

Quattro punti sul *ticket* per ricetta in Basilicata

di Red. Ref.

La Basilicata introduce un *ticket* per ricetta (2,5 euro) sui farmaci distribuiti dalle farmacie in convenzione con il SSN (la fascia "A" a carico del SSN). Di seguito, utilizzando dati del Rapporto OSMED e del Monitoraggio AIFA, si presentano, in massima sintesi, quattro evidenze che possono aiutare a contestualizzare la misura.

1)

Se è vero che lo sfioramento del tetto nel 2025 riguarda quasi interamente gli acquisti diretti dalle strutture pubbliche, con i 50,1 milioni di euro a fronte dei 7,2 milioni della spesa convenzionata), bisogna considerare due aspetti salienti. Sul fronte degli acquisti diretti, la Basilicata non è in posizione di devianza rispetto alle altre Regioni e, anzi, appare grossomodo allineata alla media Italia nel controllo della spesa. Condivide, con il resto del Paese, le difficoltà che già da anni, si stanno manifestando in questo comparto di spesa, dove approdano farmaci innovativi, biotecnologici, salvavita, ad alto costo. Sul fronte della spesa convenzionata (fascia "A" dispensati dalla farmacie territoriali), La Basilicata è in posizione di netta devianza: il secondo sfioramento percentuale più elevato dopo quello della Lombardia e quasi allineato a quello della Lombardia. Per di più, siccome il tetto della spesa convenzionata non è superato a livello nazionale, il ripiano da parte delle Regioni che lo hanno superato non potrà avvalersi del *pay-back* a carico della filiera del farmaco (grossisti - farmacie - imprese *pharma*) ma resta a carico del bilancio regionale.

Scostamento da tetto spesa convenzionata fascia "A"-SSN		
2025	Euro / mln.	Spesa convenzionata % FSR (tetto nel 2025 = 6,80)
LOMBARDIA	143,1	7,43
BASILICATA	7,2	7,38
CALABRIA	21,8	7,31
SARDEGNA	10,6	7,09
MOLISE	1,7	7,05
PUGLIA	20,6	7,03
CAMPANIA	28,1	7,02
ABRUZZO	6,5	7,02
MARCHE	-5,3	6,65
LAZIO	-32,0	6,55
SICILIA	-36,9	6,46
FRIULI VENEZIA GIULIA	-19,2	6,1
P. A. TRENTO	-11,2	5,87
UMBRIA	-19,1	5,86
LIGURIA	-37,9	5,77
PIEMONTE	-103,6	5,75
VALLE D'AOSTA	-3,7	5,5
TOSCANA	-113,9	5,47
VENETO	-167,7	5,29
EMILIA ROMAGNA	-161,7	5,22
P. A. BOLZANO	-25,7	4,6
ITALIA	-498,3	6,43

Nota: Dal 2026 il tetto aumenta al 6,85%

Fonte: elab. Reforming su dati AIFA

Scostamento da tetto spesa diretta escl. gas farmaci "H", "in DD", "in DPC"		
2025	Euro / mln.	Spesa diretta % FSR (tetto nel 2025 = 8,30)
SARDEGNA	236,4	14,87
CAMPANIA	677,7	13,66
FRIULI VENEZIA GIULIA	136,5	13,29
EMILIA ROMAGNA	477,9	12,96
MARCHE	156,2	12,84
ABRUZZO	132,7	12,81
LIGURIA	156,3	12,56
PUGLIA	361,6	12,35
UMBRIA	81,2	12,31
LAZIO	511,2	12,24
CALABRIA	162,4	12,09
TOSCANA	318,5	12,03
BASILICATA	44,9	11,93
MOLISE	23,8	11,77
P. A. BOLZANO	36,7	11,44
PIEMONTE	310,0	11,44
SICILIA	315,5	11,2
VENETO	288,2	10,89
P. A. TRENTO	22,1	10,13
LOMBARDIA	398,5	10,05
VALLE D'AOSTA	5,0	10,04
ITALIA	4.767,1	11,82

