

Simone Sarti, Marco Terraneo e Mara Tognetti Bordogna

Disuguaglianze sociali e copayment sui farmaci nelle regioni italiane: tra politiche locali e crisi economica

1. *Il punto del copayment sui farmaci e le ipotesi di lavoro*

Fra le molte dimensioni che mettono sotto pressione la sostenibilità dei sistemi sanitari, oltre ai cambiamenti demografici e alla crisi economica, vi è quella della sostenibilità della spesa pubblica, da cui discende la necessità sia di ridefinirne le componenti (Vicarelli, 2002; Balduzzi, 2008), sia di coinvolgere i cittadini con forme di compartecipazione dei costi. È evidente che l'effetto della crisi economica che ha investito il nostro Paese ha lasciato il segno sui consumi, compresa la spesa che gli italiani destinano alla salute, nello specifico per i farmaci, aspetto che prenderemo in considerazione nel nostro saggio.

La necessità di rimodulare la spesa sanitaria pone una serie di interrogativi che non hanno solo valenza economica, ma anche forti implicanze sociali e di scelte di politica sanitaria in quanto esse possono mettere in discussione l'equità del sistema sanitario e il contenimento delle disuguaglianze di salute. Il tema dei farmaci e il controllo del loro consumo diviene così un elemento di riflessione anche per chi si occupa di sociologia della salute e non solo per gli economisti.

Negli ultimi anni in Italia la spesa farmaceutica delle famiglie ha subito un rallentamento. I dati ISTAT mostrano che a partire dal 2008 la spesa pro-capite¹ in medicinali (costo del farmaco più ticket) si è ridotta del 12%, passando da circa 33 euro nel 2007 a circa 29 euro nel 2010. La difficile situazione economica, che ha visto una contrazione delle risorse finanziarie disponibili per molte famiglie, si è innestata in un contesto in cui, a partire dal 2007, la richiesta ai cittadini di compartecipazione ai costi della sanità (e dunque anche dei farmaci) è andata aumentando. Si è assistito infatti a un innalzamento dei ticket richiesti per l'acquisto dei

¹ Si tratta della spesa pro capite equivalente a prezzi costanti del 2010. Con l'espressione spesa equivalente si indica la spesa per consumi di famiglie di diversa ampiezza resa equivalente a quella di una famiglia di un solo componente tramite dei coefficienti correttivi secondo la scala di equivalenza utilizzata dall'OECD (Mejer e Siermann, 2000).

farmaci che si è tradotto in un incremento del loro peso sulla spesa in medicinali delle famiglie, passata nel periodo 2006-2010 dal 3,4% al 7,7% (OSMED, 2010).

Seppure questi dati mostrano un quadro piuttosto negativo per le famiglie, non bisogna dimenticare che in un'ottica volta a trovare il punto di equilibrio ottimale tra uso dei farmaci e controllo delle malattie (Street *et al.*, 1999, 460), forme di compartecipazione ai costi sono una caratteristica di molti sistemi sanitari. Infatti, come noto, sono sostanzialmente due gli scopi per l'introduzione di forme di partecipazione ai costi. Il primo riguarda il problema del *moral hazard*. Attraverso la compartecipazione si vorrebbero rendere gli utenti dei servizi più responsabili economicamente dei propri comportamenti. Secondo quanto suggerisce la teoria economica, un consumatore razionale consumerà fintantoché l'ultima unità consumata ha la stessa utilità marginale del denaro pagato per essa. Questa situazione porta secondo la teoria a un'efficiente allocazione delle risorse. Diversamente, se un individuo non deve pagare per un servizio al momento del consumo egli cambierà il suo comportamento e userà un maggiore ammontare del servizio di quanto non avrebbe fatto se avesse pagato per averlo (*moral hazard*), un comportamento razionale che porta a una inefficienza sociale (Espin e Rovira, 2007). Il secondo obiettivo che induce all'uso di forme di compartecipazione ai costi, invece, è strettamente connesso al continuo aumento dei costi dei servizi sanitari, dovuto a molteplici ragioni tra cui alcune sono l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione della morbidità, la medicalizzazione della società, l'aumento degli standard di qualità richiesti dagli utenti e il costo dell'innovazione tecnologica in ambito medico (Gabriele e Raitano, 2009; Nandakumar e Farag, 2008).

Questo aumento ha comportato la necessità da parte dello Stato di raccogliere maggiori risorse per finanziare il sistema sanitario e mantenere l'equilibrio di bilancio, anche spingendo il governo a riformare l'architettura del sistema di assistenza e cura. È importante ricordare che il problema del controllo della spesa (Vicarelli, 2011; Toth, 2009) è particolarmente attuale in alcune regioni in cui il deficit finanziario rimane irrisolto².

Come sottolineano Drummond e Towse (2012, 1) c'è un trade-off tra questi due obiettivi. Infatti, se la domanda di farmaci è anelastica allora il *moral hazard* è basso e le risorse raccolte grazie al copayment saranno

² Al fine del perseguimento dell'equilibrio economico sono predisposti i cosiddetti piani di rientro dal *deficit* sanitario. Le regioni coinvolte sono state il Lazio, la Campania, la Sicilia, la Liguria, la Sardegna, l'Abruzzo, il Molise, la Calabria il Piemonte e la Puglia, tra le quali, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania e la Calabria, sono state commissariate (Fonte Camera dei Deputati: <http://www.camera.it/561?appro=94&I+disavanzi+sanitari+regionali>).

alte. Al contrario, se la domanda di farmaci è elastica allora l'impatto del copayment sul consumo di farmaci sarà molto forte, riducendolo, mentre scarse saranno le risorse raccolte. È chiaro che se l'obiettivo è solo quello di ridurre i costi a carico del terzo pagante (lo Stato) allora entrambe le soluzioni sono accettabili.

Le cose stanno diversamente se, oltre a valutare le risorse raccolte dallo Stato, la compartecipazione degli utenti ai costi sanitari è valutata anche per le conseguenze che ne derivano in termini di utilizzo dei farmaci da parte dei cittadini. In quest'ottica è necessario stimare gli effetti della compartecipazione in termini di uguaglianza delle opportunità nell'accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini-utenti e, più in generale, sulle condizioni di salute degli individui. Detto altrimenti, si tratta di stabilire quali gruppi di popolazione possono essere disincentivati a usare le prescrizioni mediche e come ciò possa avere effetti negativi sulla salute dei soggetti, tenendo in considerazione che il peggioramento della salute, a sua volta, può portare nel lungo periodo a conseguenze negative anche sui costi del servizio sanitario (O'Brien, 1989). La precarizzazione della salute per carenza di cure – mancato acquisto dei farmaci – può rendere necessario per questi stessi cittadini ricorrere a soluzioni alternative (come l'ospedalizzazione) che sono molto costose per il sistema sanitario, con un saldo passivo tra le risorse derivate dal copayment e le terapie prestate.

La ricerca sociologica ha messo in luce che il documentato incremento dei costi che devono sopportare gli utenti ha ripercussioni più significative sugli strati più deboli della popolazione piuttosto che sui cittadini che dispongono di maggiori risorse economiche (France *et al.*, 2005; Cardano *et al.*, 1998; Parker e Wong, 1997). La scarsità di mezzi rende difficile far fronte all'aumento dei costi delle prestazioni e rischia di far diventare più fragili proprio quella parte di cittadini che già sperimenta le situazioni più gravi di vulnerabilità. D'altra parte, come ampiamente noto in letteratura, la domanda più frequente di salute viene proprio dai soggetti socio-economicamente più vulnerabili, ad esempio parte degli anziani (Dalstra *et al.*, 2006; Lucchini, 2007). È chiaro dunque che un'efficace ed efficiente politica di compartecipazione ai costi dovrebbe riuscire a limitare i fattori di distorsione legati alla richiesta di prestazioni superflue, senza ostacolare l'accesso al sistema di coloro che delle cure mediche hanno bisogno, ma che, al contempo, incontrano maggiori ostacoli nel farsi carico dei costi aggiuntivi dovuti al co-payment.

Se si guarda alla letteratura soprattutto economica che ha studiato l'effetto del cost-sharing sulla domanda di farmaci l'accento è posto soprattutto sulla variazione nel numero di prescrizioni e sulla spesa farmaceutica (Atella, 2000; Street *et al.*, 1999; O'Brien, 1989; si veda anche la rassegna della letteratura sull'argomento di Gibson *et al.*, 2005). Le indagini sono concordi nell'affermare che variazioni del costo, sia nel senso di un suo aumento che di una sua riduzione, sopportate dagli utenti

influiscono significativamente sul loro comportamento di consumo di farmaci³. In un articolo Fiorio e Siciliani (2010) hanno stimato che in Italia la crescita (tra il 2001 e il 2003) di un euro di copayment avrebbe ridotto il numero di prescrizioni procapite del 4% e la spesa farmaceutica pubblica procapite del 3,4%. Gli autori hanno calcolato anche che l'impatto della riduzione (non l'eliminazione, in alcune regioni nel 2006) di un euro nel copayment avrebbe aumentato il numero di prescrizioni procapite del 3,4% e la spesa pubblica in farmaci del 4,9%.

