

L'emendamento per la riduzione del superticket

La legge di bilancio per il 2018 prevede un fondo di 60 milioni l'anno da utilizzare per ridurre il cosiddetto *superticket*, la quota fissa di 10 euro per ricetta sull'assistenza specialistica ambulatoriale¹.

Il *superticket*, che si aggiunge alle compartecipazioni alla spesa sanitaria preesistenti, era stato previsto per i non esenti dalla legge finanziaria per il 2007 e successivamente sospeso², ed è stato reintrodotta dalla metà di luglio del 2011³. È stata anche ripristinata la possibilità per le Regioni di adottare, in alternativa, altre misure di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie tali da garantire 1) lo stesso introito, previsto dalla L. 296/2006 in 834 milioni su base annua a livello nazionale; 2) lo stesso effetto sul controllo dell'appropriatezza. Alle compartecipazioni alla spesa sanitaria (*ticket*) sono infatti generalmente attribuite due funzioni: ridimensionare la spesa netta a carico del bilancio pubblico e scoraggiare la richiesta di prestazioni improprie (cosiddetto *ticket "moderatore"*)⁴. Il potenziale effetto moderatore del *ticket* resta comunque controverso, essendoci il rischio che il maggiore costo vada a dissuadere anche dal consumo di prestazioni efficaci.

L'obiettivo dichiarato dall'emendamento, che è il frutto di un ampio dibattito sulle criticità del *superticket*, è quello di perseguire una maggiore equità e favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili, non precisamente indicate. La fissazione dei criteri di riparto del Fondo è rinviata a un

¹ Visite specialistiche, esami strumentali, esami di laboratorio, prestazioni terapeutiche e di riabilitazione effettuate in ambulatorio.

² L. 64/2007, L. 244/2007 e L. 133/2008.

³ Con il DL 98/2011, convertito in L. 111/2011.

⁴ L'appropriatezza dei trattamenti viene solitamente valutata tenendo conto della relativa efficacia e degli effetti collaterali. L'eccesso di prestazioni dipende dal consumo di prestazioni non appropriate che si determina nei sistemi sanitari in conseguenza: delle carenze informative; degli incentivi e disincentivi che si producono nell'ambito del rapporto medico-paziente, in presenza di un terzo pagante; dei fenomeni di induzione della domanda da parte dell'offerta. Per maggiori approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2016), "L'intervento per l'appropriatezza della specialistica ambulatoriale", *Focus tematico* n. 4, 8 luglio.

successivo decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, da emanare entro sessanta giorni dall’entrata in vigore della legge di bilancio. L’emendamento stabilisce anche che tali criteri debbano privilegiare le Regioni che hanno adottato iniziative finalizzate ad ampliare la platea degli esenti dal pagamento della quota fissa o delle misure di compartecipazioni alternative.

L’applicazione del superticket e il sistema delle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale

I *superticket* sono attualmente presenti nella maggior parte delle Regioni. Alcune applicano la quota fissa, altre non la applicano o la applicano in misura ridotta, altre ancora hanno rimodulato la compartecipazione al fine di renderla più coerente con i propri criteri di equità ed efficienza, in base alla condizione economica del nucleo familiare o al valore della ricetta (tab. 1). Sulla base della nostra ricostruzione⁵, le Regioni del Mezzogiorno per lo più hanno adottato il *superticket* da 10 euro, e così pure il Lazio e le Marche, mentre la Valle d’Aosta, la Provincia autonoma di Bolzano, la Basilicata e la Sardegna non lo applicano; le altre Regioni lo hanno regolato in modo più articolato, anche allargando la platea degli esenti⁶.

Per comprendere la discussione sul *superticket* che è all’origine dell’emendamento approvato dal Senato, è utile ricordare anche le caratteristiche delle preesistenti compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale. È infatti previsto un *ticket* pari alla tariffa della prestazione⁷, fino a un tetto massimo di 36,15 euro per ricetta, con la quale possono essere prescritte fino a otto prestazioni della stessa branca specialistica, esclusa la fisioterapia.

