

Copayment: opinioni a confronto

"Un copayment nazionale sarebbe la base contemporaneamente di efficienza e di equità su cui innestare l'autonomia delle Regioni:

- *da un lato, permetterebbe una responsabilizzazione minima della domanda; uno 'zoccolo duro' di efficienza condivisa tra le Regioni e per questo capace di più consistenti effetti proconcorrenziali anche sul lato dell'offerta di prestazioni;*
- *dall'altro, il riferimento ad un omogeneo criterio per graduare l'aliquota di compartecipazione o selezionare i casi di esenzione metterebbe in atto un livello minimo di redistribuzione attivo su tutto il territorio nazionale (indipendentemente dai confini regionali), che potrebbe divenire parte integrante dei LEA".*

Questa frase, tratta dalle conclusioni della nota della Fondazione CERM di cui abbiamo pubblicato in queste pagine un'ampia sintesi, è stata lo spunto per avviare un confronto tra esponenti del mondo scientifico, politico e rappresentanti di associazioni di pazienti. Ecco i loro pareri.

La tutela della salute come fonte di energie per innovazione e ricerca

In tutta Europa l'intero comparto della salute è sotto pressione. Tutti i Governi si trovano a dover affrontare un grave dilemma: da un lato, una domanda costantemente in crescita dettata da insopprimibili bisogni di natura sociale e demografica; da un altro lato, la sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sanitaria. Sullo sfondo, la preoccupazione tutta politica del mantenimento del consenso elettorale. La conseguenza più appariscente è la ricerca di nuovi assetti ed equilibri, di nuovi modelli di assistenza sanitaria, nella consapevolezza che il rapido cambiamento dello scenario economico a cui eravamo fin qui abituati richieda uno sforzo comune per razionalizzare costi e risorse disponibili, attraverso il coinvolgimento della stessa opinione pubblica.

D'altro canto, emerge in prospettiva che la tutela della salute debba essere considerata non più e non solo come un fattore di spesa, ma anche e soprattutto come suscitatrice di energie sul fronte dell'innovazione, della ricerca, dello sviluppo in molteplici campi, fra cui indubbiamente quello farmaceutico, a noi più prossimo e congeniale.

In un siffatto contesto, **la responsabilizzazione della domanda mediante un copayment nazionale, se strutturato in modo equo, potrebbe indubbiamente rappresentare una soluzione idonea ed efficace, specialmente all'interno di un nuovo rapporto basato sul dialogo e sulla concertazione fra il mondo politico-istituzionale, le parti sociali, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, gli attori della complessa filiera del farmaco.**

Fra questi ultimi, mi sembra naturale – oltre che doveroso – annoverare le aziende dei grossisti di medicinali, le quali assolvono un ruolo essenziale sul territorio e hanno certamente un loro punto di vista. La distribuzione intermedia, infatti, rappresenta l'anello vitale di collegamento all'interno del comparto farmaceutico ed è garante della capillare reperibilità di tutti i medicinali secondo elevati criteri di qualità, sicurezza ed efficienza, a costi d'esercizio molto contenuti.

Un solo dato numerico sottolinea la nostra straordinaria importanza in termini di razionalizzazione e di economia di mercato: la fornitura continua e capillare dalla produzione fino alle farmacie coinvolge in Europa circa 28 miliardi di consegne l'anno. Senza l'intermediazione dei grossisti, le farmacie e i produttori dovrebbero mettersi in contatto l'un l'altro direttamente ed il numero delle transazioni crescerebbe drammaticamente toccando ben 528 miliardi di consegne l'anno.

■ Ornella Barra

Presidente dell'Associazione Distributori Farmaceutici - ADF

Universalità di accesso e fiscalità generale progressiva per garantire la sostenibilità del SSN

Inquadrare la questione del copayment nella problematica della spesa sanitaria e del suo incremento mi appare l'approccio più adeguato, purché l'interpretazione dei dati relativi a tale spesa sia corretta: infatti l'aumento della spesa sanitaria pubblica è in gran parte dovuto ad automatismi inerenti gli aspetti salariali dei professionisti, l'introduzione di nuove e più costose tecnologie e terapie e, non ultima, la ben nota crescita delle fasce di popolazione con patologie croniche cui è attribuito il maggiore consumo di prestazioni.

