

- **più potere e più profitti per le casse malati?**
- **meno soldi per ospedali, case anziani e infermiere/i?**

**diciamo NO a EFAS  
il 24 novembre**



**m**ps

**Movimento per il socialismo**  
[www.mps-ti.ch](http://www.mps-ti.ch) / [mps.ti@bluewin.ch](mailto:mps.ti@bluewin.ch)

*Questo opuscolo contiene una serie di testi apparsi, nel corso dell'ultimo anno, sul sito dell'MPS. Affrontano la riforma della Legge federale sull'Assicurazione Malattia (LAMal) – indicata con l'acronimo EFAS - sulla quale saremo chiamati a votare, a seguito del referendum lanciato con successo, il prossimo 24 novembre 2024.*

*Questi testi analizzano i diversi e complessi aspetti della riforma EFAS e la mettono in relazione a temi che le sono intimamente legati: dal finanziamento della stessa LAMal (e quindi dei premi di cassa malati) a quello dei modelli di*

*cure integrate o a quello del potenziamento delle cure infermieristiche.*

*L'esito del voto del prossimo 24 novembre rischia di avere un ruolo decisivo sul futuro dell'assicurazione malattia in Svizzera.*

*Per questo abbiamo ritenuto utile raccogliere alcuni dei testi più interessanti legati alle questioni che abbiamo qui sopra indicato e che diffonderemo sia nella versione cartacea, che in quella digitale.*

*Chi avesse osservazioni, indicazioni e segnalazioni di qualsiasi genere, non esiti a prendere contatto scrivendo a [mps.ti@bluewin.ch](mailto:mps.ti@bluewin.ch)*

## **Il 24 Novembre, NO a EFAS. Un progetto che vuole rafforzare il settore privato, con un sistema sanitario dominato dai meccanismi di mercato e dagli assicuratori privati**

Il 24 novembre, la proposta di finanziamento uniforme dei servizi ambulatoriali e stazionari (EFAS, secondo l'acronimo tedesco) sarà sottoposta a votazione, a seguito di un referendum lanciato dal Sindacato dei Servizi Pubblici (SSP/VPOD)<sup>1</sup>.

EFAS viene presentato come un progetto altamente tecnico che gode di un sostegno molto ampio, da quello delle organizzazioni sanitarie professionali (come quelle che rappresentano i medici (FMH), gli ospedali (H+), le strutture medico-sociali (Curaviva) e l'assistenza domiciliare (ASSACD – Associazione svizzera di assistenza e cura a domicilio) fino ai Cantoni e persino a un'associazione di consumatori (Schweiz. Konsumentenforum- KF). In breve, si sta facendo di tutto per scoraggiare delle domande, per non parlare delle ragioni di opposizione al progetto.

EFAS viene comunque contestato dal sindacato VPOD, e per delle ragioni più che valide. L'obiettivo principale di EFAS è di rafforzare il potere delle assicurazioni malattia nella politica sanitaria, in particolare aiutandole a sviluppare modelli di assistenza integrata che limitano fortemente l'accesso degli assicurati alle cure, nonché la libertà di esercizio dei medici che vi aderiscono. Questo maggiore controllo da parte degli assicuratori si estenderà anche alle cure a domicilio e così come alle cure prestate nelle case per anziani. L'aumento del potere delle assicurazioni malattia va di pari passo con il rafforzamento del settore privato e dei meccanismi di mercato nella sanità.

La decisione di giugno delle principali compagnie di assicurazione malattia di formare una nuova as-

sociazione per rappresentare i loro interessi e di abbandonare SantéSuisse e Curafutura, che non erano in grado di superare le loro dispute campanilistiche, preannuncia un nuovo periodo in cui la posizione degli assicuratori nel sistema sanitario sarà ancora più forte. La battaglia contro EFAS diventa quindi ancora più importante. Per farlo, dobbiamo innanzitutto comprendere qual è la posta in gioco.

### **Qual è la situazione di partenza?**

EFAS concerne i flussi finanziari coinvolti nel rimborso delle cure fornite nei tre principali settori dei servizi sanitari coperti dall'assicurazione sanitaria: 1) le cure "stazionarie" fornite durante un ricovero in ospedale, 2) le cure "ambulatoriali", ad esempio durante un consulto in uno studio medico, un esame radiografico o un intervento chirurgico che non richiede un pernottamento in ospedale, 3) le cure di lunga durata, fornite a domicilio da un servizio di cure a domicilio o in una casa per anziani. Attualmente, questi tre gruppi di "prestazioni", per usare la terminologia standard, sono coperti dall'assicurazione malattia attraverso modalità di finanziamento diverse:

**1)** Le prestazioni "stazionarie" (ad esempio ospedali) sono finanziate nella misura del 55% dal Cantone di residenza del paziente, mentre il restante 45% è a carico delle casse malati (soggetto alla franchigia e alla partecipazione ai costi a carico dell'assicurato);

**2)** le prestazioni ambulatoriali sono rimborsate

dall'assicurazione malattia, senza alcuna partecipazione cantonale e con riserva del contributo dell'assicurato (franchigia e partecipazione ai costi);

**3)** le cure di lunga durata sono finanziate da: **a)** dalle casse malati, a un livello fissato nel 2011 secondo il principio della "neutralità dei costi" rispetto all'anno precedente e che da allora è cambiato pochissimo; **b)** dagli assicurati, con un contributo che non può superare il 20% del contributo dell'assicurazione malattia; **c)** dai Cantoni, che assumono il "finanziamento residuo" necessario a coprire le fatture emesse dai fornitori di prestazioni.

Questi diversi modi di finanziamento hanno radici storiche. In particolare, riflettono lo stretto rapporto che le autorità pubbliche (cantoni e comuni) hanno mantenuto, almeno fino all'inizio degli anni '2000, con gli ospedali, i servizi di cura a domicilio e le case anziani.

### Che cos'è EFAS?

La proposta adottata dal Parlamento mira a sostituire questo sistema di finanziamento, differenziato a seconda del tipo di assistenza, con un finanziamento uniforme. Tutte le prestazioni a carico dell'assicurazione malattia, siano essi erogati in ospedale, in ambulatorio, a domicilio o in casa anziani, sarebbero finanziati per il 26,9% del loro costo netto (dopo franchigia e partecipazioni) dai Cantoni e per il 73,1% dall'assicurazione malattia. Questa chiave di ripartizione mira a garantire che la quota complessiva di finanziamento garantita rispettivamente dalle casse malati e dai Cantoni non vari rispetto alla situazione attuale. Gli assicurati, dal canto loro, continueranno a pagare una franchigia compresa tra 300 e 2'500 franchi, un contributo ai costi del 10% fino a un massimo di 700 franchi all'anno e una partecipazione ai costi per le cure di lunga durata.

Se EFAS sarà approvato in votazione, questi cambiamenti entreranno in vigore in due fasi. Nel 2028, il finanziamento uniforme si applicherebbe alle cure

ospedaliere e ambulatoriali. Non si estenderebbe all'assistenza a lungo termine fino al 2032. Per allora, dovrà essere stabilita una tariffa nazionale valida per queste cure, sotto l'autorità di una nuova struttura tariffaria che comprenda assicuratori, fornitori di cure e Cantoni. Quattro anni dopo l'estensione di EFAS alle cure di lunga durata, i contributi degli assicurati potranno essere aumentati rispetto al livello attuale.

### Come viene giustificato questo cambiamento?

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), il veicolo della politica federale, descrive così le ragioni di EFAS: «L'obiettivo principale di questa riforma è migliorare la qualità delle cure, rendendole al contempo più accessibili per i pagatori di premi ed eliminando vari incentivi inappropriati legati alle differenze di finanziamento». Burocratese allo stato puro: difficile fare meglio.

Ma più concretamente? Ecco, sempre secondo l'UFSP, i tre modi in cui questo "obiettivo principale" dovrebbe concretizzarsi:

- 1)** «il finanziamento uniforme dovrebbe accelerare il passaggio dalle cure stazionarie (ospedaliere) a quelle ambulatoriali, contribuendo così a contenere i costi»;
- 2)** «il finanziamento uniforme [dovrebbe porre fine al] trasferimento dei costi che oggi avviene a scapito dei pagatori di premi»;
- 3)** «con un finanziamento uniforme, il coordinamento delle cure sarà rafforzato. I risparmi potenziali che ne derivano potrebbero raggiungere i 440 milioni di franchi all'anno».

Esaminiamo queste argomentazioni una per una.

### Trasferimento dalle cure ospedaliere a quelle ambulatoriali: per chi e per cosa?

I sostenitori di EFAS basano la loro argomentazione su due presupposti: **a)** il trasferimento delle cure da strutture stazionarie (ospedaliere) a quelle ambulatoriali deve essere sviluppato; **b)** il finanziamento uniforme previsto da EFAS è la condizione per accelerare questo trasferimento.

Tutto ciò è molto discutibile e riflette una concezione assai pericolosa dell'assicurazione malattia. Quali sono i criteri per stabilire se è auspicabile un passaggio all'assistenza ambulatoriale? Per i sostenitori di EFAS, è che ciò contribuisce a "contenere i costi". Dal punto di vista della sanità pubblica, altre due considerazioni dovrebbero a nostro modo di vedere avere la priorità. In primo luogo, natural-



mente, lo sviluppo di nuovi trattamenti, convalidati dalle specialità mediche interessate, meno stressanti per il paziente, che richiedano meno tempo per il monitoraggio e che quindi consentano al paziente di tornare a casa il giorno stesso senza alcun aumento del rischio medico. In secondo luogo, aspetto spesso trascurato, le condizioni generali e l'ambiente sociale del paziente devono essere tali da consentirgli di tornare a casa in tempi brevi, disponendo delle risorse necessarie per sentirsi in sicurezza e soddisfare senza difficoltà i propri bisogni primari. Questo poiché non si deve dimenticare che il trasferimento delle cure verso il regime ambulatoriale corrisponde di fatto a un trasferimento di oneri e responsabilità dall'istituzione ospedaliera al paziente e ai suoi familiari, con tutte le conseguenze pratiche e finanziarie, nonché le preoccupazioni, che ciò comporta.

In linea di principio, questi due criteri dovrebbero essere presi in considerazione dal professionista delle cure che propone una presa a carico ambulatoriale piuttosto che una stazionaria di tipo ospedaliero. EFAS, come illustrato dalle argomentazioni dell'UFSP, propone di subordinarli a un terzo criterio, quello dei costi. Questo è il primo difetto fondamentale del progetto.

Questa constatazione è rafforzata da una seconda. Per un ospedale o un medico, ciò che può fare la differenza tra cure ambulatoriali e cure stazionarie, da un punto di vista strettamente finanziario, è la tariffa con la quale viene rimborsato ciascuno di questi tipi di presa a carico, e la misura in cui questa tariffa copre i costi e permette di generare un utile. D'altra parte, il fatto che una parte di questa tariffa sia o meno finanziata dai Cantoni è irrilevante. Gli ospedali lamentano da anni che le tariffe ambulatoriali sono del tutto insufficienti a coprire i costi. Secondo il direttore di H+, questo sottofinanziamento raggiungerebbe il 30% (Competence, 3/2024). Da questo punto di vista EFAS non cambierà assolutamente nulla.

L'unico cambiamento apportato da EFAS in termini di trasferimento dall'assistenza stazionaria ospedaliera a quella ambulatoriale riguarda l'intervento delle casse malati. Attualmente, esse hanno un interesse tutto sommato moderato a questo trasferimento, poiché finanziano – con i nostri premi, non dimentichiamolo! – solo il 45% dei costi ospedalieri, a fronte del 100% per le cure ambulatoriali. In alcuni casi, ciò può significare che dovrebbero pagare di più per un trattamento ambulatoriale che per un equivalente trattamento ospedaliero. Con un finanziamento uniforme, questo effetto scompa-

rebbe. Le casse malati sarebbero quindi in grado di esercitare tutta la loro influenza sulle scelte terapeutiche, ad esempio rifiutando di rimborsare le degenze ospedaliere sulla base del fatto che il trattamento ambulatoriale sarebbe possibile e più economico.

Per quanto riguarda il trasferimento dall'assistenza ospedaliera a quella ambulatoriale, il significato di EFAS è il seguente: il finanziamento uniforme non risolve il problema del sottofinanziamento degli interventi ambulatoriali e non contribuisce per nulla a migliorare le condizioni mediche e sociali dell'assistenza ambulatoriale. Per contro, EFAS fornisce alle casse malati i mezzi per imporre un maggior numero di trattamenti ambulatoriali, in nome di una logica contabile.

### **Finanziamento cantonale e “trasferimento dei costi”: vi sono alternative**

Passiamo al “trasferimento dei costi a scapito dei pagatori di premi”. Per i Cantoni, il trasferimento verso le cure ambulatoriali riduce proporzionalmente il loro contributo al finanziamento della spesa sanitaria. Oggi essi devono infatti pagare il 55% dei costi di un'ospedalizzazione, ma nulla per le cure ambulatoriali (anche se contribuiscono al costo delle cure a domicilio che possono derivarne). D'altro canto, il 100% delle cure ambulatoriali è a carico dell'assicurazione malattia, e quindi dei “pagatori di premi”.