Nota: Dal 2026 il tetto aumenta all'8,60%

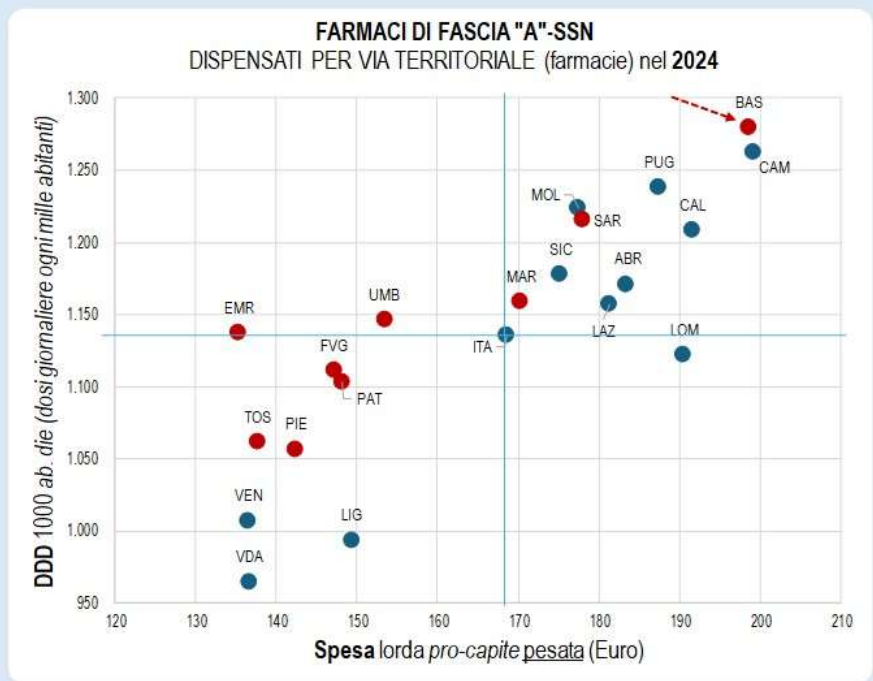
Fonte: elab. Reforming su dati AIFA

Scostamento da tetto spesa diretta per gas medicinali		
2025	Euro / mln.	Spesa diretta % FSR (tetto nel 2025 = 0,20)
CALABRIA	4,4	0,30
BASILICATA	1,2	0,29
MOLISE	0,6	0,28
SICILIA	9,1	0,28
ABRUZZO	1,4	0,25
VALLE D'AOSTA	0,1	0,22
PUGLIA	2,1	0,22
PIEMONTE	1,2	0,21
LAZIO	1,0	0,21
EMILIA ROMAGNA	-1,1	0,19
SARDEGNA	-0,5	0,19
UMBRIA	-0,3	0,18
CAMPANIA	-2,8	0,18
LOMBARDIA	-5,2	0,18
TOSCANA	-3,5	0,16
MARCHE	-1,8	0,15
FRIULI VENEZIA GIULIA	-1,9	0,13
LIGURIA	-3,2	0,11
VENETO	-11,9	0,09
P. A. BOLZANO	-1,5	0,07
P. A. TRENTO	-1,8	0,05
ITALIA	-14,4	0,19

