

Servizio Sanitario Nazionale a prezzo regionale: il paradosso del ticket

Di Domenico De Matteis e Alessio Ishizaka e Giuliano Resce

1. Introduzione

Buchanan (1965) sosteneva che il problema principale dei sistemi sanitari nazionali fosse che la domanda è fatta da scelte individuali e l'offerta è una scelta collettiva. Dal lato della domanda, l'individuo spinge la sua richiesta fino al punto in cui la sua utilità marginale è uguale al prezzo. Quindi con un servizio gratuito la domanda da parte dei cittadini, in quanto pazienti, tende ad essere illimitata. Dal lato dell'offerta, la comunità stabilisce l'ammontare di servizi attraverso rappresentanti politici, tenendo conto dei costi. Ne consegue che con un bilancio pubblico limitato, una domanda illimitata di servizi sanitari non è sostenibile.

Uno degli strumenti più utilizzati per razionalizzare la domanda è la compartecipazione (il **ticket**). Una compartecipazione ben strutturata consente di mantenere il servizio sanitario pubblico, in modo sostenibile e auspicabilmente ad un prezzo inferiore rispetto a quello di mercato (Pauly, 1968). Tuttavia, le potenzialità della compartecipazione si vanificano laddove essa costituisce una barriera finanziaria all'accesso dei servizi di assistenza.

Nel caso specifico dell'Italia, il ticket è gestito a livello regionale. Questa peculiarità del sistema sanitario italiano, combinata con le crescenti pressioni sulla spesa pubblica, ha fatto sì che negli ultimi anni il ticket si trasformasse in uno strumento di finanziamento della spesa. Come conseguenza si è manifestata una forte eterogeneità tra i prezzi dello stesso servizio in diverse regioni, che ha portato a disparità territoriali nell'accesso all'assistenza sanitaria pubblica (Nutti, Segheri 2014).

In un nostro recentissimo lavoro (De Matteis *et al.* 2017) stimiamo le **diseguaglianze territoriali** nell'accesso al sistema sanitario nazionale dovute alle differenze regionali di configurazioni dei ticket. Per la prima volta, analizziamo questo problema con un approccio Multi-Criteriale (Ishizaka, Nemely, 2013). Da un punto di vista metodologico, utilizziamo un recente sviluppo della Stochastic Multiobjective Acceptability Analysis (SMAA- Lahdelma, Salminen, 2001) implementata da Angilella *et al.* (2016).

2. La compartecipazione nel servizio sanitario italiano

In Italia, la legge n. 537 ha introdotto un quadro generale di compartecipazione nel 1993. Il primo ticket sanitario in Italia è stato applicato per le visite specialistiche e l'assistenza farmaceutica (farmaci prescritti). Dopo quasi un decennio, tuttavia, la legge finanziaria per il 2001 ha abolito la compartecipazione nazionale. Ciò ha comportato un forte aumento della

spesa sanitaria nazionale, che ha costretto il governo a reintrodurre la compartecipazione con la legge n. 405/2001, a partire dal 2002. Diversamente dal precedente quadro di compartecipazione (1993-2001), il ticket introdotto nel 2002 è stato uno strumento di finanziamento della spesa pubblica regionale.

La legge 405/2001 è stata un punto di svolta nell'uso del ticket, perché **dal 2002 la compartecipazione regionale è stata utilizzata principalmente per coprire i deficit sanitari regionali** e non più per limitare il sovra-consumo dei servizi sanitari. Quest'ultima legge, infatti, afferma esplicitamente che le regioni coprono eventuali deficit di gestione con le entrate sanitarie, incluso il ticket. Il ticket diventa quindi uno strumento per contribuire a coprire i deficit di bilancio delle regioni (Taccone, 2008).

La legge finanziaria del 2007 ha introdotto un ulteriore ticket per le visite specialistiche e un nuovo ticket per i servizi di emergenza. Il primo, chiamato "super-ticket", è un costo privato per accedere alle strutture sanitarie pubbliche per servizi specialistici, e il secondo è un ticket per i servizi di emergenza (codici bianchi). Di fatto il "super-ticket" è stato applicato dal 2011.