L'attuale sviluppo del settore ambulatoriale, promossa perché complessivamente meno costosa, ha come conseguenza un contributo ai costi sanitari minore da parte dei Cantoni e una maggiore da parte degli assicurati.

Questo modo dei Cantoni di risparmiare nell'ambito sanitario è tanto più discutibile se si considera che il sistema pro capite dei premi dell'assicurazione malattia preme pesantemente sui redditi medio-bassi, mentre la fiscalità, che finanzia i contributi cantonali ai costi di ospedalizzazione dovrebbe essere in linea di principio progressiva.

Tuttavia, non c'è bisogno di EFAS correggere que-



sti iniqui effetti. I Cantoni potrebbero, ad esempio, destinare il denaro risparmiato grazie al passaggio verso le cure ambulatoriali ad un maggiore sovvenzionamento dei premi di cassa malati.

### “Coordinamento delle cure” o “managed care” pilotato dagli assicuratori?

Il “coordinamento delle cure” è il cuore di EFAS ed è uno dei motivi principali per cui è stato concepito e promosso da alcune delle più importanti casse malati riunite nell'ex organizzazione mantello Curafutura (di cui Ignazio Cassis era presidente prima di essere eletto Consigliere federale). Di cosa si tratta?



«Ancora più pressione e meno tempo per i miei pazienti? Io dico NO!»

Deniz Killi  
Infermiera SSS



Nell'ultimo decennio le compagnie di assicurazione sanitaria hanno sviluppato a ritmo accelerato i cosiddetti modelli di “cure integrate”. Questi modelli sono il nuovo strumento che utilizzano per attirare i clienti, dopo una raffinata perequazione dei costi tra le diverse casse malati ha fatto sì che la proliferazione di casse a basso costo e la selezione diretta degli assicurati funzionino molto meno bene. I modelli di “cure integrate” propongono agli assicurati uno sconto sul premio “in cambio” della rinuncia, più o meno importante, alla libertà di scegliere da chi si verrà curati. I modelli meno restrittivi, tipo “medico di famiglia”, prevedono che gli assicurati si rivolgano sempre a un medico di famiglia di loro scelta prima di consultare uno specialista, per il quale il medico di famiglia deve redigere un'autorizzazione di delega. I modelli più restrittivi, invece, limitano la scelta del medico di famiglia a un elenco stilato dalla cassa malati, così come la scelta dello specialista, anch'essa ristretta a un elenco stilato dalla cassa. Logicamente, uno dei criteri per figurare in tali liste è che i medici siano tra quelli considerati “economici”...

In realtà, questi modelli attuano i due cambiamenti fondamentali richiesti dagli assicuratori e respinti a stragrande maggioranza nel referendum del 2012 sul cosiddetto “managed care”: l'abolizione della libertà dei pazienti di scegliere il proprio medico e

l'introduzione della libertà degli assicuratori di scegliere i medici di cui rimborsare le prestazioni (la cosiddetta “libertà contrattuale”). Le cure integrate rappresentano di fatto il ritorno sotto mentite spoglie del “managed care”.

I modelli di “cure integrate”, soprattutto quelli più restrittivi, sono spesso scelti da persone in buona salute, che ritengono che le limitazioni previste siano di scarsa importanza per loro (non consultano quasi mai un medico), ma consentono loro di risparmiare sui costi sanitari. Ma anche le persone con maggiori esigenze di assistenza e di cure stanno adottando questi modelli per la semplice ragione che non possono permettersi di pagare premi di cassa malati più elevati. E più questi modelli si diffondono, più diventano il punto di riferimento di ciò che è “normale” in termini di accesso alle cure e della loro qualità.

È qui che entra in gioco EFAS. In media, gli assicurati con modelli assicurativi di “cure integrate” sono ospedalizzati meno frequentemente di coloro che aderiscono a modelli assicurativi che non limitano la scelta: questo, come abbiamo detto, perché godono di una salute migliore. Tuttavia, il fatto che attualmente solo il 45% dei costi di ospedalizzazione sia coperto dall'assicurazione malattia, rispetto al 100% dei costi delle cure ambulatoriali, ha come conseguenza di rendere minore la differenza di costi tra questi due modelli di assicurazione. Di conseguenza, lo sconto sui premi che può essere “offerto” agli assicurati che scelgono un modello di “cure integrate” è limitato. Questo effetto sarà eliminato grazie al passaggio al finanziamento uniforme nell'ambito di EFAS. Lo sconto per i modelli di cure integrate più restrittivi può quindi essere aumentato, rendendoli ancora più attraenti. In uno spot pubblicitario a favore di EFAS, diffuso da Curafutura, si spiega che sarà possibile aumentare lo sconto dal 20% al 30%.

Il rapporto pubblicato nel 2022 dall'Ufficio di consulenza Polynomics per conto dell'UFSP conferma questa analisi. Secondo Polynomics, l'introduzione di un finanziamento uniforme «*aumenterebbe l'attrattiva dei modelli obbligatori [la parola è, per una volta, ben scelta] di cure coordinate. Infatti, gli assicuratori malattia sarebbero in grado di trasferire ai loro assicurati una parte maggiore dei risparmi associati a questi modelli sotto forma di premi più bassi [...]. D'altro canto, [...] gli assicuratori sarebbero incoraggiati a esercitare una maggiore influenza sul percorso terapeutico, attraverso garanzie di rimborso dei costi e il controllo di prestazioni e fatture*» (Polynomics 2023, Sparpotential

*einheitliche Finanzierung. Schlussbericht.* Studio condotto su mandato dell'UFSP).

In altre parole, EFAS darà nuovo impulso allo sviluppo di assicurazioni malattia a basso costo, come rivendicato dalla destra e dai datori di lavoro, legato questi premi più bassi a un controllo sempre maggiore da parte degli assicuratori sulla scelta delle cure ("una maggiore influenza sul percorso terapeutico", per riprendere l'eufemismo di Polynomics).

Uno dei punti di forza dell'offensiva degli assicuratori a favore dei sistemi di "cure integrate" è che si basa su un uso improprio di una buona idea. È un dato di fatto che le persone affette da malattie croniche, quelle con patologie multiple o quelle che sono diventate molto fragili, soprattutto con l'avanzare dell'età, hanno bisogno di cure coordinate. I percorsi di cura esistono da anni, ad esempio, per le persone affette da diabete. Ma c'è ancora molta strada da fare e le risposte dei medici a questa esigenza non sono sempre all'altezza. Gli assicuratori hanno colto il problema per mettersi, da un lato, alla testa di questo processo e, dall'altro, per fare del vincolo finanziario il primo criterio guida delle scelte terapeutiche. Con EFAS vogliono accelerare questo processo.



### **A che punto siamo con le cure di lunga durata?**

Il finanziamento delle cure di lunga durata, cure a domicilio o in una casa anziani, sarà integrato nel sistema EFAS in una seconda fase, non prima del 2032. La condizione per compiere questo passo è che i cosiddetti "partner contrattuali", ossia gli assicuratori, le associazioni di case per anziani e di assistenza domiciliare e i Cantoni, elaborino un sistema tariffario nazionale che regoli il finanziamento di queste cure.

Da più di un decennio, le tariffe per il rimborso delle cure da parte degli assicuratori è stato plafonato.

Di conseguenza, la maggior parte dell'aumento dei costi intervenuti in questo periodo è stata sostenuta dai cantoni o dagli assicurati.

Con EFAS, il livello del contributo cantonale sarà fisso. Gli aumenti dei costi saranno quindi trasferiti sugli assicuratori. Ciò avrà due conseguenze. Da un lato, il relativo disimpegno dei Cantoni contribuirà ad accelerare l'aumento dei premi dell'assicurazione malattia. In secondo luogo, gli assicuratori utilizzeranno questo aumento dei premi come argomento per spingere affinché la tariffa nazionale per l'assistenza a lungo termine sia il più possibile "economica". La decisione degli assicuratori di formare un'unica nuova organizzazione mantello accrescerà ulteriormente la loro capacità di "fare pressione" sui loro "partner". I cantoni, felici di liberarsi del finanziamento residuo, andranno nella stessa direzione. Saranno quindi il personale, confrontato con peggiori condizioni di lavoro, e i pazienti, con la riduzione dell'offerta di prestazioni, a pagarne il conto.

### **Quali risparmi porterà EFAS?**

Come accade ogni volta che si discute dell'assicurazione malattia, il "potenziale di risparmio" viene utilizzato come parametro per misurare la pertinenza delle misure proposte. Che cosa rappresenta nel caso EFAS?

Polynomics è stata incaricata dall'UFSP di valutare questo "potenziale di risparmio" e vale la pena citare la sintesi del rapporto: «*Senza l'integrazione dei servizi di assistenza, il potenziale di risparmio più probabile è compreso tra 0 franchi (scenario pessimistico) e poco più di 300 milioni di franchi (scenario ottimistico) all'anno. I calcoli presentano alcune incertezze e non è stato possibile quantificare tutti gli effetti. Il maggior potenziale di risparmio è rappresentato dai modelli obbligatori di cure coordinate [restrizioni all'accesso alle cure imposte alle persone che hanno sottoscritto un modello assicurativo di cure integrate]. I risparmi andranno a beneficio degli assicuratori, dei cantoni e dei pazienti. Tuttavia, non saranno immediati; poiché dipenderanno principalmente da cambiamenti comportamentali da parte degli attori, si realizzeranno solo dopo un certo periodo di tempo. Con un finanziamento uniforme che includa i servizi di cura, i risparmi potenziali dovrebbero essere un po' più elevati nello scenario ottimistico. In questo caso, il potenziale di risparmio più probabile è compreso tra 0 franchi (scenario pessimistico) e 440 milioni di franchi (scenario ottimistico) all'anno.*». Polyno-

mics è eccessivamente prudente, ma, come si addice ad una informazione “oggettiva”, l’UFSP sul suo sito web cita solo l’importo più alto contenuto nel rapporto.

Per avere un’idea di cosa rappresentino queste cifre, dobbiamo metterle in relazione con la spesa sanitaria finanziata dall’assicurazione malattia, che nel 2022 ammontava a 34,5 miliardi di franchi. La stima più ottimistica di Polynomics corrisponde quindi all’1,3% di questa somma... ma potrebbe anche essere lo 0%.

Tutto questo... per così poco? È difficile da credere. L’argomentazione “finanziaria” non è altro che un argomento propagandistico (e lo scandalo delle previsioni errate sui conti dell’AVS ci ricorda che si tratta di una pratica sistemica del potere politico in Svizzera), utilizzato solo con l’obiettivo di far approvare un progetto la cui posta in gioco è ben diversa.

### Quale ruolo avrà EFAS nella politica sanitaria?

Quali sono dunque gli obiettivi in gioco attorno a EFAS? L’accelerazione dello sviluppo delle cure integrate, di cui abbiamo già detto, è uno di queste. E fa parte di una prospettiva più generale.

Per avere una misura di ciò, possiamo fare riferimento a uno dei maggiori sostenitori di EFAS, il *Forum Salute per tutti*. Creato quasi 20 anni fa e presieduto dal Consigliere agli Stati radicale lucernese Damian Müller «*si propone di introdurre nel dibattito soluzioni che si iscrivono nella prospettiva dell’economia di mercato per contribuire a raggiungere il più ampio consenso possibile su come contenere efficacemente i crescenti costi del sistema sanitario*». La rotta è stata tracciata!

Ed ecco le sue “richieste”:

- *Attuazione sistematica del finanziamento degli ospedali in base a criteri di qualità e redditività – nessuna disposizione cantonale deve essere in contrasto con questa volontà del legislatore federale.* [= nessun sostegno cantonale agli ospedali pubblici per non “svantaggiare” quelli privati];
- *Trasparenza della qualità e dei benefici – grazie a un modello svizzero di HTA (Health Technology Assessment) che valuta sistematicamente le tecnologie mediche.* [= Possibilità di non rimborsare più i trattamenti il cui rapporto costi/benefici fosse ritenuto insufficiente];
- *Una pluralità di assicuratori malattia privati in una situazione di concorrenza favorevole all’innovazione al posto di un’unica cassa malati statale.* [= difficile essere più espliciti];
- *Prestazioni efficaci nel quadro dell’assicurazione*

*di base.* [= limitare il rimborso ipotizzando una “efficacia” non dimostrata];

- *Introduzione della libertà contrattare tra assicuratori e fornitori di prestazioni, nel rispetto del principio della buona fede.* [= Consentire agli assicuratori di scegliere i medici da rimborsare e quindi, indirettamente, di influenzare le pratiche terapeutiche];

- *Incentivi economici a favore delle cure integrate per i malati cronici e miglioramento della compensazione dei rischi.* [= EFAS];

- *Contributi finanziari identici per tutte le prestazioni dell’assicurazione di base obbligatoria, sia in regime di cure stazionarie che ambulatoriali*[=EFAS]. Ecco in cosa consiste EFAS. È un elemento importante di una politica complessiva volta a smantellare il settore pubblico nella politica sanitaria e a rafforzare il settore privato, con meccanismi di mercato e con gli assicuratori privati al centro del sistema.

