

**È un ticket che pare Arlecchino, quello asservito a tanti padroni**

Nerina Dirindin, Università di Torino

Il Sole 24 ore sanità, 24-30 aprile 2012

La storia infinita della partecipazione alla spesa sanitaria, di nuovo al centro del dibattito, assume più che mai in questo particolare momento storico i contorni della commedia di Goldoni, “Arlecchino servitore di due padroni”, fatta di improvvisazioni e successive messe a punto, di accomodamenti e strepitose vitalità, di equivoci e furbizie. Come Arlecchino, infatti, i ticket tentano di servire contemporaneamente, con prontezza e celerità, due padroni e finiscono coll’ingannare entrambi. I due padroni sono da un lato il *cassiere* *del Ssn*, desideroso di aumentare rapidamente le entrate, e dall’altro il *moderatore dei consumi,* desideroso di limitare il (sovra) consumo di prestazioni sanitarie. Due obiettivi in contrapposizione, per raggiungere i quali non basta la scaltrezza di Arlecchino: le entrate aumentano solo se le prestazioni sono consumate, ma se si mira a ridurre i consumi anche le entrate si ridurranno. L’*equivoco* *della* *doppia servitù* è alla base delle enormi difficoltà che tutti i sistemi di *co*-*payment* incontrano nel mondo reale; e la recente esperienza del superticket di 10 euro ne costituisce una esemplare testimonianza: anche Arlecchino capirebbe che non si riscuote neanche un euro se si disincentiva l’accesso alle strutture pubbliche (non si riesce così a *fare cassa*). Per la verità, a parte il caso del superticket, i due padroni non hanno obiettivi nettamente confliggenti: quando prevale l’obiettivo di limitare il sovra-consumo (contrastare il *rischio* *morale,* soprattutto perle prestazioni di dubbia utilità), il mancato introito da ticket è il prezzo che il cassiere è ben disposto a pagare, consapevole che è meglio non spendere per prestazioni di scarsa efficacia, piuttosto che spendere e, poi, cercare affannosamente una copertura alla spesa. Al contrario, quando prevale l’obiettivo di *fare* *cassa*, il cassiere è consapevole che se si impongono prezzi (ticket) *troppo* elevati, gli assistiti cercano soluzioni alternative (cambiano fornitore o rinunciano all’acquisto), vanificando così ogni tentativo di aumentare le entrate e, quel che è peggio, intaccando la reputazione dell’azienda (la fiducia nel Ssn) e/o la soddisfazione dei bisogni. Ed è proprio la difficoltà a servire due padroni la ragione che spiega la complessità del nostro sistema di partecipazione alla spesa e di esenzione, che pur mostra importanti punti di forza, ma anche preoccupanti debolezze.

Tra i punti di forza possiamo richiamare la modesta entità degli oneri posti a carico degli assistiti(stimabili fino al 2010 intorno al 3% della spesa complessiva), indicativa del ruolo di mera responsabilizzazione degli assistiti assegnato storicamente dalla legislazione italiana ai ticket (e non anche di finanziamento della spesa). Punto di forza è inoltre il complesso sistema delle esenzioni per patologia volte ad assicurare a tutte le persone affette da importanti malattie l’assistenza a titolo gratuito, senza distinzioni di reddito (a conferma del carattere universale della tutela della salute nel Ssn). Apprezzabile lo sforzo volto a scoraggiare la domanda di prestazioni con un elevato rapporto costo-efficacia (come ad esempio l’utilizzo dei prezzi di riferimento per i farmaci generici[[1]](#footnote-2)) e l’attenzione riservata alle categorie meno abbienti (attraverso l’esenzione per reddito, pur con le rilevanti lacune di cui in seguito).

I punti di debolezza attengono alle modalità con le quali i principi generali sono applicati. Innanzi tutto è ancora ampiamente presente una logica di tipo categoriale incoerente con il principio universalistico e fonte di disparità di trattamento: ciò si verifica per le esenzioni per reddito (riservate solo ad alcune categorie di persone, mentre la povertà si sta diffondendo fra assistiti ai quali è negato il diritto all’esenzione[[2]](#footnote-3)) e per il trattamento previsto per gli invalidi (ispirato a criteri di natura *risarcitoria* anziché di tutela della salute, in difformità alla logica generale[[3]](#footnote-4)). Con riguardo all’esenzione per condizione economica, il riferimento al reddito dichiarato a fini Irpef è notoriamente inadeguato, anche se l’introduzione di sistemi più complessi – quali ad esempio l’Isee - porrebbe problemi di fattibilità e di costi di gestione, in relazione alla frequenza con la quale i cittadini ricorrono ai servizi sanitari e alla conseguente necessità di prevedere continui aggiornamenti della loro situazione reddituale (ogniqualvolta si modifichi la condizione economica del nucleo familiare o la dimensione della famiglia, il che avviene di frequente in tempi di crisi). Costituiscono inoltre punti di debolezza: la presenza di un unico scaglione di reddito per le esenzioni in base alla condizione reddituale (causa del cosiddetto *effetto* *scalino*); le differenze nelle soglie di reddito previste per le diverse tipologie di esenti (causa di disparità di trattamento fra individui con situazioni sostanzialmente simili[[4]](#footnote-5)); l’incoerenza delle agevolazioni fiscali riservate ai ticket (da un lato il Ssn chiede agli assistiti una partecipazione alla spesa, dall’altro il fisco gliene restituisce una parte, attraverso la detrazione al 19%); il rischio di sostituzione di prestazioni soggette a ticket (ma con un buon rapporto costo–efficacia) con altre non soggette a ticket (ma più complesse e costose). Più in generale, il sistema dei ticket appare estremamente costoso; la gestione delle esenzioni e delle riscossioni, nonché dei loro continui aggiornamenti, richiede personale, sistemi informativi, accordi con gli istituti di credito, punti per il pagamento, verifiche e controlli, puntuali rapporti contrattuali con gli erogatori privati accreditati, contenziosi legali, ecc. L’insieme di tali costi, di dimensione ignota ma non certo irrisoria, costituisce il prezzo che il Ssn paga per rendere gli assistiti più consapevoli del valore delle prestazioni di cui beneficiano.