Come l'esperienza di alcune Regioni dimostra, **l'introduzione o l'eliminazione del ticket per la spesa farmaceutica non influenza sensibilmente i comportamenti prescrittivi dei medici e/o dei 'pazienti-consumatori' che, peraltro, nelle fasce di età suddette sono spesso esenti per patologia.**

L'introduzione del ticket sulle prestazioni di Pronto Soccorso inappropriate, come sperimentato in altre Regioni, non ha calmierato tali accessi più efficacemente di quanto non faccia il funzionamento di ser-

vizi alternativi all'ospedale (medici di base, Guardia Medica, ambulatori, assistenza domiciliare etc.), mentre si rileva una diffusa evasione del pagamento del ticket difficilmente riscuotibile al Pronto Soccorso o in orario notturno o festivo.

Al di là di queste considerazioni, vi è comunque il rischio che la compartecipazione alla spesa finisca per riversarsi maggiormente su quei comparti sociali che già finanziano il Servizio Sanitario Nazionale attraverso il sistema fiscale, lasciando irrisolto il problema dell'evasione che nel nostro Paese è particolarmente ingente.

Infine, aumentare le politiche di copayment potrebbe spingere comparti sociali in grado di accedere alla sanità privata – direttamente o tramite assicurazioni di malattia private – a fuoriuscire progressivamente dal sistema, impoverendolo.

L'universalità dell'accesso, garantita dai principi di equità ed appropriatezza, ed il finanziamento del sistema tramite la fiscalità generale progressiva, appaiono ancora largamente la via maestra di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

■ **Augusto Battaglia**

Assessore Sanità della Regione Lazio

Il caso dei pazienti diabetici

La riflessione che si impone per quanto attiene la malattia diabetica è data dalla natura cronica che la distingue e dalla recrudescenza del fenomeno, i cui livelli di incidenza sulla popolazione sono esponenziali, specie se riferiti a quella anziana, peraltro anch'essa in crescita. Da questa banale, ma significativa evidenziazione, è scaturita la scelta operata dal Legislatore di 'governare' la patologia da un'apposita legge, la 115/87; in virtù di questa legge i cittadini affetti da diabete hanno diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici (articolo 4, comma 2). Ciò nondimeno, proprio perché consapevoli del carico eccessivo della patologia sul totale della spesa sanitaria (7%), tale da aver creato nel tempo problemi circa l'accesso alle nuove terapie ed ai farmaci di nuova generazione, si potrebbe pensare di essere disponibili ad una qualche compartecipazione, purché definita e capace di operare sul fronte dell'emersione dei cosiddetti 'silenti', in uno con il superamento di alcune forme di discriminare che vanno ad incidere sugli aspetti sociali della malattia (scuola, lavoro, patente di guida etc.).

Ciò detto, è implicito affermare che, stante l'attuale responsabilità della Regione in tema di risorse finalizzate alla salute del cittadino (Titolo V della Costituzione), **è quanto mai necessaria la compartecipazione alla spesa sanitaria in termini di efficacia dell'assistenza. Questa compartecipazione dovrà prevedere, quanto meno, una base minima uguale per tutti e su tutto il territorio (LEA), senza incorrere in deprecabili differenziazioni, peraltro dannose per le stesse Regioni ritardatarie**, che andrebbero ad alimentare la cosiddetta 'migrazione sanitaria' sicuramente dispendiosa, iniqua e improduttiva per il territorio che la determina.