Fondamentale è questa la domanda alla quale si dovrà rispondere il 24 novembre. Vogliamo un sistema sanitario sempre più guidato dagli assicuratori malattia privati, nel quale le aziende private occupano una posizione sempre più forte e in cui la sanità diventa sempre più una merce come un’altra? Oppure vogliamo bloccare questa tendenza e riportare al centro del sistema sanitario il servizio pubblico, sviluppato per rispondere a una politica pubblica che è stata oggetto di dibattiti e di decisioni democratiche?

Questa è la posta in gioco! Ecco il senso della battaglia perché il NO a EFAS si imponga il prossimo 24 novembre!

<sup>1</sup>L’MPS ha partecipato alla campagna per la raccolta delle firme. Inoltre, a livello ticinese, ha proposto un’iniziativa cantonale di sostegno al referendum nazionale. Proposta sostenuta solo da MPS e Verdi.

(20 agosto 2024)

## Il dibattito in Ticino su EFAS

In Ticino, il dibattito attorno a EFAS, è iniziato assai presto.

Infatti, il 22 gennaio 2024, avvalendosi della facoltà concessa dalla Costituzione cantonale e da quella federale, i deputati dell'MPS chiedevano al Gran Consiglio di sostenere il referendum lanciato dal sindacato SSP/VPOD contro la riforma della LAMal relativa al finanziamento uniforme delle prestazioni (EFAS) approvato il 22 dicembre 2023 dalle Camere federali.

Con colpevole ritardo, la commissione della gestione pubblicava il suo rapporto di maggioranza il 29 febbraio 2024, chiedendo al Gran Consiglio di respingere la proposta. A sostegno di questo orientamento si sono schierati i commissari di PLRT (Bixio Caprara relatore), del Centro, della Lega, dell'UDC. Veniva, pure alla stessa data, presentato un rapporto di minoranza (relatrice Giulia Petralli per i Verdi con il solo sostegno di Tamara Merlo) che invece proponeva di aderire alla proposta.

La proposta veniva messa all'ordine del giorno del Gran Consiglio (anche qui con colpevole ritardo, visti i termini referendari e ricordando che la proposta era stata inoltrata il 22 gennaio 2024: tutto questo la dice lunga sul funzionamento democratico del Parlamento cantonale). Dopo breve discussione, messa ai voti, la proposta della maggioranza (che chiedeva di non aderire al referendum) otteneva 57 voti, 11 contrari (Verdi, MPS, Più donne) e 9 astenuti (tutto il gruppo PS tranne Daria Lepori, Lisa Boscolo e Yanik De Maria).

L'argomento di fondo che aveva prevalso, e sul quale era centrato il rapporto di maggioranza, è così riassunto: «Il referendum lanciato dal sindacato VPOD ha, comprensibilmente, una forte impronta sul tema dei posti degli operatori sanitari. Se non che la riforma di fatto mira a parificare due modalità di finanziamento postulando l'introduzione di un sistema di incentivi virtuoso sia per le cure stazionarie sia per quelle ambulatoriali. La riforma ampiamente approfondita a livello federale, con il coinvolgimento di numerosi attori del settore, Cantoni inclusi, ha certo obiettivi di risparmio ma volti a ridurre i costi delle cure e quindi, per automatismo, i costi dei premi di cassa malati. Le motivazioni del referendum VPOD e riprese nell'atto parlamentare non sono condivise. Senza pretesa di essere esaustivi, come sopra indicato, non siamo di fronte a un disinvestimento dei Cantoni. Semplicemente questi saranno chiamati a sostenere in modo paritario le cure stazionarie come quelle ambulatoriali, certo in una proporzione di-

versa dall'attuale 55% delle sole cure stazionarie. Inoltre, la riforma prevede espressamente, come sopra spiegato, che i Cantoni continueranno a essere coinvolti in modo paritario con le casse malati e con la supervisione del Dipartimento federale competente. Non si intravede quindi motivo per sostenere come Cantone un referendum su questa recente importante modifica voluta da tempo e da più parti».

Vi sarebbe cioè un interesse cantonale a sostenere la riforma EFAS. Non la pensa allo stesso modo il Consiglio di Stato.

Nell'ambito della Procedura di consultazione sul progetto di presa di posizione comune della Conferenza dei Governi cantonali sul finanziamento uniforme delle prestazioni nel settore sanitario (EFAS), il governo così si esprimeva lo scorso 28 agosto 2024: *“L'uniformità del finanziamento proposta da EFAS vuole eliminare gli incentivi a fornire le prestazioni in regime stazionario, prese a carico maggioritariamente dai Cantoni, favorendo in questo modo le cure in regime ambulatoriale, complessivamente meno costose. Il Cantone Ticino condivide questo obiettivo, ma **considera la riforma EFAS insufficiente e persino inutile per realizzarlo**”* (sottolineatura nostra).

Quanto alle conseguenze per il Cantone di questa riforma, il giudizio dell'esecutivo cantonale è perentorio: *“Inoltre, da un punto di vista finanziario, per il Cantone Ticino questa riforma comporterà con ogni probabilità un importante aggravio delle finanze pubbliche. In effetti, secondo le sopraccitate stime dell'Amministrazione federale, il maggior onere paragonato alla situazione nel 2019 per il nostro Cantone sarebbe, a regime (ovvero 7 anni dopo l'eventuale approvazione della riforma), **pari a circa 57 milioni di franchi annuali**. Considerata l'evoluzione dei costi sanitari a carico dell'AOMS negli ultimi anni, questo maggior costo per le finanze cantonali sarà sicuramente superiore, e probabilmente ben superiore, a quanto stimato nel suo rapporto dall'UFSP. Certo, questa maggior partecipazione cantonale alla spesa sanitaria dovrebbe teoricamente ripercuotersi in termini positivi sui premi di cassa malati. **L'esperienza progressa legata all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero nel 2012 impone tuttavia cautela e scetticismo riguardo all'ottenimento di questo effetto**”*.(sottolineatura nostra)

(5 ottobre 2024)

## EFAS, chi mente?

Il 24 novembre voteremo su una riforma della LAMal denominata EFAS. Essa regola i flussi finanziari per il rimborso delle cure nei tre principali settori della sanità coperti dall'assicurazione malattia: le cure stazionarie (ricovero ospedaliero), le cure ambulatoriali (consulto medico, esame radiografico o intervento senza ricovero), le cure di lunga durata (a domicilio o in casa anziani).

Il finanziamento delle cure ospedaliere è attualmente a carico del Cantone per il 55% (il resto le casse malati e il paziente – franchigia e partecipazione), quello delle cure ambulatoriali è a carico delle casse malati (con lo stesso meccanismo per la partecipazione dei pazienti), quello delle cure di lunga durata a carico delle casse malati, del Cantone e degli assicurati (con meccanismi diversi per ognuno, anche a seconda dei Cantoni). Questa chiave di ripartizione mira a garantire che la quota complessiva di finanziamento assunta rispettivamente dalle casse malati e dai Cantoni non vari rispetto alla situazione attuale.

Con EFAS tutte le prestazioni coperte dall'assicurazione malattia saranno finanziate per il 26,9% dai Cantoni e per il 73,1% dalle casse malati. Per gli assicurati, su questo piano, non cambia nulla: pagheranno una franchigia, il 10% dei costi fino a 700 franchi annui e una quota per le cure di lunga durata.

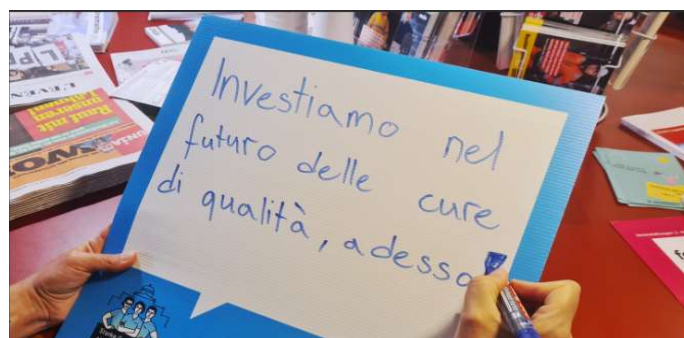
La riforma EFAS è stata oggetto di referendum. I referendisti hanno segnalato come l'obiettivo fondamentale di EFAS sia il rafforzamento del potere delle casse malati sulla politica sanitaria, in particolare aiutandole a sviluppare modelli di assistenza integrata che limitano fortemente l'accesso degli assicurati alle cure. L'estensione del finanziamento unico permetterà quindi di esercitare un controllo quasi totale su tutti i settori di cura, e andrà di pari passo con il rafforzamento del settore privato e dei meccanismi di mercato nella sanità. Alla fine la pressione sarà tale da suscitare un aumento ulteriore dei premi di cassa malati e un peggioramento sistematico delle condizioni di lavoro del personale e, di conseguenza, della qualità delle cure.

Per questa ragione, e pensando che il Ticino sia uno dei Cantoni che rischia di più con questa riforma, i deputati dell'MPS avevano chiesto il Cantone si associasse al referendum contro EFAS – possibilità prevista dalla Costituzione federale. Il Parlamento – che ne ha discusso lo

scorso mese di aprile – ha bocciato quella proposta (a favore solo i deputati dell'MPS e i Verdi). Oggi (anche in vista della prossima votazione) appare interessante confrontare quello che allora hanno detto i rappresentanti dei maggiori partiti con quanto oggi afferma il Consiglio di Stato.

Bixio Caprara, relatore del rapporto di maggioranza, ha così sintetizzato i “vantaggi” che sia il Cantone sia i “pagatori di premi” (cioè noi tutti) trarremmo dall'approvazione di EFAS: “Durante lo scorso decennio la parte finanziata tramite le imposte si è ridotta in modo costante in seguito al trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Benché, nell'odierno sistema, i Cantoni e i Comuni debbano far fronte a un onere maggiore a causa del finanziamento residuo delle prestazioni di cura, quest'onere è comunque nettamente inferiore allo sgravio di cui beneficiano in virtù del trasferimento dei trattamenti al settore ambulatoriale. Rispetto al sistema attuale, i pagatori dei premi saranno sgravati perché la parte finanziata tramite le imposte non si ridurrà ulteriormente” (sottolineatura nostra).

Pochi giorni fa, il Consiglio di Stato, nella risposta alla Procedura di consultazione sul progetto di presa di posizione comune della Conferenza dei Governi cantonali sul finanziamento uniforme delle prestazioni nel settore sanitario (EFAS) del 28 agosto 2024, arriva alla seguente conclusione: “Non riteniamo tuttavia che questa revisione legislativa, probabilmente la più ampia dall'introduzione della LAMal, possa contribuire in maniera significativa al miglioramento del sistema sanitario e della sua sostenibilità finanziaria né sia di particolare interesse per i Cantoni, tantomeno per il Ticino, che risulterebbe tra i più toccati in termini di aggravio finanziario, nell'ordine almeno di diverse decine di milioni di franchi. Non condividiamo pertanto l'adozione di una presa di posizione a sostegno della riforma EFAS da parte della Conferenza dei Governi cantonali” Più chiaro di così!



Questa riforma, come scriveva Caprara a nome dei maggiori partiti, comporterà un aggravio minore per Cantoni e Comuni? Per niente, afferma il governo: “per il Cantone Ticino questa riforma comporterà con ogni probabilità un importante aggravio delle finanze pubbliche... pari a circa 57 milioni di franchi annuali. Considerata l'evoluzione dei costi sanitari ... questo maggior costo per le finanze cantonali sarà sicuramente superiore, e probabilmente ben superiore, a quanto stimato nel suo rapporto dall'UFSP”. Ancora più chiaro!

Porterà un sollievo ai “pagatori di premi”, come affermano i partiti di governo? Nulla di più dubbio, sostiene il Consiglio di Stato: “Certo, questa maggior partecipazione cantonale alla spesa sanitaria dovrebbe teoricamente ripercuotersi in termini positivi sui premi di cassa malati. L'esperienza pregressa legata all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero nel 2012 impone tuttavia cautela e scetticismo riguardo all'ottenimento di questo effetto”.

A questo punto sorgono interrogativi sulla reale consistenza dei partiti di governo, su chi essi rappresentano quando si esprimono, che cosa li animi in alcuni dibattiti se non, per partito preso, opporsi a qualsiasi proposta che venga dall'opposizione e, in particolare, dall'MPS. Considerazioni che potrebbero essere svolte anche per il Consiglio di Stato.

A questo punto, chi mente e chi dice la verità su questo fondamentale tema sul quale le cittadine e i cittadini saranno chiamati ad esprimersi il 24 novembre: la maggioranza del Parlamento o il governo?

Per una volta tanto, siamo convinti che sia il governo a raccontarla giusta.

(11 settembre 2024)

## EFAS o cure infermieristiche forti? È questa l'alternativa!

Il controsenso del progetto EFAS (finanziamento uniforme delle cure – rinviamo all'articolo apparso sul nostro sito il 23 agosto), sul quale saremo chiamati a votare il prossimo 24 novembre, è reso ancor più chiaro da un altro dibattito che riceve troppo poca attenzione: quello sull'attuazione dell'iniziativa "Per cure infermieristiche forti", approvata in votazione popolare nel novembre 2021. Ecco perché.