Oggi esistono tre principali tipi di compartecipazione in Italia: uno per i servizi di emergenza, uno per visite specialistiche e uno per i farmaci prescritti. Nell'applicazione delle compartecipazioni, le regioni hanno agito in modo eterogeneo.

Tabella 1. Statistiche descrittive

Servizio	Min.	Max.	Media	S. Dev.
Emergenza	8	50	26,57	8,62
Visite	36,15	66,15	48,26	7,85
Specialistiche				
Prescrizione	0	8,5	3,08	2,12
Farmaci*				

Fonte: De Matteis *et al.* (2017)

Guardando i dati si osserva che la compartecipazione per i servizi di emergenza è in media poco superiore ai 25 euro per i "codici bianchi". Il livello più alto di compartecipazione è in Campania e nella provincia autonoma di Bolzano, con un ticket di 50 euro, mentre il livello più basso è in Friuli Venezia Giulia. Per quanto riguarda i servizi specialistici, la situazione è più eterogenea, principalmente a causa dell'effetto del "super ticket". Nove regioni applicano la legislazione nazionale (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Puglia, Marche, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia). Cinque regioni hanno modulato la condivisione dei costi in base al reddito dei cittadini (Emilia-Romagna, Abruzzo, Veneto, Toscana e Umbria). Due regioni hanno modulato il ticket in base al costo del servizio sanitario (Lombardia e Piemonte). Cinque regioni non applicano il "super-ticket" (Valle d'Aosta, Sardegna, Bolzano, Basilicata). Infine, nella provincia autonoma di Trento il super-ticket costa solo tre euro. Il livello più basso di compartecipazione per i servizi specialistici è in Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata e Bolzano, con 36,15 euro a

visita. Lombardia e Piemonte hanno i prezzi più alti, perché in queste regioni i prezzi sono basati sul costo del servizio. In queste ultime regioni, il ticket può raggiungere anche i 66,15 euro. Nella ripartizione dei costi per i farmaci prescritti, Sardegna, Marche e Friuli Venezia Giulia non applicano alcun ticket, mentre in Puglia si può raggiungere gli 8,5 euro per un pacchetto di farmaci. Alte compartecipazione per i farmaci si trovano anche in Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana.

3. Disuguaglianze regionali nell'accesso alla sanità pubblica

Per misurare il costo che gli individui potenzialmente sostengono nell'utilizzo dei servizi sanitari, bisogna tener conto dell'incertezza rispetto alle reali esigenze personali. Tali evidenze ci hanno spinto ad usare un metodo di analisi statistica, la Stochastic Multiobjective Acceptability Analysis (SMAA), che applicata in questo ambito permette di prendere in considerazione tutte le possibili esigenze individuali e, sulla base di esse, di stimare le probabilità che ogni regione ha di raggiungere una posizione piuttosto che un'altra, nella classifica in termini di costo privato della sanità pubblica (v. Appendice).

In tabella 2 riportiamo una statistica descrittiva delle nostre stime. Le nostre posizioni in classifica (ranghi) sono in termini di costo privato della sanitaria pubblica. Pertanto, minore è il valore riportato in tabella 2, maggiore sarà il costo finale per gli utenti della sanità pubblica e maggiore sarà la disuguaglianza di accesso. Dalla tabella 2, è chiaro che la Campania è di gran lunga il posto peggiore in termini di costi sanitari. Infatti, la Campania è l'unica regione che ha sia la moda che la mediana al primo posto. Ciò significa che, prendendo una distribuzione uniforme delle esigenze sanitarie, oltre il 50% delle volte, la Campania ha il costo privato della sanità più alto. A una certa distanza rispetto alla situazione della Campania troviamo Bolzano, la Calabria, il Piemonte e la Lombardia. Queste quattro regioni possono ottenere il primo posto in classifica e hanno la moda e la mediana sopra il quarto rango. In altre parole, in oltre il 50% dei casi considerati, curarsi a Bolzano, in Calabria, in Piemonte o in Lombardia ha un costo tra i quattro più cari in Italia.

