

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

07 FEBBRAIO 2019

**A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA
(TIZIANA LENZO - MARIELLA QUINCI)**

Commissione Sanità dell'Ars, via libera a una legge per incentivare la donazione degli organi in Sicilia

7 Febbraio 2019

Primo firmatario il deputato regionale Giuseppe Zitelli. L'obiettivo del ddl, approvato all'unanimità, è aumentare le dichiarazioni di volontà al momento del rilascio o del rinnovo del documento d'identità elettronico.

di [Redazione](#)



La commissione Salute dell'Ars, presieduta da **Margherita La Rocca Ruvolo**, ha approvato oggi all'unanimità il ddl che prevede nuove disposizioni in materia di consenso/dissenso alla donazione di organi e tessuti per trapianti di cui è primo firmatario il deputato **Giuseppe Zitelli**.

«Le norme nazionali vigenti- spiega Zitelli nella relazione del ddl- consentono ad ogni cittadino italiano maggiorenne e dotato della capacità di intendere e di volere, di potere esprimersi a favore o contro **ladonazione dei propri organi e tessuti**, dopo la morte, a scopo di trapianto. Questo disegno di legge si prefigge di incentivare in tutti i Comuni della Sicilia l'applicazione delle norme nazionali, individuando, nello specifico, il momento del rinnovo/rilascio del **nuovo documento d'identità elettronico**, consentendo così di raggiungere in modo progressivo e costante tutti i cittadini maggiorenni, invitati dall'operatore dell'ufficio anagrafe a manifestare il proprio **consenso o diniego** alla donazione di organi e tessuti».

«La Regione Siciliana- aggiunge il deputato- realizzerà dei **corsi di formazione** specifici per gli operatori comunali addetti agli uffici anagrafe, nel corso dei quali verranno illustrate oltre che le nuove procedure per consentire al cittadino maggiorenne di esprimere il proprio consenso o diniego alla donazione di organi, anche le procedure relative all'utilizzo dei **sistemi operativi** per la trasmissione dei dati al **Sistema Informativo Trapianti**».

GIORNALE DI SICILIA

Allenatore alleato di salute, parte nell'ue una campagna antitumori

07 febbraio 2019

Parte una nuova alleanza antitumori tra la Fondazione Insieme contro il Cancro e l'Associazione Europea degli allenatori di calcio (AEFCA). Le due organizzazioni promuoveranno nei prossimi due anni, in tutto il Vecchio Continente, il progetto educativo 'Allenatore Alleato di Salute'. L'iniziativa è già avviata da oltre tre anni in Italia e vuole insegnare ai coach come educare i più giovani ai corretti stili di vita. Per questo sono stati impostati dei corsi specifici per i coach in collaborazione con l'Associazione Italiana Allenatori Calcio (AIAC) e la Federazione Italiana Giuoco Calcio (FIGC).

Nelle prossime settimane partiranno attività formative simili in Croazia e Portogallo e presto anche in altri Stati. L'obiettivo è favorire tra bambini e adolescenti la prevenzione oncologica primaria. In totale sono oltre 1,6 mln i nuovi casi di cancro l'anno che in Europa possono essere evitati seguendo semplici regole come eliminare fumo, alcol e seguire una dieta sana come quella mediterranea. L'accordo tra le due organizzazioni è stato siglato ieri sera a Bruxelles ed è stato controfirmato dal presidente del Parlamento Europeo Antonio Tajani. I tumori sono una delle emergenze sanitarie che l'Ue deve affrontare. Secondo le stime, infatti, il cancro causa un decesso su 4 in Europa.

"Ci troviamo di fronte a malattie che tenderanno a crescere con l'avanzare dell'età media della popolazione - ha affermato Tajani -. La Commissione Europea ha finanziato la ricerca

oncologica con oltre 147 mln di euro. Ma un investimento per il futuro è senza dubbio la prevenzione che deve passare anche dalla creazione di una nuova cultura del benessere. Per questo siamo lieti di supportare questa iniziativa per sensibilizzare i giovani". Quattro casi di tumore su 10 sono prevenibili con stili di vita sani, ha aggiunto Francesco Cognetti, presidente di Insieme contro il Cancro: "I giovanissimi europei hanno davvero bisogno di essere educati alla salute. Il 29% fuma e il 5% è obeso. Preoccupa poi la sedentarietà, un sottovalutato fattore di rischio che determina un quinto di tutti i tumori. Il 25% degli under 19 del Continente non fa mai attività fisica. Anche per questo - ha concluso - la nostra campagna vede in prima linea il coinvolgimento diretto del mondo dello sport".