Un mandato popolare per migliorare le condizioni di lavoro nel settore sanitario

L'iniziativa "Per cure infermieristiche forti" è stata accettata con una maggioranza del 61% il 28 novembre 2021. Il suo obiettivo dichiarato è quello di combattere la carenza di personale infermieristico, che minaccia la qualità dell'assistenza. A tal fine, l'iniziativa chiede di aumentare la formazione e di "migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e riconoscere le loro competenze affinché non abbandonino la loro professione" (Comitato d'iniziativa, nel bollettino ufficiale della votazione).

### Le parole del "partenariato sociale"

Il Consiglio federale ha deciso di "attuare" l'iniziativa in due fasi. La prima fase si concentra sul rafforzamento della formazione. Non ha incontrato opposizione e la legge corrispondente è entrata in vigore il 1° luglio 2024.

La seconda fase riguarda invece le condizioni di lavoro. A prima vista, l'importanza di migliorare le condizioni di lavoro non sembra essere contestata. L'8 giugno 2023 è stata pubblicata una "Dichiarazione congiunta della Conferenza dei direttori cantonali della sanità, delle associazioni dei datori di lavoro e delle associazioni professionali/sindacali". In essa si legge: «*I Cantoni e le associazioni dei datori di lavoro concordano sulla necessità di adeguare anche le condizioni di lavoro*». E continua: «*I principali fattori che contribuiscono a prolungare la vita lavorativa nella professione sono noti: condizioni di lavoro adeguate alle esigenze (tra l'altro: tassi di occupazione e regolamento delle ferie, rispetto delle linee guida della legislazione sul lavoro – come i periodi di riposo – pianificazione anticipata delle prestazioni, tempo sufficiente per il trattamento dei pazienti e riduzione delle mansioni non me-*

*diche), salari/compensi competitivi e conciliazione della vita professionale e privata*». Belle parole...

### "Peggio di un guscio vuoto..."

Il passaggio dalle parole ai fatti lo si è potuto cominciare a giudicare già nei primi mesi dell'anno. L'8 maggio, il Consiglio federale ha sottoposto a consultazione, fino alla fine di agosto, la sua proposta per questa "seconda fase", che comprende in particolare una *Legge federale sul miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche* (LCInf). Il Sindacato dei servizi pubblici (SSP-VPOD) ha immediatamente osservato che «*questa legge è peggio di un guscio vuoto, potrebbe essere una legge di deregolamentazione!*» (*Service Publics*, 17 maggio 2024).

Le ragioni di questo giudizio sono molteplici. In primo luogo, gli articoli che trattano le caratteristiche delle condizioni di lavoro riprendono il più delle volte le norme minime contenute nella legge sul lavoro e sono quindi spesso al di sotto degli standard in vigore nelle strutture di assistenza pubbliche. In secondo luogo, la legge mira a rendere obbligatoria la negoziazione di contratti collettivi di lavoro (CCL), anche per le strutture del settore pubblico. Questo cambiamento di regime sarà probabilmente l'occasione per un attacco ai diritti conquistati dai lavoratori nei servizi pubblici e per un'ulteriore espansione del regime di impresa privata nella sanità. Come ciliegina sulla torta, il disegno di legge propone una variante che consente ai CCL di derogare alle disposizioni della LCInf a scapito dei dipendenti. A ciò si aggiunge il fatto che l'idea di una norma che definisca il numero di persone e i livelli di formazione necessari per ogni persona assistita, al fine di garantire un'assistenza di qualità e un carico di lavoro accettabile, è stata puramente e semplicemente abbandonata.

### I datori di lavoro escono allo scoperto

Questo per quanto riguarda la bozza che il Consiglio federale ha messo in consultazione. Le risposte alla consultazione sono state ancor peggiori!

Prendiamo H+, l'organizzazione mantello degli ospedali che, insieme alle case per anziani, sono i principali datori di lavoro del personale di cura. In un comunicato stampa pubblicato il 22 agosto 2024, H+ spiega che «*Invece di prescrizioni centralistiche, gli ospedali necessitano di un rafforzamento della libertà imprenditoriale mediante tariffe che coprono i costi*»; e continua: «*Chiediamo dunque al Consiglio federale di rielaborare fundamentalmente il progetto*», come afferma la direttrice di H+, Anne-Geneviève Bütikofer, «*tenendo conto in modo molto più marcato dell'affermato partenariato sociale e della sostenibilità finanziaria per gli ospedali e le cliniche.*»

La posizione congiunta dell'associazione di categoria dei fornitori di servizi per persone anziane (Curaviva) e delle cure a domicilio (ASPS, associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio, e AIDE et soins à domicile per le aziende "no profit") è sulla stessa linea. In un comunicato stampa del 29 agosto, chiedono al Consiglio federale di abbandonare «*le misure che portano a un'eccessiva riduzione della capacità lavorativa, che limitano ulteriormente la possibilità di scegliere soluzioni individuali ottimali o che vanno oltre le esigenze del personale*».

Queste assurdità sono rivolte alle poche misure concrete contenute nel disegno di legge, come una possibile riduzione dell'orario di lavoro o un limite alla durata massima della settimana lavorativa. Naturalmente, queste associazioni di datori di lavoro si posizionano in questo modo per rispondere ai "desideri" dei loro dipendenti, perché, ad esempio, «*la riduzione dell'orario di lavoro [limiterebbe] la possibilità per i datori di lavoro di rispondere ai desideri dei loro dipendenti e di offrire modelli di lavoro moderni (ad esempio, incarichi di 6 giorni per i pendolari transfrontalieri)*». Come non pensarci! [Si veda il riquadro alla fine di questo articolo sull'ultima campagna pubblicitaria dell'assistenza domiciliare privata].

Queste posizioni danno la giusta misura del valore attribuito dai datori di lavoro del settore sanitario alla "Dichiarazione congiunta" firmata un anno fa (e presentata sopra) e al "partenariato sociale che ha dimostrato la sua validità"...

**Migliorare le condizioni di lavoro? Circolate, non c'è niente da vedere!**

Qual è la lezione di questa vicenda? In primo luogo, non c'è alcuna volontà di migliorare le con-

dizioni di lavoro del personale di cura – e di rispettare il risultato della votazione popolare – da parte dei datori di lavoro o delle maggioranze politiche che governano a livello federale o cantonale.

- Il Consiglio federale, obbligato a presentare una proposta in seguito alla votazione popolare, non riesce a proporre che aria fritta, o peggio.

- Per i datori di lavoro, il minimo diritto collettivo dei dipendenti è un attacco intollerabile alla loro sacrosanta "libertà imprenditoriale". All'Inselspital di Berna, ad esempio, questa "libertà imprenditoriale" si riflette nella decisione di tagliare i costi salariali del 5% per ridurre il deficit dell'ospedale (VPOD Berna, *Standpunkt 158*, settembre 2024)... Addio cure infermieristiche forti!

- Lo stesso vale per i governi cantonali. A Zurigo, la responsabile della sanità, l'UDC Nathalie Rickli, si oppone a qualsiasi misura cantonale per migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario, e lei e l'intero governo respingono il progetto di legge del Consiglio federale come «*fuori dalla realtà e inaccettabile*» perché troppo costoso (NZZ, 27.08.2024). Nel Canton Vaud, il piano del Consiglio di Stato, *InvestPro* in gergo manageriale, che prevede un aumento dei miseri stipendi del settore sanitario parapubblico, regolato da un contratto collettivo di lavoro (l'ennesimo successo del "partenariato sociale che ha dimostrato la sua validità"), è del tutto minimalista e non è stato migliorato di un solo centesimo dal Gran Consiglio, nonostante una petizione firmata da diverse migliaia di dipendenti interessati. A dimostrazione dello stato d'animo prevalente nella parte padronale e nella destra, a chi difendeva l'allineamento degli stipendi del settore parapubblico a quelli dello CHUV e della funzione pubblica – che era la regola fino a una ventina d'anni fa e all'introduzione di un CCL per il settore parapubblico – un deputato liberale ha risposto che «*potremmo cambiare l'equazione: non sono piuttosto gli stipendi dello CHUV a essere troppo alti?*» (*Le Courrier*, 28.08.2024). Un altro deputato liberale ha chiesto di escludere da queste misere misure le persone che hanno "solo" completato la formazione con un CFC (certificato di capacità) o un APF (attestato professionale federale, ottenuto in due anni) (*Le Courrier*, 04.09.2024). Si tratta ovviamente di una proposta disinteressata: il suddetto deputato è il direttore di una fondazione che controlla delle Case anziani e le case anziani del Cantone di Vaud fanno un uso massiccio di personale non qualificato o

con una formazione a livello AFP o CFC.

## Un inganno totale

In secondo luogo, il progetto di legge del Consiglio federale è un vero e proprio inganno perché – e su questo punto non possiamo che essere d'accordo con H+, con Curaviva e le altre associazioni dei datori di lavoro attivi nelle cure a domicilio – non prevede alcuno strumento per finanziare il miglioramento delle condizioni di lavoro. Ma chi può credere che questo possa essere fatto “gratuitamente”, o attraverso “guadagni di efficienza”, senza investire nella sanità e destinare risorse aggiuntive all'assistenza?

Un solo esempio: in una delle sue poche disposizioni concrete, il disegno di legge prevede di fissare l'orario normale di lavoro (orario contrattuale, esclusi gli straordinari) tra le 38 e le 42 ore... un range elastico.

C'è una reale necessità di ridurre l'orario di lavoro nelle settore sanitario. È molto difficile, e raro, sostenere un lavoro a tempo pieno nel settore delle cure, in particolare negli ospedali, dato il carico di lavoro e l'intensità del lavoro. Ridurre l'orario di lavoro a 38 ore – una vaga possibilità prevista nel disegno di legge! – sarebbe un primo passo. Questa misura, che comporterebbe il mantenimento dei salari e assunzioni compensative, avrebbe ovviamente un costo, stimato in 1,4 miliardi di franchi all'anno. Chi pagherà?

Gli ospedali sono strangolati finanziariamente dal sistema di finanziamento DRG (*diagnosis-related group*) introdotto nel 2012. Nessuno, tantomeno gli assicuratori, vuole aumentare il livello di rimborso delle cure. Questo metodo di finanziamento, che dovrebbe “stimolare” la concorrenza tra gli ospedali e in realtà favorisce l'espansione delle cliniche private, esclude le sovvenzioni cantonali. E, in ogni caso, né la Confederazione né i Cantoni hanno intenzione di mettere mano al portafoglio. Al contrario, stanno tutti facendo campagna a sostegno di EFAS, che mira a inasprire ulteriormente le regole sul finanziamento dei servizi sanitari sotto il controllo esclusivo, e ancora più spietato, delle casse malati.

## Una scelta per il futuro del sistema sanitario

La scelta è tra un'assistenza infermieristica forte e EFAS. Servizi sanitari a gestione pubblica che rispondono alle esigenze dei pazienti e garantiscono buone condizioni di lavoro al personale in-

fermieristico, oppure un sistema sanitario sempre più mercificato e trasformato in un business per aziende private. Ci troviamo di fronte a due opzioni diametralmente opposte. La campagna per dire NO a EFAS il 24 novembre è al centro di questo conflitto. Ecco perché è così importante.

## Cure a domicilio: l'ingannevole comunicazione padronale

«*Se le nostre badanti stanno bene, anche le persone assistite stanno bene*»: una campagna di affissione sta attualmente spopolando sui cartelloni pubblicitari. Con questo slogan, che vuole essere amichevole, si invitano le “badanti” a rivolgersi... alle organizzazioni private di cura a domicilio – ASPS.

Il settore privato delle cure a domicilio è una giungla per il personale: le disposizioni della legge sul lavoro vengono ignorate, le spese di viaggio non vengono rimborsate, gli orari continuamente stravolti, viene richiesta una flessibilità totale e lo stress è costante: le testimonianze raccolte dai sindacati potrebbero riempire pagine intere. Di conseguenza, il turnover del personale è ai massimi storici: gli infermieri cambiano lavoro appena possono.

Ma, d'altro canto, la legge sul finanziamento dell'assistenza, entrata in vigore nel 2011, ha aperto un mercato quasi... illimitato a queste società private: tra il 2013 e il 2022, il loro personale è triplicato (+194%) e le ore di assistenza fornite sono aumentate ancora di più (+229%), tanto che la loro quota di mercato è passata dal 16% al 29% di tutta l'assistenza domiciliare fornita (OFS, 2024, *Services de soins à domicile: évolution du financement, de 2013 à 2022*).

Per continuare questa favolosa espansione e la valorizzazione del capitale che essa consente, è necessario assumere personale... da sfruttare. E lo si attira facendo balenare l'esatto contrario della realtà. La “comunicazione” dei datori di lavoro ha un'aria da 1984 orwelliano...