Questi dati, che permettono di valutare l'impatto del co-payment sulle scelte di consumo e spesa di farmaci, lasciano in ombra in realtà due aspetti essenziali per cogliere appieno la portata che le scelte in materia di co-payment hanno sugli individui.

Il primo aspetto è legato al fatto che la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN mostra un'evidente eterogeneità tra le regioni. A partire dal 2002, infatti, è lasciata alle regioni libertà di scelta sull'introduzione e sull'ammontare dell'importo a carico dei cittadini per l'acquisto dei farmaci (e non solo), e ciò ha fatto emergere specificità regionali che difficilmente possono essere valutate attraverso medie complessive nazionali (Fiorio e Siciliani, 2010). Infatti, i valori medi non tengono conto di peculiarità nei diversi assetti regionali: se in media il ticket ha un certo effetto, non è detto che questo impatto sia lo stesso nelle diverse regioni e che si mantenga nel corso del tempo.

Il secondo aspetto rimanda invece alle conseguenze che si osservano tra i differenti gruppi sociali che si trovano a dover affrontare un aumento dei costi per poter comperare i medicinali. È chiaro che l'introduzione o l'aumento di un ticket sui farmaci non incide sulle categorie esenti, per lo più definite in base all'età, al reddito o che includono soggetti con specifiche caratteristiche (malati cronici, invalidi civili o di guerra, ecc.)⁴, ma, anche con l'esclusione di questa fascia di popolazione, resta una quota significativa di cittadini per i quali il ticket incide in modo rilevante sulle scelte di consumo dei farmaci.

³ A ciò si aggiunga l'influenza di un altro fattore ritenuto determinante per dar conto della rigidità al prezzo dei farmaci, ma più in generale, per attuare un'efficace politica di compartecipazione ai costi da parte dei cittadini, il ruolo del medico. Quest'ultimo rappresenta il punto di contatto tra il paziente e il sistema sanitario. Le decisioni prese dal medico (quali farmaci, esami diagnostici, terapie prescrivere) sono difficilmente contestabili da parte del paziente, che si vede costretto ad accettare le indicazioni mediche, al di là dei costi che è chiamato a sostenere. Detto in altri termini, le medicine o le terapie diventano necessarie nel momento che il medico le prescrive e la necessità è, in buona misura, insensibile al prezzo. In questa prospettiva la ricerca empirica ha messo in luce che il rapporto medico-paziente diventa lo snodo centrale su cui intervenire se si vuole ridurre in modo significativo il rischio di azzardo morale (Birò, 2013; Doran *et al.*, 2005). Sul rapporto medico-paziente sulla prescrizione dei farmaci si veda anche Florio e Siciliani (2009, 835).

⁴ Anche la decisione su quali soggetti o categorie esentare è lasciata alle regioni.

Date queste premesse gli obiettivi del presente lavoro sono tre, strettamente connessi tra loro:

- a) Stabilire se sussistano significative differenze nella spesa di farmaci tra le famiglie in migliori condizioni socio-economiche e quelle che invece si trovano in condizioni di disagio o vulnerabilità.
- b) Valutare se le differenze osservate tra le famiglie siano in qualche misura associate alla quota di compartecipazione richiesta ai cittadini.
- c) Osservare se la relazione tra consumo di farmaci e quota del ticket vari tra le regioni italiane che hanno fatto scelte diverse in tema di compartecipazione ai costi nell'ultimo decennio quanto a importo della compartecipazione richiesta.

2. *L'andamento della spesa in farmaci in Italia*

Per rispondere in modo ottimale alle questioni proposte servirebbero database estensivi, longitudinali e distinti a livello regionale, degli acquisti di medicinali e della relativa quota di ticket pagato, e soprattutto delle caratteristiche socio-demografiche degli acquirenti.

Questi dati non sono però al momento disponibili, se non in forma aggregata, oppure attraverso proxy dei reali fenomeni oggetto di studio, o parzialmente solo per alcune regioni.

Siamo quindi impossibilitati a rispondere direttamente agli interrogativi di ricerca, tuttavia siamo in grado, attraverso un accorto uso di dati alternativi, di produrre elaborazioni che contribuiscono ad arricchire ciò che già sappiamo sul tema del copayment applicato ai farmaci. Questo studio dunque contribuisce a fornire una serie di spunti di riflessione sulla relazione tra ticket sanitari e disuguaglianze sociali.

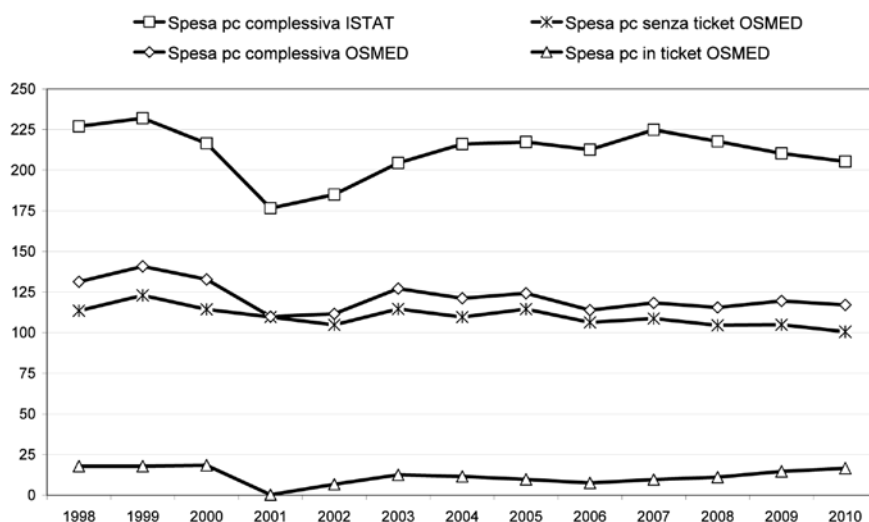
I dati qui utilizzati derivano principalmente da due fonti, l'Indagine sui consumi delle famiglie italiane dell'ISTAT (2011, in cui è registrata la spesa sostenuta in medicinali ed annesso ticket, purtroppo senza distinzione tra le due voci), e i dati aggregati di OSMED⁵ (2012) sulle entrate relative ai ticket sui medicinali delle diverse regioni italiane. Entrambi le fonti sono disponibili dalla fine degli anni Novanta, anche se qui abbiamo deciso di limitare l'analisi a partire dal 2001. Come noto, infatti, nel 2001 i ticket sui medicinali furono eliminati in tutta Italia, così che il 2001 diventa un anno di benchmark rispetto alle politiche sanitarie degli anni successivi (in cui il ticket fu reintrodotta nelle diverse regioni seppure in modo differenziato)⁶.

⁵ Sono stati consultati i rapporti OSMED *L'uso dei farmaci in Italia* dal 2000 al 2010 pubblicati da AIFA, Agenzia Italiana del farmaco.

⁶ Nel 2001 la Legge n. 388, 23 dicembre 2000 ha abolito il copayment, per poi lasciare

La figura 1 mostra la spesa procapite in euro in medicinali dal 1998 al 2010 armonizzata al 2010 (in euro correnti) secondo l'indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati.

Fig. 1 *Trend delle spese procapite in medicinali in euro, dato Istat e OSMED a confronto*



Secondo entrambe le serie, OSMED ed ISTAT, la spesa privata in medicinali complessiva procapite è rimasta sostanzialmente stabile con una leggera diminuzione negli ultimi anni (la correlazione tra le due misure è 0,69). Il dato ISTAT sulla spesa in medicinali comprende però anche la quota di ticket. Dai dati OSMED, in cui è invece possibile scorporare le due quantità, si vede che in realtà la diminuzione della spesa in farmaci è di segno opposto all'andamento della spesa procapite in ticket⁷.

In sintesi, il dato ISTAT si dimostra un buona proxy della spesa in medicinali degli italiani. Il problema è che non è scorporabile all'interno di questa la quota destinata al ticket, che secondo OSMED si è fatta più consistente negli ultimi anni.