Secondo una ricerca, condotta su oltre 25mila adolescenti italiani, il coach è l'adulto più interpellato dai giovani per quanto riguarda la salute e riscuote più fiducia dei genitori o degli insegnanti. "Un teenager su tre chiede a lui informazioni e nasce quindi l'esigenza di preparare i mister di calcio a questa insolita mansione - ha proseguito il prof. Cognetti -. Da qui siamo partiti con una serie di attività svolte su tutto il nostro territorio nazionale. "Allenatore Alleato di Salute" dal 2016 ad oggi ha previsto, oltre ai corsi di formazione specifici, la realizzazione e distribuzione di materiale informativo ad hoc. Le varie iniziative sono state supportate con una serie di video sui corretti stili di vita, una forte attività sui principali social media e un sito internet: www.allenatoredisalute.eu. Adesso tutti gli allenatori di calcio dei 40 Paesi che aderiscono all'AEFCA potranno usufruire degli stessi strumenti di supporto. Abbiamo inoltre intenzione di allargare il progetto ad altri sport, come ad esempio il basket". "Vogliamo trasformarci nei custodi della salute dei giovani - ha sottolineato Walter Gagg, Presidente della AEFCA -. Lo sport svolge un ruolo educativo fondamentale e, come dimostrano numerose indagini, i bambini e gli adolescenti sono sempre più alla ricerca di punti di riferimento tra gli adulti. Noi allenatori dobbiamo a nostra volta imparare a rapportarci con gli atleti anche su un tema estremamente delicato come la salute. Ringraziamo quindi i colleghi italiani perché sono stati i primi in Europa ad avviare un'iniziativa così importante.

Il progetto prenderà il via a livello europeo con la distribuzione di quattro opuscoli della prevenzione, con protagonista il Mister Massimiliano Allegri, in lingua inglese. Seguiranno altre iniziative in tutto il Vecchio Continente. "Il cancro oggi incute meno timore alla popolazione rispetto al passato - ha concluso il prof. Cognetti -. In Italia la sopravvivenza a cinque anni per tutti i tumori, ad eccezione di quelli della pelle, è del 63%. La media europea è invece leggermente inferiore e si attesta al 57%. Non bisogna tuttavia eccedere con l'ottimismo. Alcune neoplasie sono ancora difficili da trattare e risultano troppo diffuse. E' questo il caso del carcinoma polmonare, una patologia oncologica che nove volte su dieci è attribuibile al fumo di sigaretta. Il vizio è attualmente interessa il 26% dei cittadini europei. Possiamo contrastarlo anche intensificando le campagne informative rivolte ai giovanissimi come Allenatore Alleato di Salute".

GIORNALE DI SICILIA

Contro i medici aperte 300mila cause, 35mila ogni anno

07 Febbraio 2019



Sono 300 mila in Italia le cause contro medici e strutture sanitarie private e pubbliche.

Trentacinque mila nuove azioni legali ogni anno. Ma secondo i dati più aggiornati (Tribunale del malato (2015) e Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, del 2013) il 95% dei procedimenti per lesioni personali colpose si conclude con un proscioglimento. I numeri sono stati esposti oggi al ministero della Salute da Consulcesi, network legale in ambito sanitario, che ha proposto l'istituzione dell'Arbitrato della Salute.

"Il rapporto medico-paziente è in crisi: lo dimostra l'escalation di aggressioni e denunce contro i camici bianchi. Nasce per questo la proposta di istituire un luogo di confronto, e non di

contrapposizione, per la risoluzione delle controversie", dice il presidente di Consulcesi Massimo Tortorella, che ha organizzato la conferenza stampa al ministero della Salute. Dove l'iniziativa viene discussa insieme con i rappresentanti delle istituzioni sanitarie, tra cui il Presidente della Fnomceo Filippo Anelli, quello della Commissione Sanità del Senato Pierpaolo Sileri, il Vicesegretario generale di CittadinanzAttiva Francesca Moccia e la vicepresidente della Fnopi Ausilia Pulimeno.

L'Arbitrato della Salute si propone come sistema di risoluzione alternativa delle controversie con l'obiettivo di trovare, in tempi rapidi ed economici, soluzioni condivise e praticabili coinvolgendo tutte le parti interessate con la conseguente riduzione del contenzioso e dei costi. Le denunce - è stato spiegato - vengono presentate principalmente al Sud e nelle isole (44,5%). Al Nord la percentuale scende al 32,2% mentre al Centro si ferma al 23,2%. Le aree maggiormente a rischio contenzioso sono quella chirurgica (45,1% dei casi), materno-infantile (13,8%) e medica (12,1%). Per quanto riguarda i costi necessari ad intraprendere le azioni legali, partendo da una richiesta risarcitoria media di 100mila euro, per una causa civile servono 50.128 euro, se si tratta di penale, invece, sono necessari 36.901 euro. In entrambi i casi, le cifre sono da intendersi per ciascuna delle parti coinvolte nel procedimento. E si tratta di numeri che non lasciano indifferente la categoria: secondo la Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari, il 78,2% dei medici ritiene di correre un maggiore rischio di procedimenti giudiziari rispetto al passato. Il 68,9% pensa di avere tre probabilità su dieci di subirne; il 65,4% ritiene di subire una pressione indebita nella pratica quotidiana a causa della possibilità di subire un processo.

La questione dei ticket sanitari. Teoria e pratica della partecipazione alla spesa sanitaria in Italia (*prima parte*)

Tra i temi in discussione nel prossimo Patto per la salute viene al primo posto indicata la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure. Ciò conferma che il tema dei ticket sanitari trova posto tra quelle tematiche che sono andate assumendo aspetti di forte criticità per il SSN. Ma qual è la situazione e quali le maggiori criticità?