Fino ad oggi, le ridotte dimensioni della partecipazione alla spesa hanno di fatto reso poco visibili o comunque relativamente tollerabili le numerose iniquità e le molteplici piccole distorsioni di cui soffre il sistema. Il consistente aumento delle entrate da ticket, con il superticket di 10 euro e l’aumento previsto dalla legge 111/2011, cambia completamente lo scenario. Di qui la necessità di un ripensamento complessivo delle caratteristiche del sistema e, soprattutto, delle sue finalità.

A tale proposito si ritiene che dovrebbe essere guardata con grande preoccupazione l’eventuale scelta di procedere per aggiustamenti successivi, con l’obiettivo di attenuare o eliminare le singole debolezze dell’attuale sistema. Come argomentato, solo alcune incongruenze sono facilmente superabili; altre richiedono soluzioni complesse, costose e inevitabilmente parziali, di fronte alle quali è necessario in via preliminare domandarsi se il Paese intenda assegnare ai ticket un ruolo diverso rispetto a quello loro assegnato in passato. Una partecipazione alla spesa finalizzata a rendere gli assistiti più consapevoli dei costi sostenuti dalla sanità pubblica non può infatti essere che di modesta entità (in termini monetari) e può quindi accettare con pragmatismo i limiti di un sistema definibile solo in modo sub-ottimale. Al contrario, una partecipazione alla spesa finalizzata a finanziare il Ssn deve necessariamente avere dimensioni più importanti e deve quindi inevitabilmente cercare di risolvere i problemi di efficienza e di equità più volte indicati.

A questo proposito è necessaria una riflessione: un consistente aumento delle entrate da ticket non può essere ottenuto imponendo oneri ai ceti meno abbienti (per ragioni di equità, soprattutto in un momento di grandi difficoltà economiche), ma non può neanche essere ottenuto imponendo oneri crescenti ai ceti medi e medio-alti (inducendoli così a interrogarsi sull’opportunità di partecipare ad un sistema universalistico e incentivandoli a cercare soluzioni alternative). Un aumento dei ticket per i più abbienti produrrebbe un danno per tutti: chi eventualmente optasse per una assicurazione privata si troverebbe a dover pagare premi molto più elevati del prelievo e dei ticket oggi pagati (per le note inefficienze dei mercati assicurativi); la sanità pubblica dovrebbe prevedere – per rispetto della dignità della vita umana - interventi di ultima istanza (es. salvavita) anche a favore di chi avesse esercitato il diritto ad uscire dal sistema pubblico; chi confermasse la sua partecipazione al servizio pubblico sarebbe costretto a sopportare oneri più elevati, anche solo a causa dei maggiori costi amministrativi propri di un sistema non universalistico. Il risultato sarebbe rovinoso: l’intento di far pagare ticket più elevati ai ricchi produrrebbe l’effetto di peggiorare il benessere di tutti e soprattutto dei più fragili.

In conclusione, nonostante la grave crisi economica, la questione dei ticket andrebbe affrontata a) confermando il loro ruolo di mera responsabilizzazione degli assistiti al momento del consumo di prestazioni sanitarie; b) apportando tutti i correttivi in grado di attenuare alcune delle incongruenze attualmente esistenti e prestando attenzione ai soggetti più disagiati (a partire dalla revisione del superticket di 10 euro); c) individuando soluzioni per ridurre in modo consistente l’aumento delle entrate da ticket previsto dalla manovra del luglio 2011. I ticket non possono continuare a equivocare sul padrone al cui servizio devono prioritariamente operare!

1. L’integrazione rispetto al prezzo di riferimento costituisce una particolare forma di partecipazione alla spesa, legata alla scelta del farmaco da assumere, che in quanto tale andrebbe evidenziata separatamente. [↑](#footnote-ref-2)
2. L’esenzione in base al reddito è riservata (in presenza di determinati requisiti) a: bambini (fino a 6 anni), anziani (oltre 65 anni), pensionati sociali, pensionati al minimo (oltre 60 anni) e disoccupati. [↑](#footnote-ref-3)
3. Il trattamento riservato agli invalidi rappresenta una delle contraddizioni più evidenti e delicate dell’intero sistema delle esenzioni. L’esenzione riconosce a un insieme di cittadini vittime di particolari condizioni o eventi dannosi (invalidi di guerra, invalidi civili, ciechi, sordomuti, ex deportati nei campi di sterminio, vittime di atti di terrorismo o della criminalità organizzata, ecc.) il diritto ad accedere gratuitamente a tutte le prestazioni sanitarie, in deroga ai criteri di esenzione previsti per la generalità degli altri assistiti. Alcune categorie hanno addirittura il diritto a ricevere gratuitamente i farmaci di classe C (a totale carico dell’assistito per tutti gli altri cittadini). [↑](#footnote-ref-4)
4. Ad esempio, in base alla normativa vigente, un 65enne che viva da solo con un reddito appena inferiore a 36.151,98 euro è esente, mentre un 64enne che viva da solo con una pensione appena superiore a 8.263,31 euro non è esente. [↑](#footnote-ref-5)