

FA



[Home](#) > [Argomenti](#) > [Sanità](#) > Quel super-ticket che limita il diritto alla salute

Quel super-ticket che limita il diritto alla salute

23.05.17

[Domenico De Matteis](#) e [Giuliano Resce](#)

In sanità il ticket dovrebbe essere utilizzato per responsabilizzare gli utenti sul costo del servizio sanitario. Ma il super-ticket non serve per contenere i consumi eccessivi, mentre potrebbe spingere una parte dei cittadini a rinunciare alle cure.

Tre problemi col super-ticket

Nell'ultimo decennio si sono succeduti molteplici interventi regolatori in tema di compartecipazione alla spesa sanitaria in Italia. Uno dei più importanti è sicuramente [l'introduzione del super-ticket](#), la tariffa che funge da biglietto d'ingresso al servizio sanitario nazionale. La misura ha l'obiettivo dichiarato di migliorare l'equilibrio economico-finanziario delle regioni, ma può generare tre gravi problemi al sistema sanitario: 1) la fuoriuscita di alcune prestazioni dal sistema pubblico; 2) la rinuncia alle cure più costose per una parte della popolazione; 3) una paradossale diminuzione delle entrate pubbliche.

La legge finanziaria del 2007 dispone per la prima volta una compartecipazione aggiuntiva attraverso il super-ticket – una quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. La legge precisa che le regioni possono adottare misure diverse, purché raggiungano l'equilibrio economico-finanziario. La norma recita espressamente: “[...] Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le regioni anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:

- 1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza;
- 2) stipulare con il ministero della Salute e il ministero dell'Economia e delle Finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza”.

Ogni regione fissa il suo super-ticket

Le regioni non hanno sempre apprezzato lo strumento. L'applicazione della quota fissa su ricetta, sommandosi ai ticket già vigenti, fa salire il costo di alcune prestazioni oltre il loro valore, generando effetti distorsivi sulle scelte dei consumatori, che potrebbero considerare più conveniente pagare la tariffa piena sul mercato privato. Le prestazioni a basso costo tenderebbero perciò a uscire dal sistema pubblico, mettendo in discussione [la possibilità di recuperare le maggiori risorse richieste dalla manovra](#). Per questi motivi, sulle disposizioni della finanziaria per il 2007 si è avviata una continua contrattazione fino al 2011, quando con il decreto legge del 6 luglio 2011, n. 98, è stato introdotto definitivamente il ticket aggiuntivo per ogni ricetta sulle prestazioni specialistiche.

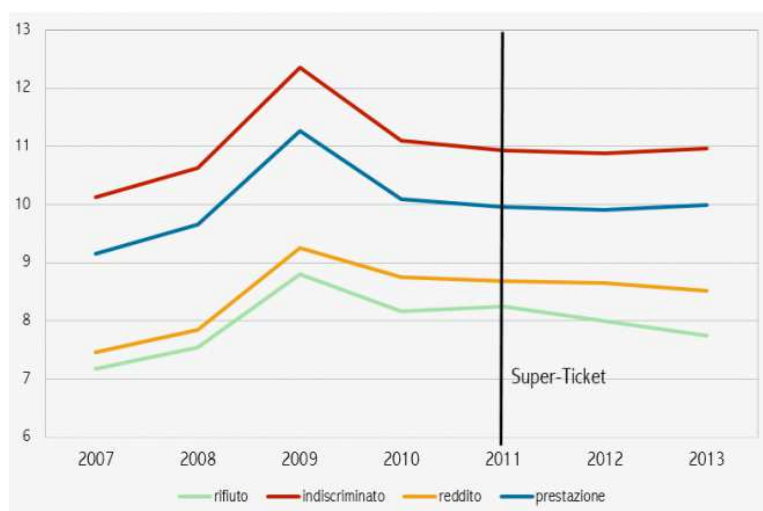
Il decreto lascia ampio spazio alle singole soluzioni regionali, che infatti si differenziano molto tra di loro. In linea generale, ci sono quattro gruppi: buona parte delle regioni applica il super-ticket in modo indiscriminato con una tariffa di 10 euro (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria e Sicilia); alcune di quelle a statuto speciale rinunciano ad applicarlo (Valle d'Aosta, Sardegna, province di Trento e di Bolzano); le regioni più attente all'equità hanno ticket progressivi in base al reddito, che possono variare da zero fino a 15 euro per i più alti (Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Veneto e Marche); mentre le regioni più attente al funzionamento dei mercati modulano il ticket in base al costo della prestazione, tanto che il super-ticket può raggiungere addirittura i 30 euro (Lombardia, Piemonte, Basilicata e Campania).