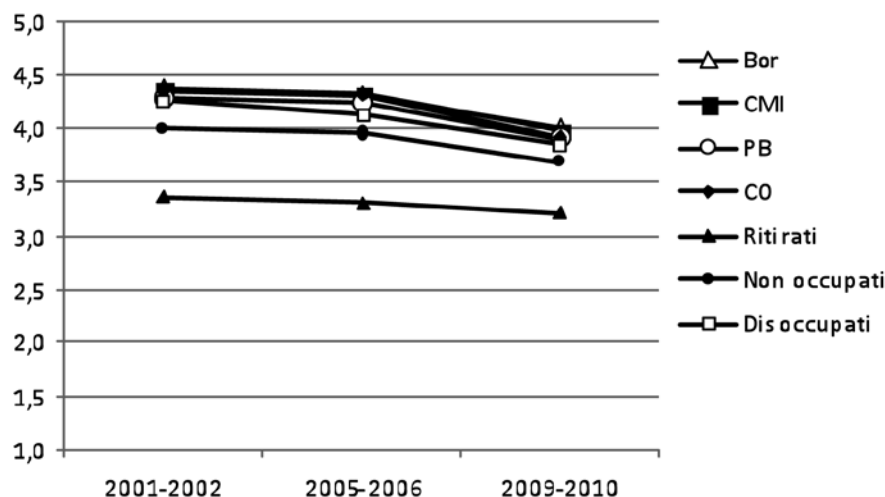
qualche mese dopo, con una nuova legge, la n. 405, 16 novembre 2001, la possibilità alle regioni di adottare le strategie ritenute più opportune.

⁷ A livello regionale il consumo procapite Istat in medicinali si mostra un buon indicatore dei valori riportati da OSMED fino al 2006 (nel 2000 la correlazione era 0,82, nel 2006 era 0,91). Dopo questi anni la liberalizzazione delle farmacie ha invece introdotto elementi di eterogeneità che rendono inadeguata la comparazione.

È importante raccogliere evidenze sul fatto che, a fronte di questo calo, sia rimasta sostanzialmente invariata la domanda di salute da parte dei cittadini, o perlomeno non è diminuita.

Se guardiamo le figure 2.1 e 2.2 che riportano rispettivamente i trend relativi alla salute percepita e alla presenza di malattie croniche gravi (diabete, infarto, angina pectoris, bronchite, cirrosi, tumore)⁸ possiamo osservare, ancorché sommariamente, come la domanda di salute non sia decresciuta nel periodo considerato, anche in considerazione della classe occupazionale di appartenenza. Anzi rispetto alla salute percepita vi è un sensibile calo nell'ultimo biennio preso in esame (si veda per raffronto lo studio sull'aumento dei tassi di suicidio in Italia, De Vogli *et al.*, 2012).

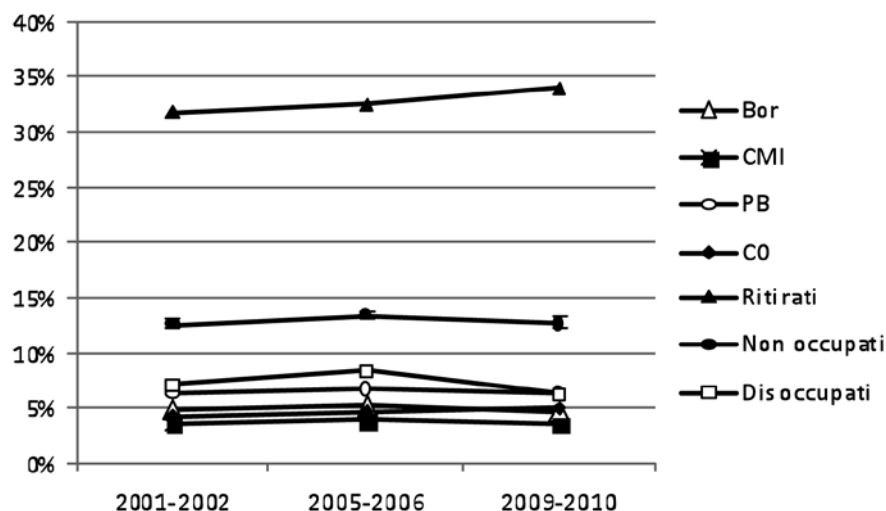
Fig. 2.1 *Trend della salute percepita (dove 1 è peggiore e 5 è migliore) secondo la classe sociale di riferimento*



Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT Aspetti della vita quotidiana, 2001, 2002, 2005, 2006, 2009 e 2010; N=204223, Italia, individui

⁸ La distinzione tra malattie croniche gravi e semplici malattie croniche deriva dalla definizione che ne dà Istat.

Fig. 2.2 Trend della presenza di almeno una patologia cronica grave, secondo la classe sociale di riferimento



Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT Aspetti della vita quotidiana, 2001, 2002, 2005, 2006, 2009 e 2010; N=204223, Italia, individui

Se passiamo dal dato nazionale della compartecipazione al dettaglio regionale possiamo descrivere il differenziarsi delle politiche sanitarie.

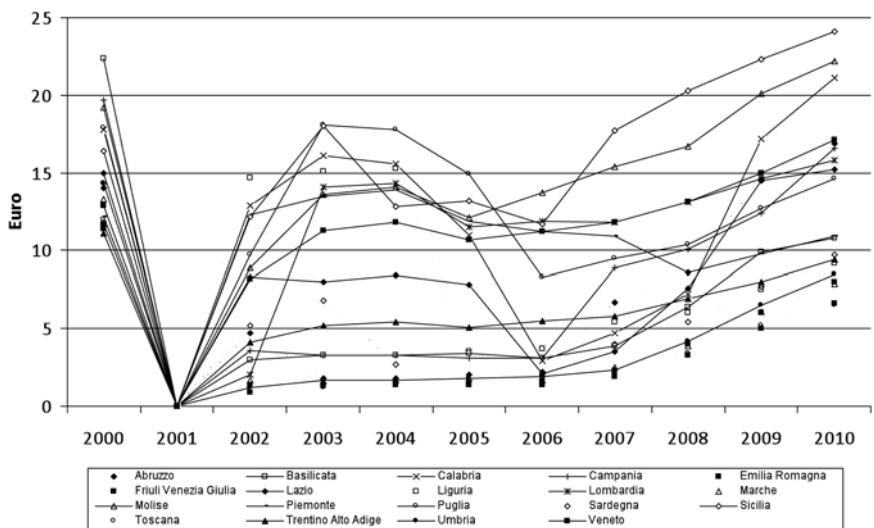
Nella figura 3 si osserva come le regioni abbiano perseguito strategie differenti nel determinare le quote di ticket.

Per ragioni di spazio abbiamo deciso di approfondire tre contesti regionali che possono essere usati come sintomatici delle diverse politiche sanitarie attuate a partire dal 2001.

La regionalizzazione in Italia, come altrove, si è intrecciata con i processi di aziendalizzazione del SSN e con l'adozione della così detta "concorrenza amministrata" (Enthoven, 1985), successivamente evoluta verso forme di "cooperazione amministrativa" (Vicarelli, 2002). Tale processo che sostanzialmente è consistito in un trasferimento di poteri sull'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, all'interno di una cornice normativa nazionale e che non è ancora completamente definita (Neri, 2006), ha originato processi differenziati con veri e propri modelli di *governance* dei SSR. Spetta infatti alle singole regioni stabilire l'assetto organizzativo e regolativo dei propri Servizi Sanitari Regionali, ciò determina esiti diversi nella configurazione dell'offerta e nella regolazione.

Per quanto riguarda l'offerta, le regioni possono scegliere fra un forte grado di integrazione fra le funzioni di finanziamento e produzione, mantenendole entrambe all'interno dell'ASL, oppure possono separare le due

Fig. 3 Copayment sui farmaci (quota ticket sulla spesa in medicinali) in tutte le regioni italiane (fonte OSMED)



funzioni, mantenendo la prima in capo all'ASL e attribuendo la seconda alle Aziende Ospedaliere, che riuniscono le strutture di produzione dei servizi scorporate dalle ASL (Neri, 2006).

Il sistema sanitario italiano, a fianco del pubblico, annovera una serie di produttori privati accreditati sia profit che non-profit. Tutte le regioni inoltre hanno previsto tetti di spesa a carico del SSN e i cittadini possono scegliere liberamente la struttura a cui rivolgersi fra quelle accreditate o pubbliche. Sulla base di queste ed altre variabili in letteratura (Mapelli, 2007; Neri, 2006; 2008) sono stati individuati tre modelli di *governance* dei SSR:

Modello competitivo, che si fonda sulla competizione tra le organizzazioni sanitarie (Lombardia).

Modello cooperativo o integrato fra le diverse organizzazioni sanitarie e che ritroviamo fra le regioni centro settentrionali e quelle del Nord Est le quali si rifanno ad una programmazione negoziata (Toscana).

Modello residuale-incrementale in cui sono ancora, in buona misura, i tradizionali modelli burocratici di governo a gestire i sistemi, ciò si verifica in particolare nelle regioni meridionali (Campania).

