

I ticket nel Servizio sanitario nazionale: alcune riflessioni per un dibattito

I ticket sanitari: strumenti di governo della domanda o artefici di inefficienze e iniquità nell'accesso alle cure?

Vincenzo Rebba

*Dipartimento di Scienze Economiche,
Università di Padova e CrieP (Centro di ricerca
interuniversitario sull'economia pubblica)*

I ticket possono essere strumenti efficaci di controllo della domanda sanitaria? I ticket possono determinare disuguaglianze nell'accesso alle cure ed eventualmente inefficienza allocativa? Sulle pagine di questa rivista osservavo che ad entrambe le domande si può rispondere affermativamente (Rebba, 2009). L'applicazione dei ticket sanitari pone infatti di fronte al tipico *trade-off* tra efficienza ed equità che caratterizza le scelte pubbliche. Si tratta quindi di calibrare bene lo strumento in modo da sfruttarne al meglio le potenzialità in termini di aumento dell'efficienza e di ridurre al massimo gli effetti negativi sull'equità. Il ticket è solo uno dei possibili strumenti di governo della domanda sanitaria e non dovrebbe essere usato con l'obiettivo principale di finanziare la spesa sanitaria, ma con la finalità di responsabilizzare gli utenti circa il costo dei servizi erogati, incentivandoli a contenere i consumi sanitari inappropriati e di limitata efficacia.

L'analisi empirica ha tuttavia evidenziato che è difficile separare, nel concreto, i casi del consumo sanitario a bassa produttività di salute da quelli del consumo necessario di prestazioni sanitarie. Occorre quindi cercare di minimizzare l'errore di una riduzione indiscriminata dei consumi sanitari (che colpisca anche le prestazioni essenziali) provocata dall'applicazione dei ticket in modo da limitare gli effetti negativi in termini di accesso ai servizi e di salute della popolazione. A questo riguardo, indicazioni interessanti per calibrare i ticket sembrano venire dal nuovo approccio *value-based cost sharing* (secondo le qualificazioni di Pauly e Blavin, 2008), secondo cui i livelli di compartecipazione incentivanti non sono sempre correlati positivamente con l'elasticità al prezzo della domanda (come indicato dalla teoria standard), ma vanno individuati anche sulla base delle evidenze empiriche di efficacia clinica e di costo-efficacia delle prestazioni osservate per specifici gruppi di pazienti.

Le misure di compartecipazione adottate nei diversi Paesi, pur essendo piuttosto differenziate, sem-

brano rispondere in molti casi all'esigenza di limitare gli effetti indesiderati del ticket. Il ricorso al *co-payment* risulta generalizzato nel caso dei farmaci (dove appaiono più diffusi i fenomeni di sovrac consumo ed è relativamente più agevole discriminare le componenti non essenziali e di conforto), mentre è relativamente meno diffuso per quanto concerne le prestazioni diagnostiche, le visite specialistiche e soprattutto i ricoveri ospedalieri. Per ridurre l'impatto negativo del ticket sull'accesso ai servizi essenziali da parte delle persone con elevato rischio di salute e con ridotta capacità economica, i Paesi con sistema sanitario pubblico fanno largo ricorso a esenzioni e abbattimenti per patologia e per reddito. Alla luce dei limiti e delle problematiche che caratterizzano l'uso del ticket, un efficace governo della domanda richiede comunque che esso venga affiancato anche da altri strumenti volti soprattutto a responsabilizzare e incentivare i medici prescrittori.

Per quanto riguarda l'Italia, il ticket sembra essere stato utilizzato finora più come strumento di finanziamento che come mezzo per controllare la domanda, determinando una serie di inefficienze ed iniquità. Esse sono principalmente dovute alla sua applicazione in modo poco omogeneo tra le varie Regioni, determinando differenze nell'accesso ai livelli di assistenza che invece dovrebbero essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale. La prospettiva di un'accentuazione dell'autonomia delle Regioni con il federalismo fiscale pone il rischio di un ulteriore aumento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza, che andrebbe limitato definendo una base nazionale di regolazione dei ticket la quale, pur lasciando margini di applicazione differenziata, stabilisse tetti all'incidenza delle compartecipazioni e fissasse criteri di salvaguardia per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza (Rebba, 2009).

