



I ticket in sanità. Inutili, iniqui, dannosi



Marco Geddes

Inutili, perché non disincentivano gli sprechi e non promuovono l'appropriatezza. Iniqui, perché sono una tassa non proporzionale al reddito e che grava sui malati. Dannosi, perché con il combinato di liste d'attesa e costi, spingono i pazienti verso il settore privato.

I ticket sulla sanità vengono a colpire una larga parte delle prestazioni: la farmaceutica, la specialistica ambulatoriale, l'informatizzazione dei dati (il ticket sulla diagnostica per immagini), il pronto soccorso e, in termini – per ora solo di

reiterata proposta – i primi giorni di ricovero.

Fra i molti balzelli a cui sono sottoposti i cittadini italiani questo è il più inutile, iniquo e dannoso. È anche il prelievo dalle tasche dei cittadini su cui vi sono poche discussioni, analisi e contro – proposte.

Questa mia – radicata – opinione non nasce da alcun antistatalismo. Al contrario credo che vi sia un “rapporto tra tassazione, libertà individuale, eguaglianza, obbligazione interpersonale, responsabilità collettiva”[1], e proprio **per tali motivi definisco il ticket con questi tre aggettivi: inutile, iniquo e dannoso.**

Prima di motivare questa mia critica e una sensata proposta, credo sia utile richiamare brevemente all'attenzione del lettore la (lunga e confusa) storia del ticket.

Questo balzello fu introdotto nel 1989 (26 anni fa!)[2]. L'intenzione era quella di adottare strumenti di *dicopayment* moderato, con meccanismi di esenzione multipli per situazione economica e sanitaria, per raggiungere l'obiettivo di una **responsabilizzazione della domanda** e, in particolare, di contenere certe forme di spreco che venivano denunciate nell'ambito dell'uso dei farmaci. Ricordo che in quell'anno la rivista *L'Espresso* pubblicò un servizio, illustrato, appunto, dalla foto di un armadietto del bagno pieno di farmaci scaduti.

Dell'inutilità del ticket. Che il ticket sia in grado di ridurre sprechi e consumi non utili è tuttavia **un fatto non dimostrato da alcuna indagine**; se all'inizio una modesta compartecipazione poteva essere ipoteticamente strumento di contenimento degli sprechi tipo “lascio scadere una confezione tanto posso riacquistarla gratuitamente”, nel corso di 26 anni la situazione è cambiata sia nella mentalità della popolazione che negli strumenti di controllo delle prescrizioni e della appropriatezza degli esami.

Solo un esempio per altri tipi di “spreco” che si sono modificati. Nel 1996 la raccolta differenziata copriva il 7,2% dei rifiuti prodotti; ora rappresenta il 42,3% e questo non tramite “ticket”, ma grazie a una crescita nella cultura della popolazione e a modalità organizzative e di controllo, avanzatissime nelle aree in cui sono stati raggiunti livelli ottimali di raccolta differenziata.

Dell'iniquità del ticket. Peraltro che il ticket si sia rapidamente trasformato in una **forma di tassazione occulta** appare evidente, ed anche normativamente codificato a partire dal 2001, quando tale gettito è stato finalizzato alla copertura dei disavanzi sanitari regionali[3].

La progressiva trasformazione in una vera e propria tassa nelle mani delle Regioni si è accompagnata ad un incremento della compartecipazione e alla più assoluta diversificazione, sia nelle quantità che nelle modalità di computo, esenzioni, fasce di reddito etc.

Una recente rassegna ha preso in esame l'entità e le modalità applicate dalle regioni sui ticket per i farmaci[4], per le visite ambulatoriali[5], per il pronto soccorso[6] nonché i criteri di esenzione[7]. La sconcertante lettura di tale rassegna, realizzata sulla base dei dati delle Regioni, della Federfarma, della Aifa e della Corte dei conti evidenzia come qualsiasi criterio di equità fra i cittadini sia ormai solo uno slogan, anche fra regioni vicine o di identico profilo politico. Ci si domanda pertanto a cosa servano i luoghi e le istituzioni (Conferenza delle regioni etc.) da cui dovrebbero emergere criteri di indirizzo e linee di intervento, modalità comportamentali omogenee, cosa che è così spesso richiesta ai professionisti!

