intensità diversa e differenti tempi di reazione dipendenti anche dalla struttura demografica, epidemiologica e socioeconomica della popolazione, dalle regole di esenzione, dagli importi stessi del co-payment e dalla loro struttura, prima di decidere bisognerebbe conoscere come si comporteranno le persone, i medici, le strutture con le nuove regole. Bisognerebbe, ad esempio, sapere quali reazioni si sono avute nel passato quando si sono adottate misure simili. Purtroppo, da questo punto di vista, la letteratura empirica è piuttosto limitata e non se ne possono dedurre evidenze sicure e tra loro confrontabili. Le poche indagini effettuate, inoltre, sono da applicare con cautela perché si riferiscono a altri paesi e a venti o trenta anni orsono, in condizioni, ovviamente, molto diverse rispetto alla nostra realtà di oggi. Per il nostro Paese, addirittura, uno studio sistematico al riguardo non è mai stato affrontato. Questo deriva in parte da una cattiva consuetudine che ritiene inutile fondare su basi scientifiche le decisioni allo scopo di valutare a priori l'impatto a tutto campo che avranno e non solo quelli immediati su spesa e gettito), né tanto meno si usa valutare ex post i risultati in modo tale da avere indicazioni nelle decisioni future. Ciò dipende anche dal fatto che, in questo momento, non sembra possibile desumere dai dati amministrativi disponibili informazioni dettagliate che vadano al di là di dati di spesa. Sarebbe, invece,

necessario avere dati riferiti alla appropriatezza dei percorsi di cura, alle condizioni di accesso alle cure e, soprattutto, alla salute. In conclusione, anche se è probabile che nei prossimi anni la situazione cambi a seguito della evoluzione dei sistemi informativi, rimane al momento una grande incertezza su quali possano essere gli effetti di un inasprimento del sistema dei ticket, in particolare su tre aspetti: 1) se i pazienti abbandonano o riducono le cure (minore aderenza) soprattutto per alcune patologie; 2) se i medici, tenendo conto della maggiore onerosità per i loro assistiti, diminuiscono le prescrizioni non del tutto necessarie e, infine, 3) se per alcune prestazioni aumenta il ricorso al privato, il che significherebbe di fatto un introito pari a zero per il sistema sanitario, a fronte di una compartecipazione del 100% da parte dei cittadini. Se questi comportamenti fossero confermati, si possono prevedere effetti negativi sulla salute (caso 1), conseguenze positive sulla appropriatezza (caso 2), evidenza di iniquità nell'accesso alle cure (caso 3). In tutte e tre le situazioni, si avrebbe, comunque, una diminuzione delle prestazioni erogate che potrebbe ridurre molto, o addirittura, vanificare, l'aumento previsto del gettito, soprattutto se aumentano le esenzioni.

Per poter meglio conoscere i comportamenti individuali prevedibili, si sta allestendo uno studio, basato sulle cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale. Sono dati al momento non ufficiali, che non costituiscono un debito informativo, compilati prevalentemente su base volontaria. Per questo motivo devono ovviamente essere letti con molta cautela, anche perché si tratta di informazioni rilevate al momento della prescrizione e non dell'effettivo consumo della prestazione: alla prescrizione di un farmaco non sempre consegue l'acquisto effettivo con il conseguente pagamento del ticket. Tuttavia questi dati sono preziosi perché si riferiscono alla storia nel tempo dei singoli pazienti e sono resi disponibili grazie alla collaborazione con GP-LIGUR.NET, l'Osservatorio Ligure della Medicina Generale costituito dalla Società Italiana di Medicina Generale della Liguria, che raccoglie le cartelle cliniche di circa 200.000 cittadini assistiti da e 173 medici di medicina generale.

Le tipologie di pazienti che sarà utile prendere in considerazione sono riferite a tre tipi di patologie: oncologiche, sindromi depressive, malattie croniche cardiovascolari e metaboliche. Nel primo caso (patologie oncologiche) si tratta di pazienti che richiedono una aderenza massima alla cura e che potrebbero, in caso di non aderenza, avere effetti immediati sulla salute piuttosto gravi. Si tratta, inoltre, di patologie che non prevedono sempre l'esenzione totale: in questo momento in regione Liguria un paziente oncologico con età inferiore a 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite previsto di trentaseimila euro annuali deve pagare il ticket sui medicinali ma non sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia, mentre se l'età è maggiore di 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite previsto di trentaseimila euro annuali deve pagare il ticket sui medicinali e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia.