I recenti sviluppi in materia di ticket, legati al nuovo sistema di gestione delle esenzioni per reddito e alle manovre di riequilibrio dei conti pubblici dell'estate 2011, sembrano confermare la tradizione di iniquità e di inefficacia del ticket nel Ssn, come viene efficacemente argomentato dal successivo contributo di Nerina Dirindin. L'introduzione di una quota fissa sulla specialistica ambulatoriale prevista dalla recente manovra finanziaria può inoltre rendere in alcuni casi più conveniente il ricorso al privato per alcune prestazioni (soprattutto di diagnostica di laboratorio) a basso costo (Dirindin, 2011).

L'applicazione di un ticket corretto con esenzioni mirate e calibrate potrebbe favorire il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza, con effetti positivi in termini di equità, e una certa possibilità di espansione della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, consentendo ad un sistema sanitario pubblico di adattarsi all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo biomedico (Muraro, 1987 e 2003). Sotto questo profilo, il ticket non pregiudicherebbe, ma potrebbe anzi aiutare a preservare le funzioni redistributive proprie del Ssn, soprattutto se – come suggerisce Gilberto Muraro – fosse collegato diversamente alla fiscalità. In assenza di modifiche strutturali come quelle proposte da Muraro, un'opzione che, secondo Dirindin, andrebbe attentamente valutata potrebbe essere invece quella dell'eliminazione dell'attuale detraibilità fiscale dei ticket.

Un ticket agganciato alla fiscalità

Gilberto Muraro

*Dipartimento di Scienze Economiche,
Università di Padova e Crip (Centro di ricerca
interuniversitario sull'economia pubblica)*

La necessità di un razionamento della domanda

I ticket, presenti da molti anni nella medicina pubblica, sono stati riportati al centro del dibattito dal recente inasprimento decretato a livello nazionale nell'ambito delle misure per il risanamento della finanza pubblica. Come dimostrato da Dirindin (2011), è stato un provvedimento maldestro che minaccia di spostare sul settore privato molti esami diagnostici a basso costo che il settore pubblico avrebbe convenienza a tenere al proprio interno. Non c'è da sperare nella forza d'inerzia, che mantenga esiguo lo spostamento e renda quindi il guadagno di prezzo creato dal maggior ticket superiore alla perdita di quantità. Si può infatti dare per scontato che l'apprendimento da parte dei pazienti sia rapido, anche perché aiutato dalla pubblicità dei laboratori privati. Si palesano anzi spostamenti ulteriori nel campo delle visite specialistiche. Il maggior ticket fa infatti diminuire il differenziale rispetto alla visita privata e sembra stia inducendo numerosi medici, che operano con tariffe relativamente basse, a diminuirle di quanto basta per attrarre nuova domanda, nella prospettiva di godere di un guadagno di quantità superiore alla perdita di prezzo.

L'episodio mostra la delicatezza tecnica di ogni intervento sul ticket, ma non deve indurre a negare l'utilità di qualsiasi forma di compartecipazione dell'utente alla spesa. Già nel 1965 Buchanan metteva

in guardia contro l'incoerenza insita in ogni servizio pubblico gratuito, quando la domanda sia elastica al prezzo oltre che al reddito: da un lato, il paziente chiede cure fino a saturare la propria domanda; e dall'altro lato, quello stesso soggetto non è disponibile a pagare, in veste di contribuente, quanto sarebbe necessario per saturare la domanda. Ciò è ogni giorno più vero con il continuo allargamento della domanda sanitaria in due ambiti dai confini tendenzialmente illimitati: nella sfera del benessere, della piena efficienza e della bellezza, da un lato; e dell'assistenza sociale alle persone anziane, dall'altro. Si aggiunga l'impressionante crescita della quota di spesa legata a patologie derivanti da comportamenti volontari (Muraro e Rebba, 2010), e si può dare per certo che nessun servizio pubblico può rinunciare a forme palesi o nascoste di razionamento.