Lo spazio di manovra lasciato alle regioni sull'applicazione e l'organizzazione del super-ticket provoca notevoli [differenziazioni territoriali all'interno del servizio sanitario nazionale](#). Nelle regioni che applicano il super-ticket in modo indiscriminato, poi, le prestazioni pubbliche a basso costo, che sono la maggior parte, raggiungono un prezzo superiore a quello del settore privato. In questo modo si creano le condizioni per la fuoriuscita di alcune dal servizio pubblico. Ma la situazione peggiore si trova nelle regioni dove il super-ticket viene modulato in base al valore della prestazione. In questo caso vengono introdotti meccanismi di mercato in un settore dove è il fallimento del mercato stesso a giustificare l'intervento pubblico. E uno dei rischi principali è che una parte della popolazione rinunci alle cure più costose, mettendo a rischio l'universalità del servizio sanitario.

Il ticket dovrebbe essere utilizzato per responsabilizzare gli utenti sul costo del servizio sanitario. Il super-ticket però non svolge questa funzione: così come è strutturato, non favorisce il contenimento del consumo eccessivo, ma potrebbe disincentivare i consumi di servizi necessari per i cittadini. In più, le tariffe applicate in alcune regioni rischiano di violare il principio di universalità del servizio sanitario

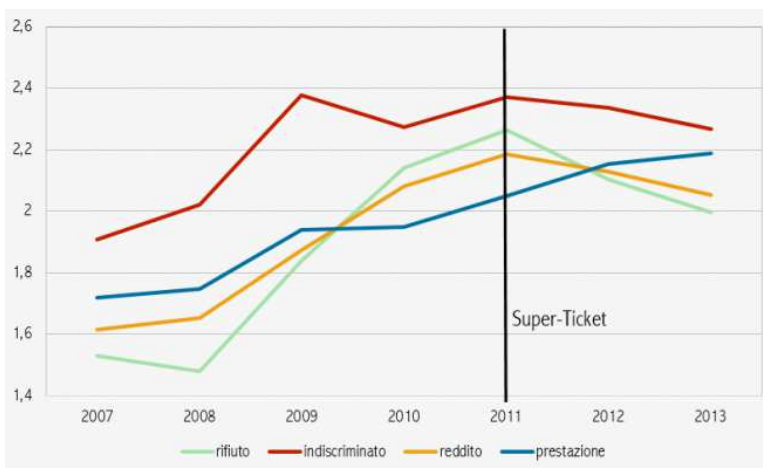
nazionale sancito nell'articolo 32 della Costituzione, accentuando il rischio di forti disuguaglianze nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza. Per tutte queste ragioni andrebbe semplicemente eliminato.

Figura 1 – Percentuale di spesa sanitaria sul PIL nell'intervallo 2007-2013



Fonte: Elaborazione degli autori su dati ISTAT 'Health for All', 2016

Figura 2 – Percentuale di spesa sanitaria delle famiglie sul PIL nell'intervallo 2007-2013



Fonte: Elaborazione degli autori su dati ISTAT 'Health for All', 2016

◀ 6

◀ 1

[Commenta](#)

[Stampa](#)

In questo articolo si parla di: [Domenico De Matteis](#), [Giuliano Resce](#), [sanità](#), [super ticket](#)

BIO DELL'AUTORE

DOMENICO DE MATTEIS



Domenico De Matteis laureato in Scienze Politiche all'Università degli Studi di Perugia. Ha conseguito un master di II livello in Economia Pubblica presso "La Sapienza". Ha svolto attività di Ricerca presso l'Enea-Agenzia Nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile, occupandosi principalmente di Sviluppo Eco-sostenibile e nuove forme di lavoro (co-working e smart-working). Attualmente svolge il Dottorato di Ricerca in "Economics" presso l'Università "La Sapienza". I suoi campi di ricerca sono principalmente: Health Economics, Policy Evaluation, Development, Public Economics, Labour e Inequalities.

[Altri articoli di Domenico De Matteis](#)

GIULIANO RESCE



Laureato in Scienze Politiche all'Università di Firenze, è attualmente dottorando in Economia presso l'Università di Roma Tre. È stato Research Assistant presso l'Università di Portsmouth; Visiting presso l'Università di Sheffield e la Banca Mondiale; Assegnista di ricerca presso l'Università di Firenze. I suoi interessi riguardano l'economia del settore pubblico, in particolare si occupa di sanità, istruzione e misure multidimensionali di benessere.

[Altri articoli di Giuliano Resce](#)