Anche rispetto all'applicazione del ticket dalla Figura 3 si evidenziano diversi modelli di politica sanitaria di copayment farmaceutico. Il primo è caratterizzato dal contenimento del ticket fino al 2008, anno dopo il quale si registra un incremento seppur lieve. In questo gruppo rientrano

l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, le Marche, la Sardegna, la Toscana, il Trentino Alto Adige e l'Umbria.

Un secondo modello ha visto l'applicazione di un ticket piuttosto elevato negli anni immediatamente successivi al 2001 e poi un andamento conservativo dello stesso, senza drammatiche impennate negli ultimi anni. In questo secondo modello rientrano la Lombardia, il Piemonte, la Puglia e il Veneto.

Il terzo modello invece è caratterizzato inizialmente da un sostanziale contenimento del ticket a cui ha fatto seguito un'esplosione negli ultimi anni, in particolare a partire dal 2006. A questo gruppo appartengono l'Abruzzo, la Basilicata, la Campania e il Lazio.

Oltre questi modelli che presentano omogeneità facilmente riconoscibili si sono invece mosse in ordine sparso la Calabria, il Molise, la Sicilia e la Liguria. In queste quattro regioni si è assistito a fasi alternate di espansione e contrazione del copayment sui farmaci. Si può comunque osservare che Calabria, Molise e Sicilia mostrano una crescita notevole negli ultimissimi anni della quota ticket applicata, mentre la Liguria è l'unica Regione che partendo da un alto copayment (nel triennio 2002-2004) ha registrato un'inversione di tendenza, riallineandosi negli anni seguenti alle regioni con un ticket più contenuto.

In sintesi possiamo etichettare i tre modelli di gestione del copayment con i seguenti titoli, con l'esclusione dunque delle regioni i cui percorsi non sono facilmente assimilabili (Calabria, Molise, Sicilia e Liguria):

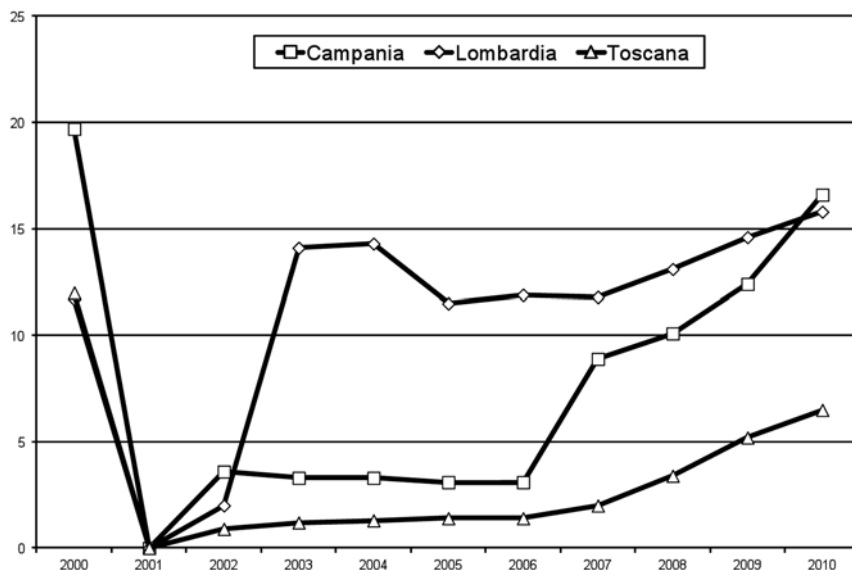
- 1) Modello del "go&stop" (Lombardia, Piemonte, Puglia e Veneto)
- 2) Modello del "stop&go" (Abruzzo, Basilicata, Campania e Lazio).
- 3) Modello del "contenimento" (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Sardegna, Toscana, Trentino Alto Adige e Umbria).

Per ognuno dei tre modelli appena descritti si è deciso di approfondire le analisi su un unico caso regionale. Le regioni prese come riferimento sono la Lombardia, la Toscana e la Campania. Si veda a proposito la figura 4.

La Lombardia ha elevato il ticket in modo sensibile già nel 2003, al 14%, per poi mantenerlo abbastanza costante, attestandosi al 16% nel 2010. La Toscana ha mantenuto il copayment piuttosto basso fino al 2008, al di sotto del 5%, per poi aumentarlo progressivamente, pur in modo contenuto, al 7% circa nel 2010. La Campania ha mantenuto il copayment piuttosto basso fino al 2006, al di sotto del 5%, per dar poi vita ad un forte aumento, arrivando in pochi anni nel 2010 al 17%.

Come abbiamo argomentato le regioni prese in considerazione sono particolarmente interessanti perché oltre a presentare tre modelli specifici di introduzione e gestione del copayment (Tognetti Bordogna *et al.*, 2012, Terraneo *et al.*, 2013) presentano anche specificità nel loro modello di Servizio Sanitario Regionale (Mapelli, 2007; Neri, 2008).

Fig. 4 Copayment sui farmaci (percentuale di ticket sulla spesa in medicinali) in Campania, Lombardia e Toscana (fonte OSMED)



3. Analisi delle disuguaglianze nella spesa in farmaci nelle famiglie italiane

A questo punto possiamo porre in relazione l'andamento del copayment nelle tre regioni selezionate con la spesa in medicinali sostenuta dalle famiglie italiane ivi residenti.

I dati ISTAT dell'indagine sui consumi mettono a disposizione una serie di informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche delle famiglie permettendoci di stimarne i diversi livelli di consumo in modo da poter analizzare come vari la spesa in farmaci in associazione alle diverse possibilità economiche.

Dato che stiamo trattando di spesa in medicine, un valore monetario espresso in euro al mese, la migliore proxy per valutare le condizioni socio-economiche delle famiglie è rappresentata dai consumi effettuati.

L'indicatore della ricchezza familiare è quindi identificato dai decili delle distribuzione dei consumi equivalenti⁹. Ricordiamo che l'indagine sui consumi viene impiegata dall'ISTAT per valutare il fenomeno della

⁹Le famiglie sono equivalenti nei consumi secondo la scala OECD modificata. Questa scala, proposta per primo da Haagenars *et al.* (1994), assegna il valore 1 al capofamiglia, 0,5 ad ogni membro addizionale adulto e 0,3 a ogni bambino.

povertà in Italia e quindi si costituisce come uno strumento di rilevazione assai prezioso dal punto di vista comparativo in senso diacronico e territoriale. Occorre anche tenere presente che i decili di consumo sono fortemente associati alla classe occupazionale della famiglia (si veda la tabella 1), che tuttavia risulta essere un predittore piuttosto impreciso della spesa farmaceutica, soprattutto per quelle categorie in cui l'eterogeneità nel benessere è maggiore (classe media impiegatizia e piccola borghesia).

Tab. 1 *Classe occupazionale familiare (definita sulla base dell'occupazione della persona di riferimento¹⁰) e decile di consumo equivalente corrispettivo, percentuali di riga (N=265818, Italia, famiglie)*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Totale |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| Borghesia | 1,9 | 3,3 | 5,0 | 6,0 | 7,4 | 9,4 | 11,3 | 13,4 | 17,7 | 24,6 | 100,0 |
| Classe media impiegatizia | 2,8 | 5,6 | 7,5 | 9,1 | 10,7 | 11,2 | 12,4 | 13,4 | 13,6 | 13,8 | 100,0 |
| Piccola borghesia | 5,3 | 8,4 | 9,1 | 9,8 | 10,8 | 10,9 | 11,2 | 11,7 | 11,6 | 11,2 | 100,0 |
| Classe operaia | 9,5 | 11,3 | 12,0 | 11,8 | 11,3 | 10,9 | 10,0 | 9,0 | 7,7 | 6,6 | 100,0 |
| Ritirati | 14,2 | 12,2 | 11,1 | 10,3 | 9,6 | 9,2 | 8,9 | 8,5 | 8,3 | 7,7 | 100,0 |
| Non occupati | 17,6 | 13,9 | 11,7 | 10,5 | 9,4 | 9,0 | 8,0 | 7,3 | 6,8 | 5,9 | 100,0 |
| Totale | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 100,0 |