Gli strumenti di razionamento

Il primo strumento di razionamento che viene in mente è proprio il ticket. Ma è anche il più criticato: non riduce la domanda, perché le ricette le stila il medico, non il paziente; è regressivo, colpendo relativamente di più il povero del ricco; è dannoso per la salute, perché scoraggia il ricorso a cure tempestive; è negativo per la stessa finanza pubblica perché la mancata cura genera cure tardive più costose; è insensato sul piano gestionale perché comporta costi di esazione quasi pari al gettito.

È tuttavia corretto obiettare che tali affermazioni non hanno validità universale, ma dipendono dal reddito medio, dall'istruzione e dall'organizzazione sanitaria; e di fatto non sono vere nel concreto contesto della sanità nei paesi europei che al ticket ricorrono sovente. Ma soprattutto bisogna ragionare non in assoluto bensì in termini comparativi rispetto agli altri principali strumenti di razionamento che sono: la caduta qualitativa dell'offerta, la restrizione della gamma delle prestazioni offerte, le code di attesa. Nessuna di queste forme è indolore e nessuna è a priori e sempre preferibile al ticket.

La caduta qualitativa della medicina pubblica devia verso la medicina privata l'intera domanda dei pazienti ricchi, ma anche la parte della domanda dei pazienti meno abbienti legata a patologie da loro percepite come importanti. È davvero meglio di un ticket che mantenga un'elevata qualità in ambito pubblico?

Preferibile alla caduta qualitativa appare la restrizione della gamma delle prestazioni offerte, limitandola a quelle considerate più costose ed efficaci. Ciò equivale a spostare sul privato a costo pieno tutti i pazienti, ricchi o poveri che siano, per le restanti prestazioni, sperando che siano quelle legate a patologie minori. Ma non è certo che questa soluzione sia preferibile per tutti i potenziali pazienti rispetto alla soluzione

ne di una sanità pubblica di elevata qualità che offra una gamma più ampia facendo però pagare il ticket.

Nemmeno la soluzione delle code di attesa è sempre preferibile al ticket. Essa infatti devia verso il privato, con pagamento del costo pieno ma senza attese, tutti i pazienti per i quali il tempo valga molto: i ricchi, dunque, ma altresì i pazienti poveri che non possono permettersi di ridurre la quantità o qualità del proprio lavoro, come potrebbero essere i lavoratori autonomi non abbienti. Si può allora concludere che il ticket può avere dei punti di merito rispetto ad altre soluzioni o almeno essere un legittimo ingrediente di una combinazione di strumenti di razionamento, specialmente se si ritiene che il paziente, aiutato dal medico, sappia distinguere tra esami e cure più o meno rinunciabili. Tanto più che se ne può modulare l'uso, differenziando il ticket per patologie e per livelli di reddito e si può quasi annullare il costo dell'apparato di esazione attraverso l'informatica (Muraro, 1987; Rebba, 2009).

Confortano in tal senso, come indicazione delle possibilità e dei limiti del ticket, le numerose esperienze estere che mostrano il *copayment* generalizzato nel caso dei farmaci (dove appaiono più diffusi i fenomeni di sovraconsumo ed è relativamente più agevole discriminare le componenti non essenziali e di conforto), mentre è relativamente meno diffuso per quanto concerne le prestazioni diagnostiche, le visite specialistiche e soprattutto i ricoveri ospedalieri. Per ridurre l'impatto negativo del ticket sull'accesso ai servizi essenziali da parte delle persone con elevato rischio di salute e con ridotta capacità economica, anche gli altri Paesi con sistema sanitario pubblico fanno largo ricorso a esenzioni e abbattimenti per patologia e per reddito.

