

Dialogo tra medici e economisti sociosanitari

È possibile un dialogo tra economisti sociosanitari e medici sul futuro del sistema sanitario svizzero?

Il sistema sanitario svizzero è uno dei più complessi al mondo. In ragione del federalismo, infatti, sarebbe più corretto parlare di 26 sistemi sanitari essendo la sanità un ambito di competenza soprattutto cantonale.

Oggi, a più livelli si fa un gran parlare di sanità. Essenzialmente per una ragione: mai come di questi tempi si è preso coscienza della scarsità delle risorse mentre la sanità costa sempre di più. Le spese sanitarie globali in Svizzera, che a fine 2002 ammontavano a circa 45 miliardi di franchi, assorbono l'11,2% del PIL. C'è stato un raddoppio dagli anni '70 ad oggi: una tendenza analoga la si è registrata anche negli altri paesi industrializzati. Quanto a spesa sanitaria per rapporto al PIL, la Svizzera è al secondo posto dopo gli Stati Uniti. I premi delle casse malati nello stesso lasso di tempo sono aumentati ad un ritmo ancora più sostenuto, in particolare con l'entrata in vigore nel 1996 della LAMal.

Tra i vari sistemi sanitari troviamo da un lato quello americano caratterizzato da una regolamentazione molto minima da parte dello Stato, da un'assicurazione privata contro le malattie e da una concorrenza tra i diversi fornitori di prestazioni. Sul versante opposto vi sono i sistemi sanitari pubblici come in Gran Bretagna e in Italia, dove lo Stato assume la responsabilità delle prestazioni sanitarie finanziate con le risorse fiscali generali.

Il sistema sanitario svizzero si basa invece su un'assicurazione sociale contro le malattie finanziata con premi pro capite che non tengono conto della situazione economica degli assicurati. Vi sono contributi da parte dello Stato

essenzialmente sotto forma di sussidi ai premi delle casse malati per gli assicurati meno abbienti, in Ticino 100.000 persone e agli ospedali pubblici.

Ma il ruolo dello Stato nel finanziamento della sanità è minoritario in Svizzera: solo il 27% della spesa sanitaria è finanziata direttamente dai poteri pubblici. Tutto il rimanente, ben i due terzi, sono finanziati in modo indipendente dalla capacità contributiva del cittadino. Da questo lato, in Europa, il sistema sanitario svizzero è molto particolare.

Eppure l'intervento dello Stato nel settore sanitario si giustifica economicamente per garantire equità d'accesso ad un bene meritorio come la salute. Chi predica la concorrenza come unica soluzione si sbaglia di grosso: la concorrenza implica l'esistenza di un prodotto omogeneo (la sanità non lo è affatto) e, soprattutto, un'informazione corretta e completa da parte dei consumatori. La sanità, invece, è proprio caratterizzata da un'asimmetria sul piano delle conoscenze tra medico e paziente ed è piuttosto l'offerta ad indurre la domanda.

Il problema di quante risorse vadano

destinate alla sanità è un problema eminentemente politico. Vari Stati in Europa hanno cercato di risolvere il problema attuando delle riforme di più o meno ampia portata. Così, negli anni '70, la Gran Bretagna è stato il primo paese ad introdurre i budget globali per il finanziamento del sistema sanitario. In Svizzera, invece, dal 1911 al 1996 tutti i tentativi di riformare la vecchia LAMI sono falliti. Al punto che alcuni cantoni hanno legiferato in modo autonomo vista l'evoluzione dei costi: nel 1979, il Canton Vaud è stato il primo a fissare un limite massimo di spesa per il finanziamento degli ospedali pubblici (il cosiddetto "enveloppe budgétaire"); il Ticino, dove già vigeva l'obbligatorietà dell'assicurazione malattia dal 1963, ha compiuto un passo analogo nel 1983 con l'istituzione dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC).

Sul piano nazionale nel 1994 il popolo ha approvato con una debole maggioranza la LAMal che entra in vigore nel 1996. Il Consiglio federale, è riuscito a far passare la legge anche con argomentazioni demagogiche: le promesse fatte sul contenimento dei costi e sull'evoluzione dei premi si sono rivelate promesse da marinaio.

La LAMal ha portato ad un trasferimento occulto di competenze dai Cantoni alla Confederazione che comanda sempre di più mentre sono i Cantoni ad accollarsi i maggiori oneri finanziari.

A oltre 10 anni dalla sua entrata in vigore, la LAMal non è riuscita a diminuire in modo sostanziale le differenze di premio nonostante la concorrenza tra casse malati che sembra non funzionare affatto; la spesa sanitaria per abitante varia notevolmente da cantone a cantone. Ad incidere su queste differenze la percentuale di popolazione superiore ai 75 anni, l'influsso della democrazia diretta, la densità dei medici e il tasso di disoccupazione.

Attualmente le Camere federali, su proposta del consigliere federale Pascal Couchepin stanno cercando di riformare a tappe la LAMal dopo che la seconda revisione è stata respinta dal Parlamento. Il legislatore sta focalizzando tutta l'attenzione sul lato della domanda anche per celare i fallimenti dal lato dell'offerta. Tra le misure proposte spiccano l'introduzione di reti d'assistenza integrata ("managed care") e l'abolizione per le casse malati dell'obbligo di contrarre. Ma, l'attenzione va prestata anche all'offerta, poiché sussiste una correlazione diretta tra densità di fornitori di prestazioni e livello di spesa sanitaria.

Infine, si possono delineare due soluzioni, l'una agli antipodi dell'altra, per cercare di superare l'attuale impasse. La prima, ultraliberale, basata sull'abolizione dell'obbligo assicurativo, il sistema di finanziamento monista, la liberalizzazione delle tariffe e l'introduzione della concorrenza a tutti i livelli. La seconda, interventista, basata su maggiori competenze alla Confederazione, l'istituzione di una cassa malati unica e l'introduzione di una pianificazione ospedaliera nazionale. Il federalismo in ambito sanitario costa e, come detto, le risorse sono sempre più scarse.

Due soluzioni che difficilmente raccoglieranno il necessario consenso sul piano politico. Ma una conclusione è chiara ed è che: oggi nella sanità dobbiamo avere pochi attori che abbiano una panoramica globale dell'intero settore e che condividano un approccio comune.

Tra questi attori oltre agli economisti sanitari, con la loro razionalità volta ad ottenere il migliore risultato possibile tra risorse investite e risultati clinici ottenuti e vanno annoverati i medici con la nostra razionalità medica volta in primo luogo al ristabilimento della salute dei pazienti. Due razionalità diverse che possono e devono trovare un punto d'incontro. Ad esempio a livello politico e nella gestione degli ospedali delle cliniche dove, i medici devono assumere anche funzioni di management.

Franco Denti