Sul fronte opposto, il Friuli Venezia Giulia ha il costo della salute pubblica meno caro. Seguono, a una certa distanza, la Valle d'Aosta, l'Abruzzo e il Molise.

La provincia autonoma di Bolzano e l'Abruzzo sono due casi interessanti, perché i costi privati dei loro sistemi sanitari possono essere i peggiori o i migliori, a seconda della probabilità di contrarre un determinato problema di salute. Nel caso di Bolzano, questo fenomeno può essere spiegato dall'alto ticket per i servizi di emergenza e dal ticket per la specialistica, che è tra i più bassi in Italia. Nel caso dell'Abruzzo, i risultati sono legati al fatto che i ticket sono sempre vicini al ticket medio.

Tabella 2. Statistica descrittiva della classifica della disuguaglianza di accesso alla sanità pubblica

Regioni	Minimo	Moda	Mediana	Massimo
Piemonte	1	3	4	17

Valle d'Aosta	9	18	18	19
Lombardia	1	3	4	18
Bolzano	1	2	3	21
Trento	16	17	17	20
Friuli Venezia Giulia	12	21	21	21
a				
Veneto	1	6	6	9
Liguria	1	6	6	9
Emilia-Romagna	9	14	14	15
Toscana	1	13	14	14
Umbria	9	14	14	15
Marche	8	12	13	20
Lazio	4	5	6	17
Abruzzo	1	20	18	21
Molise	8	11	12	18
Campania	1	1	1	8
Puglia	1	10	8	14
Basilicata	14	19	19	20
Calabria	1	3	3	11
Sardegna	6	12	11	19
Sicilia	5	9	8	14

Fonte: De Matteis et al. (2017)

Riprendendo un concetto di **Rawls** (1971), i nostri risultati mostrano che sotto il "velo di ignoranza" rispetto ai bisogni di salute, **la Campania è di gran lunga la regione peggiore**. Al contrario, **il Friuli Venezia Giulia ha l'assistenza sanitaria pubblica più economica**. Queste evidenze chiariscono che al fine di avviare un processo di convergenza in termini di benessere e di diritti civili in Italia è necessario invertire la rotta. Al momento il prezzo di accesso alla salute pubblica all'interno del paese cambia da regione a regione. Questo paradosso provoca una **disuguaglianza territoriale**, poiché l'accesso ai servizi pubblici è determinato dall'area in cui vivono gli utenti. Queste differenze non dovrebbero manifestarsi in un paese nel quale il diritto alla salute e a livelli essenziali di assistenza è garantito su tutto il territorio dalla Costituzione (de Belvis et al. 2012).

Conclusioni

Le profonde differenze interregionali nel costo dei servizi sanitari possono aggravare le disparità già esistenti tra le regioni. Il problema principale è che, dal 2002, i proventi delle quote di compartecipazione regionali vengono utilizzati per finanziare le spese. Ciò è dimostrato dal fatto che **le regioni con piani di rientro finanziario hanno ticket più elevati** (vedi Piemonte, Lazio, Campania e Calabria per visite specialistiche). Una delle caratteristiche più controverse della compartecipazione in Italia è sicuramente il "super-ticket" introdotto nel 2007, una tariffa che

funge da biglietto d'ingresso per il Servizio Sanitario Nazionale. Il "**super-ticket**" ha l'obiettivo dichiarato di migliorare l'equilibrio economico e finanziario delle regioni, ma crea tre gravi problemi: (1) la fuoriuscita di alcuni servizi dal sistema pubblico; (2) la rinuncia alle cure costose per una parte della popolazione; e (3) una paradossale diminuzione delle entrate pubbliche. Con riferimento all'ultimo punto, il "super ticket" aumenta il costo di alcune prestazioni oltre il loro valore, creando effetti distorsivi sulle scelte dei consumatori che potrebbero addirittura preferire pagare il prezzo pieno nel settore privato, perché più economico rispetto al ticket.