Una proposta

Accettando quindi il ricorso al ticket, rilancio una mia vecchia proposta che mi sembra ancora valida e punta ad attenuare l'iniquità del ticket collegandolo diversamente alla fiscalità (Muraro, 1994). Essa vuole recuperare il significato autentico dell'intervento pubblico in sanità: evitare che il reddito insufficiente distolga dalle cure necessarie e quindi tutelare gli individui e le famiglie dagli eventi gravi, non già azzerare o attenuare una spesa marginale nel loro bilancio. Saltando per brevità passaggi intermedi e dettagli fiscali, tale approccio porta a configurare un sistema di ticket incisivi e generalizzati, con esenzioni a priori limitate ai casi di povertà e con un conguaglio fiscale in sede Irpef che preveda tre casi: nessuna agevolazione per la spesa annua inferiore ad una data percentuale del reddito del contribuente; detrazione percentuale dall'imposta della parte di spesa compresa tra una prima e una seconda percentuale del reddito; rimborso integrale, di norma sotto

forma di credito d'imposta, della parte superiore alla seconda soglia¹. Le soglie vanno ovviamente definite dopo attente analisi della distribuzione dei redditi e della domanda di cure, ma è intuitivo che il sistema proposto potrebbe generare entrate più significative di quelle attuali senza risvolti insopportabili sotto il profilo dell'equità. Esso porterebbe anche vantaggi sul piano del controllo fiscale, attirando l'attenzione sulle domande di rimborso e inducendo pertanto ad una autocensura i contribuenti infedeli.

Eliminare la detraibilità fiscale dei ticket?

Nerina Dirindin

Università di Torino e Coripe Piemonte

Non c'è pace per il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie. Da quando sono stati introdotti, i ticket sono stati oggetto di continui interventi nel tentativo di renderli di volta in volta meno iniqui, più facili da riscuotere, più in grado di produrre gettito, più capaci di moderare la domanda, più idonei a incentivare il ricorso alle prestazioni meno costose a parità di efficacia, etc. E l'anno che si sta per chiudere non fa eccezione. Il 2011 è stato infatti il campo di prova di due importanti modifiche, una del regime dei ticket e l'altra del sistema delle esenzioni. I due provvedimenti costituiscono, come spesso è accaduto in passato, un buon esempio di quanto sia difficile disegnare interventi che, nelle intenzioni (e nelle dichiarazioni) del legislatore, dovrebbero produrre solo effetti positivi, ma nella realtà generano problemi ed effetti economici non marginali.

Il nuovo sistema di gestione delle esenzioni per reddito

La prima modifica riguarda la procedura di verifica delle esenzioni per motivi di reddito.

Dal mese di aprile 2011 è entrato in vigore il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze dell'11 dicembre 2009, che modifica le modalità di riconoscimento delle esenzioni per reddito per la specialistica ambulatoriale. Il decreto prevede il superamento del precedente sistema basato sulla semplice autocertificazione sottoscritta dal cittadino al momento della prenotazione o della fruizione della prestazione.

¹Un esempio, immaginando che le soglie siano 1% e 2,2% del reddito e che il contribuente abbia un reddito lordo di € 30.000. Primo caso, spesa annua per ticket inferiore a 300 €: tutta a suo carico. Secondo caso, spesa di 660 euro: avrebbe l'attuale detrazione del 19% sulla seconda tranches di 360 euro, pagando quindi al netto 592 euro. E questa spesa, pari a circa il 2% del suo reddito, sarebbe il limite massimo, perché spese ulteriori gli sarebbero integralmente rimborsate.