07 FEB - 1. Premessa

Come è noto il nuovo Patto per la Salute 2019-2021, in attuazione delle disposizioni contenute nella legge di bilancio 2019 all'articolo 1 commi 273-274, dovrà essere stipulato entro il 31 marzo 2019 e dovrà contemplare misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi. Tra tali misure viene al primo posto indicata la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure. Ciò conferma che il tema dei ticket sanitari trova posto tra quelle tematiche che sono andate assumendo aspetti di forte criticità per il SSN.

Questa criticità si riferisce all'ipotesi che eventuali, improprie o eccessive forme di partecipazione alla spesa (ticket) possano limitare il diritto di tutta la popolazione assistita o di alcune fasce di popolazione ad accedere alle prestazioni sanitarie comprese nei vigenti LEA. In effetti la ricostruzione della storia delle varie forme di partecipazione alla spesa disposte a livello nazionale o regionale a partire dalle prime disposizioni legislative evidenzia molte incoerenze e contraddizioni (ATELLA, CONTI, KOPINSKA). Ciò porta a ritenere che nel nostro Paese e nelle singole regioni nell'applicazione dei ticket abbia pesato molto l'esigenza di incrementare le disponibilità finanziarie per la copertura dei disavanzi del settore sanitario. Molto problematico sarebbe quindi riportare tutta la concreta esperienza italiana all'originaria seppur controversa impostazione data a questa tematica dagli economisti sanitari a partire da James Buchanan.

Tenuto conto di quanto sopra evidenziato, si è ritenuto utile, nella fase in cui va ad aprirsi il confronto sul nuovo Patto per la Salute, che riguarderà anche i ticket sanitari, predisporre un contributo sulla teoria e pratica della partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli assistiti del SSN, con attenzione non solo ad

alcuni aspetti terminologici (*copayment*, applicazione di ticket, compartecipazione ecc.) ma anche alle connesse tematiche di carattere economico sanitario, sociologico, giuridico e normativo. Questo contributo viene redatto nel presupposto che ciò che appare conseguibile sul piano politico programmatico è una correzione anche forte del sistema di partecipazione alla spesa basato sui ticket quale forma di *copayment* nel nostro SSN. Va però ricordato che vi è chi propone soluzioni più fortemente alternative, per esempio di eliminazione progressiva dei ticket rilanciando il percorso avviato dalla legge finanziaria 2001 poi bloccato (FASSARI) ovvero di adozione di forme di partecipazione alla spesa di tipo diverso quale, ad esempio, una franchigia proporzionale al reddito (CISLAGHI e GIULIANI). Su questi approcci alternativi o su altri contenenti proposte modificative con impatto generale come quella di un limite massimo d'incidenza del ticket sul reddito annuo (SPANDONARO), non si esclude di tornare con un prossimo contributo.

2. Aspetti generali della tematica dei ticket e della partecipazione alla spesa sanitaria

Si farà riferimento agli elementi conoscitivi e valutativi derivati da alcune pubblicazioni e articoli (CLERICO, FERRARI, REBBA) che, per il loro carattere ricognitivo e critico, si ritengono particolarmente utili per approcciare il problema, da altri lavori che saranno nel seguito citati evidenziandone la eventuale consultabilità sul web e da una precedente sintetica ricognizione sul tema pubblicata negli anni in cui il SSN si trovò inizialmente ad affrontare questa tematica in termini prima settoriali e poi sistemici (PALUMBO).

2.1 Definizioni

Sul portale del Ministero della salute per definire il ticket si dice che esso rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o “partecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

In effetti il termine ticket o ticket sanitario nella realtà italiana può considerarsi derivato dalla dizione originaria *ticket modérateur* già utilizzata in Francia per indicare un parziale pagamento finalizzato a moderare i consumi o i servizi richiesti dall'utente. Quindi nella realtà italiana il ticket rappresenta la modalità con la quale viene chiesto/imposto agli assistiti di partecipare (*contribuire*) al costo di alcune tipologie di prestazioni sanitarie.

Da notare che spesso invece di “partecipazione” si utilizza il termine “compartecipazione” e invece di “costo” si utilizza il termine “spesa”.

Siamo comunque nel campo delle varie forme di compartecipazione (*cost sharing*) alla spesa da parte degli utenti che nei sistemi sanitari di molti Paesi sono applicate in modo da configurare (REBBA) :

- franchigie (ammontare per caso o per anno a carico del paziente prima che intervenga la copertura del terzo pagante pubblico o privato);
- meccanismi di *coinsurance* (quota percentuale del costo della prestazione a carico del paziente);
- meccanismi di *copayment* (ammontare posto a carico del paziente e indipendente dal costo effettivo della prestazione sanitaria)

Il ticket italiano è assimilabile al *copayment*.

2.2. Aspetti di economia sanitaria

Quali sono le valutazioni che gli economisti sanitari danno della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti?

L'introduzione di forme parziali di prezzo posto a carico dell'assistito in un sistema sanitario pubblico può essere giustificata quando gli obiettivi che si vogliono raggiungere siano chiari, espliciti e tra loro coerenti.

Da parte degli economisti sanitari (CLERICO) sono state avanzate critiche alle teorie liberiste circa la tendenziale capacità del prezzo di rendere comunque ottimale l'allocazione di risorse e massimizzare il vantaggio collettivo, senza turbare l'interesse del singolo.