(14 settembre 2024)

Lo scorso dicembre, dopo quattordici (!) anni di dibattiti, il “finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie” per l’assicurazione malattia (EFAS) è stato adottato dal neoeletto Parlamento federale. Si tratta di un “evento storico”, secondo un comunicato stampa firmato da un’alleanza di 22 gruppi di pressione, tra cui le organizzazioni mantello dei medici (FMH), degli ospedali (H+), delle aziende farmaceutiche (Interpharma), un grande gruppo di assicuratori (Curafutura) e la lobby economica Economiesuisse. La coalizione descrive il progetto come «una delle più importanti riforme del nostro sistema sanitario». Si tratta di un argomento molto tecnico, la cui portata può sembrare a prima vista difficile da comprendere per chiunque di noi. Ma cerchiamo di cogliere alcune delle questioni in gioco. L’idea di base della riforma è quella di avere lo stesso finanziamento per tutte le cure, diviso tra i Cantoni (26,9%) e gli assicuratori – e gli assicurati – (73,1%) (è una questione di decimali!). Questo sistema sostituirà quello attuale, che prevede finanziamenti diversi per le cure ospedaliere (attualmente il 55% è a carico dei Cantoni e il 45% degli assicuratori e degli assicurati) e per le cure ambulatoriali, (il 100% è oggi a carico dei premi e delle franchigie che paghiamo). La riforma dovrebbe incoraggiare i pazienti – e i medici – a ricorrere il più possibile alle cure ambulatoriali (in particolare per gli interventi chirurgici) o ad abbreviare le cure ospedaliere, al fine di ridurre la spesa complessiva. Perché no? In apparenza appare sensato e sembra più semplice avere un unico sistema di finanziamento.

Ma, purtroppo, la storia dimostra che è – e continuerà a essere – l’ossessione per i costi a prevalere sulla qualità e sul comfort delle cure. Un’assistenza umana e olistica che tenga conto della situazione psicosociale del paziente sarà più difficile da difendere.

Da questo punto di vista, i pazienti non hanno nulla da guadagnare da EFAS. Eppure la Federazione Svizzera dei Pazienti (FSP) è particolarmente silenziosa sul cambiamento di finanziamento. E se è la semplicità del finanziamento solidale (che è alla base della “mutualizzazione” dei rischi sanitari) che cerchiamo, allora perché non fissare i premi in base al reddito e affidarne la gestione a una cassa unica?

Con questa modifica del finanziamento del sistema sanitario, i Cantoni verseranno circa 10 miliardi di franchi (il 26,9% dei costi!) alle assicurazioni malattia, che saranno responsabili del pagamento dell’intera fattura ai fornitori di servizi sanitari. In questo modo si rafforzerà il potere delle assicurazioni, le stesse

che, anno dopo anno e senza alcun controllo democratico, “aggiustano” i nostri premi di cassa malati al costo dell’assistenza sanitaria (e talvolta anche al valore delle perdite di borsa sulle loro riserve). Gli stessi che gestiscono sia i premi della LAMal (assicurazione di base obbligatoria) sia i premi delle assicurazioni complementari commerciali. Gli stessi che da tempo cercano di limitare la scelta del medico, e così via.

Inoltre, questa riforma indebolirà la posizione dei Cantoni e il loro margine di manovra nella pianificazione sanitaria, che è uno dei pochi strumenti in mano pubblica per controllare i costi della sanità. Anche se, alla fine, i Cantoni avranno “accesso” a tutte le fatture ospedaliere originali, comprese quelle ambulatoriali – ultima concessione ottenuta prima del voto finale di dicembre.

Non dimentichiamo che se le assicurazioni pagano i conti, i pazienti dovranno pagare di tasca propria, oltre alla franchigia e al ticket, il contributo ai costi specifici dei servizi di cura, fissato a 23 franchi al giorno. Questo contributo specifico si applica ai pazienti che ricevono assistenza a domicilio o nei pronto soccorso, nonché alle madri che partoriscono a casa o in ambulatorio. Attualmente, alcuni Cantoni pagano una parte di questi 23 franchi al giorno (in particolare per le cure ambulatoriali), riducendo così l’onere per il paziente. Con questa modifica di legge, i Cantoni risparmieranno 500 milioni di franchi: forse è per questo che non li sentiamo difendere la loro perdita di capacità in termini di pianificazione sanitaria.

Se la modifica di legge entrasse in vigore, l’ultima spiaggia, probabilmente quest’anno, sarebbe quella di accettare l’iniziativa popolare che chiede di limitare i premi a carico degli assicurati al 10% del reddito disponibile. Almeno due terzi della riduzione dei premi verrebbero finanziati dalla Confederazione e il terzo restante dai Cantoni.

A meno che il referendum contro l’EFAS lanciato dal Sindacato dei Servizi Pubblici (SSP/VPOD) non abbia successo e il popolo non corregga la situazione. La posta in gioco è enorme, non solo dal punto di vista della sanità pubblica e della solidarietà, ma anche semplicemente perché tutti possano essere curati e pagare i contributi in base alle proprie possibilità.

*\*Bernard Borel, pediatra FMH a Aigle. Questo contributo è apparso su quotidiano romando Le Courrier del 2 febbraio 2024.*

L'iniziativa parlamentare 09.528 di Ruth Humbel «*Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico*», depositata nel 2009, è all'origine del progetto di modifica della Legge sull'assicurazione-malattia (LAMal). Inizialmente, l'iniziativa preconizzava di modificare la LAMal affinché le cure siano finanziate da un solo ente. 14 anni dopo, il 22 dicembre 2023, la legge federale sull'assicurazione-malattia è stata effettivamente modificata secondo il progetto EFAS – un acronimo tedesco per abbreviare la dicitura *Finanziamento uniforme dei trattamenti ambulatoriali e ospedalieri*. EFAS è una riforma fondamentale della LAMal che intacca il finanziamento del sistema di salute imponendo una nuova ripartizione delle spese fra i cantoni, casse-malati e assicurate/i.

Il 9 gennaio scorso, il Sindacato dei servizi pubblici (SSP) ha lanciato un referendum contro questa revisione della legge federale sull'assicurazione-malattia. Finora, il referendum è sostenuto dall'Unione sindacale svizzera (USS). L'obiettivo è quello di raccogliere 50'000 firme entro il 18 aprile 2024.

Anche l'MPS Ticino ha deciso di sostenere attivamente il referendum. Da sempre in prima linea a difesa degli ospedali pubblici, dei pronto-soccorsi e delle case per anziani, come anche a livello delle condizioni di lavoro degli operatori socio-sanitari, non potevamo assistere passivi a questo nuovo e potente attacco al sistema sanitario svizzero, ai diritti dei pazienti e dei dipendenti.

Oltre a sostenere attivamente la raccolta di firme sul terreno, lo scorso 22 gennaio i nostri rappresentanti in Gran consiglio hanno infatti depositato una domanda di referendum contro la modifica della LAMal sul finanziamento uniforme delle prestazioni, EFAS appunto. Con questo atto parlamentare l'MPS chiede che il Gran Consiglio si avvalga della facoltà concessa dalla Costituzione federale e dalla Costituzione cantonale chiedendo che la modifica di legge del 22 dicembre 2023 sia sottoposta al voto del popolo svizzero.

### **Cosa cambia con la revisione della legge EFAS?**

La LAMal (legge federale sull'assicurazione-ma-

lattia) è una materia complessa, poiché il sistema sanitario e il suo finanziamento in Svizzera sono anch'essi complessi. Questa complessità è volentieri usata dai sostenitori dell'EFAS per presentare la revisione come una "semplificazione" benvenuta. Oggi il sistema sanitario svizzero è finanziato da diverse fonti:

- I nostri premi, incassati dalle casse malati, finanziano l'insieme del sistema, ma a diversi livelli a seconda del settore di cure.

- In più delle casse malati, i cantoni finanziano attraverso le imposte gli ospedali, le case per anziani e le cure a domicilio. Questa quota di finanziamento è importante. In questo modo nel settore degli ospedali pubblici, i cantoni versano almeno il 55% delle spese per le cure.

- Nelle case per anziani e le cure a domicilio, i cantoni versano pure delle quote importanti, parti che variano da un cantone all'altro. Alcuni sono più generosi di altri nel finanziare i servizi pubblici. In maniera generale, i cantoni contribuiscono almeno altrettanto rispetto alle casse malati al finanziamento di queste cure, cosiddette di lunga durata.

- I malati e i residenti delle case di cura versano, oltre ai loro premi e alla franchigia, delle partecipazioni ai costi (la quota-parte).

Con EFAS, il sistema sanitario sarebbe finanziato secondo un'unica chiave di ripartizione:

- Le casse malattia dovranno finanziare il 73,1% delle spese sanitarie;

- I cantoni dovranno finanziare il 26,9% delle spese sanitarie.

### **Perché EFAS non risolve i problemi del finanziamento del settore della salute?**

Il finanziamento attuale è spesso accusato di produrre degli incitamenti che incoraggerebbero i prestatori di cure a trattare i/pazienti secondo il metodo che rende di più in termini monetari. Così gli ospedali avrebbero a volte un vantaggio finanziario nell'ospedalizzare dei/delle pazienti per interventi che potrebbero essere svolti in ambulatorio. L'esperienza insegna tuttavia che numerosi interventi sono già effettuati solo in ambulatorio, anche se ciò non è sempre per il bene del/della paziente. È possibile che degli interventi ospedalieri siano effettuati unicamente perché sono finanziariamente interessanti e non

perché sono urgentemente necessari per il benessere del/della paziente? Si è possibile.

Tuttavia EFAS non cambia nulla a tutto ciò. Le tariffe non sono intaccate da questa revisione. Constatiamo, invece, in particolare che la tariffa ospedaliera per le cure stazionarie non copre i costi, soprattutto nel servizio pubblico. Questa mancanza di finanziamento provoca una pressione finanziaria considerevole, congela le dotazioni di personale e provoca un carico di lavoro crescente nei servizi, EFAS non risolve assolutamente i problemi delle tariffe e non riduce neppure la burocrazia nella vita quotidiana degli ospedali.

### **Cosa cambia nelle cure di lunga durata?**

L'altro cambiamento di questa revisione concerne la soppressione del meccanismo che limita il contributo finanziario degli/delle assicurati/e ai costi per le cure di lunga durata (case per anziani e cure a domicilio). La LAMal prevede attualmente un tetto massimo a questa partecipazione. Questo tetto massimo conferisce ai cantoni una responsabilità finanziaria: devono coprire i costi cosiddetti "residuali". Con la revisione EFAS la partecipazione degli/delle assicurati/e ai costi delle cure non è più limitata: la loro fattura per la permanenza in una casa per anziani aumenterà fortemente. A causa dell'allungamento della speranza di vita e della demografia, questi costi aumenteranno fortemente nel corso dei prossimi anni. santésuisse prevede dei costi di premi supplementari per quasi 10 miliardi di franchi entro il 2040. In un modo o nell'altro, i premi aumenteranno e la pressione sul personale delle case per anziani e di cura sarà ancora più forte.

### **Perché il nostro sistema di sanità pubblica è in pericolo?**

La revisione EFAS permette alle casse malati di organizzarsi come un'istituzione comune che gestirà i miliardi pagati dai cantoni (stimati a 11 miliardi di franchi) e i miliardi dei nostri premi (stimati a 37 miliardi di franchi). Le casse malati hanno quale missione quella di finanziare le prestazioni di cura che figurano nel catalogo dell'assicurazione obbligatoria per le cure; di negoziare delle tariffe con prestatori di cure e di calcolare e incassare dei premi. Invece, queste casse non hanno il mandato d'identificare i bisogni sanitari della popolazione, né di pilotare l'organizzazione

delle cure, di definire gli obiettivi in materia di salute pubblica e ancora meno di fare prevenzione. Sono responsabilità a carico dei poteri pubblici, dei cantoni e della Confederazione. EFAS apre la strada maestra affinché i cantoni si disimpegnino ancora di più dalle loro responsabilità di pianificare e finanziare delle cure di base di qualità.



### **Perché la revisione EFAS intaccherà le condizioni di lavoro nel settore delle cure?**

Contrariamente alle istituzioni private, gli ospedali pubblici, le case per anziani e le cure a domicilio finanziate dai cantoni devono proporre tutte le prestazioni e a chiunque. Succede che il finanziamento non copre i costi. Siccome le spese per il personale sono il fattore di costo più importante, quando i budgets sono ridotti o congelati, sono i salari e le condizioni di lavoro a essere automaticamente messi sotto pressione. È già oggi il caso.

Questa mancanza di finanziamento non è stata risolta con la revisione EFAS. Al contrario, con il nuovo finanziamento nelle cure di lunga durata che aumentano le spese a carico delle casse malati, i premi aumenteranno pesantemente. Le casse malati tenteranno sicuramente di controllare i costi facendo pressione per ridurre le spese di personale. E visto che in parallelo il finanziamento pubblico si ridurrà a una partecipazione minima, non potremo più contare sui poteri pubblici per finanziare gli istituti pubblici nella misura dei loro reali bisogni.

### **Perché la qualità delle cure peggiora?**

Se i premi dell'assicurazione malattia aumentano, la pressione sui costi nel settore dalla salute diventa più forte. Le spese per il personale – il

fattore di costo più importante nelle istituzioni sanitarie – sono sotto pressione. La degradazione delle condizioni di lavoro porta a una mancanza di personale e di tempo per i/le pazienti e per i/le residenti. Condizioni di lavoro e qualità delle cure sono due facce della stessa medaglia.