L'obiettivo della nuova procedura è sostanzialmente quello di contrastare le false autocertificazioni. Ha il merito di prevedere l'utilizzo delle banche dati disponibili presso l'amministrazione pubblica, il sistema tessera sanitaria, e di avviare l'informatizzazione delle procedure per il riconoscimento delle esenzioni per reddito. Non interviene per contro nei criteri di esenzione, i quali mantengono inalterate tutte le loro debolezze, in particolare il riferimento al solo reddito dichiarato a fini fiscali (e non anche al patrimonio) e la mancata considerazione della dimensione del nucleo familiare (totalmente assente per buona parte della casistica)². Il decreto si limita quindi a contrastare gli effetti perversi dell'autocertificazione, con una logica di perfezionamento della procedura amministrativa, senza entrare nel merito dei contenuti sostanziali del regime delle esenzioni. Il Ministero dell'economia appare così interessato al gettito da ticket e non anche all'equità del sistema, argomento che peraltro dovrebbe essere oggetto di attenzione in primo luogo da parte del Ministero della salute. L'attuale normativa presenta infatti numerose incongruenze e disparità di trattamento. Valgano per tutti due esempi: a parità di reddito è esente il disoccupato (colui che ha perduto il lavoro), ma non è esente l'inoccupato (colui che non ha mai avuto un lavoro); a parità di nucleo familiare, un sessantacinquenne che vive da solo con un reddito di 35.000 euro è esente, mentre un sessantaquattrenne che vive da solo con una pensione di 8.300 euro non è esente. I requisiti che danno diritto all'esenzione in base al reddito dovrebbero quindi essere oggetto di una profonda revisione, non solo nel sistema di gestione.

Secondo le nuove modalità amministrative, le esenzioni per reddito sono definite e verificate annualmente sulla base delle informazioni già disponibili presso la Pubblica amministrazione. In particola-

²In base alla normativa in vigore, hanno diritto all'esenzione per reddito (l. 537/1993 e s.m.i.):

- i bambini con meno di 6 anni e le persone con più di 65 anni con reddito lordo del nucleo familiare di appartenenza inferiore a 36.151,98 euro; l'esenzione è personale e non può essere estesa ai familiari a carico;
- i titolari di assegno (ex pensione) sociale e i loro familiari a carico;
- i titolari di pensione al minimo di età superiore a 60 anni, e i loro familiari a carico, appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico;
- i disoccupati (soggetti iscritti negli elenchi dei Centri per l'impiego) e i loro familiari a carico, appartenenti a nucleo familiare con un reddito complessivo lordo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

Non possono fruire dell'esenzione le persone collocate in cassa integrazione e gli inoccupati.

re, nel mese di marzo di ogni anno l'Agenzia delle entrate invia alle singole amministrazioni regionali i dati anagrafici dei cittadini che hanno diritto all'esenzione per motivi di reddito, ovvero di tutti coloro che rientrano in una delle tipologie di esenzione previste dalla normativa. L'elenco è prodotto attraverso il sistema della tessera sanitaria, sulla base dei dati dell'Agenzia delle entrate, dell'Inps e (a regime) del Sistema informativo lavoro.

L'elenco è messo a disposizione delle Asl³ e dei medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, etc.), i quali, al momento di compilare la ricetta, su espressa richiesta dell'assistito, verificano l'eventuale diritto all'esenzione, lo comunicano al paziente e barrano l'apposita casella⁴. Se l'assistito non compare nell'elenco degli esenti, il medico è tenuto a segnalarlo come non esente (e ad annullare la relativa casella sulla ricetta). Il medico è dunque responsabile della corretta compilazione della ricetta e l'assistito non deve più apporre nessuna firma sulla ricetta, come accadeva in precedenza. I cittadini che, ancorché non presenti negli elenchi regionali, ritengono di avere i requisiti per l'esenzione possono rivolgersi alla propria Asl di appartenenza e chiedere un certificato di "esenzione provvisoria", per sé e per ogni familiare avente diritto, sottoscrivendo un'autocertificazione che contenga esplicitamente anche la dichiarazione di consapevolezza sia delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni false sia dei controlli che l'Asl successivamente attiverà.