■ **Vera Buondonno Lombardi**

Presidente dell'Associazione Italiana Diabetici - FAND



Il consenso dei cittadini nel reperimento di risorse aggiuntive per finanziare la Sanità

Nelle nostre indagini si è più volte constatato che gli italiani rigettano l'idea di ridimensionare la spesa sanitaria pubblica, inclusa quella per i farmaci, che considerano a pieno titolo parte fondamentale degli investimenti per la salute. La richiesta di non toccare la spesa sanitaria si accompagna anche ad una diffusa disponibilità individuale nella direzione della responsabilizzazione finanziaria, dimostrata, per esempio, dal fatto che viene valutato come accettabile il ticket, inteso come strumento di moderazione dei consumi di medicinali. Ben il 54,2% degli italiani dichiara che il ticket è uno strumento utile per limitare l'acquisto di medicinali, con una punta superiore al 59% al Centro e al 56% al Nord-Ovest, mentre meno del 30% degli intervistati lo considera una tassa iniqua e solo il 16% lo ritiene uno strumento inutile.

Da un'altra indagine emerge che il ticket è considerato dagli italiani lo strumento migliore per reperire risorse aggiuntive per finanziare la spesa sanitaria. Infatti, il 61,3% degli intervistati lo preferisce alla franchigia (il pagamento di tutti i servizi fino ad un determinato tetto annuo) o all'addizionale Irpef, ritenute auspicabili rispettivamente dal 14,8% e dall'11,4% degli intervistati.

Quindi **esiste una prima base importante di consenso tra i cittadini rispetto all'utilizzazione del copayment nelle politiche sanitarie**. Ciò non deve però far dimenticare che **è necessario essere molto cauti nel valutare gli effetti che simili strumenti possono provocare nei vari contesti regionali**, connotati da una decisa differenziazione dei modelli di offerta e da diverse costellazioni di bisogni sanitari. Quindi, se livelli più alti di efficienza e di equità sono indubbiamente obiettivi importanti ovunque, vanno approfonditi l'analisi e il dibattito sulla concreta strumentazione utilizzabile, tenendo conto del fatto che strumenti eguali possono avere impatti diversi sui sistemi di offerta e i cittadini dei diversi ambiti territoriali.

■ **Carla Collicelli**

Vicedirettore generale del CENSIS

Il copayment e i redditi medi

La contribuzione a carico del cittadino ad alcuni costi del SSN non è di per sé inutile né scandalosa. Esiste ormai una vasta e consolidata letteratura sugli effetti positivi e negativi, e sulle incongruenze dei sistemi di copayment. Praticamente tutti gli autori, pur tenendo conto del potenziale effetto di deterrenza del copayment, ne sottolineano l'essenza di tassazione aggiuntiva.

Il copayment peraltro non è sostanzialmente né di destra né di sinistra, visto che viene applicato in sistemi con filosofie divergenti.

Occorre al contrario affrontare il problema della sostenibilità del copayment da parte di vasti strati della popolazione.

Rimane una caratteristica persistente del sistema italiano la difficoltà di individuare i redditi reali delle persone e delle famiglie. I cittadini vengono pertanto esentati sulla base di redditi presunti e il copayment diviene un premio alla elusione ed evasione fiscale.

Lo stesso effetto di deterrenza sui consumi è controverso. Ha breve durata e agisce anche su consumi sanitari assolutamente indispensabili. In pratica induce ad un risparmio di prestazioni su consumi non differibili anche da parte di cittadini con redditi medio-alti.

Infine il sistema sanitario italiano si è già dotato di liste positive e di LEA che identificano le prestazioni gratuite se appropriate. Il copayment è una contraddizione palese di tale filosofia.

Politicamente dunque il copayment è un boomerang pericoloso.

Incide solo sui consumi sanitari delle famiglie a reddito medio che non solo non sono esenti, ma hanno i maggiori e più costosi consumi sanitari familiari, in particolare se lavoratori dipendenti.

In conclusione, **solo raramente e fortuitamente i copayment garantiscono l'equità del sistema: sono da considerarsi ad ogni effetto una vera e propria tassa che grava sui redditi medi e alti della popolazione affliggendo per la loro natura solo i redditi medi, che sono in molti casi di fatto privati della maggioranza dei servizi sanitari.**

In caso di dubbio è sufficiente esaminare il profilo di equità dei diritti sanitari di una famiglia italiana con reddito globale di 45-50.000 € annui:

- non paga medico e pediatra;
- pagherebbe copayment su tutti i ricoveri, mammografie, pap test e altre manovre di prevenzione, tutti i farmaci di fascia A;

- pagherebbe per intero le cure odontoiatriche e specialistiche, visto che spesso il 'ticket' equivale ad una tariffa specialistica calmierata;
- paga di fatto per lo stesso motivo tutta la diagnostica.

