

# Ticket per le prestazioni di Pronto Soccorso: questioni etiche e questioni economiche

Ugo Sturlese

Direttore Medicina Interna d'Urgenza, Azienda Sanitaria Ospedaliera "Santa Croce e Carle", Cuneo

La proposta di Legge Finanziaria 2007 (approvata dal Consiglio dei Ministri il 29 settembre 2006), per quanto riguarda la compartecipazione dei cittadini alla spesa per prestazioni di pronto soccorso, al Capo VI, art. 88, lettera m, così recita: «Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguito da ricovero, la cui condizione è codificata come codice bianco, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 23,00 euro. Gli assistiti non esenti, la cui condizione è stata codificata come codice verde, ad eccezione di quelli afferenti al pronto soccorso a seguito di traumi ed avvelenamenti acuti, sono tenuti al pagamento di una quota di 41,00 euro. Sono salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati».

Le problematiche sollevate da questo provvedimento sollecitano una riflessione non superficiale attorno a una serie di questioni di carattere generale e specifico:

- i provvedimenti di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino contraddicono i principi di equità e universalità, che devono ispirare il Servizio Sanitario Nazionale?
- esiste un *overcrowding* delle strutture di Pronto Soccorso e tale fenomeno è legato all'utilizzo inappropriato delle stesse?
- se sì, quali misure si possono realizzare per agire sulle radici strutturali del problema?
- le misure di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di PS sono giustificate e utili ai fini del contenimento del fenomeno dell'affollamento e dell'eventuale utilizzo improprio del servizio?
- in concreto, come dovrebbe essere applicato il ticket per garantire risultati di efficacia, di equità, di facilità di gestione?

Per quanto attiene al primo quesito, e cioè *l'aderenza ai principi di equità e universalità*, occorre osservare che a partire dalla Legge n. 833/1978, che sanciva il diritto a livelli di salute "eguali", a seguito della continua tendenza incrementale verificatasi nella spesa sanitaria si è passati con il DLgs 502/1992 al concetto di livelli di salute "uniformi" (secondo criteri prevalenti di compatibilità economica) e infine, con il DLgs 229/1999, al concetto di LEA, livelli essenziali (mai minimi) di assistenza, con preciso riferimento a caratteristiche generali di efficacia e a caratteristiche specifiche di appropriatezza delle prestazioni<sup>1</sup>. In effetti, la crescita della spesa sanitaria, alimentata dall'invecchiamento e dal progresso scientifico-tecnologico, è un fenomeno condizionante comune a tutti i Paesi sviluppati ed è prevedibile<sup>2</sup> che nell'arco di 25 anni le risorse destinate alla sanità passino dall'attuale 7-11% del PIL al 20%. Se da un lato la crescita ineluttabile di questo settore di attività rappresenta «una locomotiva formidabile del progresso umano, una fonte di innovazioni, di cui beneficeranno tutti i settori dell'economia»<sup>3</sup>, d'altro canto la crescita della domanda porrà sempre più il problema di definire «un paniere di cure di qualità a completo finanziamento pubblico» sulla base di criteri di efficacia e appropriatezza (appunto i LEA!), accanto a settori nei quali può essere contemplata una compartecipazione dell'utente. Sulla base delle esperienze generali e di settore, è da ritenere che, per alcune prestazioni ad alto rischio di inappropriata o marginali, forme di compartecipazione alla spesa possano accompagnare programmi di educazione al buon uso dei servizi, che rendano il cittadino consapevole del valore delle prestazioni ricevute e dei diversi livelli di priorità della domanda da soddisfare, in relazione alle diverse condizioni socio-economiche e alla diversa gravità delle condizioni cliniche.

Tornando ai servizi ospedalieri per l'emergenza, è indubitabile che in particolare nell'ultimo decennio vi sia stato un notevole incremento nell'utilizzo del Pronto Soccorso in tutto il mondo sviluppato, con fenomeni di sovraccarico sul servizio e di sovraffollamento (*overcrowding*), che hanno determinato conseguenze anche gravi sugli esiti delle patologie più gravi.

Naturalmente il sovraffollamento può essere determinato anche da inefficienze interne ai servizi (carente organizzazione dei flussi, ritardi nell'esecuzione e nella refertazione degli esami e delle consulenze, sosta prolungata dei pazienti in attesa di posti letto per il ricovero in presenza di una progressiva riduzione e di una cattiva distribuzione del loro numero).