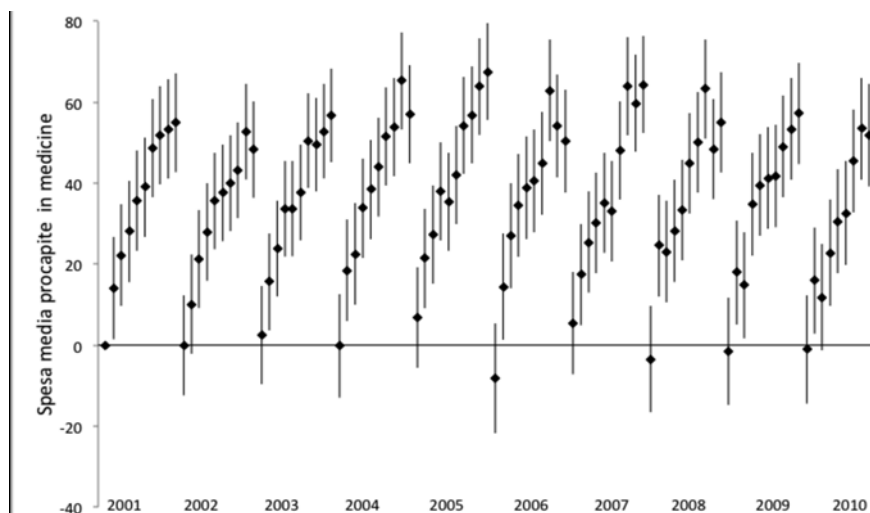
Dato che la nostra variabile dipendente è costituita dalla spesa privata in medicinali, è bene rammentare la necessità di tenere sotto controllo alcune caratteristiche socio-demografiche della famiglia in quanto associate a peggiori condizioni di salute e quindi ad una maggiore spesa sanitaria. Rispetto alle informazioni disponibili prenderemo in considerazione come possibili confondenti il genere e l'età della persona di riferimento, la presenza di anziani (oltre i 74 anni), la presenza di bambini (fino a 6 anni) e le dimensioni della famiglia (i valori sono già pro-capite ma la dimensione familiare potrebbe esercitare ulteriori effetti di scala). A questa finalità sono stati implementati due modelli di regressione (Tobit e OLS)

¹⁰ Secondo la definizione ISTAT la persona di riferimento è: "L'intestatario della scheda anagrafica (corrisponde al vecchio concetto di capo famiglia) e rispetto al quale sono definite le relazioni di parentela". (ISTAT, Glossario statistico).

per stimare i coefficienti tra il decile di reddito e la spesa in medicinali indicizzata al 2010 (che costituisce dunque la nostra variabile dipendente), i quali potranno essere interpretati come una misura di quanto le famiglie spendono a seconda delle loro condizioni economiche.

Il primo modello statistico (regressione Tobit) coinvolge le categorie di tutte le tre regioni e tutti gli anni presi in esame in modo da poter confrontare tra loro direttamente i coefficienti¹¹. Questo modello considera contemporaneamente i casi censurati, con spesa in medicine nulla, e le famiglie con spesa maggiore di zero. L'assunto del modello è che il processo latente che genera l'assenza di spesa è lo stesso di quello che genera una spesa positiva (Cameron e Trivedi, 2009). In questo caso riteniamo che tale processo sia imputabile alle condizioni di salute delle famiglie. La categoria di riferimento, unica per le tre regioni e per la finestra osservativa 2001-2010, è formata dalle famiglie della Lombardia appartenenti al primo decile nel 2001 (dunque le famiglie più povere). Si veda il punto più a sinistra senza intervalli di confidenza nella figura 5.1. Rispetto a questo tipo familiare che ha come spesa media di riferimento il valore zero, osserviamo come le altre famiglie spendano mediamente più o meno di essa.

Fig. 5.1 *Stima della spesa media pro-capite in medicinali in Lombardia secondo il decile di reddito familiare, per anno, e relativi intervalli di confidenza al 95%*



¹¹ È stato testato un modello con variabile dipendente il logaritmo naturale della spesa in medicinali (aggiungendo una quantità infinitesima alle famiglie con spesa zero). I risultati non si modificano in modo sostanziale.

Fig. 5.2 *Stima della spesa media pro-capite in medicinali in Toscana secondo il decile di reddito familiare, per anno, e relativi intervalli di confidenza al 95%*

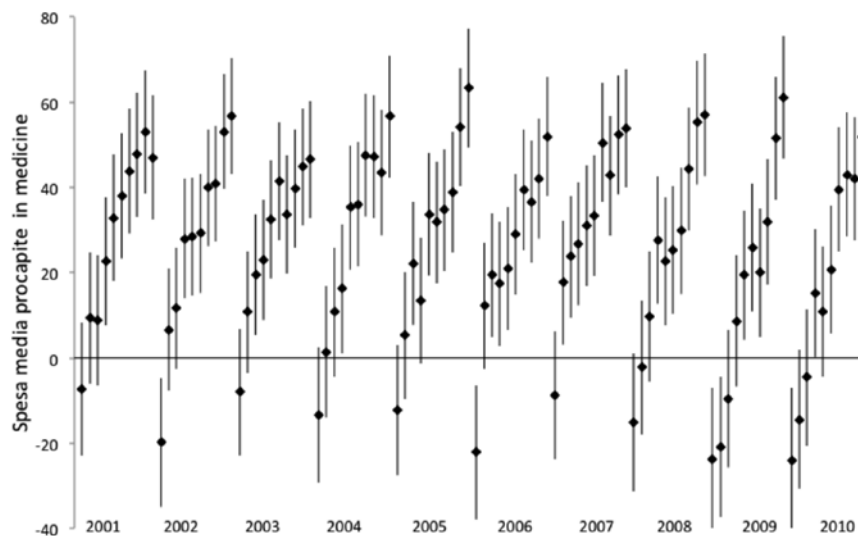
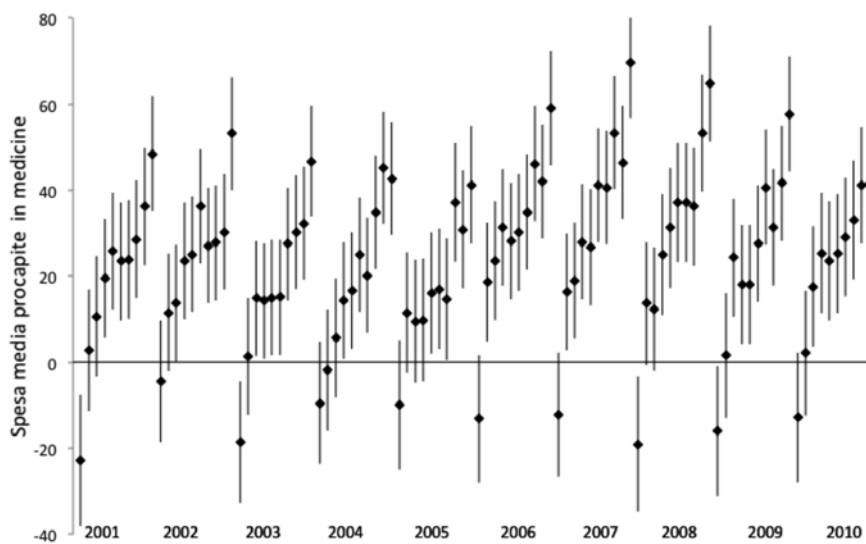


Fig. 5.3 *Stima della spesa media pro-capite in medicinali in Campania secondo il decile di reddito familiare, per anno, e relativi intervalli di confidenza al 95%*



Esaminiamo ora più da vicino i risultati riportati nelle figure 5.1, 5.2 e 5.3.

Innanzitutto, come era lecito attendersi, la maggior parte delle famiglie tende a spendere di più rispetto alla categoria di riferimento. Si osserva come i valori medi di spesa delle famiglie appartenenti agli altri decili nelle altre regioni e negli altri anni si mostrino quasi sempre positivi variando in un range tra circa -10/20 fino a circa 60 euro.

Le famiglie dei decili più poveri tendono sostanzialmente a mantenere la stessa cifra di spesa nel tempo: leggermente più bassa in Toscana e in Campania, e più alta in Lombardia (attorno allo zero, rispetto alla categoria di riferimento). Infatti i punti corrispondenti ai valori medi di spesa procapite in medicinali si situano nella parte bassa delle figure. In particolare, se si guarda al decile più basso, le variazioni di spesa in farmaci nel corso del decennio analizzato sono praticamente nulle in tutte le regioni, come emerge in modo chiaro se si guarda all'incertezza che circonda le stime.

Ricordiamo che i valori sono indicizzati al potere d'acquisto del 2010, dunque sulla scorta dei risultati ottenuti si deve ritenere che la spesa in farmaci per le famiglie più povere rimanga invariata. Occorre inoltre sottolineare che verosimilmente le esenzioni dai ticket previste in tutte le regioni, pur in modalità anche sensibilmente differenti, dovrebbero favorire proprio questa fascia di popolazione¹².

Un ulteriore passo nell'analisi è quello di provare a descrivere in che misura nel corso del tempo e nelle diverse regioni si sia assistito a un cambiamento nel differenziale di spesa tra le famiglie appartenenti ai diversi decili di consumo e se il mutamento sia in qualche modo associato alla variazione nell'importo del ticket.

