Carlo De Pietro

Carlo De Pietro è Professore in Management sanitario presso il 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 soprattutto nella formazione continua, dove è responsabile del MAS in Gestione sanitaria.

Finanziare i servizi sanitari: un rompicapo per la politica e la società

L'articolo considera l'annoso problema dei premi di cassa malattia nel quadro della spesa sanitaria in Svizzera e del suo finanziamento. Il settore sanitario è destinato a espandersi e il suo finanziamento richiederà crescente solidarietà finanziaria sull'asse sani–malati e su quello ricchi–poveri. Ottenere tale solidarietà rappresenta una sfida politica difficile, di fronte alla quale il meccanismo assicurativo LAMal sembra oramai inadeguato.

Una spesa sanitaria sempre crescente

Nel 2021 i costi complessivi del sistema sanitario svizzero hanno raggiunto 9'924 CHF per ogni residente (Ufficio federale di statistica 2023). Nel 1996, all'entrata in vigore della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), i costi pro-capite erano di 5'292 CHF. L'aumento, in ventiquattro anni, è stato dell'88%. Nello stesso periodo, il Prodotto interno lordo (PIL) nominale pro-capite è aumentato del 41%[1].
Il PIL pro-capite – e cioè il valore prodotto nel corso dell'anno dal sistema economico svizzero – ha avuto qualche battuta di arresto, con riduzioni occorse negli anni 2002, 2009, 2015, 2020. La spesa sanitaria pro-capite ha invece continuato nella sua ascesa anno dopo anno, "insensibile" all'andamento economico generale.
I principali elementi che spiegano tale continuo aumento sono ben noti.
Innanzi tutto il progresso tecnico, che contribuisce ad aumentare la speranza e la qualità di vita, ma spesso nel sistema sanitario non riduce i costi, al contrario di quanto succede per esempio in gran parte dei prodotti manifatturieri. Ciò succede soprattutto nel caso di innovazioni di prodotto, dove ad esempio un nuovo farmaco ne sostituisce uno precedente, che era molto meno caro, migliorandone soltanto marginalmente la composizione (magari con un nuovo eccipiente che ne facilita la somministrazione).
Un secondo elemento che spinge i costi del sistema sanitario è l'invecchiamento della popolazione, soprattutto nei settori delle case per anziani e delle cure a domicilio, ma anche nel consumo di medicamenti per alcune malattie croniche. Per dare un'idea della sfida che ciò implica, si consideri la pianificazione di recente approvata dal Canton Ticino che riguarda, tra le altre cose, le case per anziani e il settore dell'assistenza e cure a domicilio[2]. Tale pianificazione stima necessari, per il 2030, ben 1'180 posti letto in più nelle case per anziani con mandato di prestazione cantonale, rispetto ai 4'580 attivi nel 2018 (+26%). Per le ore di cure a domicilio, la stima di aumento previsto è addirittura del +62% (da 1.19 mio di ore a 1.93 mio).
Un terzo fattore che fa lievitare la spesa è la limitata crescita della produttività del lavoro nei servizi sanitari, rispetto a quanto succede in altri settori quali la trasformazione manifatturiera o l'agricoltura. Tale fenomeno, noto come "malattia dei costi di Baumol" (dal nome dell'economista che la descrisse negli anni sessanta), caratterizza i servizi alla persona che possono essere sostituiti solo in misura limitata dall'automazione[3].
Infine, un ultimo importante fattore di aumento della spesa sanitaria sono le crescenti aspettative di tutti noi. Problemi che pochi decenni fa sarebbero stati gestiti personalmente o addirittura fatalisticamente accettati, oggi ci spingono invece a cercare risposte e soluzioni presso medici, fisioterapisti, psicoterapeuti, ecc.