La difficile transizione dall'autocertificazione all'elenco nominativo dell'Agenzia delle entrate si sta realizzando in un contesto di relativa tranquillità, nonostante i rischi di complicate tortuosità. I casi particolari che potrebbero richiedere il mantenimento dell'autocertificazione sono peraltro numerosi: persone che peggiorano nel corso dell'anno la propria condizione economica (ad esempio, che perdono la propria fonte di reddito), famiglie che in corso d'anno aumentano le proprie dimensioni (bimbi che nascono, giovani che ritornano a vivere in famiglia, etc.), assistiti che spostano la propria residenza in una Asl che adotta una procedura differente, e così via.

³Sul piano pratico le Regioni hanno adottato modalità di attuazione molto differenziate: alcune Regioni hanno previsto che le Asl rilascino il certificato di esenzione su richiesta dell'interessato, mentre altre ne hanno previsto l'invio a domicilio; alcune hanno introdotto modalità sperimentali limitate ad alcune Asl, altre hanno previsto un periodo di transizione in cui convivono le vecchie e le nuove modalità di certificazione. Alcune Regioni hanno espressamente introdotto una procedura per i residenti fuori Regione. Al fine di limitare i disagi per gli assistiti, molte Regioni hanno sottoscritto convenzioni con le organizzazioni sindacali, con oneri a carico della Asl che possono essere stimati dell'ordine di 0,5-1 euro per pratica.

⁴Il decreto prevede che i medici non ancora informatizzati siano dotati dalle Asl di "supporti cartacei o magnetici".

Il nuovo sistema costituisce un importante passo avanti nel contrasto al mancato pagamento del ticket, ma non elimina il problema del trattamento degli evasori fiscali e impone oneri burocratici ai più deboli soprattutto nella lunga fase di transizione.

Resta urgente l'adozione di un indicatore della situazione economica che tenga conto, oltre che del reddito fiscale, anche di elementi di patrimonio nonché della composizione del nucleo familiare; a tal fine l'esperienza ormai decennale dell'Isee, e delle sue varianti in corso di sperimentazione in alcuni specifici ambiti, può essere preziosa per definire un indicatore ad hoc per la sanità (come quello a suo tempo previsto dal decreto legislativo 124 del 1998, poi congelato). Tale aspetto costituisce argomento di necessario approfondimento soprattutto in una fase in cui si preannunciano aumenti del livello di partecipazione al costo.

Il superticket di 10 euro

Il secondo provvedimento del 2011 riguarda l'applicazione del superticket di 10 euro per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, già introdotto con la legge finanziaria per il 2007, ma subito congelato per le distorsioni che avrebbe potuto creare.

Il ticket di 10 euro è infatti una quota fissa che un assistito (non esente), al quale siano state prescritte delle prestazioni specialistiche, deve pagare semplicemente per aver diritto a utilizzare gli ambulatori pubblici. Una volta pagata la quota fissa, il paziente deve anche pagare il ticket sui servizi fruiti, in base al numero e alla tipologia degli stessi. Si introduce cioè una sorta di tariffa composta di due parti: un biglietto di ingresso (per esercitare il diritto a essere assistito dalle strutture del Ssn) e un ticket di utilizzo (per utilizzare effettivamente tali strutture, presentando la ricetta rosa del medico curante)⁵.

In tal modo il superticket rende più costoso il ricorso al servizio pubblico per un gran numero di accertamenti a basso costo e favorisce lo spostamento della domanda sul settore privato (che non applica il superticket). Il che vanifica l'obiettivo di aumento delle entrate, sul quale punta la manovra, e consegna al privato una parte della specialistica ambulatoriale. Per tali ragioni, dopo aver richiesto al governo di abolirlo, le Regioni hanno provveduto ad applicare il superticket con modalità differenti. Alcune non l'hanno introdotto (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Sardegna), altre hanno rimodulato il ticket secondo criteri di progressività in base al reddito dell'assistito (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche) o in base al costo della prestazione (Lombardia, Piemonte); le restanti Regioni hanno applicato la

normativa nazionale⁶. La rimodulazione del ticket è ovviamente subordinata alla "certificazione dell'effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza" da parte del governo⁷.