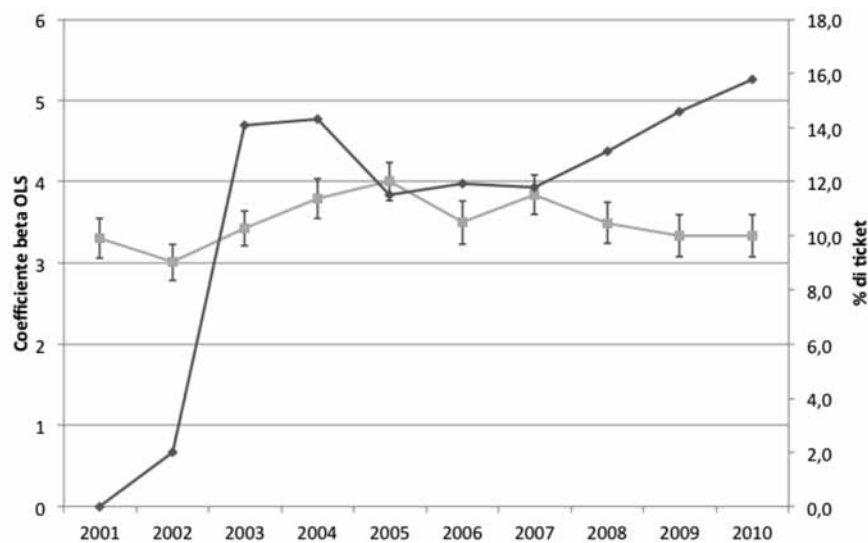
A questo scopo è stato implementato un secondo modello di regressione (OLS). Sono state costruite trenta variabili, ossia una per ogni anno nelle tre regioni, a partire dai decili di reddito, così da combinare sia la dimensione territoriale che temporale. Queste trenta variabili metriche consentono di stabilire quale sia la variazione della spesa in medicinali per un aumento unitario di un decile di reddito (quindi in un range da 1 a

¹² Ad esempio, se prendiamo come riferimento le sole esenzioni dal pagamento del ticket sui farmaci per reddito, emerge che in Lombardia non è prevista alcuna esenzione; in Campania invece sono esenti tutti i soggetti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a 10.000 €; in Toscana gli assistiti con reddito familiare fiscale o indicatore ISEE fino a € 36.151. Se prendiamo la categoria dei disoccupati, in Lombardia sono esenti gli iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico (ma dal 1 gennaio 2013 saranno esentati dal pagamento del ticket solo se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 euro/anno, ed i familiari a loro carico); in Campania e in Toscana sono esenti i disoccupati e i loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263 €, incrementato fino a 11.362 € in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516 € per ogni figlio a carico.

10) e, inoltre, di valutare come questa variazione cambi nel tempo. In sostanza, i valori dei parametri beta stimati ci dicono come nelle tre regioni si sia modificato il rapporto di spesa sulla base del decile di consumo delle famiglie. Infatti, più è elevato il valore del parametro beta, maggiore è il differenziale di spesa tra le famiglie ricche (quelle appartenenti ai decili più alti) e le famiglie con minori risorse economiche (quelle che rientrano nei decili più bassi). In altre parole, se nell'intervallo di tempo compreso tra t e $t+1$ il valore di beta è cresciuto, significa che la differenza tra quanto speso al tempo $t+1$ dalle famiglie con maggiori disponibilità finanziarie e quanto speso dalle famiglie più povere si è ampliato rispetto al tempo t . Al contrario, se nel periodo tra t e $t+1$ il valore di beta diminuisce, allora ciò vuol dire che si è verificato un avvicinamento nella spesa in medicinali tra le famiglie con reddito differente. Va ricordato che, se come discusso poco sopra, le famiglie più povere non modificano nel tempo il proprio comportamento di consumo in medicinali, allora la variazione di beta, sia in positivo che in negativo, è verosimilmente imputabile a cambiamenti nelle modalità di spesa delle famiglie appartenenti ai decili superiori.

Nei grafici 6.1, 6.2 e 6.3 sono riportati i valori beta degli effetti stimati¹³ (linea grigia), e gli annessi intervalli di confidenza, ed il peso per-

Fig. 6.1 *Percentuale del peso del ticket sulla spesa in farmaci (linea nera) e coefficienti beta del modello di regressione lineare per predire la spesa in farmaci in funzione del decile di reddito (linea grigia) - Lombardia*



¹³ Sono disponibili su richiesta agli autori le analisi per tutte le regioni.

Fig. 6.2 Percentuale del peso del ticket sulla spesa in farmaci (linea nera) e coefficienti beta del modello di regressione lineare per predire la spesa in farmaci in funzione del decile di reddito (linea grigia) - Toscana

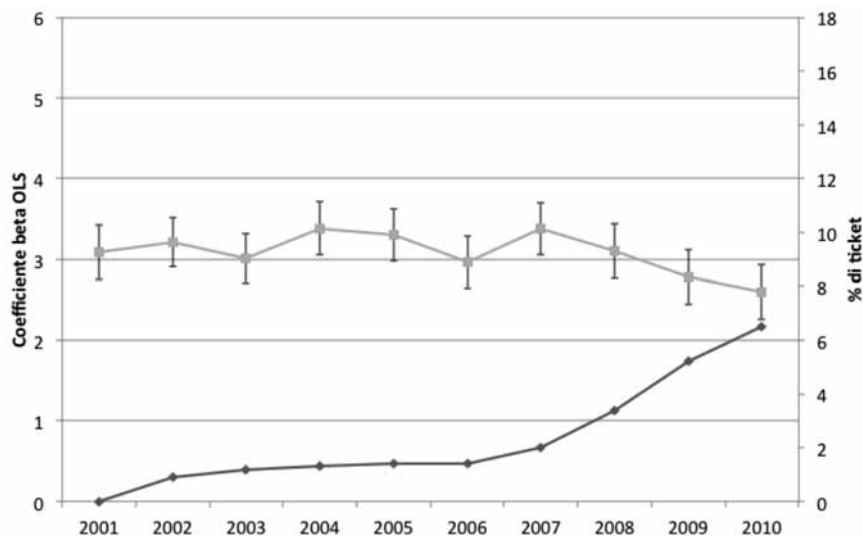
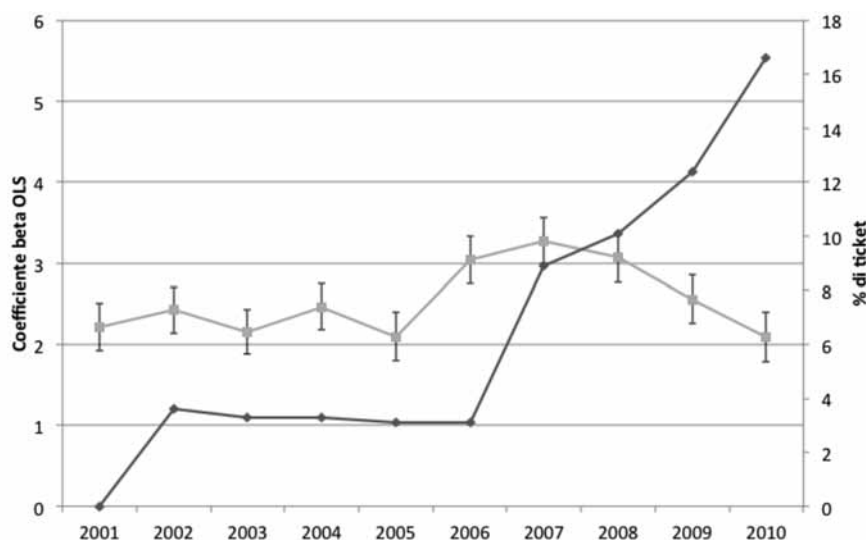


Fig. 6.3 Percentuale del peso del ticket sulla spesa in farmaci (linea nera) e coefficienti beta del modello di regressione lineare per predire la spesa in farmaci in funzione del decile di reddito (linea grigia) - Campania



centuale del ticket sulla spesa in farmaci (linea nera). Come detto, siamo interessati a capire se si possa affermare che esista un'associazione tra le due grandezze, ossia se la variazione della compartecipazione ai costi sostenuta dai cittadini abbia avuto un impatto differenziato sulle famiglie, tale da modificare la distanza tra le famiglie benestanti e le famiglie indigenti in termini di spesa per medicinali.