Fonte: elab. Reforming su dati AIFA

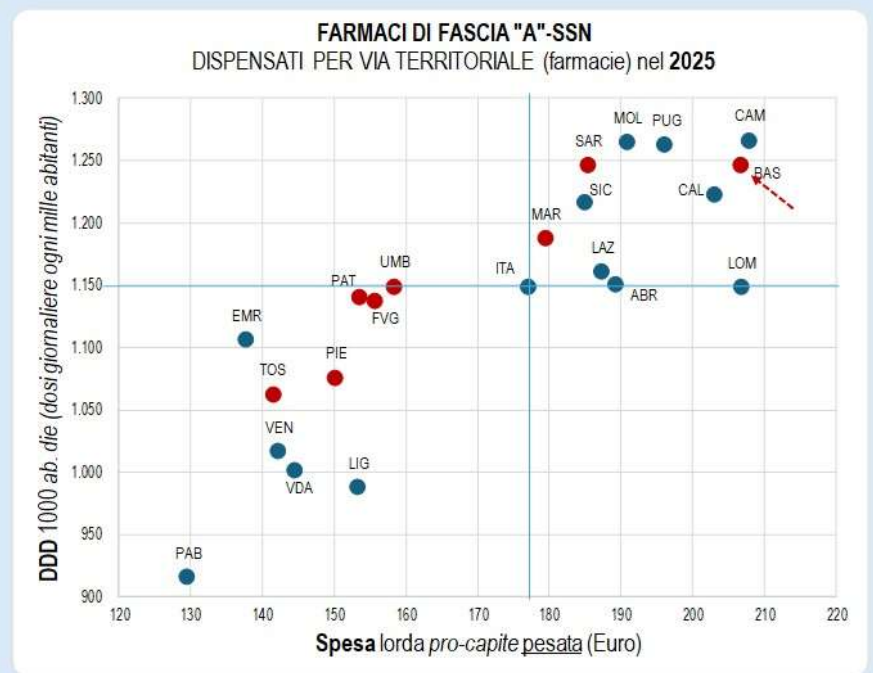
2)

La posizione *outlier* della Basilicata sul fronte della spesa convenzionata emerge bene dai seguenti grafici, che mappano le Regioni in base alla spesa *pro-capite* pesata (per tenere conto della composizione della popolazione per età e genere) e al consumo di *DDD ab. die* (dosi giornaliere ogni mille abitanti), sia nel 2025 sia nel 2024. In rosso sono segnalate le Regioni prive di *ticket* sui farmaci convenzionati. Tra le Regioni in posizione di maggiore devianza, la Basilicata è l'unica priva di *ticket*.



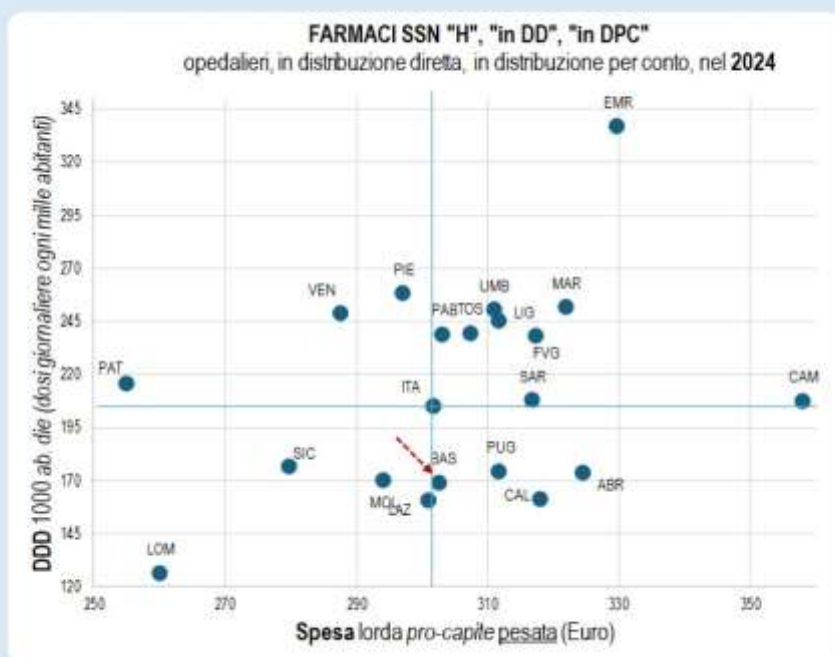
Nota: in **rosso** le **nove** Regioni che non adottano ti