Pur prescindendo da approcci ideologici (che cosa è la salute? un diritto naturale, un bene pubblico, un bene privato?) tali critiche mettono in campo consistenti obiezioni tecniche che riguardano:

- la presenza in sanità di rilevanti economie e diseconomie esterne (esternalità);
- la incertezza e l'ignoranza del «paziente-consumatore»;
- la parziale (e, in alcuni settori, sostanziale) inelasticità della domanda sanitaria;
- la difficoltà di individuare per ogni specifica quota unitaria di servizio prestato i relativi costi medi unitari e i costi marginali.

Parallelamente sono anche note le considerazioni di quanti ritengono utile l'introduzione di forme parziali di prezzo finalizzate ad obiettivi diversi:

2.2.1. Incrementare il finanziamento. L'introduzione di forme di partecipazione alla spesa può contribuire ad incrementare le entrate e a decrementare la spesa netta. Tuttavia l'effetto di lungo periodo è incerto, in conseguenza di

- la presenza di elementi di inelasticità presenti nella domanda di alcuni servizi sanitari per cui tale domanda reagisce in modo insensibile al variare del prezzo
- la modifica che la introduzione del ticket introduce nella struttura della domanda (ad esempio, fenomeni di spostamento dalla domanda extraospedaliera a quella ospedaliera) e nella qualità della domanda stessa: si pensi alla tendenza a rinviare nel tempo le richieste di alcuni servizi preventivi che si traducono nel lungo periodo in un incremento (a carico del singolo, ma anche della collettività) dei costi futuri quando la richiesta di interventi curativi diviene non più rinviabile.

2.2.2. Introduzione di forme di razionamento. Le risorse impiegabili per fornire servizi sanitari ai cittadini non sono infinite. L'offerta di servizi è dunque per definizione limitata. In presenza di prezzo zero può verificarsi un incremento eccessivo della domanda rispetto alla offerta disponibile. Il formarsi di liste di attesa (con il conseguente formarsi di code) può rappresentare il sintomo di un eccesso della domanda rispetto all'offerta. Naturalmente esso può anche essere il segno di una insufficienza assoluta dell'offerta. L'introduzione di un prezzo non costituisce l'unica forma di razionamento. Esso è in realtà già presente anche a prezzo zero ed è costituito dal costo-opportunità del tempo speso per affrontare la coda. I ticket sostituiscono (in parte) l'effetto selezionatore del tempo (la cui valutazione economica dipende dal reddito) con costi monetari espliciti. Tuttavia una valutazione dell'impatto di una forma parziale di prezzo nell'operare un razionamento effettivo delle risorse va fatta sul lungo periodo. Infatti va valutata la eventuale inelasticità della domanda rispetto al prezzo e vanno valutati gli effetti di lungo periodo connessi al fatto che una riduzione della domanda può significare semplicemente un rinvio nel tempo (a quali costi?) della spesa. In definitiva, tanto la selezione dell'utenza mediante un prezzo, che la selezione mediante le liste di attesa comportano rilevanti perdite di benessere sociale. Ciò ha portato a definire assetti in cui mirate combinazioni tra prezzo monetario e costo-opportunità del tempo consentano all'utente di scegliere di pagare un prezzo anche elevato avendo minor tempo di attesa (è quanto in parte si verifica con l'accesso alle prestazioni in regime di libera professione intramoenia). L'indubbia ricaduta negativa sul versante della equità sarebbe bilanciata da un miglioramento della efficienza allocativa e da effetto di minimizzazione della perdita di benessere sociale in situazioni di squilibrio tra domanda e offerta.

2.2.3. Orientamento della domanda. L'utilizzo di una gamma differenziata di prezzi parziali può costituire

una forma di orientamento della domanda verso servizi la cui fruizione viene ritenuta socialmente più utile. Attraverso questo strumento, ad esempio, può essere incoraggiata la domanda di servizi preventivi laddove questi risultino più efficaci ed efficienti dei servizi curativi. Inoltre può essere incoraggiata la domanda di servizi con alta componente di esternalità (positiva). Può essere avviato un processo basato su una politica di discriminazione positiva nei confronti di alcune categorie di utenti, collegando la eventuale gratuità (o, addirittura, eventuali sussidi) al mantenimento di un dato comportamento sanitario in presenza di situazioni di rischio. Infine, può essere favorita una redistribuzione geografica delle risorse in presenza di una loro allocazione spaziale non ispirata a criteri di equità.

2.2.4. Lotta agli abusi e utilizzazione del prezzo come simbolo. La definizione di abuso è solo apparentemente semplice. In realtà, essa rimanda al concetto di necessità sul quale è ancora aperto un grosso dibattito. Se si adotta un concetto di necessità come necessità normativa, il riferimento a parametri o standards definiti da esperti o amministratori o titolari del potere politico consentirebbe una misura dell'abuso come deviazione dal consumo ritenuto normale. Ma anche in tal caso il problema è solo apparentemente risolto poiché in una situazione quale quella dei servizi sanitari, caratterizzata dall'incertezza e dall'ignoranza del «paziente-consumatore» in cui quasi sempre è determinante il ruolo dell'operatore sanitario (vero e proprio agente tecnico del paziente), l'abuso è spesso un problema connesso al comportamento professionale degli operatori. D'altra parte, questa situazione di ignoranza del «paziente-consumatore», se messa in relazione agli elementi di tendenziale profilo mono/oligopolistico che caratterizzano il «mercato dei servizi sanitari», vanifica in buona parte il teorico ruolo del prezzo come elemento simbolico che renderebbe esplicita la volontà del consumatore e ottimizzerebbe, in via automatica, la allocazione delle risorse. Più realistico appare, invece, l'approccio di quanti si limitano a vedere nella introduzione di prezzi parziali l'inserimento di un elemento di valutazione economica, che continuamente richiama al cittadino-utente l'idea della limitatezza delle risorse disponibili.