Ma l'incremento degli accessi pare essere il motivo più evidente: negli USA dal 1993 al 2003 vi è stato un aumento del 26%, con un carico superiore alle capacità di risposta dei servizi per almeno il 50% del tempo<sup>4</sup>; in Italia nel 2004 vi sono stati 22.491.357 accessi (dati del Ministero della Salute), con un aumento di circa il 50% nell'ultimo decennio, dei quali il 20% erano codici bianchi, ovvero *non urgenze*, e il 64% codici verdi, ovvero *urgenze differibili*<sup>5</sup>. I dati relativi all'Italia (alta percentuale di codici bassi) sono molto indicativi di un'*inappropriatezza* d'uso del Pronto Soccorso e sono confortati dall'esito di inchieste mediante intervista, condotte periodicamente nei nostri servizi sui codici bianchi, che evidenziano fra i motivi più frequenti di ricorso al PS la necessità di ottenere risposte in tempi brevi e di qualità elevata a problemi percepiti come urgenti e la non sempre facile accessibilità agli ambulatori dei medici di base. In una recentissima indagine (AO Santa Croce e Carle di Cuneo), su 131 pazienti classificati come codici bianchi, solo 45 ritenevano di presentare un disturbo di salute severo e solo 16 giudicavano il disturbo tale da richiedere un'attenzione immediata; la metà di essi non aveva cercato il medico curante e del restante 50% un buon numero aveva avuto difficoltà ad accedere alle cure primarie.

Per la verità, negli USA l'*overcrowding* è addebitato solo in parte all'aumento del numero degli accessi e all'uso inappropriato degli *Emergency Departments* (ED), mentre sono sottolineate carenze di tipo strutturale (riduzione di posti letto, di staff per l'emergenza, di spazi di cura e di osservazione a fronte di una maggior complessità dei pazienti), carenze assicurative per le cure di base, restrizioni nella formazione del personale dell'Emergenza-Urgenza nelle Università (Derlet RW, vicepresidente AAEM). Inoltre, come riferisce il n. 1 del 2006 della rivista *Annals of Emergency Medicine*, numerosi studi sono stati condotti sulla popolazione dei *frequent users of ED*, e cioè sulle persone che utilizzano il PS più di quattro vol-

te l'anno: in realtà questa popolazione risulterebbe essere più ammalata della media dal punto di vista fisico o mentale e quindi sarebbe costretta a richiedere più cure ospedaliere, malgrado utilizzi con una certa regolarità i servizi ambulatoriali e non presenti particolari problemi assicurativi<sup>4</sup>. In ogni caso si tratta di studi legati a un contesto diverso dal nostro (finanziamento dei servizi in base al numero e al valore delle prestazioni, diversa e spesso incompleta copertura assicurativa di base) e condotti su una popolazione selezionata (8% degli adulti, 28% degli accessi), che ovviamente non considera le inapproprietezze legate all'uso episodico del Pronto Soccorso. Tanto che l'editoriale di Steven L. Bernstein, sullo stesso numero della rivista, riporta altri studi (Lowe *et al.* in USA, van Uden in Olanda) che suggeriscono l'utilità dell'estensione degli orari delle cure primarie (almeno 12 ore) nella riduzione degli accessi al Pronto Soccorso (-20% e -53% rispettivamente), individuando quindi in quest'ambito un punto di possibile debolezza del sistema.

Quest'ultima osservazione ci riporta alla necessità di esaminare le *radici strutturali del fenomeno*, in una situazione, quale quella del nostro Paese, in cui non esistono condizioni di carenza assicurativa nell'accesso ai servizi di base, salvo che per una quota sempre maggiore di cittadini extracomunitari, per i quali tuttavia la soluzione non può essere trovata se non in una normativa generale che promuova una regolazione delle quote degli immigrati e una regolarizzazione del loro status. Come già osservato, esistono sicuramente *ragioni culturali di carattere soggettivo*, determinate in parte da una fiducia quasi miracolistica in un modello tecnologico di sanità, in parte dalla necessità di ottenere risposte rapide che non interrompano i "normali" ritmi lavorativi. Accanto a esse vi sono ragioni legate a *condizioni di disagio psico-sociale* (patologie psichiatriche, dipendenze) e all'*invecchiamento* della popolazione, anche se questo fattore interviene più sulla gravità delle condizioni cliniche di presentazione che sul numero percentuale degli accessi. Sembrano tuttavia predominanti ragioni legate alla *carente organizzazione della risposta sanitaria e sociale sul territorio e alle porte dell'ospedale*. Proprio in questo ambito sembra opportuno verificare il risultato dell'introduzione di elementi di innovazione, a meno che non si intenda (risposta possibile, ma del tutto impropria) dilatare a dismisura le capacità operative del Pronto Soccorso. Seguendo questa logica, ci pare del tutto appropriata l'enfasi posta dal Ministero della Salute e da molti Assessorati regionali sul potenziamento della medicina di associazione e sulla costituzione dei gruppi interdisciplinari delle cure primarie, operanti in strutture (le "Case della Salute")

in grado di dare una risposta continuativa (almeno 12 ore) alle molteplici esigenze del cittadino malato (prevenzione, diagnosi e cura anche delle urgenze "minori", prenotazioni di esami e di consulenze specialistiche, prescrizione di farmaci e di presidi protettivi, assistenza sociale). Ugualmente dovrà essere facilitato, sempre nel rispetto dell'appropriatezza, l'accesso alla medicina specialistica, prevedendo anche l'adozione di percorsi diretti dal PS (con *triage* immediato o differito) per i casi urgenti attinenti le specialità di base (oculistica, ORL, stomatologia, piccola chirurgia).