Cosa rimane del SSN per 38 milioni di cittadini italiani?

Meglio allora una vera tassazione universale, ma degressiva che parta da zero e vada a carico dello Stato per i redditi più bassi e cresca degressivamente sino a coprire il fabbisogno del SSN.

■ **Claudio Cricelli**

Presidente della Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

Il copayment e la salvaguardia dell'equità

La compartecipazione dei cittadini alla spesa farmaceutica, storicamente, si è declinata attraverso il ticket sulla confezione o sulla ricetta. Essa ha svolto una funzione di integrazione finanziaria e ha consentito di promuovere l'appropriatezza dei consumi e di avere effetti positivi sulla ripartizione delle risorse (equità del sistema).

Un modello di compartecipazione ai consumi dei farmaci deve essere articolato in modo da salvaguardare l'impatto negativo sulle famiglie. Tradizionalmente, nella realtà italiana, per tutelare le categorie deboli sono state introdotte esenzioni basate sul reddito o sulla patologia o sull'età; in tal modo sono resi meno stringenti i vincoli di bilancio e conseguentemente è stata allargata la disponibilità del farmaco stesso.

La discussione sul ticket, negli ultimi anni, si è sviluppata su un livello meramente ideologico.

Spostando, invece, l'analisi su un piano più propriamente tecnico, la proposta di Pammolli e Salerno prevede un copayment nazionale sul quale impostare basi di efficienza e di equità.

L'idea è sicuramente condivisibile. Va, però, sottolineato che il ticket è funzione dei consumi. Pertanto, al crescere della spesa farmaceutica crescono le entrate da ticket (poi saranno le concrete modalità di esenzione a determinare il grado di correlazione fra la spesa farmaceutica al lordo e al netto del ticket).

Si apre quindi un problema di equità: i grandi consumatori di farmaci (anziani e malati cronici) in assenza di esenzioni sostengono un livello elevato di spesa.

Per evitare un impatto negativo del ticket in termini di equità sulle famiglie 'deboli' si possono individuare due risposte.

Una prima risposta, di carattere generale, evidenzia l'importanza delle **riduzioni di prescrizioni inappropriate**; questo non significa solo prescrivere farmaci corretti, ma anche in quantità idonee.

Una seconda risposta, invece, mira ad **associare l'eventuale esenzione dal pagamento del ticket non in base all'età o alla patologia, ma all'indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) che considera la situazione reddituale e patrimoniale del soggetto richiedente, nonché la composizione del nucleo familiare.**

■ **Sergio Dompé**

Presidente di Farindustria





Il copayment e la governabilità del sistema

Non sono pregiudizialmente contrario a forme di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria.

Ritengo tuttavia che sia preliminarmente indispensabile una consapevole scelta strategica di lungo periodo: vogliamo mantenere e rilanciare il SSN che, credo, è stato una grande conquista di civiltà? Oppure intendiamo seguire altre strade e, come gli USA, sostanzialmente lasciare che ciascuno pensi a se stesso? Personalmente non ho dubbi: la prima è la scelta che sostengo con forza.

Partendo da questa premessa, bisognerebbe smettere di pensare alla spesa sanitaria come un costo e considerarla invece un investimento, dandole il posto che merita nella scelta delle priorità di un Paese civile. Per questo non mi scandalizzo se mi si dice che la sua incidenza sul nostro prodotto interno lordo aumenta: mi sembra la naturale conseguenza di una serie di fattori come i crescenti costi della ricerca scientifica e il continuo invecchiamento della popolazione.

Ciò detto, non giustifico qualsiasi aumento della spesa. Anzi, proprio la sua crescita dovrebbe indurre a una razionalizzazione.