2.2.5. Strumenti di controllo della domanda. Va poi ricordato che in molti sistemi sanitari pubblici, per governare la domanda il ricorso a prezzi parziali a carico del paziente rappresenta solo uno dei molteplici strumenti utilizzabili. MURARO e REBBA hanno schematizzato, come qui di seguito riportato, tali **strumenti di controllo della domanda in un sistema sanitario pubblico**:

1.STRUMENTI DIRETTI: **1.1 Misure di compartecipazione alla spesa** (1.1.1.Franchigia, 1.1.2.Quota del costo della prestazione a carico del paziente= *coinsurance*, 1,1.3. Ammontare fisso a carico del paziente= *copayment* o ticket sanitario); **1.2. Razionamento reale** (1.2.1.Tetto al volume di prestazioni sanitarie garantite, 1.2.2 Tempi di attesa [gli autori citati li configurano come un razionamento implicito della domanda e non un vero e proprio strumento di governo della domanda]); **1.3.Educazione sanitaria** (1.3.1.Prevenzione e riduzione dei comportamenti dannosi (marketing sociale per la salute; collaborazione dei pazienti per aumentare l'efficacia dei consumi sanitari: *compliance*), 1.3.2 Empowerment del paziente per corretta autodiagnosi e automedicazione).

2.STRUMENTI INDIRETTI: **2.1 Supporto, orientamento e selezione della domanda** (2.1.1.*Empowerment* della medicina territoriale, 2.1.2 Linee guida e Percorsi diagnostici e terapeutici, 2.1.3 Attribuire priorità nell'accogliere e valutare la domanda: gestione delle liste di attesa secondo criteri di priorità).

In definitiva, l'introduzione in un sistema sanitario pubblico di forme di pagamento più o meno parziali:

- da un lato non garantisce un automatico alleggerimento della spesa e può al contrario anche dar luogo ad effetti perversi difficilmente controllabili,
- dall'altro può essere utile se finalizzata ad una allocazione di risorse più efficiente e più equa, in quanto può agevolare forme di orientamento della domanda e a scoraggiare fenomeni connessi al *moral hazard*,

contribuendo a far sì che il cittadino-utente non trascuri un principio di valutazione economica nel richiedere una prestazione sanitaria.

In ogni caso, un possibile vantaggio di medio e di lungo periodo che può venire dal ricorso a forme parziali di pagamento verrà vanificato se esse non saranno inserite in un sistema più complessivo di incentivi e disincentivi che responsabilizzi amministratori e sanitari, in un quadro di *checks and balances*, periodicamente aggiornato.

3. Il percorso che ha portato all'attuale assetto della partecipazione alla spesa sanitaria in Italia

Abbiamo già ricordato che sul portale ministeriale si specifica che il ticket rappresenta il modo, individuato dalla legge, con cui gli assistiti contribuiscono o “partecipano” al costo delle prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

Questa specificazione è convergente con le osservazioni di chi ha proceduto ad un ricostruzione del percorso normativo compiuto nei decenni scorsi in materia di partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti in Italia (FERRARI) ed ha fatto riferimento al progressivo strutturarsi di un sistema di ticket sanitari. Si ritiene utile richiamare alcuni elementi informativi e valutativi di tale ricostruzione storica e interpretativa sotto il profilo giuridico.

3.1. La progressiva implementazione del sistema dei ticket sanitari nel SSN

1. “Disciplina della informazione scientifica e della pubblicità dei farmaci ed istituzione della partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica”: questo è l'oggetto della legge 8 agosto 1978, n. 484, con la quale si subordinava la dispensazione, agli assistiti degli ex enti mutualistici, dei farmaci non indicati come esenti al pagamento di una quota del prezzo. Questa disciplina è dunque adottata prima del legge istitutiva del SSN (dicembre 1978) che, comunque, con l'articolo 30, fa nascere il prontuario terapeutico

2. Nei primi anni di attività del SSN la partecipazione alla spesa per l'ottenimento dei farmaci non esenti viene mantenuta e col decreto legge 463/1983 oltre alla quota di partecipazione al prezzo viene prevista una quota fissa per ogni ricetta (art. 10, comma 3, lett. b). La situazione normativa rimane sostanzialmente inalterata fino al varo della legge 537/1993 che abolendo il prontuario terapeutico riclassifica i farmaci nelle tre categorie A, B, C: farmaci di fascia A a carico del Servizio sanitario nazionale ma con una quota per ricetta pari a lire 3.000”; farmaci di fascia B per i quali è disposta un partecipazione al prezzo pari al 50% del prezzo stesso; farmaci della fascia C a totale carico dell'assistito