⁵ Un quadro delle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale è stato presentato da AGENAS nel 2015 (Agenas (2015), “La compartecipazione alla spesa nelle Regioni, sintesi della normativa vigente al 1° maggio 2015”; si veda anche Quotidianosanità (2015), “Ticket specialistica ambulatoriale: tra quote fisse, fasce di reddito e costo della prestazione ogni regione fa di testa sua”, Studi e analisi, 7 giugno). L’UPB ha cercato di aggiornare questo quadro, sulla base di informazioni presenti sui siti *web* regionali – non sempre esaurienti – e anche reperite telefonicamente dalle Aziende Sanitarie.

⁶ Nel tempo diverse Regioni hanno modificato le norme relative alla quota fissa per ricetta, introducendola laddove non era presente (ad esempio, la Provincia autonoma di Trento nel 2015), rimodulandola (ad esempio, nel Friuli Venezia Giulia) o eliminandola (in Basilicata).

⁷ Il nomenclatore tariffario contiene le tariffe massime di riferimento per le prestazioni di assistenza ambulatoriale. Le Regioni possono adottare tariffe regionali, ma le differenze tariffarie restano a loro carico. Con l’introduzione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) (DPCM 12 gennaio 2017) si è stabilito di determinare (con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia e delle finanze, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni) le tariffe massime delle prestazioni previste dal nuovo nomenclatore, che potrà così entrare in vigore. Con un emendamento alla legge di bilancio per il 2018 introdotto dal Senato è stato disposto che tale decreto debba essere emanato entro la fine di febbraio del 2018 e che nel frattempo continuino ad applicarsi le precedenti tariffe, stabilite con il DM 18 ottobre 2012.

Tab. 1 – Applicazione della quota fissa (*superticket*) su ricetta nelle Regioni (euro)

	Non applicata	Quota standard	Quota ridotta	Quota rimodulata per ricetta	Quota rimodulata per condizione economica	Soglie relative alla condizione economica
Piemonte				da 0 a 30		
Valle d'Aosta	X					
Lombardia				da 0 a 30		esenzione fino a reddito annuale fiscale di 18.000 euro
P. A. Bolzano	X					
P. A. Trento			3			
Veneto					5 o 10	fasce di reddito familiare fiscale fino a 29.000 e oltre 29.000
Friuli Venezia Giulia				da 0 a 20		esenzione per nuclei con ISEE <=15.000
Liguria		10				
Emilia Romagna					da 0 a 15 euro, secondo il reddito, se somma tariffe > 10 euro; solo quota fissa onnicomprensiva su: visite specialistiche (23 euro per la prima e 18 per le successive); chirurgia ambulatoriale (46,15); TAC e risonanza magnetica (da 36,15 a 70 euro, secondo il reddito)	fasce di reddito familiare: fino a 36.152, da 36.153 a 70.000, da 70.001 a 100.000, oltre 100.000
Toscana					da 0 a 30 euro, secondo il reddito, se somma tariffe > 10 euro; TAC, risonanza magnetica e prestazioni a cicli da 0 a 34 euro; chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini da 0 a 40; pacchetti complessi medicina fisica e riabilitazione da 0 a 82; contributo 10 euro per digitalizzazione con massimo di 30 euro l'anno; contributo aggiuntivo intramoenia da 10 a 30	fasce di reddito familiare (fiscale o ISEE): fino a 36.151,98, da 36.151,99 a 70.000, da 70.001 a 100.000, oltre 100.000
Umbria					da 0 a 15 euro, secondo il reddito, se importo ricette > 10 euro; TAC e risonanza magnetica da 0 a 34 euro, secondo il reddito	fasce di reddito lordo familiare fiscale o ISEE: fino a 36.151,98, da 36.151,99 a 70.000, da 70.001 a 100.000, oltre 100.000
Marche		10				
Lazio		10				
Abruzzo		10				
Molise		10				
Campania		10				
Puglia		10				
Basilicata	X					
Calabria		10				
Sicilia		10				
Sardegna	X					

Fonte: Agenas (2015), *op. cit.*; Quotidianosanità (2015), *op. cit.*; siti web regionali e informazioni reperite telefonicamente dalle aziende sanitarie.