Iniziamo dalla Lombardia (fig. 6.1). In concomitanza con l'aumento consistente del ticket a partire dal 2003 è cresciuto anche il differenziale di spesa tra le famiglie dei decili più alti e quelle dei decili più bassi. In sostanza, la compartecipazione ai costi sembra essere stata pagata più dalle famiglie meno povere. Dal 2007, dopo un periodo di relativa stabilità, il ticket ha di nuovo ripreso a crescere, ma all'opposto di quanto è avvenuto in precedenza, la differenza di spesa tra le famiglie di decili diversi si è ridotta, seppur di poco. Dunque, si può affermare che le famiglie non povere (non appartenenti al primo decile) hanno leggermente compresso le proprie spese in medicinali.

In Toscana (fig. 6.2) fino al 2006 si osserva una forte stabilità sia nella quota di ticket a carico degli utenti sia del rapporto tra le famiglie appartenenti ai diversi decili in termini di spesa in medicinali. Dall'anno successivo, la crescita progressiva del co-payment ha visto una concomitante contrazione del differenziale di spesa tra le famiglie più ricche e quelle più povere, in linea con quanto accaduto negli stessi anni in Lombardia.

Infine, in Campania (fig. 6.3) si assiste ad un aumento significativo del ticket a partire dal 2007, a cui pare associato un iniziale ampliamento della forbice della spesa in farmaci tra famiglie dei decili più alti e decili più bassi. Negli anni successivi, comunque, mentre il co-payment ha continuato a crescere in modo ragguardevole, il differenziale tra le famiglie è invece diminuito sensibilmente.

Tali conclusioni necessitano di conferme, tuttavia vanno nel segno di una lettura più articolata delle ipotesi di Drummond (2012). L'elasticità della domanda di farmaci parrebbe differente secondo le fasce di benessere economico. Le famiglie più povere sarebbero meno esposte al ticket poiché più frequentemente esenti, tuttavia lasciano immutata nel tempo la loro spesa in medicinali. Le famiglie non povere invece asseconderebbero maggiormente il ciclo economico tagliando la spesa in farmaci diventata via via più onerosa anche a causa di ticket maggiorati.

4. Discussione e conclusioni

In questo lavoro abbiamo compiuto una riflessione sul tema delle disuguaglianze sociali associate al copayment sui medicinali. In particolare il tema del ticket rimanda ad una delle più rilevanti dimensioni delle disuguaglianze in salute, cioè il benessere economico (Marmot e Wilkinson, 1999).

Abbiamo visto come il tema sia particolarmente delicato in quanto il ticket si presta ad essere un buono strumento per ridurre la spesa sanitaria pubblica con un duplice potenziale effetto, far diminuire la domanda di farmaci non necessari, reperire fondi attraverso la compartecipazione degli utenti. Tuttavia la sua applicazione potrebbe ripercuotersi sulle disuguaglianze sociali accentuando il divario tra famiglie con diverso ammontare di risorse socio-economiche.

Malgrado le insufficienze nei dati a disposizione, le analisi condotte sui dati ISTAT sui consumi delle famiglie italiane e sui dati OSMED sulla spesa in ticket hanno prodotto alcuni spunti interessanti. Rispetto alle tre ipotesi puntualmente anticipate nel primo paragrafo possiamo tentare alcune risposte.

Le analisi hanno mostrato che la quota di spesa dovuta ai ticket è aumentata negli ultimi anni a fronte di una lieve diminuzione della spesa complessiva in medicinali.

L'analisi dei consumi ha evidenziato che esiste un netto gradiente tra la ricchezza familiare (stimata attraverso i decili di consumo equivalente) e la spesa in medicinali¹⁴. Le famiglie più povere, a parità di caratteristiche socio-demografiche, tendono a spendere meno in farmaci delle famiglie più benestanti. L'associazione tra decile di consumo e spesa pare piuttosto regolare. Abbiamo anche visto che la spesa procapite rimane simile nel periodo considerato per le famiglie appartenenti al decile più povero, e al contrario, sono coloro che appartengono ai decili superiori a variare i livelli di spesa nel tempo. Tutto ciò avviene in un arco temporale in cui le condizioni di salute paiono rimaste sostanzialmente invariate, se non in taluni indicatori addirittura peggiorate (si vedano le figure 2.1 e 2.2).

Le tre regioni prese in esame, Lombardia, Toscana e Campania, che afferiscono a modelli differenti di SSR, mostrano storie diverse, per quanto riguarda sia la spesa in medicinali sia la quota del ticket applicata nel corso del tempo. D'altra parte, però, sembra simile l'effetto che l'incremento del co-payment ha sulla disuguaglianza, al di là di specificità sociali ed economiche regionali e degli SSR, che certo non si possono ignorare. Occorre a questo proposito sottolineare che anche dall'analisi delle altre regioni, che qui non riportiamo per motivi di spazio, emerge un'associazione tra la variazione nel ticket e il differenziale tra decile di consumo della famiglia e spesa in farmaci¹⁵. L'associazione si presenta in modo

¹⁴ Purtroppo i dati a disposizione non permettono di tenere nella giusta considerazione i diversi carichi di patologie e disabilità delle famiglie, in modo da associare direttamente i bisogni di cura alla spesa farmaceutica.

¹⁵ In generale ad una stabilità del ticket corrisponde una sostanziale stabilità del differenziale, mentre ad una variazione della politica sanitaria in materia di copayment è evidente un cambiamento del differenziale. Questo cambiamento appare imprevedibile per intensità e per segno per le diverse regioni (pur mostrando similitudini tra alcune di esse) ed in relazione al momento in cui il ticket aumenta (in particolare se si guarda ai primi

complesso manifestando idiosincrasie e cambiamenti di segno nel tempo. In generale l'associazione conferma quanto emerge per le tre regioni prese a riferimento per i modelli individuati: "stop&go", "go&stop" e "contenimento".

Per Lombardia, Toscana e Campania, infatti, i dati mostrano un analogo andamento: un esito differenziato in virtù delle disponibilità economiche su cui possono far affidamento le famiglie e del periodo in cui l'incremento è avvenuto. Sembrerebbe che nel periodo precedente la crisi economica, a una maggiore richiesta di compartecipazione ai costi abbia fatto seguito una crescita delle spese in farmaci più accentuata per le famiglie più ricche. Al contrario, dopo l'esplosione della crisi nel 2008, l'aumento del copayment ha visto una riduzione del differenziale di spesa tra le famiglie appartenenti a decili più alti e quelli più bassi. In altre parole, nei primi anni analizzati, a fronte di un incremento del ticket, le famiglie più benestanti sembrano aver reagito spendendo di più rispetto alle famiglie meno abbienti. D'altra parte, negli ultimi anni si è assistito ad una contrazione della spesa in medicinali delle famiglie non appartenenti al primo decile. Ciò indica che l'elasticità della spesa in farmaci sarebbe dunque maggiore per le famiglie più benestanti, ma inferiore per le famiglie povere.

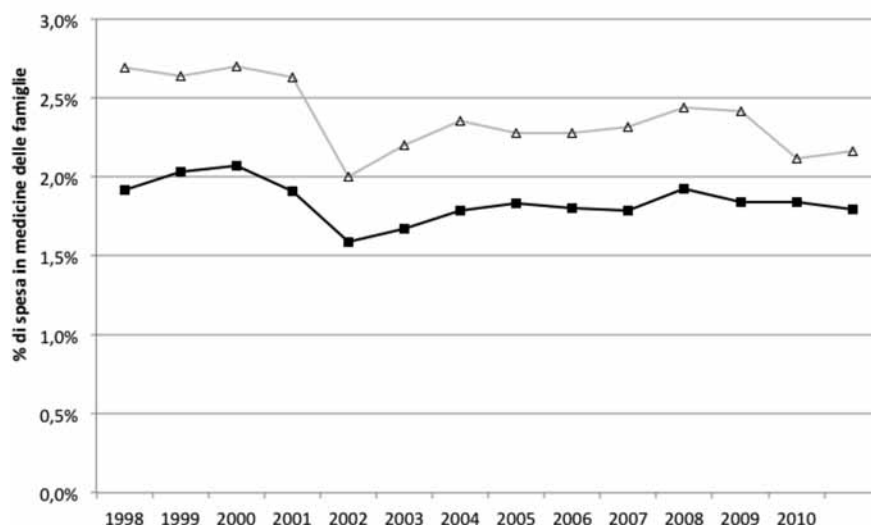
Le nostre analisi suggerirebbero quindi un effetto parzialmente positivo dell'applicazione del ticket, in termini di equità e di maggiori incassi per il sistema sanitario. Infatti, si può ritenere che la contrazione delle spese per le famiglie più ricche non sia imputabile a una mancanza di risorse finanziarie, quanto a un taglio nell'acquisto di medicinali non necessari. Tuttavia se questi effetti del co-payment possono essere considerati nei primi anni di applicazione all'insegna dell'equità e quindi positivamente, occorre considerare che negli ultimi anni i costi di compartecipazione sono aumentati progressivamente. In tal senso, dall'esame delle figure 5.1, 5.2 e 5.3 parrebbe che l'innalzamento del ticket si sia ripercosso negativamente anche sui consumi delle famiglie socio-economicamente vulnerabili, ossia quelle famiglie appena sopra il decile più povero (appartenenti al secondo e terzo decile, per intenderci).