Fonte: elab. Reforming su dati OSMED

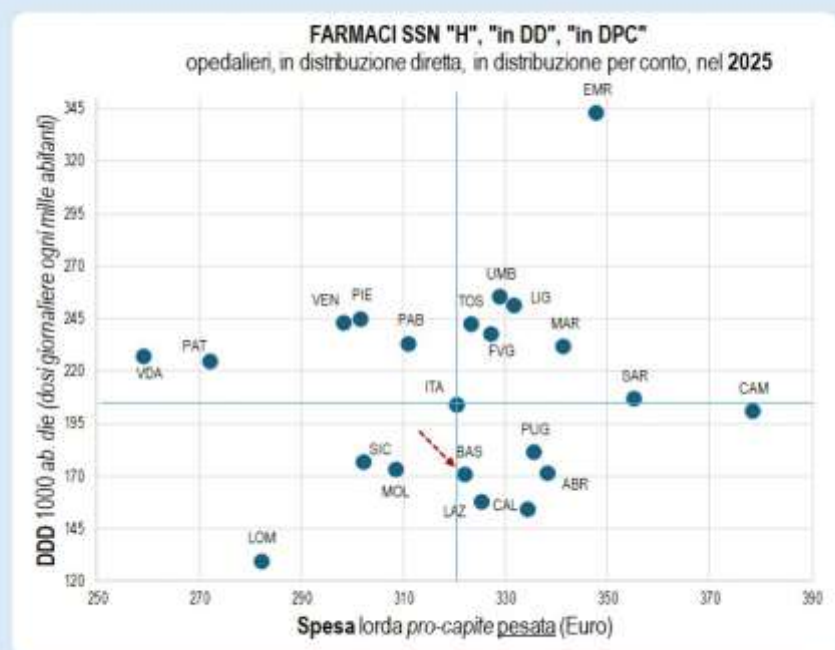


Nota: in **rosso** le **otto** Regioni che nel 2025 non adottano ticket

Fonte: elab. Reforming su dati OSMED



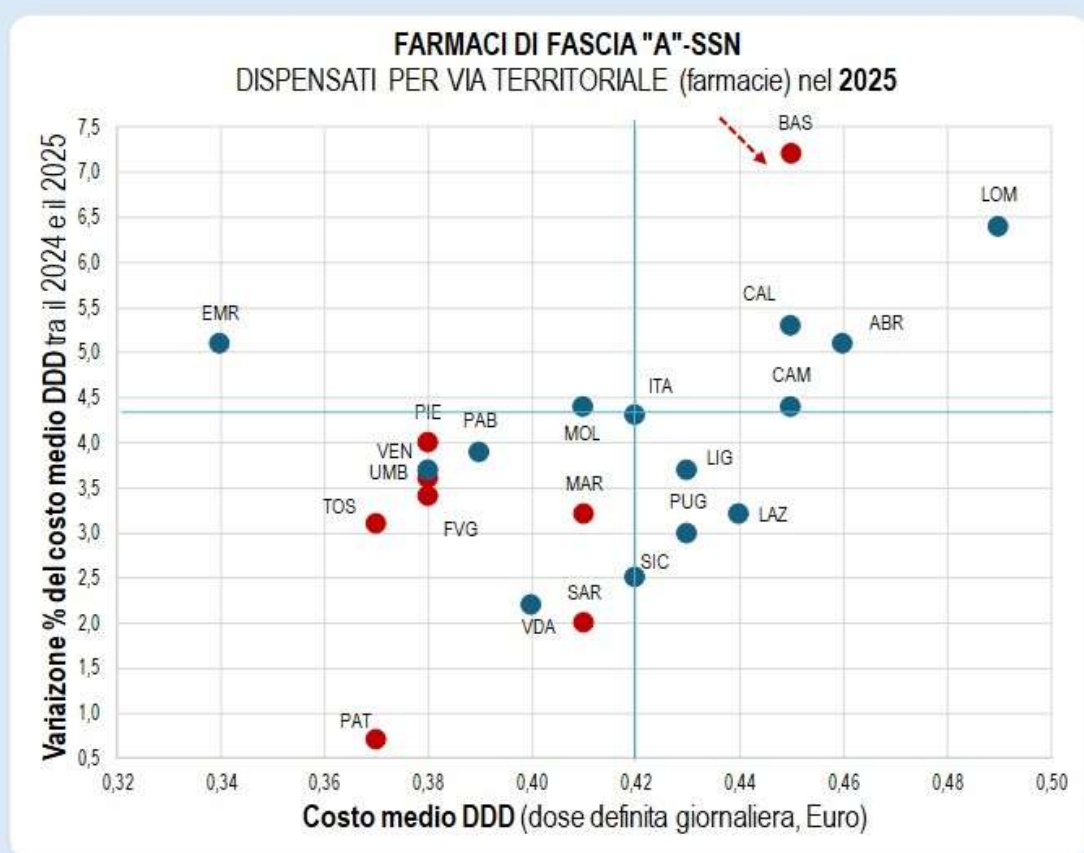
Fonte: elab. Reforming su dati OSMED



Fonte: elab. Reforming su dati OSMED

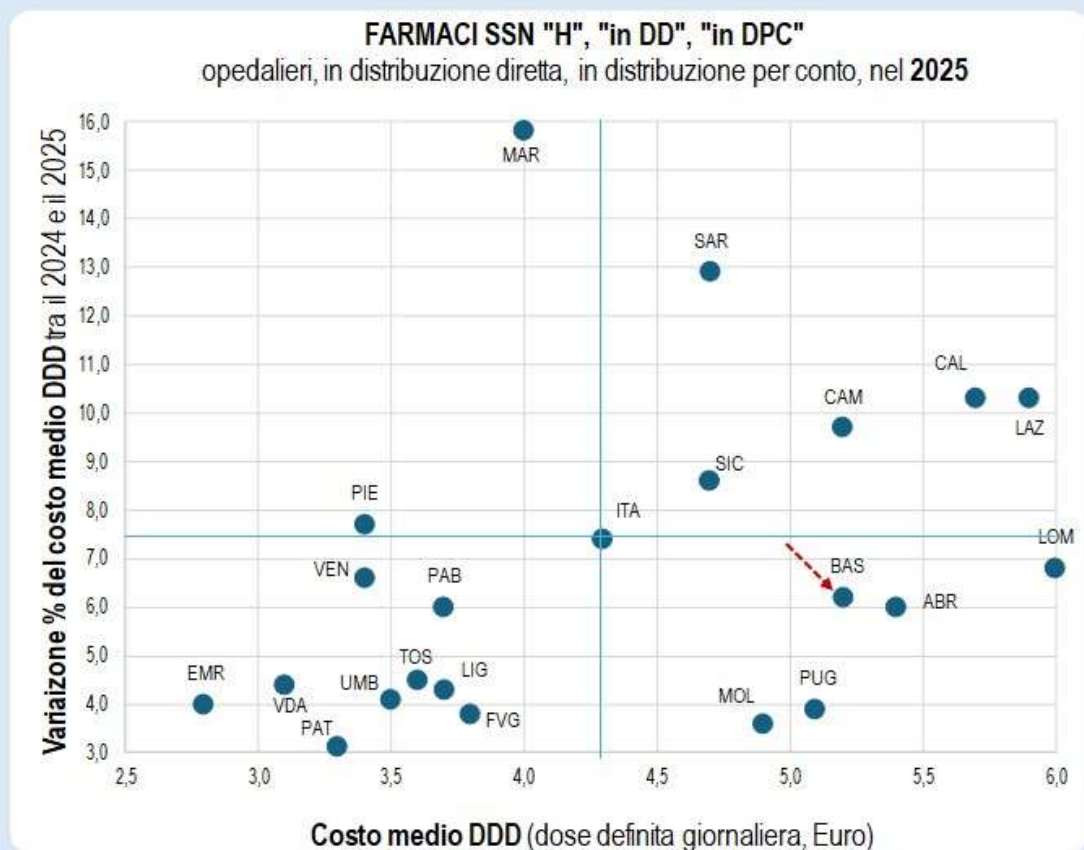
3)

Guardando al costo medio della DDD (dose *standard* giornaliera) e alla sua variazione tra il 2024 e il 2025, trova ulteriore conferma la posizione *outlier* della Basilicata sul lato dei farmaci "A" dispensati sul territorio: il costo medio DDD è il terzo più elevato nel 2025 ed è anche quello con il più elevato tasso di crescita tra il 2024 e il 2025. La Basilicata non appare invece *outlier* sul fronte degli acquisti diretti, nonostante il quadro di questo comparto sia, come si è già sottolineato, tutt'altro che privo di problemi di *governance* e di scarti permanenti tra fabbisogni farmaceutici e compatibilità economiche.