Alcune Regioni hanno modificato il tetto massimo⁸, altre, in particolare tra quelle in Piano di rientro, hanno aggiunto ulteriori compartecipazioni regionali (ad esempio, Lazio, Molise, Campania e Sicilia), in alcuni casi sulla ricetta⁹. Sono inoltre previste alcune esenzioni, la cui portata potrebbe essere allargata da una recente sentenza.

Sono esentati:

- i cittadini di età inferiore a 6 anni e superiore a 65, appartenenti a un nucleo familiare (inteso a fini fiscali¹⁰) con reddito annuo complessivo non superiore a 36.151,98 euro;
- i disoccupati (ossia coloro che hanno cessato un'attività di lavoro dipendente e sono iscritti al Centro per l'impiego in attesa di nuova occupazione o che sono in mobilità) e i relativi familiari a carico appartenenti a un nucleo familiare con reddito annuo complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.
Con la sentenza del Tribunale di Roma (I sezione Lavoro, n. 33627/16 R. Gen.) del 17 febbraio scorso, è stato dichiarato che gli inoccupati sono oggi equiparati ai disoccupati ai fini del diritto all'esenzione, seguendo le disposizioni del *Jobs Act* (D.Lgs. 150/2015), che stabiliscono che le prestazioni di carattere sociale condizionate allo stato di disoccupazione si intendono riferite alla condizione di non occupazione, a prescindere da una precedente attività lavorativa. Sarebbe utile che venisse fatta maggiore chiarezza sulla definizione di inoccupato, che comprende, oltre a coloro che desiderano entrare (eventualmente per la prima volta) sul mercato del lavoro, anche altri soggetti, quali ad esempio le casalinghe.
- i titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni e i relativi familiari a carico, con gli stessi limiti di reddito del nucleo familiare previsti per i disoccupati;
- i titolari di pensioni/assegni sociali e loro familiari a carico;
- coloro che soffrono di determinate patologie croniche o rare, presentano invalidità riconosciuta o si trovano in altri casi particolari (gravidanza, diagnosi precoce di alcuni tumori, accertamento dell'HIV).

Molte Regioni (tra queste, Emilia Romagna, Lombardia, Toscana) hanno introdotto ulteriori esenzioni, in alcuni casi per i lavoratori colpiti dalla crisi economica (ad esempio, estendendole ai lavoratori in Cassa integrazione, a fasce ulteriori di disoccupati e lavoratori in mobilità o ai minori).

Il gettito delle compartecipazioni sull'assistenza specialistica ambulatoriale

I dati sul gettito complessivo delle compartecipazioni alla spesa sanitaria sono disponibili in misura solo parziale. L'assenza di un'adeguata base informativa rende difficile stimare

⁸ Si ricordano Lombardia e Friuli Venezia Giulia (36 euro), Toscana (38 euro), Marche (36,2 euro), Calabria (45 euro), Sardegna (46,15 euro).

⁹ La Regione Lazio ha previsto compartecipazioni per la fisiokinesiterapia (5 euro), per la TAC e la risonanza magnetica (15 euro) e per altre prestazioni (4 euro) e le ha poi eliminate dal 2017; il Molise ha introdotto compartecipazioni con le stesse quote del Lazio. La Campania ha previsto compartecipazioni di 5 o 10 euro in base al reddito e al numero di componenti il nucleo familiare⁹ e la Sicilia del 10 per cento della tariffa che eccede il massimale nazionale di 36,15 euro.

¹⁰ Comprensivo tuttavia del coniuge, anche se fiscalmente indipendente o non convivente, e del partner dello stesso genere di unione civile (L. 76/2016).

gli introiti complessivi dei *superticket*. Sarebbe auspicabile che sulle transazioni tra SSN e privati accreditati fosse garantita una maggiore trasparenza, nel rispetto, da un lato, dei principi contabili e, dall'altro, delle norme per la tutela della *privacy*.