Struttura e obiettivi del sistema di finanziamento

Nel paragrafo precedente abbiamo guardato alla spesa sanitaria e ad alcune importanti determinanti della sua crescita. Ma come è finanziata

[1] Office fédéral de la statistique (2023). Coûts du système de santé depuis 1960. Période d'observation 1960-2021. Tableaux. Recuperato 8 ottobre 2023, da: https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/24525225/master

[2] *Pianificazione integrata LAnz-LACD - DASF (DSS)-Repubblica e Cantone Ticino*. (s.d.). Recuperato 8 ottobre 2023, da https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/anziani/pianificazione/pianificazione-integrata-lanz-lacd

[3] Baumol, W.J, & Bowen W.G. (1965). On the performing arts: the anatomy of their economic problems. *American Economic Review*, 55(1/2), 495-502.

questa spesa in Svizzera? E quali sono gli obiettivi del sistema di finanziamento?
Per descrivere la struttura del sistema di finanziamento, l'Ufficio federale di statistica distingue tre aspetti: le "fonti" del finanziamento (famiglie, Cantoni, Confederazione, Comuni, imprese), i "regimi" di finanziamento e i fornitori di cura che ottengono i compensi (i rimborsi) per i servizi che erogano[4].
Se guardiamo ai regimi di finanziamento nel 2021, l'assicurazione malattie di base (LAMal) ha finanziato il 35.8% della spesa sanitaria totale, seguita dallo Stato con il 23% (Cantoni, Confederazione e Comuni), dalle economie domestiche con il 22.3% (per le prestazioni non coperte dalla LAMal né da altre assicurazioni sociali o private, per la franchigia e la quota-parte previste dalla LAMal, ecc.), dalle altre assicurazioni sociali con il 9% (assicurazioni infortuni, invalidità, militare), dall'assicurazione complementare con il 6.5%, da altre fonti minori con il 3.5%.
Si tratta dunque di un sistema di finanziamento articolato, nel quale la LAMal assume un ruolo preminente ma non maggioritario. Ed è un sistema di finanziamento che persegue più finalità:

- finanziare adeguatamente i fornitori di cure (salari adeguati, remunerazione del capitale),
- favorire e premiare la qualità delle prestazioni,
- controllare l'appropriatezza clinica (cioè che il sistema eroghi cure realmente utili) e organizzativa (cioè che il sistema preferisca "setting" di cura economici, ad esempio il regime ambulatoriale invece di quello stazionario, a parità di efficacia clinica),
- garantire la sostenibilità del sistema nel tempo (ad esempio finanziando la formazione di un numero di operatori sufficiente a soddisfare i futuri bisogni sanitari della popolazione).

A complicare ulteriormente tale quadro, è l'esigenza che il sistema di finanziamento e il sistema sanitario nel suo complesso rispondano a principi di equità nell'accesso ai servizi e nel loro finanziamento. Per semplicità, equità nell'accesso significa che i servizi devono essere messi a disposizione in base ai bisogni sanitari degli individui e non in base alla loro capacità economica (né ad altre condizioni quali genere, età, lingua e appartenenza etnica, luogo di residenza, ecc.). Equità nel finanziamento significa prevedere minori contributi da parte dei poveri rispetto ai ricchi, secondo un principio di progressività.