Il secondo gruppo riguarda pazienti affetti da sindromi depressive, una patologia sempre più diffusa per la quale non esiste nessuna esenzione per patologia: ci si aspetta che una variazione di ticket provochi una riduzione delle prescrizioni di farmaci e il modello dovrebbe consentire di misurare a quanto ammonti tale diminuzione.

Il terzo gruppo di pazienti è costituito da tre sottogruppi che si riferiscono alle tre malattie croniche prevalenti: diabete, ipertensione e cardiopatie ischemiche. Anche in questo caso un paziente con età inferiore a 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite previsto di trentaseimila euro annuali deve pagare il ticket sui medicinali ma non sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia, mentre se l'età è maggiore di 65 anni e reddito familiare annuo maggiore del limite previsto di trentaseimila euro annuali deve pagare il ticket sui medicinali e sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche correlate alla malattia. Per questa tipologia ci si aspetta, tuttavia, una maggiore caduta di aderenza rispetto al primo gruppo perché la patologia potrebbe essere percepita come meno importante rispetto a quella oncologica.

Questi approfondimenti permetteranno di ottenere diverse evidenze sugli effetti dell'introduzione dei tickets e delle esenzioni, evidenze indispensabili per indirizzare le scelte che dovranno essere assunte al riguardo.

Un ticket oggi al servizio di troppi padroni

Nerina Dirindin, Università di Torino

La storia infinita della partecipazione alla spesa sanitaria, di nuovo al centro del dibattito, assume più che mai in questo particolare momento storico i contorni della commedia di Goldoni, "Arlecchino servitore di due padroni", fatta di improvvisazioni e successive messe a punto, di accomodamenti e strepitose vitalità, di equivoci e furbizie. Come Arlecchino, infatti, i ticket tentano di servire contemporaneamente, con prontezza e celerità, due padroni e finiscono coll'ingannare entrambi. I due padroni sono da un lato il *cassiere del Ssn*, desideroso di aumentare rapidamente le entrate, e dall'altro il *moderatore dei consumi*, desideroso di limitare il (sovra) consumo di prestazioni sanitarie. Due obiettivi in contrapposizione, per raggiungere i quali non basta la scaltrezza di Arlecchino: le entrate aumentano solo se le prestazioni sono consumate, ma se si mira a ridurre i consumi anche le entrate si ridurranno. *L'equivoco della doppia servitù* è alla base delle enormi difficoltà che tutti i sistemi di *co-payment* incontrano nel mondo reale; e la recente esperienza del superticket di 10 euro ne costituisce una esemplare testimonianza: anche Arlecchino capirebbe che si finisce col non riscuotere neanche un euro se si disincentiva l'accesso alle strutture pubbliche (deludendo così le aspettative di chi vuol *fare cassa*). Per la verità, a parte il caso del superticket, i due padroni non hanno obiettivi nettamente confliggenti: quando prevale l'obiettivo di limitare il sovra-consumo (contrastare il *rischio morale*, soprattutto per le prestazioni di dubbia utilità), il mancato introito da ticket è il prezzo che il cassiere è ben disposto a pagare, consapevole che è meglio non spendere per prestazioni di scarsa efficacia, piuttosto che spendere e, poi, cercare affannosamente una copertura alla spesa. Al contrario, quando prevale l'obiettivo di *fare cassa*, il cassiere è consapevole che se si impongono prezzi (ticket) *troppo* elevati, gli assistiti cercano soluzioni alternative (cambiano fornitore o rinunciano all'acquisto), vanificando così ogni tentativo di aumentare le entrate e, quel che è peggio, intaccando la reputazione dell'azienda (la fiducia nel Ssn) e/o la soddisfazione dei bisogni. Ed è proprio la difficoltà a servire due padroni la ragione che spiega la complessità del nostro sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione, che pur mostra importanti punti di forza, ma anche preoccupanti debolezze.