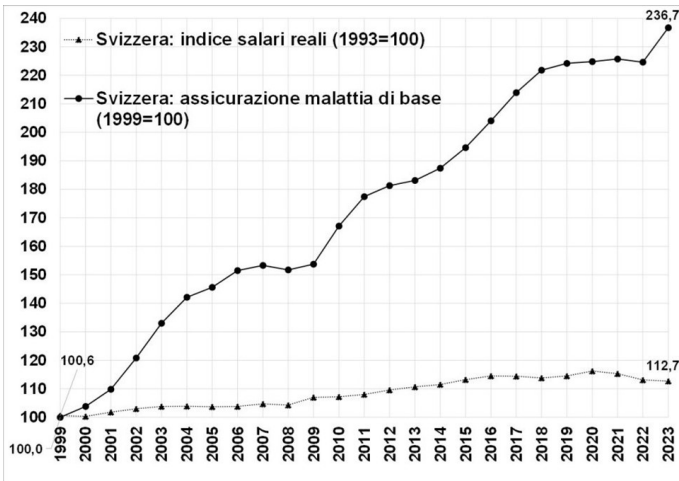
### **Perché i premi aumenteranno?**

Con EFAS, le casse malati devono prendere a carico una maggiore parte delle spese per le cure di lunga durata. A causa dell'allungamento della speranza di vita e della demografia, questi costi aumenteranno fortemente nel corso dei prossimi anni. EFAS sopprime due meccanismi di protezione che limitavano il contributo finanziario di coloro che pagano dei premi di cassa malati e dei/dei residenti nelle case di cura. Il limite della partecipazione ai costi degli assicurati non è più fissato al 20% nelle case per anziani. Il contributo delle casse malati prende il sopravvento sulla partecipazione dei cantoni/comuni. I costi crescenti in questo settore sono dunque assorbiti dalle casse malati e si ripercuoteranno sui premi. Gli assicurati e le assicurate vedranno perciò aumentare i loro premi di cassa malati. Questo aumento potrebbe appesantire la fattura globale pagata con i premi di ben 4,9 miliardi di franchi all'anno dal 2035 e di 9,6 miliardi dal 2040. Le spese sanitarie finanziata attraverso le imposte saranno meno importanti per il settore delle case per anziani e delle cure a domicilio. Meno finanziamenti per il tramite delle imposte, più finanziamenti sulla base dei premi. Una revisione anti-sociale e pericolosa.

*Il presente articolo è stato tratto dal volantino "Les raisons de notre referendum" pubblicato dalla centrale del Sindacato dei servizi pubblici (SSP). La traduzione è a cura del segretariato dell'MPS Ticino. Il testo originario è stato leggermente modificato per ragioni redazionali.*

## Premi cassa malati. Cambiare rotta, e subito!

Cominciamo con un grafico che riporta l'evoluzione, nel corso degli ultimi 25 anni, di due elementi: i salari reali pagati in Svizzera e i premi di cassa malati per l'assicurazione obbligatoria di base (cioè senza le assicurazioni complementari).



Senza ricorrere ad approfondite analisi, basta un colpo d'occhio per alcune brevi considerazioni.

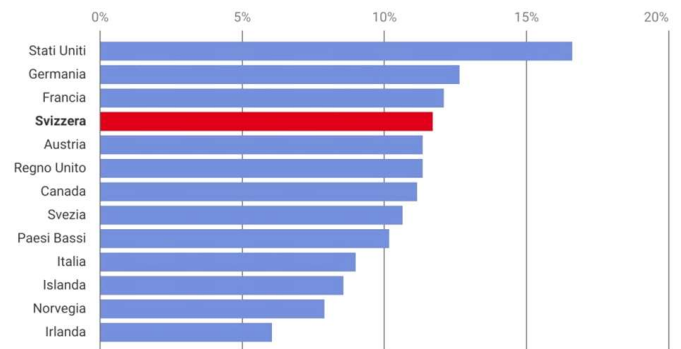
**1)** Vi è una totale divergenza tra l'evoluzione dei premi di cassa malati e quella dei salari reali. Divergenza dovuta, evidentemente, al fatto che i salari reali – dopo i primi anni nei quali tendevano a mantenere un certo potere d'acquisto, negli ultimi dieci anni sono entrati in una fase di stagnazione/diminuzione. Così, di fronte ad un aumento dei premi di CM che sono più che raddoppiati, i salari reali hanno visto un aumento di poco più del 10% nell'arco dell'ultimo quarto di secolo. Né servirebbe a molto esigere un confronto tra dati rapportati agli aumenti nominali: infatti i salari nominali – sempre nel corso degli ultimi 25 anni – sono aumentati del 32%: un po' di più, ma nel confronto con l'aumento dei premi di CM siamo sempre lontanissimi.

**2)** L'aumento dei premi di CM è costante, con alcune impennate come quella attuale, negli ultimi 25 anni. Come mostra il grafico, nei primi anni 2000 vi è stata un'accelerazione simile a quella degli ultimi tre anni. Non ci troviamo quindi di fronte ad una accelerazione dei premi eccezionale (il riferimento agli ultimi tre anni), ma ad un aumento costante (e inaccettabile) dei premi di CM negli ultimi 25 anni, praticamente da quando è entrata in vigore la LAMal.

Questo richiama alla mente le discussioni che vi sono state tra la metà degli anni '90 e la prima parte degli anni '2000 quando tutti, dalla destra alla sinistra governativa, sostenevano che, alla fine, la logica della concorrenza tra le casse malati avrebbe avuto la meglio e i premi, proprio in omaggio a questa concorrenza tra le casse, non avrebbero potuto far altro che diminuire. Corollario di questa logica tutta mercantile, l'invito sistematico della autorità pubblica ad avvalersi di questo meccanismo concorrenziale ricorrendo al cambiamento annuale di cassa malati.

**3.** La discussione che va assolutamente rifiutata è quella sulla cosiddetta "esplosione dei costi della salute" in Svizzera. Essi non sono per nulla esplosi e, tenendo conto della evoluzione di alcune costanti sociali e demografiche (a cominciare dall'aumento della speranza di vita), sono da considerarsi stabili rispetto alla evoluzione della ricchezza prodotta in Svizzera (il PIL) e assolutamente in linea con quanto succede in altri paesi comparabili alla Svizzera (a cominciare dalla Germania, nazione di "riferimento" per un paese come la Svizzera), come indica il grafico

Costi del sistema sanitario nei Paesi OCSE, nel 2022  
In percentuale del prodotto interno lordo



Dati aggiornati: 31.03.2024

Fonte: UST – Costi e finanziamento del sistema sanitario (COU); OCSE – Statistica sulla salute 2023

gr-i-14.05.02  
© UST 2024

seguinte:

Nemmeno in un'ottica di più lungo periodo si può parlare di "esplosione" dei costi sanitari. Certo vi è stato un aumento; ma se prendiamo l'evoluzione del rapporto costi della salute/evoluzione PIL vediamo come, da ormai vent'anni, esso si muova, pur con fasi di leggera progressione, in una forchetta tra il 10 e il 12% del PIL. Una evoluzione da considerarsi tutto sommato stabile, proprio alla luce dell'evoluzione dei determinanti socio-demografici che abbiamo qui sopra richia-

mati. Ecco l'evoluzione di questo rapporto:



Quella dell'esplosione dei costi è quindi una narrazione che va rifiutata, perché tutta tesa a giustificare l'aumento dei premi (da parte delle casse malati) oppure la necessità di razionamento delle prestazioni e risparmio. Su questo ultimo aspetto ormai la campagna è lanciata, sia attraverso modifiche di legge che vanno in questa direzione (a cominciare da EFAS, in nuovo sistema di finanziamento del sistema sanitario, sul quale voteremo il prossimo mese di novembre), sia attraverso una propaganda sistematica sulla necessità di razionare l'offerta sanitaria (pensiamo alle ormai sistematiche dichiarazioni degli assicuratori sulla necessità di "chiudere un ospedale su due").

In realtà, come ci pare di aver dimostrato, in Svizzera il problema principale in materia di assicurazione malattia non è l'ampiezza delle spese che il sistema indurrebbe e che sarebbero ormai eccessive, addirittura "insopportabili"; no, i nostri problemi, i problemi della maggioranza delle famiglie di questo paese, sono causati dal modo in cui questi costi vengono finanziati. In particolare perché a finanziare quasi tutto (con i premi, le partecipazioni, le franchigie o la fiscalità generale) è la stragrande maggioranza dei cittadini e delle cittadine. Le casse malati, lo ricordiamo di passata, non "pagano" di tasca propria assolutamente nulla. Sono strumenti di organizzazione del pagamento del sistema sanitario (prelevano dagli assicurati e pagano i premi – dedotti i finanziamenti pubblici: una funzione di per sé assolutamente inutile).

Di fronte a tutto questo appare evidente la necessità di un cambiamento radicale di sistema. Un cambiamento che deve essere proposto subito

attraverso il lancio di un'iniziativa popolare per un'assicurazione malattia sociale sul modello AVS, con contributi in base al salario o al reddito e con la partecipazione dei datori di lavoro. In attesa di un cambiamento radicale di sistema e nel contesto di una situazione di emergenza, sono necessarie misure urgenti che impediscano ulteriori aumenti per i prossimi anni (d'altronde già preannunciati con la stangata del 2025). Per questo il Consiglio Federale dovrebbe decidere un intervento d'urgenza che decreti una moratoria di tre anni sui premi di cassa malati e imponga alle casse malati questa soluzione. Senza interventi di questo genere restano solo chiacchiere in politichese, "comprensione" per i destini dei poveri pagatori di premi e generiche condanne per la politica dei premi praticata dalle casse malati; un teatrino insopportabile poiché, lo sappiamo tutti, gli assicuratori malattia possono contare, da sempre, su un vasto sostegno tra la classe politica federale e cantonale.

( 1° ottobre 2024)

Dopo il fallimento dell'iniziativa per la fissazione di un tetto massimo ai premi dell'assicurazione malattia, ci stiamo avviando verso una ripetizione della stessa situazione? Oppure riusciremo ad avviare una mobilitazione sociale per un'assicurazione malattia pubblica e solidale?

I risultati sulle iniziative popolari federali in materia sanitaria del 9 giugno 2024 sono arrivati. L'iniziativa del Partito Socialista Svizzero (PSS) per limitare i premi dell'assicurazione malattia al 10% del reddito è stata respinta dal 55,5% dei votanti; l'iniziativa del Centro per porre un "freno ai costi", cioè alle spese finanziate dall'assicurazione malattia ha subito un destino simile, con un 62,8% di no.

Questi risultati potrebbero far pensare che l'iniziativa del Centro abbia subito la sconfitta più grave. Il bilancio politico è, per il momento, diverso. I messaggi che hanno dominato i dibattiti che hanno preceduto il voto sono stati ben riassunti, ancora una volta, dalla consigliera federale "socialista" Elisabeth Baume-Schneider, nel suo intervento al Forum de la Première di Radio Suisse Romande il 9 giugno: *«Le due iniziative erano effettivamente correlate perché possiamo agire sui premi solo agendo sul controllo dei costi. [...] L'iniziativa del Centro ha avuto il pregio di dire che possiamo e dobbiamo risparmiare, senza correre rischi in termini di qualità. In altre parole, la questione dell'onere dei premi sanitari, come quella dello sviluppo del sistema sanitario, è rimasta subordinata alla presunta "necessità" del "contenimento dei costi", e questo ha giocato un ruolo cruciale nel fallimento dell'iniziativa PSS».*

È fondamentale prendere spunto da questa constatazione per comprendere le dinamiche che si svilupperanno nella sanità nei prossimi mesi e anni e per riflettere su come rilanciare la lotta per l'assicurazione malattia sociale.

### **3 marzo – 9 giugno: insegnamenti che emergono da un confronto**

Analizziamo brevemente, prima di tutto, i risultati di questo voto. Tre mesi dopo la vittoria dei sindacati, il 3 marzo, per la loro iniziativa che chiedeva l'introduzione di una tredicesima mensilità per l'AVS (Assicurazione vecchiaia e superstiti), appare inevitabile confrontare la sconfitta dell'ini-

ziativa del PSS sull'assicurazione malattia con il successo dei sindacati. Una discrepanza illustra la differenza tra le due votazioni: il 9 giugno quasi 770'000 persone in meno (1'116'910 contro 1'884'096), ovvero il 40%, hanno votato per l'iniziativa per imporre il limite del 10% ai premi dell'assicurazione malattia rispetto a quella sulla tredicesima mensilità AVS lo scorso 3 marzo. Questo divario è il risultato di due fattori. Da un lato, l'affluenza alle urne è stata significativamente più bassa il 9 giugno: solo il 45,4% degli elettori si è presentato il 9 giugno, rispetto al 58,4% di marzo; dall'altro, la tredicesima mensilità AVS ha ottenuto il 58,2% dei voti e la maggioranza in 16 cantoni e semicantoni, contro meno del 45% e 8 cantoni o semicantoni per la limitazione dei premi. Tre fattori principali hanno probabilmente contribuito ad aumentare questo divario.

In primo luogo, la differenza strutturale tra la costruzione dell'AVS e quella dell'assicurazione malattia e i suoi effetti sulla percezione delle persone. L'AVS unisce la maggioranza della popolazione. Il sistema è uguale per tutti. Tutti contribuiscono al suo finanziamento con la stessa percentuale sul salario e tutti hanno diritto a una pensione, con differenze molto limitate: la differenza è, al massimo, il doppio. Questa "convergenza" di situazioni è la grande forza dell'AVS e ciò che la rende particolarmente detestabile agli occhi della destra, dei datori di lavoro e degli "ambienti economici". L'assicurazione malattia, invece, è una macchina che crea costantemente più differenze e disuguaglianze. I premi cambiano da cassa a cassa, da un modello di assicurazione sanitaria all'altro. Ma anche da Cantone a Cantone.