In generale la rimodulazione del superticket ha l'obiettivo di rispondere a ragioni di equità (quando la progressività è legata al reddito dell'assistito) o di efficienza (quando la progressività è legata al costo della prestazione). In tal senso le scelte delle diverse amministrazioni regionali appaiono interessanti: pur con qualche eccezione, nelle Regioni meno mature (in disavanzo o comunque in difficoltà) prevale la logica di mero adempimento della normativa statale; nelle Regioni dotate di maggiore autonomia (a statuto speciale) prevale la scelta di non applicare il ticket deciso dal livello centrale; nelle Regioni tradizionalmente più attente alla tutela della salute prevale la scelta di equità; nelle Regioni più attente al funzionamento dei mercati prevale la scelta di efficienza.

A parte i modesti effetti sui saldi della sanità pubblica, il ticket di 10 euro produce un altro preoccupante risultato: diminuisce di fatto la copertura assistenziale assicurata dalla sanità pubblica a favore dei non esenti, incoraggiando il ricorso alle strutture private. Un modo implicito per ridurre i livelli di assistenza e favorire la graduale fuoriuscita dal Ssn di alcune categorie di cittadini. Non solo; verrà anche meno ogni obiettivo di migliore appropriatezza nel consumo delle prestazioni, posto che il privato non ha interesse a limitare l'attività alle sole prestazioni effettivamente utili e a ridurre l'eccesso di ricorso alla diagnostica⁸.

La varietà delle modalità applicative si presta ad essere oggetto di una valutazione comparativa degli effetti del provvedimento, in termini di gettito e di consumi, in relazione alle scelte effettuate dalle singole Regioni. È necessario tuttavia che sin da subito sia previsto un adeguato monitoraggio, che potrebbe fornire importanti indicazioni per il futuro.

Il trattamento fiscale del ticket

Le spese per ticket godono di un regime fiscale agevolato. In sede di dichiarazione dei redditi a fini Irpef, le spese mediche (generiche e specialistiche, compreso il ticket) sostenute direttamente dai citta-

⁶La ricognizione è riferita agli inizi del mese di settembre 2011.

⁷Decreto del Ministero della salute di concerto con la Ragioneria generale dello Stato del 26 luglio 2011.

⁸La riduzione del ricorso improprio alla specialistica ambulatoriale è uno degli obiettivi che, in particolare in un momento di difficoltà, dovrebbero essere perseguiti in molte Regioni italiane. Per quanto carenti con riguardo alla realtà nazionale, i dati Ocse indicano un eccesso di offerta di tecnologie diagnostiche in Italia rispetto alla media dei paesi sviluppati.

⁵Si veda Dirindin, 2011.

dini possono essere detratte al 19%, per la parte che supera la franchigia di 129,11 euro, dall'imposta lorda. La detrazione costituisce un vero e proprio sussidio fiscale a favore di chi è tenuto a pagare il ticket (oltre che a favore di chi ricorre alle prestazioni erogate dal settore privato).

Il trattamento fiscale riservato ai ticket appare del tutto irrazionale: da un lato il Servizio sanitario nazionale chiede una compartecipazione ai cittadini allo scopo di contenere la spesa pubblica e moderare la domanda, dall'altro il sistema fiscale restituisce al contribuente parte del ticket pagato e rinuncia a una parte del gettito. E con il superticket rischia anche di vanificare gli obiettivi di moderazione della domanda, limitandosi a spostarla dal pubblico al privato. Gli effetti congiunti dei due regimi sono sintetizzabili in un minor gettito netto da ticket, un aumento delle complessità amministrative (a carico dei cittadini che devono conservare un'infinità di ricevute, dei farmacisti che devono registrare il codice fiscale dell'assistito, di chi presenta la dichiarazione dei redditi che deve conteggiare e conservare i giustificativi). Sul piano dell'equità, il sussidio fiscale favorisce soprattutto i ceti medi, posto che i redditi medio bassi sono verosimilmente meno interessati alla detrazione (perché non superano la franchigia o perché si limitano a presentare il Cud). Per tali ragioni il trattamento fiscale riservato al ticket dovrebbe essere oggetto di revisione.