Tra i punti di forza possiamo richiamare la modesta entità degli oneri posti a carico degli assistiti (stimabili fino al 2010 intorno al 3% della spesa complessiva), indicativa del ruolo di mera responsabilizzazione degli assistiti assegnato storicamente dalla legislazione italiana ai ticket (e non anche di finanziamento della spesa). Punto di forza è inoltre il complesso sistema delle esenzioni per patologia volte ad assicurare a tutte le persone affette da importanti malattie l'assistenza a titolo gratuito, senza distinzioni di reddito (a conferma del carattere universale della tutela della salute nel Ssn). Apprezzabile lo sforzo volto a scoraggiare la domanda di prestazioni con un elevato rapporto costo-efficacia (come ad esempio l'utilizzo dei prezzi di riferimento per i farmaci generici¹) e l'attenzione riservata alle categorie meno abbienti (attraverso l'esenzione per reddito, pur con le rilevanti lacune di cui in seguito).

¹ L'integrazione rispetto al prezzo di riferimento costituisce una particolare forma di partecipazione alla spesa, legata alla scelta del farmaco da assumere, che in quanto tale andrebbe evidenziata separatamente.

I punti di debolezza attengono alle modalità con le quali i principi generali sono applicati. Innanzi tutto è ancora ampiamente presente una logica di tipo categoriale incoerente con il principio universalistico e fonte di disparità di trattamento: ciò si verifica per le esenzioni per reddito (riservate solo ad alcune categorie di persone, mentre la povertà si sta diffondendo fra assistiti ai quali è negato il diritto all'esenzione²) e per il trattamento previsto per gli invalidi (ispirato a criteri di natura *risarcitoria* anziché di tutela della salute, in difformità alla logica generale³). Con riguardo all'esenzione per condizione economica, il riferimento al reddito dichiarato a fini Irpef è notoriamente inadeguato, anche se l'introduzione di sistemi più complessi – quali ad esempio l'Isee – porrebbe problemi di fattibilità e di costi di gestione, in relazione alla frequenza con la quale i cittadini ricorrono ai servizi sanitari e alla conseguente necessità di prevedere continui aggiornamenti della loro situazione reddituale (ogniquale volta si modifichi la condizione economica del nucleo familiare o la dimensione della famiglia, il che avviene di frequente in tempi di crisi). Costituiscono inoltre punti di debolezza la presenza di un unico scaglione di reddito per le esenzioni in base alla condizione reddituale (causa del cosiddetto *effetto scalino*); le differenze nelle soglie di reddito previste per le diverse tipologie di esenti (causa di disparità di trattamento fra individui con situazioni sostanzialmente simili⁴; l'incoerenza delle agevolazioni fiscali riservate ai ticket (da un lato il Ssn chiede agli assistiti una partecipazione alla spesa, dall'altro il fisco gliene restituisce una parte, attraverso la detrazione al 19%); il rischio di dover erogare prestazioni più complesse e costose (non soggette a ticket) in sostituzione di altre con miglior rapporto costo-efficacia ma soggette a ticket. Più in generale, il sistema dei ticket appare estremamente costoso; la gestione delle esenzioni e delle riscossioni, nonché dei loro continui aggiornamenti, richiede personale, sistemi informativi, accordi con gli istituti di credito, punti per il pagamento, verifiche e controlli, puntuali rapporti contrattuali con gli erogatori privati accreditati, contenziosi legali, ecc. L'insieme di tali costi, di dimensione ignota ma non certo irrisoria, costituisce il prezzo che il Ssn paga per rendere gli assistiti più consapevoli del valore delle prestazioni di cui beneficiano.

Fino ad oggi, le ridotte dimensioni della partecipazione alla spesa hanno di fatto reso poco visibili o comunque relativamente tollerabili le numerose iniquità e le molteplici piccole distorsioni di cui soffre il sistema. Il consistente aumento delle entrate da ticket, con il superticket di 10 euro e l'aumento previsto dalla legge 111/2011, cambia completamente lo scenario. Di qui la necessità di un ripensamento complessivo delle caratteristiche del sistema e, soprattutto, delle sue finalità.

A tale proposito si ritiene che dovrebbe essere guardata con grande preoccupazione l'eventuale scelta di procedere per aggiustamenti successivi, con l'obiettivo di attenuare o eliminare le singole debolezze dell'attuale sistema. Come argomentato, solo alcune incongruenze sono facilmente superabili; altre richiedono soluzioni complesse, costose e inevitabilmente parziali, di fronte alle quali è necessario in via preliminare domandarsi se

² L'esenzione in base al reddito è riservata (in presenza di determinati requisiti) a: bambini (fino a 6 anni), anziani (oltre 65 anni), pensionati sociali, pensionati al minimo (oltre 60 anni) e disoccupati.