Nei bilanci delle aziende sanitarie è riportato l'ammontare delle compartecipazioni alle prestazioni sanitarie effettuate presso strutture pubbliche, mentre quelle versate presso strutture accreditate vanno a riduzione dei pagamenti alle stesse strutture effettuati dal SSN e non sono riportate nei documenti contabili¹¹, contravvenendo al principio di universalità dei bilanci. Alcune informazioni, che tuttavia non sono rese disponibili in maniera sistematica, possono essere desunte dal Sistema tessera sanitaria, di cui è titolare la Ragioneria generale dello Stato (RGS), volto a rilevare i dati sulle prescrizioni mediche e le prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN. Il Rapporto della RGS sul monitoraggio della spesa sanitaria¹² indica in circa 1.100 milioni l'ammontare delle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e in poco meno di 600 milioni quello delle compartecipazioni nelle strutture private accreditate rilevati dal Sistema tessera sanitaria ai fini della preparazione del 730 precompilato (per l'anno 2016), ma tali dati non sono completi.

La tabella 2 presenta le informazioni sulle compartecipazioni alla specialistica ambulatoriale e per il pronto soccorso pagate nel settore pubblico (desunte dal conto economico degli enti del SSN) e quelle sulle compartecipazioni alla farmaceutica convenzionata (pubblicate dall'AIFA). Le compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale pagate direttamente alle strutture pubbliche nel 2016 rappresentavano circa il 45 per cento del totale (che escluse quelle versate nelle strutture accreditate)¹³. L'introito è aumentato significativamente con l'introduzione dei *superticket*, passando da circa 1,1 miliardi nel 2010 a 1,4 nel 2013 (+27 per cento), ma poi è calato a 1,3 miliardi (-8,2 per cento) nel 2016. Tra le cause di tale riduzione rientrano il progressivo aumento delle difficoltà delle famiglie a pagare le cure nel corso della crisi, tanto più in presenza di un aumento dell'onere, e la maggiore convenienza, in alcuni casi, delle prestazioni private dopo l'introduzione del *superticket* (come si vedrà in maggiore dettaglio più avanti).

Indicazioni di una possibile riduzione della domanda possono essere tratte dall'aumento della percentuale di coloro che hanno rinunciato a visite mediche negli ultimi anni, nella popolazione complessiva e nel primo quintile di reddito (20 per cento con reddito più basso): in tale quintile la percentuale è raddoppiata tra il 2010 e il 2015, superando il 14 per cento nell'ultimo anno (tab. 3).

¹¹ Lo stesso meccanismo è presente nel caso delle farmacie convenzionate, ma per queste le informazioni sull'ammontare delle compartecipazioni sono rese note da varie fonti.

¹² RGS (2017), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4, Studi e pubblicazioni.

¹³ La quota delle compartecipazioni sulla specialistica è diminuita rispetto al totale (al netto di quanto versato nelle strutture accreditate) nel periodo di osservazione (era pari al 56 per cento nel 2008) perché sono aumentate in misura maggiore le compartecipazioni sulla farmaceutica.

Tab. 2 – Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie
(migliaia di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totale	1.793.347	2.062.047	2.221.921	2.689.000	2.954.542	2.923.092	2.945.266	2.924.950	2.888.526
		15,0%	7,8%	21,0%	9,9%	-1,1%	0,8%	-0,7%	-1,2%
Farmaceutica convenzionata	647.000	862.000	998.000	1.337.000	1.406.000	1.436.000	1.500.000	1.521.000	1.540.000
		33,2%	15,8%	34,0%	5,2%	2,1%	4,5%	1,4%	1,2%
Specialistica ambulatoriale (strutture pubbliche)	1.009.861	1.082.197	1.102.990	1.204.082	1.309.225	1.408.400	1.375.885	1.351.599	1.293.103
		7,2%	1,9%	9,2%	8,7%	7,6%	-2,3%	-1,8%	-4,3%
Pronto soccorso	23.245	21.718	24.037	23.154	34.343	38.074	40.115	43.340	42.870
		-6,6%	10,7%	-3,7%	48,3%	10,9%	5,4%	8,0%	-1,1%
Altro	113.241	96.132	96.894	124.764	204.974	40.618	29.266	9.011	12.553
		-15,1%	0,8%	28,8%	64,3%	-80,2%	-27,9%	-69,2%	39,3%

Fonte: elaborazioni su dati RGS (Banca dati amministrazioni pubbliche, *Open data*, Modello di rilevazione del conto economico degli enti del SSN a livello nazionale, Anni vari) e Agenas (“L’uso dei farmaci in Italia”, Rapporto OSMED, anni vari).