3. Nel corso degli anni ottanta si ha il consolidamento del sistema dei ticket sanitari, come risultante ex post del susseguirsi di singole disposizioni normative. In particolare l'art. 12 della legge 181/1982 fissa un limite al numero di farmaci che possono essere prescritti nella stessa ricetta (otto per gli antibiotici, tre per gli altri farmaci). L'introduzione di un ticket fisso per ricetta crea evidentemente il problema del numero delle ricette ovvero del numero dei farmaci per ricetta, dispone una partecipazione alla spesa per le prestazioni diagnostica strumentale e di laboratorio, prevede delle esenzioni che per i ticket sulla diagnostica collegandole sostanzialmente al reddito e al riconoscimento dell'invalidità. Anche per le esenzioni si assiste allo strutturarsi di un sistema solo come sommatoria di interventi via via assunti.

4. Con la legge 24 dicembre 1993, n. 537, ricordata per le sue norme in materia di farmaci, si ha un consolidamento in quanto all'articolo 8, comma 15 si dispone che tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisiokinesiterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70.000 per ricetta, mentre i commi 16 e seguenti tornano sulla disciplina delle esenzioni per tutti i ticket. Va detto che tale

consolidamento avviene anche sull'onda del decreto legislativo 502/1992 che aveva intanto fissato il principio (art. 1, comma 3) che *le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente*. Inoltre lo stesso decreto legislativo prevedeva che le Regioni potessero aumentare i ticket nazionali nell'ambito di un "autofinanziamento regionale" (art. 13) per poter erogare anche livelli di assistenza superiori rispetto a quelli nazionali ovvero introdurre nuove forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini. Con il che si attribuisce ai ticket una funzione di finanziamento della spesa. Una funzione dunque aggiuntiva a quella di orientamento e moderazione della domanda.

5. La fase successiva si innesta su una sistema di partecipazione alla spesa basato sui ticket sanitari ormai maturo nel quale si è aperto uno spazio ampio per il ruolo che su di esso possono esercitare le regioni e per la crescente rilevanza della funzione di finanziamento della spesa attribuita/attribuibile ai ticket.

Sul finire degli anni novanta e agli inizi degli anni duemila su questa realtà esercitano un effetto di carattere non puntuale ma sistemico tre eventi riformatori.

Il primo è quello innescato dalle conclusioni della "Commissione Onofri" sulle "Compatibilità macro-economiche della spesa sociale (febbraio 1997), dalla legge 449/1997 e dal decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124, per la parte che riguarda il ricorso all'ISEE e alla fissazione di alcune indicazioni in materia di applicazione dei ticket e delle relative esenzioni.

Il secondo è quello relativo al decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 56, con l'abolizione del Fondo sanitario nazionale e il nuovo meccanismo di finanziamento del SSN con indirette conseguenze sui ticket (con gli artt. 84 e 85 della legge 388/2000 si dispone l'abolizione dei ticket sui farmaci e la progressiva eliminazione degli altri ticket) , ma poi relativo anche agli Accordi Stato Regioni Giarda (3 agosto 2000) e Tremonti (8 agosto 2001). Conseguente a quest'ultimo è il disposto del l'art. 4, terzo comma del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, in base al quale gli eventuali disavanzi di gestione sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di:

- a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;
- b) variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente;
- c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

E' un ulteriore rafforzamento del ruolo delle Regioni in materia di ticket sanitari, che dunque tornano in campo fortemente dopo la prospettata abolizione prevista dalla citata legge finanziaria 2001.

Il terzo evento è quello più rilevante ed è dato dalla entrata in vigore della legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 che riforma il titolo V della Costituzione, con la quale si costituzionalizzano i LEA sanitari in quanto parte di quei *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*, la cui determinazione rientra tra le competenze esclusive dello Stato.

I tre eventi riformatori rappresentano un tunnel nel quale entra il treno già in corsa del sistema ticket sanitari/relative esenzioni per uscirne trasformato e continuare il suo viaggio. Tanto per evidenziare un

elemento della trasformazione si pensi alla maggior rilevanza sul ruolo delle Regioni ma anche al nuovo spessore che assume il tema/questione della subordinazione a una forma di pagamento, seppur parziale, dell'accesso a una prestazione costituzionalmente garantita su tutto il territorio nazionale.

6. L'ulteriore fase che porta alla situazione attuale è caratterizzata dalla crescente e complessa produzione normativa e dispositiva da parte delle Regioni in base ai nuovi poteri ad esse conferite, a volte con contenuti sui quali è stata chiamata a pronunciarsi la Corte costituzionale, mentre da parte statale gli interventi legislativi hanno riguardato aspetti specifici e non più sistemici. Specifici non significa poco rilevanti: si pensi alla disposizione di cui all'art. 1, comma 796 della legge 27 dicembre 2006 relativa alla previsione della quota fissa di 10 euro per ricetta concernente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di 25 euro per prestazioni in Pronto soccorso non seguite da ricovero per soggetti classificati con Codice bianco. Disposizione questa poi oggetto di successive modifiche che si sono protratte fino alla fase attuale con forte responsabilizzazione delle Regioni.