Nota: in **rosso** le **otto** Regioni che nel 2025 non adottano ticket

Fonte: elab. Reforming su dati OSMED

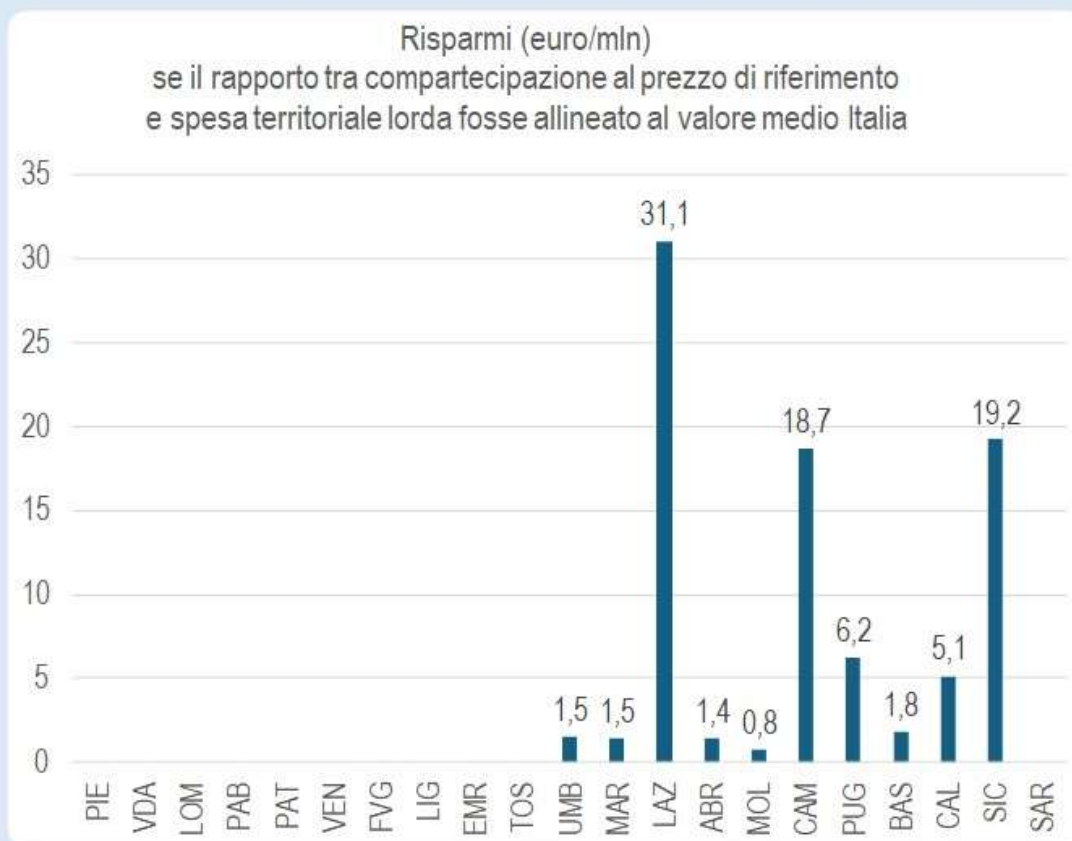


Fonte: elab. Reforming su dati OSMED

4)