Tab. 3 – Rinuncia a visite mediche perché troppo costose
(percentuale della popolazione o del quintile)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tutti	3,6	3,4	3,0	3,2	3,9	3,9	3,6	5,1	4,9	6,0	6,2	6,5
1° quintile	7,1	7,9	7,0	7,0	8,7	8,3	7,1	11,1	10,5	13,1	13,3	14,2

Fonte: Eurostat, dati aggiornati al 31 ottobre 2017.

L’incremento in valore assoluto del gettito da compartecipazioni realizzatosi nel 2016 rispetto al 2010 risulta pari a circa 190 milioni (tab. 2); questo ammontare riflette gli effetti diretti e indiretti (riduzione della domanda verso il comparto pubblico) del *superticket*, quelli connessi con la crisi e quelli di altre misure che hanno influito sulla spesa specialistica adottate a livello nazionale (ad esempio, con il rafforzamento del monitoraggio e il tentativo di aumentare l’appropriatezza) o regionale (ad esempio, con gli interventi sulle compartecipazioni). Anche tenendo conto dei menzionati introiti non contabilizzati nelle strutture accreditate, l’effetto complessivo dei *superticket*, una volta modificati i comportamenti dei pazienti in considerazione dei maggiori costi, potrebbe restare inferiore alle stime iniziali di oltre 800 milioni su base annua a livello nazionale, ma largamente superiore all’ammontare del fondo previsto dall’emendamento del Senato.

Le criticità del superticket e l’azione dell’emendamento

Il sistema di compartecipazioni che discende dalla sovrapposizione dei diversi *ticket* sulla tariffa e sulla ricetta presenta alcune criticità¹⁴ e in particolare appare inefficiente

¹⁴ Dirindin, N. (2011), “Un ticket che porta alla sanità privata”, *lavoce*, 19 luglio; Dirindin, N., Muraro, G. e Rebba, V. (2011), “I ticket nel servizio sanitario nazionale: alcune riflessioni per un dibattito”, in *Politiche sanitarie*, vol. 12, n. 3, pp. 95-100.

rispetto a entrambe le tradizionali funzioni delle compartecipazioni alla spesa sanitaria: il finanziamento dei servizi e la dissuasione del sovraconsumo.

Quanto alla prima, la quota fissa di 10 euro, combinata con il *ticket* sulla tariffa, rende in molti casi più conveniente, per i cittadini non esenti, rivolgersi alla sanità privata (dove tra l'altro si stanno diffondendo le offerte *low cost* e gli sconti), in particolare per molti *test* di laboratorio. Anche un onere lievemente superiore potrebbe essere eventualmente compensato, nelle preferenze dei cittadini, da più brevi liste di attesa e minori tempi di adempimento burocratico e svolgimento dei *test*. Di conseguenza, in presenza di costi nel settore pubblico per lo più fissi e dunque non comprimibili a seguito del calo della domanda, l'introduzione del *superticket* potrebbe portare a una riduzione della spesa netta inferiore a quanto atteso. Quanto alle strutture accreditate, la diminuzione della domanda (indotta dalla compartecipazione) si può tradurre in un risparmio per il SSN nella misura in cui si accompagna a una riduzione dei *budget* di spesa coperti dal sistema pubblico (secondo il metodo di pagamento degli erogatori accreditati ormai più diffuso). Per le strutture accreditate, inoltre, in presenza del *superticket* può risultare più agevole realizzare uno spostamento delle prestazioni dall'attività a carico del SSN a quella privata, potendo fissare prezzi anche più remunerativi della tariffa pubblica¹⁵, sebbene inferiori alla somma delle compartecipazioni, e in ogni caso limitando il rischio di superare la capienza del budget a carico del SSN, eventualità che solitamente riduce la convenienza per l'erogatore. In ogni caso si deve considerare che l'introduzione del *superticket* – e la sua eventuale abolizione – implicano degli effetti sulla ripartizione del mercato tra settore pubblico, accreditato e privato. Uno studio specifico sulle compartecipazioni alla spesa specialistica condotto sulla base dei dati messi a disposizione da 11 Regioni¹⁶ ha mostrato che tra il primo semestre 2011 e il primo semestre del 2012 vi è stata una riduzione degli accessi alla specialistica e diagnostica nel comparto pubblico e in quello accreditato, in particolare da parte dei soggetti non esenti e soprattutto per le analisi di laboratorio; non è chiaro in che misura questo sia avvenuto a seguito di una diminuzione della domanda complessiva o di una fuoriuscita verso il privato, né è evidente fino a che punto l'introduzione del *superticket* abbia influito sulla domanda verso il pubblico e fino a che punto si sia trattato degli effetti della crisi.