Quale la dimensione del fenomeno? Purtroppo non esistono dati sull'esborso per ticket né tanto meno sui ticket portati in detrazione in occasione della dichiarazione dei redditi.

Il ticket sui farmaci ammonta a quasi un miliardo di euro (dati Federfarma); il ticket sulle prestazioni specialistiche è di difficile stima perché risulta dalla somma del ticket pagato direttamente alle Asl per le prestazioni erogate dalle stesse (stimabile intorno a 2 miliardi)⁹ e dalla minor spesa sopportata dalle Asl per le prestazioni erogate in regime di accreditamento dalle strutture private (di dimensioni ignote). Complessivamente quindi i ticket potrebbero comportare una spesa di oltre 3 miliardi di euro, un'incidenza sulla spesa sanitaria pubblica molto contenuta.

Solo una piccola parte di tale cifra è verosimilmente portata in detrazione al momento della dichiarazione dei redditi. I dati disponibili non consentono alcuna stima; l'unica informazione è quella riferita alla totalità delle detrazioni per spese mediche (non

solo quindi per ticket): i contribuenti interessati sono oltre 14 milioni, il minor gettito fiscale è pari a 2,3 miliardi di euro e il risparmio medio di imposta è pari a 166 euro pro capite¹⁰.

A fronte del rischio, previsto nella recente manovra di finanza pubblica, di tagli lineari (e iniqui) alle agevolazioni fiscali, pare ragionevole proporre la totale eliminazione delle agevolazioni a favore dei ticket. Un provvedimento che consentirebbe un recupero di gettito, contribuirebbe a semplificare la vita a molti cittadini e andrebbe nella direzione di evitare inutili complicazioni del sistema fiscale. In ogni caso andrebbe attentamente valutata la possibilità di eliminare la detraibilità dei ticket prima di intervenire con qualunque ulteriore aumento della partecipazione al costo.

Autori per la corrispondenza

Vincenzo Rebba, vincenzo.rebba@unipd.it
 Gilberto Muraro, gilberto.muraro@unipd.it
 Nerina Dirindin, nerina.dirindin@unito.it

Bibliografia

- Buchanan J (1965), *The inconsistencies of the National Health Service*, London, Institute of Economic Affairs.
- Dirindin N (2011), *Un ticket che porta alla sanità privata*. Disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.lavoce.info/articoli/pagina1002439.html>. Ultima consultazione: ottobre 2011.
- Muraro G (1987), I metodi economici di controllo della spesa sanitaria: possibile ruolo del ticket, in Muraro G (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio Sanitario Nazionale*, Milano, Franco Angeli, 225-243.
- Muraro G (1994), Il valore dell'equità in campo sanitario nelle società contemporanee, in Costa G e Faggian F (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli, 43-56.
- Muraro G (2003), Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale, *Rivista di Diritto finanziario e Scienza delle finanze*, LXII (3): 349-384.
- Muraro G, Rebba V (2010), Individual rights and duties in health care, *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 118 (3): 397-396.
- Pauly MV, Blavin FE (2008), Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance, *J Health Econ*, 27: 1407-1417.
- Rebba V (2009), I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?, *Politiche sanitarie*, 10 (4): 221-242.

⁹In sede di riparto delle disponibilità complessive per il Ssn, la voce "Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie", in larga parte riferita ai ticket, assomma a poco meno di 2 miliardi di euro. Tale somma non comprende le minori uscite per ticket (per la specialistica ambulatoriale erogata nel privato e per i ticket pagati alle farmacie).

¹⁰Si veda l'allegato alla legge di conversione del decreto legge del 6 luglio 2011, n. 98, recante Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria (manovra del luglio 2011), il quale riporta tutte le tipologie di agevolazioni che producono perdita di gettito per l'erario. http://www.lavoce.info/binary/la_voce/articoli/agevolazioni_manovra.1310722940.pdf