3.2 La caratterizzazione giuridica dei ticket sanitari in coerenza con la loro configurazione definitasi durante il processo di implementazione del relativo sistema.

Dal punto di vista giuridico, dare una definizione dei ticket sanitari sconta la difficoltà di carattere generale che si registra sul tema della classificazione e della specifica caratterizzazione giuridica delle diverse tipologie di entrata pubblica.

Sulla base della analisi di altre analoghe forme di entrata pubblica e di una ricostruzione dei pronunciamenti in materia da parte della Corte costituzionale, può ritenersi che il ticket rientri tra le "prestazioni patrimoniali imposte".

Ciò è coerente con i seguenti elementi:

- nell'imporre l'applicazione di un ticket sanitario, la relativa disposizione impone il pagamento di un importo per l'accesso a un servizio o a una procedura diagnostica o terapeutica o riabilitativa che riflette un bisogno essenziale della persona;

- si configura, dunque, una fattispecie in cui a fronte di un diritto costituzionalmente garantito in base all'art. 32 Cost. e art. 117, comma, lett. m) Cost. per modularne il godimento (scoraggiando l'inappropriatezza) può prevedersi l'imposizione di una prestazione patrimoniale (a titolo di pagamento di una quota come partecipazione alla spesa), ma facendo ricorso ad un impianto necessariamente basato su una legge e non su atti amministrativi;

- il riferimento costituzionale appropriato è costituito dall'art. 23 Cost. (*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge.*);

- il pagamento del ticket è caratterizzato dall'elemento della doverosità;

- la collocazione dei ticket tra le "prestazioni patrimoniali imposte" non implica che la loro applicazione sia necessariamente finalizzata a incrementare le risorse finanziarie per l'erario pubblico;

- la finalizzazione dell'imposizione dei ticket sanitari ai processi di orientamento della domanda sanitaria e di contrasto agli abusi è compatibile con la loro classificazione tra le "prestazioni patrimoniali imposte". (**Fine prima parte**)

Filippo Palumbo

Già Direttore generale e Capo Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute dal 2003 al 2013

Riferimenti bibliografici e fonti

- AGENAS, *Compartecipazione alla spesa sanitaria* ([vari dossier](#))
- AGENAS, [La compartecipazione alla spesa nelle Regioni: sintesi della normativa vigente al 1 maggio 2015](#)
- AIFA, [L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2017](#)
- Atella V., Conti V., Kopinska J., *Efficacia dei meccanismi di compartecipazione sulla spesa sanitaria: le differenze regionali e gli effetti in termini di salute e spesa sanitaria, 02.2015, I QUADERNI DELLA FONDAZIONE FARMAFACTORING*
- Buchanan J., *The Inconsistencies of the National Health Service, 1965, Institute of Economic Affairs, I.E.A. Occasional Papers, London*
- Cislighi C. e Giuliani F. *E se al posto di tickets e di esenzioni introducessimo una franchigia proporzionale al reddito? Lavori di un seminario interno, svoltosi in Agenas, in preparazione di un progetto di ricerca sul Copayment in sanità coordinato da Cesare Cislighi. Si è poi deciso di presentare queste relazioni anche in un seminario organizzato congiuntamente da Agenas e da Aies programmato a Roma, all'Isola Tiberina (Sala Assunta dell'Ospedale Fatebenefratelli), il 17 maggio 2012; informazioni sui siti www.agenas.it e www.aiesweb.it*
- Clerico G., *Economia della salute. Una analisi introduttiva, CRESA, FRANCO ANGELI Ed., 1984*
- Corte dei Conti. [Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica](#)
- Costa G. ed altri, *Ticket, salute e disuguaglianze nella letteratura Lavori di un seminario interno, svoltosi in Agenas, in preparazione di un progetto di ricerca sul Copayment in sanità coordinato da Cesare Cislighi. Si è poi deciso di presentare queste relazioni anche in un seminario organizzato congiuntamente da Agenas e da Aies programmato a Roma, all'Isola Tiberina (Sala Assunta dell'Ospedale Fatebenefratelli), il 17 maggio 2012; informazioni sui siti www.agenas.it e www.aiesweb.it*
- Fassari C., [Ticket sanitari. Tutti li detestano \(a parole\) ma nessuno li tocca](#)
- Federfarma. [Ticket regionali](#)
- Ferrari E., *Bilancio, ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni, Rivista AIIC, n. 4 2007 Gimbe Report Osservatorio GIMBE n. 2/2018. Ticket 2017.*
- Fondazione GIMBE: [Report n.2/2018. Ticket 2017- Bologna, luglio 2018](#)
- Ministero della salute, [Ticket ed esenzioni](#)
- Palumbo F., *La cura dei ticket, Politica ed Economia, N. 1 - 1986*

- *Rebba V., I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?, Politiche sanitarie Vol. 10, N. 4, Ottobre-Dicembre 2009*

- *Spandonaro F. Responsabilizzazione e riequilibrio finanziario: due concetti da non confondere, Care. Costi dell'Assistenza e Risorse Economiche 2006*

Decreto semplificazioni. Arriva il via libera definitivo dalla camera. Il provvedimento ora è legge. Bocciati gli ordini del giorno sulle farmacie. Ecco tutte le misure per la sanità