A ulteriore supporto di questa lettura possiamo anche considerare l'andamento della quota di spesa dedicata alle medicine sul totale dei consumi familiari, distinta per famiglie povere (secondo la definizione OECD)¹⁶ e non, riportato nella figura 7. Il trend mostra una significativa

anni del 2000 piuttosto che dal 2008). I dettagli per regione delle analisi sono disponibili su richiesta agli autori.

¹⁶ È definita povera una famiglia al di sotto del 60% della mediana della distribuzione dei consumi equivalenti secondo la definizione OECD modificata (vedi nota 9; Lucchini e Sarti, 2005). Analisi più dettagliate su spese sanitarie e povertà sono state presentate nel working paper "Tempi di crisi: povertà e spesa sanitaria nelle famiglie italiane, un'analisi di trend dal 1997 al 2010" alla conferenza Espanet di Roma *Risposte alla crisi, esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa* tenuta a Roma il 20-22 settembre 2012.

Fig. 7 Percentuale di spesa in medicine sul totale dei consumi familiari equivalenti per famiglie povere (linea grigia) e le altre famiglie (linea nera)



riduzione nell'ultimo biennio (al conclamarsi della crisi economica) delle percentuale di spesa dedicata alle medicine da parte della famiglie povere, a fronte di una sostanziale tenuta nelle altre famiglie.

In conclusione, entro i limiti dei dati impiegati e delle analisi qui condotte, il ticket reintrodotta nel 2001 sembrerebbe essere stato un utile strumento per sanzionare il *moral hazard* e per aumentare le entrate nelle casse pubbliche¹⁷ (agendo su una domanda di farmaci di tipo elastico e salvaguardando le famiglie più povere con esenzioni perequative). Tuttavia, il progressivo aumento del ticket associato alla crisi economica cominciata nel 2008, porta i segnali di una forte contrazione di consumi in farmaci che si traduce in un abbassamento del gradiente di spesa (ossia le famiglie più povere spendono, per i farmaci, relativamente poco meno rispetto a quelle più ricche). Nasce così il sospetto che negli ultimi anni il ticket tenda ad agire sempre più su una domanda di farmaci questa volta di tipo elastico, e che, quindi, andrebbe a gravare maggiormente sui decili più bassi.

Se questo fosse confermato¹⁸ costituirebbe decisamente un elemento

¹⁷ Si veda ancora lo studio di Fiorio e Siciliani (2010).

¹⁸ Per poter testare questa ipotesi occorrerebbero dati panel dettagliati sulle spese in farmaci (comprensivi della quota pagata per il ticket, di eventuali esenzioni, eccetera) relativi a tutte le regioni italiane e sulle caratteristiche socio-economiche degli utenti. Ciò

di allarme sociale. In un periodo di crisi economica come quello che stiamo vivendo, il rischio di non essere in grado di far fronte all'acquisto di farmaci necessari potrebbe coinvolgere anche una parte delle famiglie fino ad ora non toccate dal problema.

Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche
Università di Milano

e
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale
Università di Milano-Bicocca

Riferimenti bibliografici

Atella V. (2000), *Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price*, «Health Policy», 50, pp. 197-218.

Balduzzi A. (a cura di) (2008), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bologna, il Mulino.

Birò A. (2013), *Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe*, «Health Policy», 111, pp. 24-33.

Cameron C. e Trivedi P. (2009), *Microeconometrics using Stata*, College Station, Texas, Stata Press.

Cardano C. e Costa G. (1998), *Classi sociali e salute*, «Quaderni di Sociologia», 17, pp. 86-121.

Dalstra J.A.A., Kunst A.E. e Mackenbach J.P. (2006), *A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe*, «Social Science & Medicine», 62, 8, pp. 2046-2060.

De Vogli R., Marmot M. e Stuckler D. (2012), *Letter: Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession*, «Journal of Epidemiology & Community Health», jech 2012- 201607, Published Online First: 2 August 2012.

Doran J. R. e Henry D. (2005), *Moral hazard and prescription medicine use in Australia – the patient perspective*, «Social Science & Medicine», 7, pp. 1437-1443.

Drummond M. e Towse A. (2012), *Is it time to reconsider the role of patient co-payments for pharmaceuticals in Europe?*, «European Journal of Health Economy», 13, pp. 1-5.

Enthoven A.C. (1985), *Reflections on the management of the National Health Service: an American looks at incentives to efficiency in health services management in the UK*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, ISBN 0-900574-55-0.

consentirebbe un'analisi puntuale e comparativa della relazione tra compartecipazione ai costi dei farmaci e disuguaglianza sociale.

- Espin J. e Rovira J. (2007), *Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe*, Brussels, European Commission.
- Fiorio C. V. e Siciliani L. (2010), *Co-payments and the demand for pharmaceuticals: Evidence from Italy*, «Economic Modelling», 27, pp. 835-841.
- France G., Taroni F. e Donatini A. (2005), *The Italian health-care system*, «Health Economics», 14, pp. 187-202.
- Parker S. W. e Wong R. (1997), *Household income and health care expenditures in Mexico*, «Health Policy», 40, pp. 237-255.
- Gabriele S. e Raitano M. (2009), *Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia*, «Studi e Note di Economia», 3, pp. 541-569.
- Gibson T. B., Ozminkowski, R. J. e Goetzel R. Z. (2005), *The Effects of Prescription Drug Cost Sharing: A Review of the Evidence*, «The American Journal of Managed Care», 11, pp. 730-740.
- Hagenaars A., de Vos K. e Zaidi M. A. (1994), *Poverty Statistics in the Late 1980s: Research Based on Micro-data*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- ISTAT (2011), *Indagine sui consumi delle famiglie*, Roma, ISTAT.
- Id. (2012), *Aspetti della vita quotidiana*, Roma, ISTAT.
- Lucchini M. (2007), *Il gradiente sociale nelle disuguaglianze di salute nell'anzianità*, in Tognetti Bordogna M. (a cura di), *I grandi anziani tra definizione e salute*, Milano, FrancoAngeli.
- Lucchini M. e Sarti S. (2005), *Il benessere e la deprivazione delle famiglie italiane*, «Stato e Mercato», 74, pp. 231-266.
- Mapelli V. (2007), *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, Roma, FORMEZ.
- Marmot M. e Wilkinson R.G. (a cura di) (1999), *Social Determinant of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Mejer L. e Siermann C. (2000), *Income Poverty in the European Union: Children, Gender and Poverty gaps*, Statistics in Focus, Population and Social Conditions Theme 3-13, Luxembourg, Eurostat.
- Nandakumar A. K. e Farag M. E. (2008), *Determinants of National Health Expenditure*, in *International Encyclopedia of Public Health*, a cura di Harald Kristian (Kris) Heggenhougen, Academic Press, Oxford, 136-145, <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00171-4>.
- Neri S. (2006), *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna. Concorrenza, cooperazione, programmazione*, Milano, Franco Angeli.
- Id. (2008), *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 3, pp. 97-114.
- O'Brien B. (1989), *The effect of patient charges on the utilisation of prescription medicines*, «Journal of Health Economics», 8, pp. 109-132.
- OSMED (2012), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2011), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2010), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2009*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

- Id. (2009), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2008), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2007) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2006*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2006) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2005) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2004*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2004) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2003*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2003) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2002*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2002) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2001*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Id. (2001) *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2000*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Street A., Jones A. e Furuta A. (1999), *Cost-sharing and pharmaceutical utilisation and expenditure in Russia*, «Journal of Health Economics», 18, pp. 459-472.
- Terraneo M., Sarti S. e Tognetti M. (2013) *Disuguaglianze sociali e copayment sui farmaci*, <http://www.sociologiadellasalute.org/disuguaglianze-sociali-e-copayment-sui-farmaci-nelle-regioni-italiane-tra-politiche-locali-e-crisi-economica/>, 16 dicembre.
- Tognetti Bordogna M., Terraneo M., Sarti S. e Landi S. (2012), *Metodi mirati per "etichettare" gli assistiti*, «Il Sole24ore Sanità», 17-22 aprile.
- Toth F. (2009), *Le politiche Sanitarie. Modelli a confronto*, Roma-Bari, Laterza.
- Vicarelli G. (2002), *La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei*, «Politiche Sanitarie», 3, pp. 64-92.
- Vicarelli G. (2011), *Introduzione*, in Vicarelli G. (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Bologna, il Mulino, pp. 7-20.