Ma il punto è proprio qui: il governo del sistema. Soprattutto negli ultimi anni – attraverso una devoluzione ‘all’italiana’ che è l’esatto opposto di un costruttivo processo federalista – le responsabilità politiche, di indirizzo, gestionali e di controllo si sono sempre più frammentate, aggravando le differenze non solo tra una Regione e l’altra, ma anche all’interno delle stesse Regioni e perfino nei Comuni.

Sarebbe dunque necessaria **un’operazione di recupero di unitarietà del disegno strategico e di riequilibrio nell’allocazione delle risorse**. In questa prospettiva, potrebbe anche inserirsi **qualche forma di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, ma a patto che sia intesa e utilizzata come strumento di equità e solidarietà in un progetto globale di governabilità del sistema**, altrimenti rischia di risolversi in un ulteriore elemento di discriminazione e di ingiustizia del quale non si sente certo il bisogno e di cui farebbero le spese, come sempre, le fasce più deboli della popolazione.

■ **Mario Falconi**

Segretario Nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG

La necessità di riappropriarsi della responsabilità sulla propria salute

L’introduzione di meccanismi di copayment è una medicina necessaria, in un contesto come il nostro nel quale il monopolio pubblico della Sanità non è in discussione, eppure bisogna cominciare a tirare la cinghia.

È dunque condivisibile il punto di vista interpretato dal Cerm, che suggerisce l’importanza di leve per la compartecipazione alla spesa, proprio nell’ambito del nuovo patto sulla Sanità fra Stato e Regioni che inevitabilmente si va delineando – se non vogliamo buttare via il bambino federalista con l’‘acqua sporca’ della cosiddetta devolution. Sarebbe un passo avanti, rispetto ad una situazione nella quale si oscilla fra il populismo dei difensori ad oltranza del SSN e le molte incongruenze appaerchiate da una sua progressiva localizzazione in un contesto istituzionale in cui l’autonomia di spesa non coincide con l’autonomia impositiva. Tuttavia, è bene non perdere di vista un quadro più ampio. Il federalismo in Sanità, di per sé auspicabile, potrà funzionare soltanto quando verrà meno il circolo vizioso che lega il presunto autogoverno delle Regioni ai cordoni di una borsa saldamente nelle mani della capitale. La vera responsabilizzazione si può avere solo quando chi spende è chi deve aumentare le tasse per spendere di più – eliminando così l’equivoco di deficit regionali su cui si gioca puntualmente al rimpattino delle responsabilità. Parallelamente, **il ticket va visto più che altro come un meccanismo dall’imprescindibile valore educativo: insegna che nessun pasto è gratis, e almeno in parte il conto va pagato non solo attraverso le imposte, ma direttamente, da parte del cittadino-paziente. Esso insegna a riappropriarsi di una responsabilità diretta sulla propria salute**. Diritto dovere che, non solo per questioni di giustizia sociale, ma anche per il più banale far di conto dei ragionieri dello Stato, in futuro dovremo tornare ad esercitare.

■ **Alberto Mingardi**

Direttore Generale Istituto Bruno Leoni

Quali cambiamenti a fronte della compartecipazione alla spesa?

La compartecipazione alla spesa non è un principio in sé sbagliato. Il SSN è uno dei servizi più importanti di cui disponiamo e una garanzia fondamentale per un Paese democratico in concreto, non solo in astratto. Fin qui siamo tutti d’accordo. Stride però con lo stato del nostro servizio sanitario l’idea che le soluzioni alle diseconomie debbano sempre portarle i cittadini, mediante la corresponsione di un ticket sui farmaci, sui ricoveri, o al Pronto Soccorso.

Ognuno di noi può anche acconsentire, se ne ha la possibilità, a pagare di più, ma a condizione di vedere cambiamenti accettabili. E dove sono questi cambiamenti?

Il livello di corruzione nella Sanità è altissimo, la lottizzazione è ormai diventata una regola universale, le liste di attesa restano preoccupanti ovunque.