³ Il trattamento riservato agli invalidi rappresenta una delle contraddizioni più evidenti e delicate dell'intero sistema delle esenzioni. L'esenzione riconosce a un insieme di cittadini vittime di particolari condizioni o eventi dannosi (invalidi di guerra, invalidi civili, ciechi, sordomuti, ex deportati nei campi di sterminio, vittime di atti di terrorismo o della criminalità organizzata, ecc.) il diritto ad accedere gratuitamente a tutte le prestazioni sanitarie, in deroga ai criteri di esenzione previsti per la generalità degli altri assistiti. Alcune categorie hanno addirittura il diritto a ricevere gratuitamente i farmaci di classe C (a totale carico dell'assistito per tutti gli altri cittadini).

⁴ Ad esempio, in base alla normativa vigente, un 65enne che viva da solo con un reddito appena inferiore a 36.151,98 euro è esente, mentre un 64enne che viva da solo con una pensione appena superiore a 8.263,31 euro non è esente.

il Paese intenda assegnare ai ticket un ruolo diverso rispetto a quello loro assegnato in passato. Una partecipazione alla spesa finalizzata a rendere gli assistiti più consapevoli dei costi sostenuti dalla sanità pubblica non può infatti che essere di entità modesta (in termini monetari) e può quindi accettare con pragmatismo i limiti di un sistema definibile solo in modo sub-ottimale. Al contrario, una partecipazione alla spesa finalizzata a finanziare il Ssn deve necessariamente avere dimensioni più importanti e deve quindi inevitabilmente cercare di risolvere i problemi di efficienza e di equità più volte indicati. A questo proposito è necessaria una riflessione: un consistente aumento delle entrate da ticket non può essere ottenuto imponendo oneri ai ceti meno abbienti (per ragioni di equità, soprattutto in un momento di grandi difficoltà economiche), ma non può neanche essere ottenuto imponendo oneri crescenti ai ceti medi e medio-alti (inducendoli così a interrogarsi sull'opportunità di partecipare ad un sistema universalistico e incentivandoli a cercare soluzioni alternative). Un aumento dei ticket per i più abbienti produrrebbe un danno per tutti: chi eventualmente optasse per una assicurazione privata si troverebbe a dover pagare premi molto più elevati del prelievo e dei ticket oggi pagati (per le note inefficienze dei mercati assicurativi); la sanità pubblica dovrebbe prevedere - per rispetto della dignità della vita umana - interventi di ultima istanza (es. salvavita) anche a favore di chi avesse esercitato il diritto ad uscire dal sistema pubblico; chi confermasse la sua partecipazione al servizio pubblico sarebbe costretto a sopportare oneri più elevati, anche solo a causa dei maggiori costi amministrativi propri di un sistema non universalistico. Il risultato sarebbe rovinoso: l'intento di far pagare ticket più elevati ai ricchi produrrebbe l'effetto di peggiorare il benessere di tutti e soprattutto dei più fragili.

In conclusione, nonostante la grave crisi economica, la questione dei ticket andrebbe affrontata a) confermando il loro ruolo di mera responsabilizzazione degli assistiti al momento del consumo di prestazioni sanitarie; b) apportando tutti i correttivi in grado di attenuare alcune delle incongruenze attualmente esistenti e prestando attenzione ai soggetti più disagiati (a partire dalla revisione del superticket di 10 euro); c) individuando soluzioni per ridurre in modo consistente l'aumento delle entrate da ticket previsto dalla manovra del luglio 2011. I ticket non possono continuare a equivocare sul padrone al cui servizio devono prioritariamente operare!

E se al posto di tickets e di esenzioni introducessimo una franchigia proporzionale al reddito?

Cesare Cislighi, Agenas e Francesca Giuliani, Agenas

Il nostro sistema di copayment, pur con tutte le varianti regionali, si fonda essenzialmente sul pagamento di una somma relativamente costante per ogni accesso a determinate prestazioni; le varianti riguardano la proporzionalità vuoi al valore della prestazione vuoi alle capacità contributive del soggetto.