In questo contesto che ruolo giocano le misure di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di PS (ticket)? È sicuramente vero che tale misura di per sé non raggiunge lo scopo di combattere l'eccessivo ricorso, tante volte inappropriato, al Pronto Soccorso: come sottolineato da A.M. Ferrari e V. Giustolisi<sup>5</sup>, dopo un primo periodo di riduzione della domanda (della durata di 1-2 anni) si ritorna rapidamente al trend in aumento degli anni precedenti (anche se, aggiungo io, a un livello inferiore allo storico tendenziale). E peraltro da considerare che nella maggior parte delle Regioni il ticket è stato applicato solo ai codici bianchi e, qualora esteso anche ai codici verdi giudicati non urgenti dal medico di turno in Pronto Soccorso, con criteri ampiamente discrezionali. Molto spesso poi l'importo del ticket non era coerente con analoghe misure assunte in altri settori, essendo inferiore ad esempio a quello applicato alle prestazioni di diagnostica ambulatoriale. In ogni caso, trattandosi di una misura non meramente fiscale né semplicemente moderatrice dell'uso di un servizio (anche se queste motivazioni non possono essere trattate con sufficienza), essa va accompagnata a una campagna informativa, che ne evidenzia gli aspetti di corresponsabilizzazione del cittadino nel realizzare condizioni di appropriatezza d'uso dei servizi, allo scopo soprattutto di garantire le cure più tempestive ai casi più critici che accedono al Pronto Soccorso.

Di conseguenza, particolarmente delicati risultano essere gli aspetti relativi alle *procedure di applicazione del ticket*: è essenziale che la richiesta di compartecipazione alla spesa venga percepita come rispondente a criteri di chiarezza, di semplicità, di equità, anche al fine di evitare conflittualità immediate e contenziosi a distanza. L'esperienza ci insegna che occorre definire regole "oggettive", che non lascino spazio alla soggettività decisionale degli operatori e che consentano di essere applicate a una popolazione numericamente consistente. Pare corretto che, come previsto dalla "finanziaria", la compartecipazione riguardi sia i codici bianchi (per definizione clinicamente inappropriati) per prestazioni non seguite da ricovero, sia

i codici verdi (a rischio di inappropriata d'uso dei servizi diagnostici), ad esclusione degli afferenti al PS per traumi e avvelenamenti. La normativa tuttavia non specifica se il riferimento viene fatto al codice in entrata (determinato dall'infermiere in base alla priorità di cura) o al codice in uscita (determinato dal medico in base alla diagnosi e alla gravità del caso). A questo proposito vi è un largo consenso sull'opportunità di adottare un unico criterio, sufficientemente oggettivo, basato sulla necessità o meno di ricovero, con la conseguente applicazione del ticket a tutti gli assistiti non ricoverati, ad esclusione degli afferenti per le condizioni patologiche già menzionate. Ugualmente, la quota della compartecipazione potrebbe essere differenziata, senza distinzione di codice, in base alla necessità di eseguire accertamenti diagnostici o solamente la visita medica. Come previsto dalla Legge Finanziaria dovrebbero essere rispettati i normali diritti di esenzione, che tutelano una vasta fascia di popolazione socialmente o clinicamente "fragile" (anziani, bambini, percettori di bassi redditi, portatori di specifiche patologie esenti, extracomunitari). Naturalmente quest'impostazione della problematica relativa all'utilizzo crescente del Pronto Soccorso può prestarsi a riflessioni critiche su aspetti anche di rilevante importanza, in particolare sul pericolo che il cittadino possa essere indotto a ritardare o ad evitare il ricorso alle prestazioni sanitarie in alcune condizioni, che richiedono al contrario gran tempestività di accesso alle cure (ad esempio in presenza di dolore toracico o di deficit neurologico).

Vi è da dire tuttavia che i percorsi previsti per queste condizioni sono sempre più orientati verso un ricorso immediato al Servizio di Emergenza Territoriale (118) e che comunque un'opportuna iniziativa di informazione, peraltro già in atto da anni, potrebbe orientare correttamente i cittadini a un utilizzo appropriato dei servizi.

In ogni caso, l'applicazione del ticket per le prestazioni di pronto soccorso potrebbe avere una funzione di "misura ponte" e di sollecitazione verso un assetto più equilibrato del Servizio Sanitario Nazionale, tale da realizzare un forte orientamento verso misure di promozione della salute, di prevenzione, di potenziamento delle cure primarie.

## Bibliografia

1. Biocca M (ed.). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I piani per la salute in Emilia Romagna 2000-2004*. Franco Angeli, Milano, 2006.
2. Quaderno n. 6 del *Cercle des économistes, Le Monde*, 23 agosto 2006.
3. Pirani M. La spesa sanitaria motore di sviluppo. *La Repubblica*, 23 ottobre 2006, p. 18.
4. Hunt KA. Characteristics of frequent users of Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine* 2006; 48 (1): 18-20.
5. Ferrari AM, Giustolisi V. *Sole 24 ore-Sanità*, 17-23 ottobre 2006.