Le scelte della LAMal

Come detto sopra, la Svizzera si avvale di più "regimi" per il finanziamento del sistema sanitario, con il ruolo principale svolto dall'assicurazione LAMal in vigore dal 1996. Si tratta di un sistema complesso, che risente profondamente della storia precedente ma anche di elementi fondativi delle istituzioni politiche e della cultura del nostro paese: una tradizione e una cultura che riconoscono un'importanza centrale alla responsabilità individuale e alla libertà di commercio; e un sistema politico-istituzionale fortemente decentrato, con processi legislativi che riconoscono legittimità al corporativismo, lasciano l'ultima parola alla volontà popolare grazie agli strumenti del referendum obbligatorio o facoltativo.
Sono questi gli elementi che spiegano origini e sviluppo del sistema di finanziamento dei servizi sanitari in Svizzera, a partire dalla LAMal e dalla sua scelta – anch'essa frutto di un compromesso politico – di avere premi che variano in base a regione di residenza, genere ed età degli assicurati, livello di franchigia e modello assicurativo, cassa malati scelta, ma non in base al loro reddito e sostanza. In ciò la LAMal rappresenta un unicum rispetto a tutte le altre assicurazioni sociali svizzere.
In presenza di premi LAMal elevati ma non basati sul reddito, è chiaro che l'obiettivo di equità del finanziamento resta non soddisfatto. A correggere in parte tale situazione sono soprattutto due leve: da una parte il sistema dei cosiddetti sussidi di cassa malati (che nel 2020 son stati erogati per 2.9 miliardi di franchi dalla Confederazione e per 2.6 miliardi dai Cantoni, sgravando in tutto o in parte il 28% degli assicurati[5]), dall'altra i rimborsi diretti dei prestatori di cura da parte dello Stato (in primo luogo il 55% che gli ospedali fatturano al Cantone per le cure stazionarie). Nonostante questi due correttivi, il finanziamento del sistema sanitario resta pesantemente iniquo e gravoso soprattutto per la classe media. Lo stesso sistema dei sussidi è sotto pressione crescente, nonostante i frequenti aggiustamenti da parte dei Cantoni. I problemi dei sussidi comprendono gli alti costi amministrativi dovuti al trattamento di un numero molto elevato di dossier, gli inevitabili effetti soglia che tali sistemi creano (piccole differenze di reddito tra famiglie possono accompagnarsi a grandi differenze nei sussidi che esse ricevono), la difficoltà di definire sistemi che trattino in modo "equo" le diverse tipologie di famiglie (es. le coppie senza figli rispetto alle famiglie monoparentali), le profonde differenze tra Cantoni (per quota di popolazione sussidiata, importo medio dei sussidi, processi amministrativi per richiesta e decisione, ecc.)[6].

[4] Office fédéral de la statistique. (2023, aprile 25). *Coût et financement du système de santé-2021. Diagramme*. OFS. https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/24925855

[5] Consiglio Federale della Confederazione Svizzera (2021). *Messaggio concernente l'iniziativa popolare «Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)» e il controprogetto indiretto (modifica della legge sull'assicurazione malattie)*. Recuperato 8 ottobre 2023 da https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2021/2383/it

[6] Ecoplan. (2022). *Wirksamkeit der Prämienverbilligung – Monitoring 2020. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)*. Ecoplan AG. Recuperato 8 ottobre 2023 da https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/bakv/pramienverbilligung/praemienverbilligung-niveau6/monitoring-2020-wirksamkeit-pv.pdf.download.pdf/monitoring-2020-wirksamkeit-pv.pdf

Il dibattito politico attuale

A fine settembre 2023, l'annuncio di forti aumenti dei premi LAMal per il 2024 (in media +8.7% a livello nazionale e +10.5% per il Ticino) ha riacceso il dibattito.
Il Consiglio federale ha ribadito la grande difficoltà di far passare misure di risparmio presso le due camere federali. Il Consiglio di Stato ticinese ha lamentato gli scarsi spazi di azione a sua disposizione consentiti dalle basi legali federali. Gli assicuratori malattia hanno ribadito la loro necessità di adeguare i premi all'aumento dei costi.
Dal canto loro, i partiti politici – soprattutto in Canton Ticino – hanno chiesto che nell'immediato la Confederazione aumenti il proprio finanziamento per il sistema dei sussidi, in modo da "neutralizzare" l'aumento dei premi. Gli stessi partiti si sono però mostrati molto meno d'accordo rispetto alle riforme per rallentare l'aumento della spesa nel medio periodo. Grosso modo, i partiti di destra sembrano orientarsi verso una riduzione della copertura offerta dalla LAMal (giudicata troppo ampia e onerosa) ed eventualmente verso un aumento generalizzato della franchigia (per far leva sulla responsabilità individuale). I partiti di sinistra puntano invece su un aumento strutturale dei sussidi in modo che i premi netti pagati dalle famiglie non superino il 10% del loro reddito disponibile e, nel medio periodo, puntano a una cassa malati unica pubblica con premi basati sul reddito. In Ticino, colpito duramente dall'aumento dei premi, l'ipotesi della cassa malati unica è stata sostenuta da numerosi esponenti politici, anche di centro-destra.