Il principio generale introdotto dalla legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario è l'universalità dell'accesso e la copertura della spesa sanitaria attraverso la spesa pubblica; possiamo quindi dire che i poco più di milleottocento euro procapite dei costi della sanità sono coperti con le risorse raccolte attraverso le diverse forme di prelievo fiscale. Poco importa qui stabilire se sia l'Irpef, l'Irap, l'Iva, le accise ecc. e basta ragionare sul fatto che la regola generale è che i costi del sistema sanitario devono essere ridistribuiti tra i cittadini sulla base delle loro capacità contributive; e ciò è vero anche se tutti sappiamo che attualmente il prelievo fiscale effettivo non è proprio proporzionale al reddito dei cittadini, e ciò sia per come è disegnato, sia per colpa delle troppe diffuse evasioni, problemi che però tralascieremo in questa breve nota.

I ticket sono stati introdotti successivamente all'istituzione del Servizio Sanitario e seppur si sia cercato di giustificarli come strumento per migliorare l'appropriatezza del sistema disincentivando i consumatori a richiedere prestazioni inutili, di fatto la vera motivazione è sempre stata quella di aumentare le entrate soprattutto nei periodi di maggior crisi, primo tra tutti il momento attuale. Al bisogno crescente la soluzione migliore, e coerente con l'833, sarebbe quella di aumentare la tassazione, magari con una "tassa di scopo", ma motivi ben noti impediscono, almeno attualmente, questa soluzione e portano quindi a trovare soluzioni che gravino non sui cittadini bensì sui soli utenti.

Per attenuare poi l'impatto del copayment si è introdotto un sistema di esenzioni che in molti casi comporta più problemi di quanti ne risolva in quanto le certificazioni vuoi di tipo economico vuoi di tipo clinico non sempre sono corrette ed appropriate.

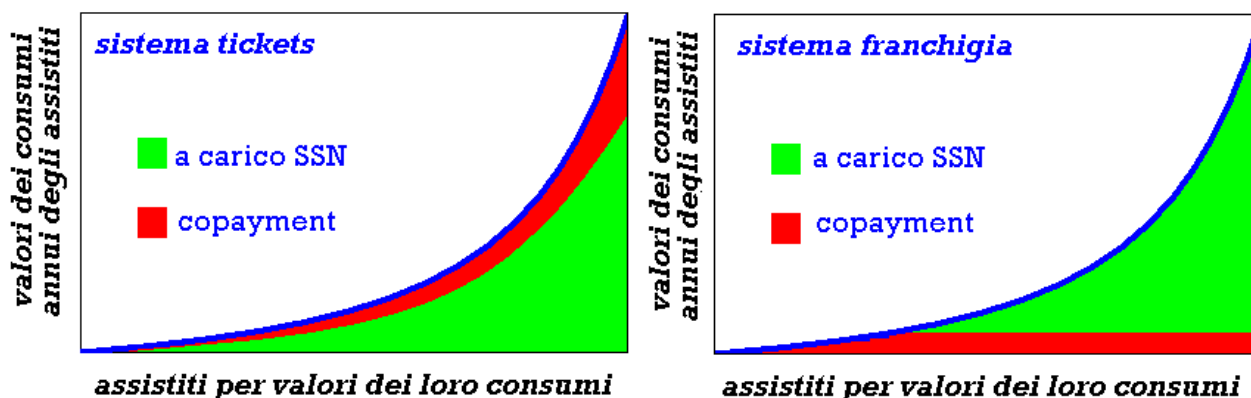
Qual è la logica dell'esenzione? È fondamentalmente quella di cercare di evitare che dei soggetti deboli non possano accedere alle prestazioni a causa del gravare del copayment; fa eccezione una esenzione particolare che riguarda le situazioni risarcitorie come le esenzioni per patologie insorte a causa di missioni militari o per colpa di attività sanitarie che hanno esitato scorrettamente in conseguenze nocive per gli assistiti.

Le esenzioni su base clinica riguardano quasi esclusivamente i malati cronici e la ragione sta nel fatto che costoro hanno la necessità di accedere a molte prestazioni e se per ciascuna di esse dovessero pagare un ticket la cifra globale sarebbe sicuramente superiore alle loro possibilità.