Quanto alla seconda funzione del *ticket*, la dissuasione del sovraconsumo, si ritiene che l'appropriatezza possa essere eventualmente favorita da una compartecipazione moderata, non tale da produrre ampi fenomeni di rinuncia alle cure. I problemi sono peraltro intensificati dal disegno delle esenzioni per condizione economica, che restano legate a caratteristiche categoriali e lasciano prive di copertura molte fasce di individui a

¹⁵ L'esempio più semplice è quello di alcune analisi di laboratorio molto diffuse, come emocromo, VES, glicemia o colesterolo totale, per le quali nel privato si può pagare un prezzo inferiore a 10 euro, ma largamente superiore alla tariffa. I prezzi possono variare anche molto in base al numero di *test* effettuati, o se inseriti in pacchetti predefiniti, e spesso sono effettuati sconti.

¹⁶ Cislighi, C. e Sferrazza, A. (a cura di) (2013), "Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica", Gruppo Remolet di Agenas, Monitor, Anno XII, n. 33.

basso reddito (quelli che più facilmente rinunciano ai trattamenti)¹⁷, con ampie differenze tra Regioni. Questo determina anche problemi di equità¹⁸. Inoltre, nel caso di fuoriuscita dei non esenti dal SSN verso il comparto privato, si potrebbero intensificare i problemi di sovraconsumo privato –dati i comportamenti di induzione della domanda da parte dell’offerta –, fenomeno comunque non auspicabile.

Infine, con riguardo al principio di universalità del SSN, questo può essere compromesso qualora l’obbligo di partecipare alla copertura del costo dei servizi sia attraverso la tassazione, sia attraverso forme di compartecipazione crescenti col reddito, con costi a volte superiori ai prezzi proposti dal settore privato, spinga le fasce con redditi più alti a premere per poter uscire dal sistema universale, smettendo di contribuirvi.

L’emendamento approvato dal Senato, volto a produrre un’estensione delle esenzioni dal *superticket* preservando la maggior parte del gettito, sembrerebbero rivolto principalmente a un miglioramento dell’equità e a un ridimensionamento del rischio di rinunce a cure efficaci da parte di fasce di popolazione in condizione di disagio. Non sembra siano stati affrontati invece i limiti dello strumento in termini di efficienza, né le questioni legate alla salvaguardia di un sistema sanitario universale.

La realizzazione dell’obiettivo di miglioramento dell’equità dipenderà dai criteri effettivi di utilizzazione del fondo, che devono essere fissati successivamente nell’ambito del decreto di riparto e con l’intesa in Conferenza Stato-Regioni. La norma fornisce a tale proposito indicazioni controverse perché la realizzazione dell’obiettivo di favorire l’accesso dei soggetti vulnerabili non sembrerebbe realizzabile se la ripartizione privilegiasse esclusivamente le regioni che ad oggi hanno già adottato iniziative finalizzate ad ampliare la platea degli esenti dal *superticket*. Per realizzare l’obiettivo di miglioramento dell’equità nell’accesso alle prestazioni i criteri di riparto del fondo sembrerebbero doversi ispirare a un qualche indicatore della distribuzione sul territorio dei soggetti vulnerabili, comunque assicurando che all’assegnazione delle risorse corrisponda l’adozione di misure di esenzione da parte delle regioni.

¹⁷ Questo problema sarebbe ridimensionato da una applicazione generalizzata della sentenza del Tribunale di Roma di cui sopra.

¹⁸ Va anche ricordato che per le compartecipazioni, come per le altre spese mediche a carico dell’assistito, è prevista una detrazione fiscale del 19 per cento dell’importo che supera 129,11 euro, che non può tuttavia essere fatta valere dagli incapienti.