A questo primo strato di differenze se ne aggiunge un secondo, derivante dai sussidi cantonali, che variano da un Cantone all'altro. Lo stesso sistema di sussidi, all'interno dello stesso cantone, aumenta il divario tra coloro che ne hanno diritto e coloro che non ne hanno diritto, anche se i contributi per l'assicurazione sanitaria gravano pesantemente sui loro bilanci.

Ma le disuguaglianze aumentano anche in termini di accesso alle cure, a seconda della franchigia e del modello di assicurazione sanitaria "scelto". In questo contesto, la destra ha potuto sfoderare il suo classico argomento "popolare",

del tipo: “I contadini del Canton Uri, che sono parsimoniosi nelle loro visite mediche, dovrebbero pagare i premi sanitari dei costosi funzionari di Basilea Città o di Ginevra?”

In secondo luogo, la campagna sindacale per la tredicesima AVS si è distinta per la capacità di mobilitare reti di attivisti e, più in generale, persone convinte del problema. Ciò si è riflesso nella distribuzione capillare di argomenti e altri materiali della campagna, nonché nella moltiplicazione del sostegno finanziario, che ha portato a un'affluenza al voto senza precedenti. Per il 9 giugno, il Partito Socialista non è stato in grado di riprodurre una dinamica simile, anche se aveva ritenuto possibile e utile farlo.

In terzo luogo, uno dei punti di forza decisivi della campagna sindacale e popolare per la tredicesima AVS è stato quello di aver affrontato di petto le argomentazioni tradizionali della destra e dei datori di lavoro sulle finanze dell'AVS, che sarebbero state “in pericolo”, e di averle messe in crisi con successo. Di fronte alla propaganda della destra, dei datori di lavoro e degli assicuratori sull'assicurazione malattia – “i premi della cassa malati seguono solo i costi, il vero problema sono i costi” – il PSS non ha fatto nulla di simile. E per una buona ragione: molti dei suoi leader hanno fatto propria questa narrazione. Elisabeth Baume-Schneider non fa eccezione, data la sua posizione di Consigliere federale. L'ex capo del gruppo parlamentare del PSS, il consigliere nazionale Roger Nordmann (Vaud), ha invitato a votare Sì all'iniziativa del Centro, convalidando così la tesi borghese, e questo punto di vista non è rimasto isolato all'interno del PSS<sup>1</sup>.

### Capire il contesto delle battaglie future

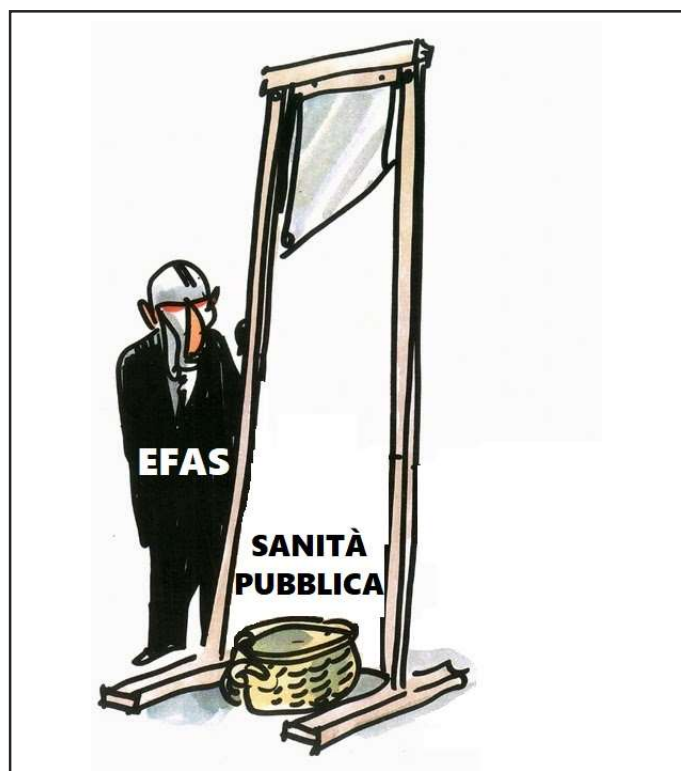
La bocciatura dell'iniziativa per un tetto del 10% ai premi di casa malati faciliterà l'accentuazione delle dinamiche negative in atto nell'assicurazione malattia e nel sistema sanitario. Il peso dei premi di assicurazione malattia continuerà ad aumentare nei bilanci delle famiglie. Insieme a questa tendenza, aumenterà la pressione per il “controllo della spesa sanitaria”, con il Consiglio federale che ha ora l'autorità di fissare obiettivi quantificati ogni quattro anni. Di conseguenza, tre meccanismi già in atto rischiano di rafforzarsi e di rappresentare un vero e proprio salto di qualità. È necessario tenerne conto nel valutare il seguito da dare al voto del 9 giugno.

1. I vincoli finanziari per le istituzioni sanitarie

sono destinati ad inasprirsi. Questo vale in particolare per gli ospedali, destabilizzati da oltre un decennio di finanziamenti inadeguati e dall'aumento della concorrenza. L'obiettivo è ora quello di trasformare questa pressione in chiusure di ospedali.

Un'argomentazione viene regolarmente avanzata dagli “esperti” per giustificare questi tagli: il tasso di occupazione dei letti ospedalieri è “solo dell'80%”, il che rappresenterebbe la “prova” che vi sarebbe un ampio margine di manovra per ristrutturare questo settore e renderlo più “efficiente”. I dati OCSE mostrano che questo tasso di occupazione, pari all'80,3% nel 2021 in Svizzera (ultimo anno disponibile), è in realtà quasi il più alto tra tutti i Paesi “industrializzati”. Il tasso di occupazione è più alto solo nel Regno Unito (80,9%), un Paese che soffre di un drammatico sottodimensionamento del sistema ospedaliero con tempi di attesa scandalosamente lunghi, e in Canada (86,7%). I dati dei Paesi europei vicini o comparabili sono i seguenti: Austria: 66,6%, Belgio: 64,5%, Francia: 71,9%, Germania: 69,9%, Italia: 71,3%, Paesi Bassi: 61,2%, Norvegia: 76,6%. Tuttavia, le richieste di chiusura degli ospedali si fanno sempre più pressanti.

In questo contesto di minaccia esistenziale, la concorrenza tra le strutture si sta intensificando e il concetto di servizio pubblico viene gradualmente cancellato nella maggior parte dei Cantoni, in linea con le successive riforme della Legge sull'assicurazione sanitaria (LAMal). Ciò



consente al settore privato di espandere la propria presenza, non solo nel settore ospedaliero, ma anche alla frontiera tra cure ospedaliere e ambulatoriali, dove i cambiamenti sono più rapidi. Si stanno creando partenariati pubblico-privati per la chirurgia ambulatoriale, che è destinata a espandersi rapidamente. A Zurigo è stato appena avviato un progetto *hospital@home*, lanciato da un medico senior del gruppo privato Hirslanden. Infine, nel settore dell'assistenza domiciliare, le aziende private a scopo di lucro sono in aumento, con una quota di mercato passata dal 16% nel 2013 al 29% nel 2022, secondo l'Ufficio federale di statistica (UST).

Una conseguenza di questi sviluppi è già chiara: l'indispensabile miglioramento delle condizioni di lavoro, in particolare per gli infermieri e le infermiere, sta per essere insabbiato, a meno che non si imponga un cambiamento di rotta grazie alla mobilitazione del personale. La proposta presentata all'inizio di maggio dalla Consigliera federale Elisabeth Baume-Schneider per l'attuazione dell'iniziativa "Per un'assistenza infermieristica forte" ne è un esempio: combina parole vuote, pseudo "progressi" che si limitano a registrare diritti acquisiti e prescrizioni "minime" che non sono in linea con il diritto pubblico o con i contratti collettivi di lavoro esistenti in molti cantoni e che quindi minacciano questi diritti acquisiti, come denunciato dal Sindacato dei Servi Pubblici (SSP/VPOD).

**2.** Continueranno anche le pressioni sugli assicurati affinché optino per modelli assicurativi più economici. Ciò significa una combinazione di franchigie elevate – con una schiera di "esperti" e politici che propone di aumentare ulteriormente – e di crescenti restrizioni all'accesso alle cure, attraverso una selezione sempre più restrittiva dei medici o dei servizi ospedalieri "approvati" dal modello assicurativo scelto.

La legge sul finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS), sottoposta a votazione il prossimo inverno a seguito di un referendum lanciato dal sindacato SSP, consentirà di diffondere ulteriormente questo meccanismo, di cui finora si è parlato relativamente poco. Come spiega l'associazione Curafutura, che ha redatto la legge approvata dal Parlamento, il finanziamento uniforme dei servizi ambulatoriali e ospedalieri consentirà di aumentare gli sconti per le persone che scelgono i cosiddetti modelli assicurativi di "assistenza integrata". Do-

vrebbe essere possibile aumentare questo sconto dall'attuale 20% del premio base al 30% in futuro. Il motivo è semplice. La maggior parte delle persone che scelgono i modelli di assistenza integrata tendono ad essere in buona salute e, di conseguenza, hanno raramente bisogno di essere ricoverate, a differenza delle persone con un'assicurazione illimitata.

Attualmente, il finanziamento cantonale, che copre solo i ricoveri ospedalieri ed è pari al 55% dei loro costi, riduce la differenza dei costi sostenuti dall'assicurazione sanitaria tra questi due profili di assicurati. Con un contributo cantonale uniforme ai costi, indipendentemente dal contesto in cui vengono fornite le cure, questo effetto scomparirà. Di conseguenza, gli assicuratori potranno ampliare il divario tra i premi da pagare per questi due modelli assicurativi e aumentare l'attrattiva dei modelli assicurativi con assistenza integrata per le persone con un budget limitato, comprese le persone con problemi di salute.

Di fatto, stiamo assistendo all'imposizione silenziosa del sistema delle cure integrate, rifiutata dal 76% degli elettori nel giugno 2012. Dodici anni dopo, i due meccanismi che hanno portato al suo rifiuto stanno diventando comuni. Da un lato, è sempre più diffusa l'adesione a "reti sanitarie" che "offrono" uno sconto sui premi in cambio della rinuncia al diritto di scegliere il proprio medico; dall'altro, la selezione da parte degli assicuratori di liste ristrette di medici e istituzioni sanitarie approvate per un determinato modello di assicurazione malattia sta gradualmente mettendo in atto la "libertà contrattuale" richiesta dagli assicuratori nel 2012 e respinta allora nel voto referendario.

**3.** La fase successiva, che porterà questa dinamica alla sua conclusione, sta prendendo forma sotto i nostri occhi. Si tratta di un'assistenza completamente integrata, come nel modello assicurativo lanciato da Visana nella regione del Giura meridionale. Chi sottoscrive l'assicurazione Viva affida l'intera assistenza medica, dal medico all'ospedale, a un'unica struttura, in questo caso il Réseau de l'Arc, che è un'organizzazione mantello di ospedali, centri medici, centri di radiologia, ecc. L'assicuratore, da parte sua, è diventato azionista di questa società, insieme al gruppo di cliniche private Swiss Medical Network (SMN) e al Cantone di Berna. Di conseguenza, l'assicuratore è ora direttamente coinvolto nella sua gestione. Infine, il finanziamento dei servizi forniti

dalla società sta passando dal metodo abituale di finanziamento per prestazione, calcolato a posteriori una volta terminato il trattamento, a un finanziamento forfettario per persona assicurata, determinato a priori, indipendentemente dalle esigenze che si presenteranno effettivamente. In questo modo, il vincolo di bilancio viene “internalizzato” nella gestione quotidiana del fornitore di cure. E, fin dall’inizio, condiziona le loro scelte quando si tratta di assistere persone che hanno accettato, con l’assicurazione stipulata, di servirsi solo dei loro servizi.

Il settore delle assicurazioni malattia sta monitorando attentamente questo esperimento: se si rivelerà un successo per Visana – il continuo aumento dei premi assicurativi aumenta le possibilità che ciò accada – allora questo tipo di modello si diffonderà ai quattro angoli della Svizzera. In questo modo si completerebbe la duplice acquisizione del settore sanitario da parte degli assicuratori.



Per quanto riguarda la popolazione: la parità di accesso alle cure e la libera scelta del medico verrebbero meno per tutti coloro per i quali è possibile finanziare solo i premi più bassi. Queste persone si ritroverebbero confinate in reti di assistenza integrate, focalizzate sulla riduzione dei costi e sull’adeguamento della qualità delle cure. Quanto più grandi saranno queste reti di assistenza integrata, tanto più diventeranno il punto di riferimento per l’intero sistema sanitario.

Per quanto riguarda i fornitori di cure, e i medici in particolare: per un numero crescente di loro, l’esercizio della professione sarà sempre meno indipendente e sempre più subordinato alle compagnie di assicurazione private, che faranno le loro scelte in base ai loro obiettivi finanziari e non dovranno rendere conto né al pubblico né ai fornitori di cure e alle loro associazioni professionali.