Si parla di una tassa di scopo per creare un Fondo sulla non autosufficienza. Anche su questa idea non si può non essere d'accordo. Ma chi controllerà che quei soldi non vadano a foraggiare le varie Lady Asl presenti nel nostro sistema?

In sostanza, **i cittadini potrebbero anche affrontare qualche sacrificio in più, ma solo a tre condizioni:**

- che **si avvii un vero regime di controlli e di valutazioni** che pongano al centro la qualità del servizio e di coloro che ci lavorano;
- che **venga facilitato, semplificato e reso più trasparente l'accesso alle prestazioni**, onde evitare che siano proprio i più deboli a dover ricorrere a canali privati;
- che **i cittadini possano essere essi stessi i valutatori del sistema mediante sistemi di audit**, in modo tale da poter incidere sulle scelte e sulle priorità in ambiti nevralgici come gli appalti pubblici, la programmazione dei servizi, la lotta agli sprechi.

Se si comincia dai ticket, senza dare nulla in cambio, mi sembra molto difficile pretendere fiducia e consenso da parte dei cittadini.

■ **Teresa Petrangolini**

Segretario Generale di Cittadinanzattiva

Responsabilizzazione e riequilibrio finanziario: due concetti da non confondere

Il pregevole studio del CERM ripropone il problema del copayment, suggerendone un uso generalizzato.

Alla base di questa proposta ci sono varie motivazioni, così sintetizzabili:

- necessità di responsabilizzazione;
- riequilibrio finanziario;
- ragioni redistributive;
- coesione sociale e territoriale.

La mia posizione sul tema è che un **copayment generalizzato è effettivamente un strumento importante di politica sanitaria, deputato a responsabilizzare i cittadini verso un uso appropriato e parsimonioso dei servizi: aggiungerei, inoltre, che è utile per rendere tangibile il valore, anche economico, dei servizi ricevuti.**

Trovo, invece, non del tutto condivisibili le altre affermazioni contenute nel documento CERM.

In primo luogo, la scelta di un ticket nazionale, oltre a mio parere configgente con il quadro costituzionale vigente, non è opportuna: il copayment non è, infatti, il solo strumento di responsabilizzazione esistente e il suo uso deve essere 'tarato' sulle specifiche condizioni locali.

L'obiettivo della coesione sociale e territoriale è certamente importante, ma – a mio parere – va promossa prevedendo un regime di



esenzione (questo sì!) nazionale; la mia proposta è che vada assolutamente superata l'attuale (inefficiente e iniqua) divisione fra esenti e non esenti, adottando il principio per cui il copayment non può impattare sui bilanci familiari (mediante ISE o ISES) oltre un livello predefinito, tale da evitare fenomeni di impoverimento e/o spese 'catastrofiche'. Si noti che quest'ultimo principio si posiziona chiaramente fra i diritti di cittadinanza e come tale è legittimamente in capo al livello centrale di governo.

In secondo luogo, sulla funzione redistributiva del copayment osserverei che siamo nel campo delle opinioni personali; personalmente propendo per avere (tendenzialmente) un unico livello redistributivo, a livello di impositivo: il ticket non ha la natura di una imposta e dovrebbe limitarsi a ridurre i rischi di moral hazard; a mio parere l'introduzione di livelli multipli di redistribuzione è pericoloso, perché si perde il controllo del livello di solidarietà sociale voluta. Il meccanismo delle esenzioni dovrebbe essere sufficiente ad evitare fenomeni perversi.

Per analoghe motivazioni, credo che andrebbe evitata la confusione fra l'effetto di responsabilizzazione e quello di riequilibrio finanziario: preso atto che la spesa *out of pocket* in Italia è relativamente elevata, il trasferimento di oneri (riequilibrio finanziario) fra settore pubblico e privato è un obiettivo opinabile. Di contro, l'eventuale riduzione dei consumi derivante dalla responsabilizzazione dei cittadini è un obiettivo prioritario, da perseguire per liberare risorse da reinvestire nella Sanità pubblica che ha urgente bisogno di essere riqualificata.

■ **Federico Spandonaro**

Responsabile del CEIS Sanità presso la Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata, Roma