Semaforo verde dalla Camera con 275 voti favorevoli e 206 contrari. Stop ier agli ordini del giorno Trizzino (M5S) e Rostan (Leu) con i quali si proponeva, rispettivamente, che nelle società di capitali i soci rappresentanti almeno il 51% del capitale sociale e dei diritti di voto dovessero essere farmacisti iscritti all'albo, e la liberalizzazione dei farmaci di fascia C. Oltre alle misure per la medicina generale, si confermano quella sulla cancellazione del raddoppio dell'Ires per no profit e ospedali, così come la modifica del comma 687 della manovra, il payback e ulteriori esoneri per fatturazione elettronica

07 FEB - Dopo la fiducia al Governo accordata ieri, nella mattina di oggi, con 275 voti favorevoli e 206 contrari, l'Assemblea di Montecitorio ha approvato in via definitiva il Decreto semplificazioni nel testo già licenziato dal Senato. Dopo lo stop agli emendamenti, nella giornata di ieri sono stati bocciati anche gli **ordini del giorno sulle farmacie** presentati da **Trizzino (M5S)** e **Rostan (Leu)** che proponevano, rispettivamente, che nelle società di capitali i soci rappresentanti almeno il 51% del capitale sociale e dei diritti di voto dovessero essere farmacisti iscritti all'albo, e la liberalizzazione dei farmaci di fascia C.

Queste le motivazioni della bocciatura, spiegate dal presidente di turno **Mara Carfagna**: " Recano un contenuto del tutto estraneo rispetto alle materie trattate dal provvedimento o che riproducono il contenuto di emendamenti già dichiarati inammissibili in sede referente".

Oltre alle misure per la medicina generale, già previste nel testo licenziato da Palazzo Chigi, nel corso dell'esame al Senato sono stati approvati altri due emendamenti sulla cancellazione raddoppio Ires no profit e ospedali) e la modifica del comma 687 della manovra, payback e ulteriori esoneri per fatturazione elettronica nel 2019. Mentre, ricordiamo che il superamento del tetto di spesa per il personale sanitario, così come e ltre norme sul personale Ssn, erano state accoltoesolo come ordine del giorno dall'Assemblea di Palazzo Madama.

Questo, nel dettaglio, il contenuto di tutte le misure per la sanità approvate:

Articolo 1 (Sostegno alle piccole e medie imprese creditrici delle pubbliche amministrazioni)

Al comma 8-bis viene **cancellata la cosiddetta "tassa sulla bontà"**, ossia il raddoppio dell'Ires sugli enti non commerciali previsto dalla legge di Bilancio.

Articolo 9 (Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale)

Fino al 31 dicembre 2021, in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, gli iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, potranno partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La loro assegnazione viene in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione.

Quanto all'assegnazione degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale, resta fermo il requisito del possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporterà la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato.

Al comma 2 si spiega che le Regioni, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, potranno prevedere limitazioni del massimale di assistiti in carico ovvero organizzare i corsi a tempo parziale, prevedendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale.

Al comma 3 si chiarisce che, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Accordo Collettivo Nazionale, saranno individuati i criteri di priorità per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi convenzionali, nonché le relative modalità di remunerazione. In ogni caso, nelle more della definizione dei criteri, si applicheranno quelli previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente per le sostituzioni e gli incarichi provvisori.

Infine, al comma 4 si sottolinea che dal presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Articolo 9-bis (Semplificazioni in materia di personale del Servizio sanitario nazionale e di fatturazione elettronica per gli operatori sanitari)

Si estende la validità delle graduatorie per le procedure concorsuali per l'assunzione di personale medico, tecnico-professionale ed infermieristico, bandite dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2020.

Il contestato **comma 687 della manovra viene sostituito** dal seguente: "Per il triennio 2019 – 2021, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, è compresa nell'area della contrattazione collettiva della Sanità nell'ambito dell'apposito accordo stipulato ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165".

L'**esonero della fatturazione elettronica per il 2019** si applicherà anche ai soggetti che non sono tenuti all'invio dei dati al Sistema tessera sanitaria, con riferimento alle fatture relative alle prestazioni sanitarie effettuate nei confronti delle persone fisiche.

Quanto al **payback**, fatto salvo quanto già previsto nella manovra 2019, qualora entro il 15 febbraio 2019 non si sia perfezionato il recupero integrale delle risorse finanziarie connesse alle procedure di ripiano della spesa farmaceutica per gli anni 2013-2017, il Direttore generale dell'Aifa, entro il 30 aprile 2019, dovrà accertare che le Aziende farmaceutiche titolari di Aic abbiano versato almeno l'importo di 2,378 milioni. L'accertamento dovrà essere compiuto entro il 31 maggio 2019, e verrà effettuato computando gli importi già versati per i ripiani degli anni 2013-2017 e quelli versati risultanti a seguito degli effetti, che restano fermi, delle transazioni stipulate sulla base della legge 136/2018.

A seguito dell'accertamento positivo, con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita l'Aifa, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, verrà ripartito tra le Regioni l'importo giacente sul Fondo per il payback 2013-2017.

Giovanni Rodriquez