Se dividiamo il valore di tutti i ticket riscossi per il numero di tutti i cittadini avremmo la cifra di circa 60 € ma in realtà molti cittadini non accedono ad alcuna prestazione e pochi invece accedono a molte prestazioni: la logica dell'esenzione per cronicità è quella di esentare chi necessita nell'anno di molte prestazioni. Purtroppo accade che diversi soggetti pur non esenti debbano pagare molti ticket mentre alcuni esenti in realtà ne avrebbero dovuto pagare pochi o addirittura nessuno. Questo sistema di gestione delle esenzioni e di riscossione dei ticket peraltro risulta essere amministrativamente molto costoso tanto da ridurre di molto l'utilità economica della riscossione stessa.

Per queste ragioni potrebbe essere conveniente pensare ad un sistema completamente diverso che elimini ticket ed esenzioni ed introduca invece un meccanismo di franchigia.

Si parte dalla considerazione che contribuire ai costi delle proprie prestazioni con una cifra minima proporzionale al proprio reddito lordo non sia qualcosa di insopportabile per nessuno; si potrebbe ad esempio pensare che il contributo massimo (cioè la franchigia) non debba essere superiore al 3 per mille del reddito lordo il che significa 30 € in un pensionato con 10.000 € di reddito, di 120 € in un lavoratore con 40.000 € di reddito, di 300 € in per un professionista con 100.000 € di reddito. Questa aliquota potrebbe anche essere progressiva gravando meno del 3 per mille sui redditi bassi e più del 3 per mille per quelli elevati. Entro questa cifra massima gravabile sui precedenti 12 mesi, ogni accesso ad una prestazione verrebbe pagato interamente secondo le attuali tariffe; superata la cifra della franchigia le prestazioni sarebbero tutte gratuite per i successivi 12 mesi. La figura seguente evidenzia le diversità tra i due sistemi di copayment.



Così impostato questo sistema di copayment dovrebbe frenare maggiormente i primi accessi al sistema mentre non determinerebbe alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti; l'ipotesi quindi da cui si è partiti è che l'inappropriatezza stia più tra i primi che tra i secondi e che comunque un contributo uguale e proporzionalmente minimo può essere versato da tutti, anche dai malati se questi hanno un certo reddito.

I problemi per implementare questo sistema sono essenzialmente due: il primo riguarda la determinazione corretta del reddito ed è un problema in comune con il sistema ticket; si potrebbe, come sembra si stia valutando, vedere se sia applicabile il sistema dell'Isee messo a punto dall'Inps che può essere stimato per ciascun cittadino anche da Internet su: <http://www.inps.it/servizi/isee/simulazione/simulazionecalcolo.asp>. Probabilmente questo sistema non rappresenta ancora la soluzione ottimale ma comunque è una strada da approfondire e se possibile da migliorare.

L'altro problema è come tener il calcolo della quota di franchigia già precedentemente saturata; la soluzione migliore sarebbe una registrazione certificata su rete informatica da parte di tutti i presidi che riscuotono le relative tariffe o in alternativa una scheda individuale (cartaceo o magnetico, come la tessera sanitaria) in cui vengono registrati tutte le tariffe riscosse.

Da ultimo si può ipotizzare che almeno in una prima fase il sistema della franchigia si componga con il sistema dei ticket e quindi che funzioni limitando esclusivamente l'ammontare massimo dei ticket dovuti nell'arco dei 12 mesi; non dovrebbero esserci molte differenze tra i due sistemi tranne per i primi consumi minimi che sarebbero pagati interamente in un sistema a franchigia calcolato sulle tariffe ed invece solo nella quota ticket nell'altro. Ed infine occorre anche notare come il sistema possa ben riadattarsi tra le diverse Regioni che potrebbero definire infatti quote differenti di franchigia a seconda delle loro situazione finanziaria, ad esempio aumentando la quota di franchigia in presenza di disavanzo economico.

In ogni caso sappiamo che ci saranno nel 2014 due miliardi di copayment in più.

