

## Carlo De Pietro

Carlo De Pietro è Professore in Management sanitario presso il Dipartimento economia aziendale, sanità

e sociale (DEASS) della SUPSI. Svolge attività di ricerca-intervento per organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché

valutazioni di politiche sanitarie e sociali per l'Amministrazione cantonale e federale. Insegna nella Formazione

di base e continua ed è responsabile del MAS in Gestione sanitaria.

# Le prospettive del nostro sistema sanitario. Efficacia, equità, consenso pubblico

**Il sistema sanitario è forte e fragile allo stesso tempo. Forte per il ruolo che ha nella nostra società e nell'economia. Fragile perché si tratta di un sistema complesso, la cui sostenibilità nel tempo necessita di risorse crescenti, di una governance pubblica adeguata e di mantenere un sufficiente grado di consenso collettivo attorno ad esso.**

Il sistema sanitario è centrale nel funzionamento dei paesi occidentali. Esso eroga prestazioni di cura e di salute pubblica cruciali per il benessere degli individui e della comunità, è la base per molti progressi scientifici e offre numerosi posti di lavoro stabili e qualificati.

L'interesse collettivo dei servizi resi, insieme ai molti limiti che i meccanismi della concorrenza incontrano in questo particolare mercato, spiegano l'intervento dei poteri pubblici nel regolare e nel finanziare il settore, nonché nell'erogare direttamente alcuni servizi. L'intervento pubblico nel settore sanitario ha l'obiettivo di garantirne la funzionalità oggi, ma anche la sostenibilità nel tempo.

### Sostenibilità economica

Il sistema sanitario assorbe molte risorse. Nel 2020 la spesa sanitaria in Svizzera ha superato gli 83 miliardi (pari a quasi diecimila franchi pro-capite) e rappresentava circa il 12% del prodotto interno lordo<sup>[1]</sup>.

#### Raccogliere e coordinare le risorse finanziarie

La crescita sostenuta del PIL svizzero negli ultimi anni ha aiutato il nostro paese a mantenere quasi stabile il rapporto tra spesa sanitaria e PIL,

che già nel 2003 aveva superato il 10%. Se però adottiamo una prospettiva di lungo periodo, è utile notare come quel rapporto fosse del 4.8% nel 1970, del 6.4% nel 1980, del 7.6% nel 1990, del 9.1% nel 2000. In più, è difficile prevedere – e anche auspicare, tenuto conto dell'emergenza climatica – che il PIL svizzero in futuro mantenga gli alti tassi di crescita sperimentati nei dieci anni precedenti la pandemia da Covid. Per tutte queste ragioni, frenare l'aumento della spesa sanitaria – e dunque migliorare l'efficienza del sistema – rimane un obiettivo urgente per la confederazione e i cantoni.

Un secondo elemento che ingaggia la sostenibilità economica del sistema sanitario riguarda la sua complessità e dunque la necessità di poteri pubblici sufficientemente competenti e autorevoli per regolamentarne l'ingente spesa. Compito arduo, se si pensa alle diverse fonti primarie del finanziamento (famiglie, confederazione, cantoni, comuni, imprese), ai numerosi meccanismi che gestiscono quelle risorse (assicurazione obbligatoria medico-sanitaria o AMal, assicurazione complementare, versamenti diretti delle famiglie, Stato, altre assicurazioni sociali – invalidità, infortuni, AVS, militare) e soprattutto a numerosi fornitori di cure (ospedali e case di cura, case per anziani, istituti per invalidi, ambulatori medici, dentisti, fisioterapisti e altri professionisti riconosciuti, farmacie, produttori di beni medicali, centri diurni, servizi ambulanze, ecc.).

#### Formare professionisti adeguati in numero e competenze

Un ultimo elemento – cruciale per la sostenibilità economica del sistema – non riguarda le risorse finanziarie, ma quelle umane. Per far fronte all'invecchiamento della popolazione, alla dipendenza da professionisti formati all'estero e all'abbandono

[1] OECD, <https://www.oecd.org/health/OECD-Health-Statistics-2022-Frequently-Requested-Data.xls>; UST, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.html> (1.9.2022).

no precoce delle professioni, gli sforzi richiesti al sistema sanitario e formativo sono imponenti. A tale proposito un recente messaggio del governo ticinese (n. 809 del 9 giugno 2021) che riguardava il personale curante (infermieri, OSS, OSA, addetti alle cure sociosanitarie, ecc.), affermava che «Attualmente in Ticino un giovane su 10 si diploma in una professione curante: per soddisfare il fabbisogno stimato nel 2030 con solo personale indigeno occorrerebbe che un giovane su cinque si dedicasse a una professione curante».