Alcune prospettive conclusive

Come detto in precedenza, in assenza di shock economici o politici maggiori, la spesa sanitaria è destinata ad aumentare. Il rapido invecchiamento della popolazione previsto per i prossimi anni richiederà maggiori volumi di servizi, come ben esemplificato nella recente pianificazione integrata per anziani e cure a domicilio[2]. Allo stesso modo, per molti servizi sanitari – soprattutto quelli di assistenza agli anziani – è difficile immaginare processi di automazione capaci di generare alti guadagni di produttività del lavoro socio-sanitario. Si tratta dunque di due fattori di aumento della spesa che, con tutta probabilità, si manterranno vigorosi anche in futuro.
Qualche margine di azione in più è possibile nel controllare il progresso tecnologico (attraverso una inclusione più prudente dell'innovazione medica tra le prestazioni rimborsate dalla LAMal) e nel limitare le aspettative crescenti da parte della popolazione. Ma è chiaro che tali limitazioni sono difficili da un punto di vista tecnico e, ancor più, politico, in quanto percepite come azioni di "razionamento" delle cure.
Accanto a questi quattro fattori di aumento della spesa sanitaria, che avevamo già introdotto nel primo paragrafo, ci sono poi ulteriori elementi che potrebbero spingere ancora tale spesa. Si pensi all'iniziativa popolare "Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)" accettata nel 2021, che chiede condizioni di lavoro e retributive migliori per il personale di cura[7]. Oppure si pensi alla volontà – da parte di tutte le forze politiche, della Confederazione e dei Cantoni – di ridurre la dipendenza del sistema sanitario svizzero dall'immigrazione di professionisti sanitari formati all'estero: è chiaro che una maggiore "autosufficienza" del nostro paese richiederebbe importanti investimenti e dunque maggiore spesa in formazione.
Per tutte le ragioni sopra esposte, il sistema sanitario continuerà ad espandersi e con esso la sua spesa. Al di là dei pur necessari tentativi di rallentare tale spesa, le vere sfide attorno al finanziamento non riguardano tanto la sua sostenibilità in relazione alle possibilità economiche del paese, quanto il concetto chiave della solidarietà lungo i due assi sano–malato e ricco–povero[8]. Su entrambi gli assi in futuro avremo bisogno di più solidarietà (e dunque redistribuzione finanziaria) di oggi. Sull'asse sani–malati, i progressi della medicina tendono a concentrare costi molto alti su pochi individui (es. per terapie farmaceutiche ad alto costo), che dunque necessitano della solidarietà finanziaria di molte persone. D'altro canto, le malattie croniche rendono in buona parte prevedibili in anticipo le spese sanitarie del loro trattamento, eliminando il concetto di "rischio" tipico dei meccanismi assicurativi. Sull'asse ricchi–poveri, l'aumento della spesa rispetto al PIL richiede un contributo finanziario crescente da parte delle persone più abbienti.
La necessità di ottenere questa solidarietà lungo i due assi suddetti – da parte dei sani e dei ricchi – è la condizione centrale della sostenibilità finanziaria di un sistema sanitario che si voglia sociale. D'altro canto, proprio sugli stessi due assi il meccanismo assicurativo LAMal (compresi i sussidi) mostra difficoltà evidenti e sempre più gravi. Come "aggiustare" in profondità la LAMal, o come sostituire l'attuale sistema, rappresenta una sfida tutt'altro che semplice, ma che la politica – col fondamentale contributo della ricerca – è chiamata con urgenza ad affrontare.

[7] Ufficio Federale della Sanità Pubblica UFSP. (2023). *Attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche (Art. 117b Cost)*. Recuperato 8 ottobre 2023, da https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html

[8] De Pietro, C. (2020). Un rôle qui s'affaiblit? *Primary and Hospital Care – Médecine Interne Générale*, 20(10), 314–317. https://phc.swisshealthweb.ch/de/article/doi/phc-d.2020.10272