Fulvio Moirano, Direttore Agenas, Roma

La discussione su quali siano le migliori forme di copayment e quale sia l'impatto del copayment sui consumi e sulla salute certamente si protrarrà ancora per molto, almeno per quanto durerà un sistema sanitario finanziato dal contributo pubblico; ma l'attualità e l'urgenza del problema risiede nel disposto della legge "recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" :

Legge n. 111 del 15 luglio 2011, articolo 17 - Comma 1 Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, da stipulare entro il 30 aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma ... d) a decorrere dall'anno 2014 ... sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario ... - Comma 2: ... gli importi sono stabiliti ... nelle percentuali, per l'esercizio 2014, del 40% [del totale della manovra] a carico delle misure di cui alle lettere ... d) del comma 1 [cioè dei tickets]

Le legge non quantifica esplicitamente l'ammontare dell'aumento dei tickets, ma dice che se questo valore deve essere pari al 40% della manovra del 2014, al netto delle misure sul personale, e se questa sarà come pare di 5 miliardi, ciò significa che si dovranno riscuotere due miliardi di copayment in più.

La legge afferma che questa misura è "finalizzata ad assicurare l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni"; onestamente ci pare questa una affermazione un po' azzardata a meno che si intenda dire non che il copayment produrrà queste virtuosità, bensì che il copayment permetterà di salvaguardare queste virtuosità che sarebbero invece messe in discussione da una scarsa disponibilità di risorse economiche.

Cosa deciderà il Governo entro il 30 aprile 2012? Troverà un'intesa con le Regioni? Che misure verranno decise? Sicuramente non sarà un compito facile quello che Governo e Regioni si troveranno ad affrontare nelle prossime settimane!

Aumentare di circa il 50% gli attuali tickets sembra un'alternativa improponibile che creerebbe situazioni insostenibili soprattutto nei molti utenti che, nonostante non siano esenti, necessitano di molte prestazioni gravate di tickets. Si stima che ci siano più di duecentomila utenti che hanno pagato più di 500 € di ticket: se questi dovessero diventare 1000 € la cifra sarebbe veramente per molti eccessiva.

I tickets sono pagati all'incirca solo da un terzo degli utenti; si potrebbe pensare di diminuire le esenzioni: se oggi l'ammontare dei ticket è di 4 miliardi circa, senza esenzioni questi sarebbero 12 miliardi e quindi se si eliminassero le esenzioni i ticket potrebbero essere dimezzati di valore. Ma eliminare le esenzioni vuol dire creare problemi gravi agli indigenti ed ai malati cronici.

Si potrebbero allora estendere i ticket ai ricoveri ospedalieri e ciò significherebbe quindi far pagare un ticket di 200 Euro a ricovero o se si preferisce di circa 30 Euro a giornata di ricovero. Un ticket sui ricoveri sarebbe accettato difficilmente dalla popolazione perché richiesto in un momento di forte debolezza quale quello in cui ci si trova quando si viene ricoverati e anche se il ticket corrispondesse solo al 5% del costo dei ricoveri ospedalieri, il vissuto sarebbe quello di una sanità ormai sempre più a pagamento.

Allora il principio cardine di una manovra del genere dovrebbe essere quello di proporzionare il ticket alle capacità contributive degli utenti, capacità che dovrebbero essere determinate correttamente evitando le conosciute inesattezze delle certificazioni sui redditi dichiarati; l'esenzione per la sola soglia di indigenza probabilmente è qualcosa di superato in quanto è noto che la maggior sofferenza per i tickets elevati è oggi vissuta da parte del ceto medio.

Il secondo principio dovrebbe essere quello di eliminare le somme troppo elevate che possono crearsi laddove si cumulino più tickets da pagare nell'anno; ciò può essere fatto creando un tetto massimo al cumulo annuo dei ticket, cumulo valutato a livello individuale o meglio familiare.

Per tutti questi motivi ci sembra che la proposta di sostituire il sistema tickets-esenzioni con un sistema di franchigia modulata sul reddito sia da prendere in seria considerazione anche se vediamo delle difficoltà relative alla sua implementazione.

Infine sarà importante anticipare la manovra sui tickets da un chiarimento che faccia comprendere come l'aumento dei tickets sia uno dei provvedimenti che permetteranno la sopravvivenza di un sistema universalistico che garantisca con equità il diritto all'assistenza per tutti i cittadini; le nuove entrate dell'aumento del copayment non dovranno però giustificare l'inerzia negli sforzi per diminuire i costi attraverso misure capaci di incrementare la legalità, l'efficienza e l'appropriatezza. Non basta raccogliere maggiori risorse economiche; è essenziale anche ridurre la spesa evitando i costi inutili.