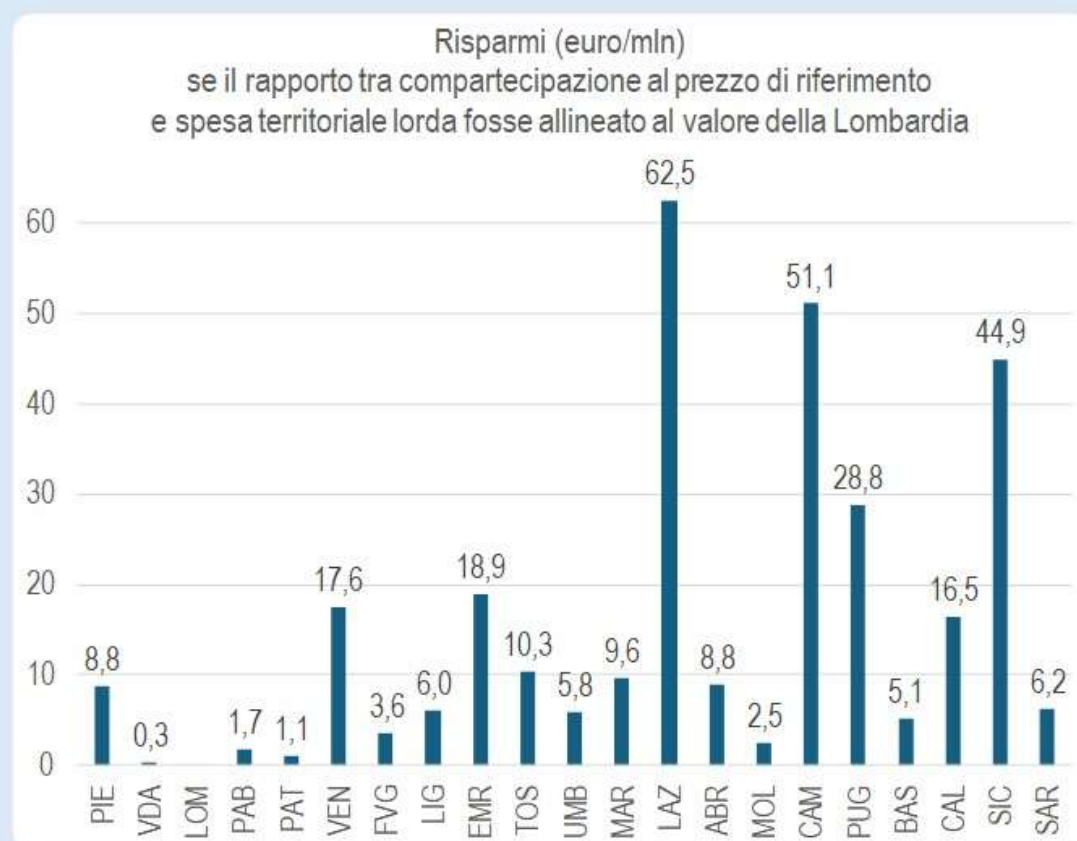
Un indicatore di efficienza della spesa in fascia "A" territoriale è il peso che nel 2025 ha la compartecipazione da prezzo di riferimento (*reference pricing*), ossia quanto i cittadini pagano come differenza tra il prezzo del farmaco ricevuto in farmacia e il prezzo del farmaco equivalente più economico (con equivalenza chimico-terapeutico-biologica). A partire dai dati AIFA si possono costruire due scenari: (a) a quanto sarebbero ammontati i gettiti regionali da *reference pricing* se tutte le Regioni avessero condiviso il valore medio Italia dell'incidenza del gettito da *reference pricing* sul Fondo sanitario annuale; (b) a quanto sarebbero ammontati i gettiti regionali se tutte le Regioni avessero condiviso il minor valore osservato nel 2025 di incidenza del gettito da *reference pricing* sul Fondo sanitario annuale, cioè quello della Lombardia. Nel primo caso, la Basilicata avrebbe permesso risparmi per 1,8 milioni di euro (un dato che può essere interpretato come annuo e tendenzialmente strutturale), mentre nel secondo caso di 5,1 milioni. Si tratta, ovviamente, di risorse private (risparmi che potrebbero essere permessi ai cittadini), e la compartecipazione da prezzo di riferimento non rientra nella definizione di spesa convenzionata che

l'AIFA utilizza per verificare il rispetto del tetto programmato (è componente della spesa lorda ma non della spesa netta). Tuttavia, alleggerire i bilanci delle famiglie di quella voce di spesa sicuramente aiuterebbe a rendere meno controversa l'introduzione di un *ticket* quando la dinamica della spesa e il bilancio regionale fanno ritenere opportuna questa misura.