Dal punto di vista distributivo, la situazione peggiore si trova nelle regioni in cui i ticket sono modulati in base al costo del servizio. In questi casi, **si introducono meccanismi di mercato in un settore in cui è il fallimento del mercato stesso a giustificare l'intervento pubblico**. Una delle principali conseguenze è che una parte della popolazione rinuncia alle cure più costose, mettendo in pericolo l'universalità dell'assistenza sanitaria. Questo violerebbe l'articolo 32 della Costituzione italiana, accentuando il rischio di gravi disparità nell'accedere ai livelli essenziali di assistenza.

Per ripristinare uno schema di compartecipazione coerente, il ticket dovrebbe tornare al suo ruolo originario, cioè quello di ridurre il consumo di prestazioni sanitarie non necessarie. Riteniamo pertanto opportuno togliere alle regioni l'incentivo perverso di utilizzare la compartecipazione per rimpiazzare le entrate fiscali. Una soluzione potrebbe essere quella di disconnettere le entrate del ticket dal finanziamento delle spese sanitarie.

*Dipartimento di Economia, Università la Sapienza

**Portsmouth Business School, University of Portsmouth (UK)

***Dipartimento di Economia, Università di Roma Tre

Appendice

In termini formali in un problema Multi-Criteriale un insieme di alternative:

deve essere valutato sulla base di un insieme di criteri:

Nel caso del ticket le alternative sono le regioni italiane e i criteri sono i prezzi dei diversi servizi. Prendendo una somma pesata dei prezzi dei servizi, per ogni regione

possiamo stimare il seguente indice unico di costo privato della sanità pubblica:

dove

sono i pesi che descrivono il grado di importanza che assegniamo ai singoli servizi sanitari

La SMAA prende tutte le combinazioni possibili tra questi pesi, corrispondenti a tutte le possibili esigenze degli individui in termini di sanità (maggiori dettagli in De Matteis *et al.* 2017). Questo è un modo di calcolare un indice di costo che rispecchia tutte le stratificazioni nella società con tutte le loro diverse esigenze.

Sulla base di 360.000 estrazioni casuali di w , abbiamo quindi stimato 360.000 classifiche.

Riferimenti

Buchanan, J. M. (1965). *The inconsistencies of the national health service* (No. 7). Institute of Economic Affairs.

Angilella, S., Corrente, S., Greco, S., & Słowiński, R. (2016). Robust Ordinal Regression and Stochastic Multiobjective Acceptability Analysis in multiple criteria hierarchy process for the Choquet integral preference model. *Omega*, 63, 154-169.

de Belvis A.G., Ferrè F., Specchia M.L., Valerio L., Fattore G., Ricciardi W. (2012). The financial crisis in Italy: Implications for the health care sector. *Health Policy*, 106, 10-16.

Ishizaka, A., & Nemery, P. (2013). *Multi-criteria decision analysis: methods and software*. John Wiley & Sons.

De Matteis, D., Ishizaka, A., & Resce, G. (2017). The 'postcode lottery' of the Italian public health bill analysed with the hierarchy Stochastic Multiobjective Acceptability Analysis. *Socio-Economic Planning Sciences*.

Lahdelma, R., & Salminen, P. (2001). SMAA-2: Stochastic multicriteria acceptability analysis for group decision making. *Operations research*, 49(3), 444-454.

Nuti S. and Segheri C. (2014). Is variation management included in regional healthcare governance system? Some proposals from Italy. *Health Policy*.

Pauly M.V. (1968). Taxation, health insurance and market failure in the medical economy. *Journal of Economics Literature*; 24(2), 629-675.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge; Mass: Harvard University Press.

Taccone A. (2008). Efficienza ed equità della compartecipazione degli utenti al finanziamento delle prestazioni sanitarie pubbliche. *Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali*; LUISS Guido Carli, Roma.