Risulta impossibile offrire una sintesi di questa frastagliatissima accozzaglia di comportamenti, e ci limitiamo quindi a qualche esempio:

Per i farmaci vi sono regioni che non applicano alcun ticket (Friuli Venezia Giulia), altre regioni che non applicano il ticket ma fanno pagare solo la differenza fra farmaci, cioè fra il farmaco e l'equivalente di prezzo più basso (Valle d'Aosta, Marche, Sardegna). Una serie di regioni applica invece una quota fissa che varia da 1 € a 5 € per ricetta (Piemonte, Liguria, Lombardia, PA Trento e PA Bolzano, Veneto, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia). Le altre infine (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata), hanno quote per reddito da 1€ a 6 € nella maggior parte dei casi, o da 2€ a 8€ in Regione Toscana.

Sulla specialistica ambulatoriale la “macchia di leopardo” diventa, se possibile, più accentuata.

I costi massimi oscillano da 36,15 €, (PA Bolzano, Basilicata), si attestano prevalentemente intorno ai 46,15 € in molte regioni, per raggiungere la punta massima di 76,15 € in Toscana (ma fino a 118 per pacchetti ambulatoriali complessi). Vi è poi l'ulteriore balzello di costo aggiuntivo di 10 € per la digitalizzazione (sic!).

La tassa, che si camuffa quindi in ticket, ha molteplici caratteristiche che la rendono iniqua.

In primo luogo **non vi è alcuna trasparenza**, in questa complicata combinazione casuale di prelievo.

Poi, e questo è l'elemento più rilevante, **contraddice quell'elementare principio di progressività delle imposte**, criterio introdotto in Europa fin dalla fine del Settecento (in Inghilterra fin dalla metà del Seicento con Cromwell!). Non vi inganni la così detta progressività in base al reddito, di alcune regioni. In tal caso sono appunto “fasce” per cui il pensionato che ha fatto il preside di scuola superiore, l'associato all'università, il medico in una struttura pubblica paga un ticket uguale a quello di Berlusconi!

Infine è una tassa che colpisce i cittadini che hanno il torto di pagare le tasse, una stortura tale che era presente anche (perfino) al legislatore, che aveva stabilito il criterio di esenzione in base alla situazione economica del nucleo familiare (ISEE)[8], criterio mai applicato.

E, dulcis in fundo, si applica a chi è malato e, ovviamente, su chi è in condizione socio economica peggiore, dato la nota correlazione fra stato sociale e condizioni di salute!

Tale iniquità pare non percepita da parte della classe politica e, neanche, da quella che si richiama, seppur genericamente, a quei principi di uguaglianza, che dovrebbero caratterizzare una appartenenza alla cosiddetta “sinistra”. Lo è invece percepita dal 50% dei cittadini che considerano iniquo tale balzello, mentre il 19,5% lo considera inutile e la restante parte (minoritaria) della popolazione da applicare solo ai farmaci[9].

Della dannosità del ticket. Vi sono pochi studi sull'effetto del ticket (co-payment) ma da una rassegna effettuata dalla Cochrane Collaboration[10] si possono intravedere alcuni – seppure incerti – elementi. Gli studi utilizzabili sono pochi e prevalentemente osservazionali e di modesta qualità (nella review non vi è uno studio italiano); il co pagamento provoca una riduzione nell'uso dei farmaci necessari e in particolare nell'ambito del trattamento della cronicità; possono avere effetti avversi sullo stato di salute e come risultato un conseguente incremento del ricorso ai servizi sanitari con un incremento della spesa complessiva.

Ancora più lapidarie le conclusioni di una recente rassegna, che riportiamo integralmente: **“L'incremento dei costi dei ticket per i pazienti è associato ad una diminuzione dell'aderenza ai trattamenti, con conseguente peggioramento dello stato di salute.”**[11]

A tale serie di possibili danni se ne aggiungono altri di diverso ordine:

- **A. I veri “ricchi” non pagano ticket, non concorrendo così, con tale tassa, a sostenere il servizio sanitario regionale.** Infatti per tali prestazioni ricorrono ad un sistema alternativo coperto dalle assicurazioni private. Diciamo chiaramente che, in pratica, sono detassati poiché usufruiscono – ovviamente – del sistema sanitario nel suo complesso laddove non è prevedibile il ticket (dialisi, trapianti, sistema di emergenza, ricoveri per problemi rilevanti etc.). Per il resto (laddove il ticket si paga) sono compensati da una assicurazione pagata in toto (nel caso dei parlamentari) o in parte tramite la defiscalizzazione, dalla collettività.
- **B. Il combinato disposto delle lunghe liste di attesa e dei ticket alti sta comportando uno spostamento delle classi a reddito medio e alto, specie nelle regioni che applicano la differenza per reddito, verso il privato.** Ciò grazie al fatto che i tempi di attesa nel pubblico si stanno allungando; anche nell’ultimo anno si rilevano mediamente 20 giorni in più per una risonanza magnetica al ginocchio (da 45 a 65 giorni), 12 giorni in più per una ecografia dell’addome (da 58 a 71 giorni), 10 giorni in più per una colonscopia (da 69 a 79 giorni). Parallelamente vi è stato un ulteriore incremento dei ticket nel 2015 rispetto al 2014 (ad esempio: RNM +20,7%; Colonscopia + 10,9%; Ecografia addome + 7,1%; mammografia + 1,2%)[12].

Una proposta

1. Abolire il ticket sulla attività ambulatoriale.
2. Mantenere eventualmente un ticket modestissimo (ad esempio 1 € a ricetta o a confezione) e identico per tutti (con esclusione di una limitata fascia di esenti) nella farmaceutica con una funzione unicamente anti – spreco e di segnale che la prestazione farmaco ha un costo per la collettività. In Irlanda, ad esempio, è stato introdotto nel 2010 un ticket di 50 cent. per prescrizione nell’ambito del General Medical Service; alcune prime valutazioni danno un riscontro positivo, anche nell’opinione della popolazione[13].
3. Introdurre una tassa di scopo regionale per il servizio sanitario, la cui finalizzazione ed entità potrebbe (dovrebbe) essere fra gli impegni di legislatura, indicandone i criteri e le finalità e restituendo quindi un senso, una motivazione alla partecipazione – non a caso ora bassissima – al voto regionale. Una tassa fortemente progressiva per reddito, e pertanto equa, così da non pesare solo su chi è malato.

Una proposta semplice, che tiene conto della situazione finanziaria, che mantiene la limitata funzione disincentivante gli sprechi propria del ticket alla sua origine, e che si ispira ad un criterio di equità e di solidarietà.

Tutti motivi sufficienti per non essere presa in considerazione.

Bibliografia

1. Laura Pennacchi. L’eguaglianza e le tasse – Fisco, mercato, governo e libertà. Roma: Donzelli Editore, 2004.
2. Decreto legge 23 marzo 1989, 89 – convertito con modificazione dalla legge 27 aprile 1989, n. 154- il cui ammontare è stato più volte modificato nel corso del tempo.
3. Legge n. 405 del 2001.
4. **Ticket farmaci: solo in quattro regioni non si paga.** Quotidiano Sanità, 07.06.2015
5. **Ticket specialistica ambulatoriale: tra quote fisse, fasce di reddito e costo della prestazione ogni regione fa di testa sua .** Quotidiano Sanità, 07.06.2015
6. **Ticket specialistica ambulatoriale: tra quote fisse, fasce di reddito e costo della prestazione ogni regione fa di testa sua .** Quotidiano Sanità, 07.06.2015
7. **Ticket specialistica ambulatoriale: tra quote fisse, fasce di reddito e costo della prestazione ogni regione fa di testa sua .** Quotidiano Sanità, 07.06.2015
8. D. Lgs 29 aprile 1998 n. 124
9. **Ticket sanitario: la tassa più odiata dagli italiani.** Soldiblog.it, 04.06. 2013
10. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist GE, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 3
11. Eaddy MT, Cook CL, O’Day K, Burch SP, Cantrell CR. How Patient Cost-Sharing Trends Affect Adherence and Outcomes – A Literature Review. P&T, 2012 37 (1), 45 – 55.
12. Carla Collicelli. Fondazione Censis: Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio sanitario nazionale, Roma, 9 giugno 2015
13. Sinnott SJ, Guinane M, Whelton H, Byrne S. Is 50 cent the price of the optimal copayment? – a qualitative study of patient opinions and attitudes in response to a 50 cent charge on prescription drugs in a publicly funded health system in Ireland. BMC Health Services Research 2013, 13:16