Nota: non si allineano al valore medio le Regioni più virtuose

Fonte: elab. Reforming su dati OSMED (dati relativi al 2025)



Nota: 310,2 milioni di euro a livello nazionale

Fonte: elab. Reforming su dati OSMED (dati relativi al 2025)

In conclusione, l'adozione del *ticket* non appare in questo momento avventata o fuori luogo. Normalmente, l'introduzione di un *ticket* è scelta impopolare che Governi e Amministrazioni non vogliono fare e che tendono a procrastinare sino a quando l'evidenza dei dati e delle dinamiche di comparto non arrivino a renderne necessaria l'adozione: probabilmente quello che è successo in Basilicata, che è tra le otto Regioni che sino al 2025 ne sono sprovviste e, tra queste, quella con le dinamiche di utilizzo (DDD) e di spesa più divergenti. Va visto come un atto di responsabilità.

Il *ticket* ha duplice funzione di ridurre la spesa farmaceutica territoriale a carico del bilancio regionale, e di responsabilizzare i cittadini nell'accesso al LEA (livello essenziale di assistenza) farmaceutico veicolando loro l'informazione che le risorse sono scarse rispetto ai fabbisogni e bisogna farne uso accorto. La prima funzione permette di liberare (o di non occupare) risorse all'interno del bilancio regionale per poterle dedicare a finanziare la spesa farmaceutica diretta (*in primis* quella ospedaliera, di continuità ospedale-territorio) che è la voce che, come si è già sottolineato, sta sperimentando ormai da anni le pressioni più intense, riconducibili all'arrivo di blocchi di farmaci innovativi ad alte prestazioni ma anche ad altissimi costi. La seconda funzione, invece, ha natura prettamente regolatoria e si avvale del *ticket* come strumento che, al pari del *reference pricing*, serve per stimolare e auspicabilmente affermare nel medio-lungo periodo i comportamenti migliori e più efficienti da parte dei cittadini e dei professionisti pubblici e privati che

lavorano coi farmaci. Se i dati confermano la scelta di introdurre il *ticket*, è giusto che l'attenzione si sposti a fissare in maniere equilibrata l'asticella delle esenzioni per condizioni reddituali o sanitarie, anche se va detto il valore di 2,5 euro per ricetta si colloca al di sotto del *ticket* mediamente applicato nelle altre Regioni che lo hanno già in uso (cfr. pagg. 417 e segg. del Rapporto OSMEC 2025). Su questo punto è utile che il dibattito si sollevi e si svolga in maniera trasparente e accessibile alla pubblica opinione.

Infine, i cittadini lucani prendano nota di questa misura del *ticket* per quando tra qualche anno andranno al voto. Infatti, se adesso la misura è giustificabile e appare anche per certi versi necessaria per ottemperare agli obblighi che derivano dal quadro normativo nazionale della farmaceutica, tra qualche anno le domande da fare un attimo prima del voto saranno: *Da allora, che cosa è stato fatto per ridurre la compartecipazione da reference pricing, che è quella che potrebbe tendenzialmente essere azzerata? Che cosa è stato fatto per aumentare la disponibilità dei farmaci equivalenti più economici sia sul territorio che negli ospedali? Che cosa è stato fatto per diffondere tra i professionisti medici le pratiche prescrittive più adeguate, alla luce anche del monitoraggio sui dati di prescrizione? Che cosa è stato fatto per aumentare l'operatività della distribuzione diretta e di quella per conto che, se si vuole, possono essere più economiche della tradizionale distribuzione tramite farmacie? Che cosa è stato fatto per aumentare l'operatività delle farmacie ospedaliere permettendo loro la dispensazione anche di tutto il prontuario di fascia "A", anche avvalendosi di corrieri specializzati? Che cosa è stato fatto per migliorare il funzionamento delle centrali di committenza per gli acquisti dei farmaci e anche per l'acquisizione/rinnovo del servizio di distribuzione diretta e per conto? E, al di là della farmaceutica, che cosa è stato fatto per abbattere le liste di attesa e la qualità delle prestazioni sanitarie?*

Se ci saranno risposte sufficienti, allora il *ticket* di oggi avrà avuto ragione. Se le risposte non saranno sufficienti, allora la responsabilità politica correttamente assunta oggi sarà stata elusa.

Red. Ref.
www.reforming.it
mail: info at reforming.it
twitter: reformingit