### Sostenibilità sociale

La spesa sanitaria – alta e crescente – rappresenta una sfida per la politica federale e cantonale. Ma accanto all'entità complessiva della spesa, le sfide riguardano anche le "due solidarietà di base" che – in Svizzera come negli altri sistemi avanzati – il sistema di finanziamento deve operare. La prima solidarietà è quella che vede i sani finanziare le cure per i malati. La seconda solidarietà vede i ricchi finanziare le cure per i poveri.

La sostenibilità del sistema richiede gradi di solidarietà crescenti su entrambe le dimensioni, ma tale crescente solidarietà non è facile da assicurare.

#### *Mantenere la solidarietà intergenerazionale e nei confronti dei malati*

Una crescente solidarietà tra sani e malati è richiesta, tra le altre cose, dal progresso tecnologico (che concentra la spesa sanitaria in pochi malati, ad esempio quando viene loro somministrata una terapia farmacologica nuova e molto cara) e dall'invecchiamento della popolazione (che porta a concentrare la spesa sulla terza e quarta età e dunque richiede una grande solidarietà intergenerazionale).

*“L'interesse collettivo dei servizi resi dal sistema sanitario e i limiti che i meccanismi della concorrenza incontrano in questo particolare mercato spiegano l'intervento pubblico nel settore sanitario, che ha l'obiettivo di garantirne la funzionalità oggi, ma anche la sostenibilità nel tempo.”*

Tali dinamiche rappresentano sfide importanti sul piano politico e sociale. Si pensi alle possibili richieste di razionalizzare – che significa anche razionare – le cure («perché noi lavoratori dobbiamo finanziare attraverso le imposte le cure a domicilio dei grandi anziani che si rifiu-

tano di trasferirsi in una casa di riposo?») oppure alla richiesta di tener conto dei comportamenti individuali che hanno favorito l'emergere di patologie croniche («perché dovrei pagare per le cure di chi insiste nel mangiare male mettendo a rischio la propria salute?»).

#### *Evitare lo sviluppo di una sanità a due velocità*

Se ora guardiamo alla seconda solidarietà e cioè a quella tra persone più e meno abbienti, il primo riferimento è alle difficoltà crescenti che la classe media affronta nel pagare i premi di cassa malati. Come noto, quei premi non sono basati sul reddito degli assicurati. Per sanare questa situazione, la LAMal prevede che confederazione e cantoni aiutino le famiglie con appositi sussidi, riconosciuti – per l'intero premio o per una quota parte – a quasi un terzo della popolazione residente. Nonostante tale imponente aiuto finanziario, i problemi per la classe media rimangono, come confermato dal dibattito su social media, giornali e televisione che si riaccende ad ogni annuncio dei premi AMal per l'anno successivo.

Se assumiamo una prospettiva più ampia, la questione di fondo è la seguente: come finanziare l'aumento della spesa sanitaria? In tal senso, le opzioni sembrano essere tre:

- aumentare i pagamenti diretti da parte delle famiglie. Ma ciò è difficile da ipotizzare se teniamo conto dell'alta quota che tali pagamenti rivestono in Svizzera rispetto ad altri paesi avanzati e dell'alta quota di assicurati che, spesso per ridurre il premio da pagare, hanno già optato per la franchigia annua massima (2'500 franchi per gli adulti);
- aumentare i premi AMal. Ma ciò aggraverebbe ulteriormente il carico sulla classe media;
- aumentare la spesa sanitaria pubblica diretta (ad esempio la quota parte rimborsata direttamente dallo Stato agli ospedali o alle case per anziani).

Se escludiamo la prima opzione, la seconda richiederebbe un aumento importante dei sussidi di cassa malati, da finanziare attraverso risorse fiscali e dunque un aumento delle imposte. Aumento delle imposte richiesto anche dalla terza opzione.

Ma questo aumento delle imposte potrebbe nel tempo portare i ricchi a mettere in discussione l'opportunità di dare a tutti stesse condizioni di accesso e fruizione dei servizi. Le persone "chiamate alla cassa" potrebbero chiedersi «perché devo pagare più imposte per finanziare cure di "alta gam-

ma” a persone che ne beneficiano gratuitamente? Non potrebbero essere sufficienti cure “di base”?». È chiaro che si tratterebbe della fine della “sanità a una velocità” che, pur con alcuni limiti, abbiamo conosciuto fino ad oggi.

