



www.lavoce.info

Sanità

LA FRANCHIGIA FA MALE ALLA SANITÀ PUBBLICA

di [Nerina Dirindin](#) 15.05.2012

Si parla di un possibile superamento dell'attuale sistema di ticket ed esenzioni nel Sistema sanitario con l'introduzione di una franchigia basata sul reddito. La manovra del luglio 2011 prevede infatti 2 miliardi di aumento delle entrate da ticket dal 2014. Ma la proposta sembra debole sotto il profilo della fattibilità, delle ricadute sociali e delle scelte di politica sanitaria. Piuttosto vanno attenuate alcune incongruenze, garantendo comunque i soggetti più deboli. Ma i ticket devono mantenere il ruolo di mera responsabilizzazione degli assistiti sul consumo di prestazioni sanitarie.

Ancora una volta si prospettano cambiamenti nel sistema dei ticket e delle esenzioni.

Dopo le modifiche introdotte nel 2011 alle procedure di esenzione in base al reddito - ancora fragili nella loro attuazione in molte Regioni - e alla contestata reintroduzione del [super ticket di 10 euro sull'assistenza specialistica](#) - con le variegate modalità di applicazione nelle diverse Regioni, in questi giorni si parla del possibile superamento dell'attuale sistema e della contestuale introduzione di una **franchigia** in base al reddito. La proposta è ancora in via di definizione, ma la rivoluzione potrebbe essere preoccupante: tentiamo quindi qualche riflessione.

L'IDEA DEL MINISTRO

Qual è l'idea anticipata dal ministro Renato Balduzzi? Tutti i cittadini sono tenuti ad accollarsi il pagamento del costo delle prestazioni sanitarie fino al raggiungimento di una quota percentuale del proprio reddito (la franchigia) a partire dalla quale il cittadino potrà accedere ai servizi a titolo completamente gratuito per il resto dell'anno. La franchigia potrà essere modulata in base al reddito dell'assistito (non è ancora chiaro se in modo proporzionale, progressivo o regressivo) e la condizione economica potrà essere valutata prevedendo l'introduzione dell'Isee. Sul piano operativo, il sistema ha bisogno di una **tessera sanitaria "intelligente"**, ovvero dotata di un microchip in grado di archiviare le informazioni che riguardano i pagamenti effettuati dal singolo assistito.

La proposta sembra essere debole sotto più profili: della fattibilità, delle ricadute sociali e delle scelte di politica sanitaria.

Sotto il profilo della **fattibilità**, il sistema "franchigia" richiede la distribuzione a ogni cittadino di una nuova tessera sanitaria. Quella attuale infatti funge solo da carta di identificazione del cittadino e non da archivio dati (salvo la carta della Lombardia). La sostituzione di tutte le carte sanitarie implica **costi e tempi** non irrisori: una nuova carta intelligente costa almeno 15-20 euro pro capite e

richiede un sistema diffuso di lettura e caricamento in *tutti* i punti di erogazione dei servizi in *tutte* le Regioni italiane. Un costo importante che rischia di essere superiore al gettito da ticket. Vero è che sarebbe (probabilmente) un **investimento** per il futuro, ma è legittimo chiedersi se in un momento di grande difficoltà, il Servizio sanitario nazionale possa permettersi di pagare 20 euro per assistito per riscuoterne in molti casi non più di 30 (nella ipotesi di franchigia minima). L'eventuale ricorso a sistemi centralizzati che utilizzano internet avrebbero anch'essi costi fissi di 20-30 milioni per regione e costi del servizio di circa 10 milioni annui in media per regione.

Sotto il profilo dell'**equità**, è persino banale ricordare che la carta, per quanto intelligente, non può risolvere i problemi che richiedono a monte una decisione di tipo politico: a chi imponiamo il pagamento della franchigia? Sembra impensabile che, nell'attuale contesto economico, il governo immagini di imporre il pagamento della franchigia a disoccupati, pensionati al minimo, malati cronici e altre categorie ora esonerate dal pagamento del ticket. Così come costituirebbe un **assalto all'universalismo** (secondo la terminologia di Martin McKee) un aumento rilevante dei ticket pagati dai ceti medi e medio alti: creare un sistema in cui i ricchi pagano sempre di più al momento del consumo vuol dire spingerli a optare per soluzioni alternative al sistema pubblico. **(1)** Vero è che anche l'attuale sistema dei ticket e delle esenzioni presenta **debolezze** in termini di equità, ma non è pensabile che un governo tecnico pensi di risolvere quei problemi limitandosi ad archiviare i dati di pagamento su una carta intelligente anziché rivedere prima di tutto i criteri di esenzione.

LE MANOVRE SULLA SANITÀ

Un terzo aspetto riguarda la **dimensione complessiva** della spesa per ticket.

L'attuale proposta nasce dalla necessità di dare attuazione a quanto previsto dalla manovra del luglio 2011 di aumento delle entrate da ticket di **2 miliardi** di euro a partire dal 2014, a compensazione della riduzione dei finanziamenti disposta dalla stessa manovra. Una cifra importante, che aumenterebbe di almeno il 50 per cento la spesa media per ticket. Nonostante le lacune informative (il dato sui ticket pagati sulle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate non è rilevato), la spesa complessiva sostenuta dai cittadini per i ticket è stimabile pari a non più di 4 miliardi di euro, che diventerebbero 6 con il nuovo meccanismo. Un aumento che risponde alla necessità di "fare cassa", una esigenza chiara in un contesto di grave crisi della finanza pubblica, ma a rischio di produrre effetti perversi dal punto di vista allocativo e distributivo, effetti apparentemente estranei alle preoccupazioni sia del governo che nel 2011 ha varato la manovra sia di quello che nel 2012 sta lavorando alla sua attuazione. Un aumento così consistente dei ticket e l'introduzione della franchigia a carico di tutti i cittadini rischiano infatti di cambiare i comportamenti delle persone e il loro rapporto con il servizio sanitario: eliminano ogni tentativo di distinguere fra **domanda appropriata** e domanda inappropriata (come previsto, pur con qualche debolezza, dall'attuale sistema di esenzione per patologie); riducono il disincentivo al **sovra-consumo** di prestazioni sanitarie una volta raggiunta la franchigia (oltre la quale il consumo è totalmente gratuito); rischiano di scoraggiare i più deboli all'accesso ai servizi sanitari (a meno che non sia previsto il mantenimento di un sistema di esenzioni); non intervengono nelle debolezze strutturali dell'attuale sistema dei ticket e delle esenzioni (le disparità di trattamento a parità di reddito, le esenzioni di tipo categoriale, il trattamento fiscale riservato ai ticket, eccetera).

Inoltre, 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 comunque prevedere interventi di ultima istanza (per esempio, quelli salvavita) anche a favore di chi avesse esercitato il diritto a 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.

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 super-ticket di 10 euro; c) individuando soluzioni per ridurre in modo consistente l'aumento delle entrate da ticket previsto dalla manovra del luglio 2011, anche attraverso interventi sul lato della **spesa** finemente modulati in base alle diverse situazioni regionali.

Spendere meglio si può, senza far spendere di più gli assistiti.

(1) McKee M, Stuckler D. *The assault on universalism*. British Medical Journal 2011; 343:1314-17