---

## Sostenibilità culturale

La tenuta di un sistema sanitario “a una sola velocità” e volto all’interesse pubblico, implica anche una certa omogeneità nei servizi che esso deve offrire. Si tratta di una sfida importante, per almeno tre evoluzioni in atto:

- la nostra società è culturalmente meno omogenea oggi che in passato;
- la nostra società promuove l’autonomia individuale, con le preferenze di ciascuna persona che determinano in larga misura le scelte di consumo;
- il progresso tecnologico propone incessantemente nuovi prodotti e nuovi servizi sanitari, che allargano in modo sensibile e veloce la gamma delle prestazioni potenzialmente disponibili.

Se tali questioni non sono problematiche quando si tratta di cure universalmente riconosciute come utili (ad esempio un intervento per un femore fratturato o le sedute di emodialisi), le scelte collettive sono più difficili quando si tratta di decidere se estendere la copertura dell’assicurazione obbligatoria medico-sanitaria (e dunque un finanziamento socializzato) a nuove prestazioni di medicina naturale o a un nuovo farmaco poco più efficace del precedente ma molto più caro, oppure quando si tratta di valutare l’opportunità di attivare uno screening di popolazione per il tumore al colon-retto.

Le questioni centrali – e le sfide per un sistema sanitario coeso e che voglia mantenere condizioni di efficacia, equità ed efficienza – sembrano in tale ambito principalmente due.

Da un lato, c’è l’espansione del perimetro del sistema sanitario. Ciò è frutto dell’offerta di nuovi servizi e prodotti sanitari da parte dell’industria e dei professionisti, ma anche di aspettative crescenti e differenziate da parte della popolazione degli individui, ad esempio con una crescente “problematizzazione” di condizioni di salute che in passato erano giudicate accettabili, o con la ricerca di riconoscere e “trattare” fattori di rischio già prima che essi evolvano in problemi di salute concreti.

Dall’altro lato c’è la necessità che, di fronte a tali evoluzioni, le autorità responsabili del sistema sanitario siano capaci di selezionare le prestazioni efficaci e meritevoli di un finanziamento socializzato. Ciò significa lo sviluppo di un’azione costante e competente di valutazione delle tecnologie sanitarie (*health technology assessment*): esercizio necessario ma tecnicamente e politicamente sensibile.

---

## Sostenibilità ambientale

Apparentemente il settore sanitario non pone grandi problemi di natura ambientale come, ad esempio, fanno i settori dei trasporti, dell’energia o l’agricoltura. Eppure, le dimensioni del settore sanitario – con la sua spesa pari a ben il 12% del PIL – rendono inevitabile un’impronta ambientale importante. Secondo dati riportati da una recente pubblicazione dell’Accademia Svizzera delle Scienze Mediche dedicata al tema<sup>[2]</sup>, il settore sanitario contribuisce a circa il 5% dell’emissione di gas serra a livello mondiale e in Svizzera tale percentuale è con tutta probabilità ancora maggiore.

Un primo ambito di produzione di gas serra è quello delle emissioni dirette, prodotte innanzitutto dall’utilizzo di energia fossile per il riscaldamento delle strutture sanitarie o dall’utilizzo di gas anestetizzanti (che hanno un impatto poco conosciuto ma assai elevato). Un secondo ambito di emissioni è associato all’energia utilizzata dal sistema sanitario ma prodotta altrove. Un terzo ambito di emissioni indirette riguarda la produzione dei beni utilizzati per le cure (medicamenti, attrezzature, materiali di consumo, alimentazione e ristorazione, ecc.), nonché la produzione di rifiuti, spesso pericolosi. Infine, un ultimo ambito di emissione di gas serra è quello della mobilità del personale, dei pazienti e dei visitatori.

Recenti analisi svolte nei sistemi sanitari di Regno Unito e Australia, mostrano come il settore ospedaliero spieghi circa la metà dell’intera “impronta carbonica” del sistema sanitario.

La crescente presa di coscienza da parte degli operatori, il senso di urgenza diffuso tra la popolazione e la maggiore disponibilità di evidenze scientifiche, hanno portato di recente numerose istituzioni sanitarie (e in particolare ospedaliere) a sviluppare soluzioni volte a contenere gli sprechi alimentari, a rendere più efficienti i sistemi di riscaldamento, a sostituire i gas anestetizzanti più problematici.

[2] [https://www.samw.ch/dam/jcr:46518304-a920-437d-95ec-ddaeca54951/positionspapier\\_samw\\_umweltbewusste\\_ge-sundheitsversorgung.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:46518304-a920-437d-95ec-ddaeca54951/positionspapier_samw_umweltbewusste_ge-sundheitsversorgung.pdf) (19.2022).