### **Invertire la prospettiva e costruire una coalizione sociale**

“Contenimento dei costi”: è questo il blocco che

la destra e gli assicuratori hanno messo in atto negli ultimi tre decenni per rendere inespugnabili le loro polizze sanitarie, e che ha portato alle tre dinamiche sopra descritte. È questo blocco che deve essere spezzato, invertendo la prospettiva con proposte che permettano la convergenza delle richieste di finanziamento solidale dell’assicurazione malattia, la difesa dell’accesso alle cure e il miglioramento delle condizioni di lavoro delle professioni sanitarie. Questo può portare a una convergenza di interessi sociali, in grado di rendere possibile una vittoria, che riunisca:

- la maggioranza della popolazione, dipendente o pensionata, schiacciata dai premi, costretta per motivi economici a scegliere modelli di assicurazione malattia che limitano sempre più l’accesso alle cure,
- il personale infermieristico e, più in generale, tutto il personale degli istituti di cura, le cui condizioni di lavoro si stanno deteriorando sotto gli effetti dei vincoli finanziari imposti dall’attuale politica sanitaria e dalle assicurazioni malattia,
- la parte della professione medica che non ha trasformato la propria attività in un’impresa e che vede il proprio lavoro professionale sempre più standardizzato o, addirittura, diretto dalle assicurazioni malattia.

### **Un’assicurazione malattia pubblica: sì, ma quale e come?**

Nei prossimi mesi, la campagna contro il progetto EFAS potrebbe essere il primo passo verso la costruzione di una coalizione di questo tipo, decisa a porre fine all’aumento del potere conferito alle assicurazioni malattia sull’intero sistema sanitario.

A più lungo termine, la proposta di una cassa malattia unica e pubblica, finanziata sulla base della solidarietà, è inevitabile. Ma quale, e come?

In un comunicato stampa diramato il giorno stesso della votazione, il Partito Socialista Svizzero ha annunciato, da solo e senza indugi, che lancerà un’*«iniziativa per un’assicurazione malattia pubblica»* all’inizio del 2025; L’orientamento di fondo lascia perplessi: *«Il PSS si concentrerà ora sulla lotta agli sprechi e ai profitti nel settore sanitario»*. Intervistata dalla Neue Zürcher Zeitung (NZZ, 10.09.2024), Mattea Meyer, co-presidente del PSS, adotta un approccio difensivo al tema: *«Non ci dovrebbe essere un premio unico nazionale, ma contributi differenziati a livello regionale... A differenza dell’iniziativa del 2014, la nostra iniziativa non prevede il passaggio a premi basati sul reddito, per non confondere le due*

*questioni». Alla domanda su cosa comporterebbe un unico assicuratore sanitario, ha risposto: «Un assicuratore sanitario pubblico porrebbe fine all'assurda pseudo-concorrenza tra 45 assicuratori sanitari. Impedirebbe ai loro manager di intascare stipendi milionari. Assicurerebbe che la prevenzione abbia finalmente il posto che merita». È un'argomentazione che porta a chiederci quanto la co-presidente del PSS sia in sintonia con le preoccupazioni degli assicurati schiacciati dai premi o con il personale sanitario, sempre più sotto pressione.*

Intervistato dal quotidiano *24 heures* (10.6.2024) sullo stesso tema, Pierre-Yves Maillard, presidente dell'Unione sindacale svizzera (USS) e membro socialista del Consiglio degli Stati, sembra osservare le cose in una luce diversa: «Oggi i nostri avversari hanno voluto spaventare la gente evocando lo spettro di un aumento delle imposte. D'ora in poi dovranno spiegare come affrontare gli aumenti dei premi, perché essi continueranno. E anche questa è una forma di imposta. L'altro problema è che non sappiamo dove vanno a finire i soldi. In due anni i premi sono aumentati del 12%. Su un sistema che costa circa 35 miliardi di euro, si tratta di quasi 4 miliardi di euro. Eppure, ogni giorno sentiamo parlare di ospedali pubblici in deficit. Alcuni sono addirittura sull'orlo del fallimento. I medici di base dicono di non farcela più. I Pronto soccorso sono sempre più sovraccarichi. Dobbiamo quindi pensare a un testo che affronti la distribuzione del denaro, l'onere dei premi e una maggiore efficienza del sistema dell'assicurazione malattia».

Il Consigliere di Stato socialista Baptiste Hürni (Neuchâtel) insiste su *Le Courrier* (10.09.2024) sul fatto che il contenuto dell'iniziativa deve ancora essere definito: «Abbiamo bisogno di un buon testo sostenuto da tutte le forze progressiste, comprese le associazioni dei consumatori e dei pazienti e, perché no, dei medici».

Il dibattito è quindi aperto e pubblico, e lo sarà anche nei prossimi mesi. Su questi temi si sentiranno voci indipendenti dal PSS, dai sindacati, dalle parti sociali, dai politici e dal mondo medico, sia sul contenuto dei cambiamenti necessari, sia sul tipo di alleanze e di radicamento sociale da costruire per avere una possibilità di vittoria? Potrebbero contribuire a cambiare la dinamica scaturita dal voto del 9 giugno.

*Sì (all'iniziativa sul 10% e all'iniziativa del Centro) in una tribuna apparsa sul Corriere del Ticino (N.d.T.).*

(15 giugno 2024)

<sup>1</sup> In Ticino, Maurizio Canetta, parlamentare e fresco membro della direzione del PS ha difeso la posizione del doppio

Negli ultimi giorni, per la prima volta le casse malati hanno esercitato il diritto di contestare le decisioni di pianificazione ospedaliera. Curafutura e Santésuisse hanno ricorso contro le decisioni di tre Cantoni (Appenzello Interno ed Esterno e San Gallo) relative a un mandato nel settore della cardiocirurgia.

Val la pena richiamare le possibili implicazioni sul futuro della pianificazione ospedaliera cantonale, in particolare l'emergenza di nuovi equilibri di potere tra i diversi attori della pianificazione e di criteri che, sebbene presenti da tempo, sembrano essersi ormai consolidati come la "normalità" nella pianificazione ospedaliera e sanitaria.

In un comunicato del 23 aprile, ci viene spiegato che *«Curafutura e Santésuisse hanno deciso di avvalersi per la prima volta del nuovo diritto di ricorso come chiaro segnale in difesa degli assicurati»*. Il mondo all'incontrario: la lobby delle casse malati che, per difendere i propri interessi (e non appare ormai più necessario dimostrare quali siano), si fa scudo degli "interessi" degli assicurati, cioè di quei milioni di famiglie che da anni essa tartassa con il prelevamento di premi ritenuti eccessivi ormai da tutti, o quasi. La situazione è ancora più preoccupante se consideriamo che, di fatto, esse rimangono l'unico interlocutore degli esecutivi cantonali, responsabili delle decisioni fondamentali sulla pianificazione.

Il risultato di questo confronto è prevedibile: le casse malati otterranno una vittoria schiacciante: l'esito dei dibattiti nel Parlamento nazionale in occasione dei tentativi di ridurre il potere delle casse malati (pensiamo alle discussioni sulle famose "riserve"), ha dimostrato quanto "pesino" le casse malati.

La riforma EFAS, introducendo un finanziamento pubblico uniforme per le prestazioni ospedaliere e per quelle ambulatoriali e di cura – voteremo in autunno, potrebbe ulteriormente rafforzare il potere delle casse malati, consegnando di fatto la politica sanitaria nelle loro mani.

In Ticino, la situazione è ancora più complicata poiché nel 2021 il Gran Consiglio ha di fatto rinunciato a pronunciarsi sulla pianificazione ospedaliera, limitandosi a definirne gli "indirizzi strategici" e affidando le decisioni fondamentali al Consiglio di Stato.

Nel ricorso al quale abbiamo accennato emerge infatti il ruolo decisivo della quantità degli atti medici praticati in una struttura sanitaria al fine di valutarne la qualità. Scrive Santésuisse: *«Un nuovo centro specializzato in cardiocirurgia porterebbe a una diminuzione della qualità: già oggi in vari ospedali non viene raggiunto il numero minimo di casi richiesto»*;

e, ancora: *«Un basso numero di casi trattati comporta generalmente una riduzione della qualità delle cure e un rischio supplementare per i pazienti»*.

Queste osservazioni hanno sicuramente un fondo di verità, in particolare se riferite ad atti medici e di cura estremamente specialistici; ma non sono certo applicabili "generalmente" a tutti i tipi di intervento ospedaliero.

In realtà, questa visione quantitativa muove da una logica economica e produttiva, piuttosto che da una genuina preoccupazione per la qualità. Gli atti medici sono equiparati alla produzione di merci, con l'obiettivo di ridurre i costi unitari. Questo ha portato, ad esempio, all'introduzione del sistema di finanziamento DRG, forfettario per tipo di intervento anziché basato sui costi reali dei singoli casi individuali.

Abbiamo avuto la conferma di come questi concetti di "sicurezza" e "qualità" vengono spesso usati per giustificare la riduzione dell'offerta sanitaria nelle recenti discussioni sulla concentrazione dei Pronto soccorso pediatrici: *«si pone l'obiettivo di accrescere la sicurezza e la qualità delle cure pediatriche»* ha dichiarato il direttore dell'EOC Martinetti.

Ma lo stesso discorso è pure emerso, in passato e ancora di recente, in merito al mantenimento di reparti di ostetricia negli ospedali regionali. A più riprese si è affermato che il mancato raggiungimento di un certo numero di parti all'anno in alcuni ospedali regionali (a cominciare da quello di Mendrisio), non solo rappresenta un "costo" eccessivo, ma metterebbe a repentaglio la sicurezza delle pazienti e dei nascituri.

Nell'ambito della precedente pianificazione, una maggioranza del Gran Consiglio aveva di fatto proposto la dismissione – a vantaggio di una fusione con la struttura privata del gruppo Genolier-St.Anna – del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale regionale di Lugano. Quella decisione, fortunatamente, venne spazzata via dal referendum lanciato dall'MPS e da altre forze politiche.

Il ricorso da cui siamo partiti annuncia un futuro nel quale la sanità in Svizzera sarà sempre più in modo decisivo nelle mani dei grandi gruppi di cassa malati, ancora più di quanto non lo sia già adesso. Un futuro nel quale il ruolo e le possibilità di intervento dell'ente pubblico saranno sempre più marginali. Un futuro denso di nubi per i e le pazienti, che sono poi i cittadini e cittadine che pagano salatissimi premi di cassa malati. Un futuro nel quale, è ormai evidente, i premi aumenteranno e l'offerta, la qualità e la varietà delle prestazioni di cura tenderanno a diminuire.

Starebbe sorgendo una nuova alba per l'assicurazione malattia e i servizi sanitari! L'editorialista del quotidiano *Le Temps* (4 settembre 2023) titola: «*Le salubre sursaut des caisses maladie*» («*Il risveglio salutare degli assicuratori malattia*»). Con entusiasmo sfrenato, spiega il suo titolo con queste parole: «*Ci sono ancora alcuni coraggiosi visionari che stanno cercando di invertire la tendenza inflazionistica dei costi. Dopo il gruppo di cliniche private Swiss Medical Network e il suo progetto nell'Arc jurassien, sono ora la rete dell'Établissement hospitalier de La Côte a Morges e la rete Arsanté a Onex a fare la loro parte di pionieri*». Diamo quindi uno sguardo più da vicino e cerchiamo di capire cosa promette questo “salutare risveglio”.

### Primo episodio nel Giura...

Il primo progetto è stato presentato nell'ottobre 2022 e riguarda la regione dell'Arco giurassiano. Esso combina due dimensioni.

In primo luogo, l'assicuratore Visana ha annunciato l'acquisizione di una partecipazione nell'Ospedale del Giura bernese, con sedi a Moutier e Saint-Imier. Il pacchetto azionario dell'ospedale è così ripartito tra il Cantone di Berna, il gruppo Swiss Medical Network (SMN, il cui amministratore delegato è Antoine Hubert<sup>1</sup>) e Visana. L'ospedale è stato ribattezzato “Réseau de l'Arc”. Questa rete comprende anche tre “Médicentres” nel Giura meridionale, un centro medico a Bienne, due istituti di radiologia e una farmacia. In secondo luogo, Visana annuncia contemporaneamente che, a partire dal 2024 (previa approvazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP), offrirà un piano assicurativo alternativo denominato “Viva”. Con Viva, «*l'organizzazione sanitaria Réseau de l'Arc gestirà il capitale sanitario delle persone che sceglieranno questo piano...*». La formula spinge a chiedere: con quale tasso di rendimento... e a favore di chi?

Questo “pilotaggio” prevede due fasi. Da un lato, la persona che sceglie di aderire a questo piano “non è più solo un paziente o un assicurato, come nei modelli tradizionali. Diventa un membro dell'organizzazione sanitaria, che deve essere convinta offrendo servizi medici di alto valore e premi bassi” (intervista a KPMG del Presidente del Consiglio di Amministrazione di Visana). In

concreto, ciò significa che l'intera assistenza è fornita o organizzata da questa rete. La libera scelta è una parola che è stata abbandonata dal lessico, poiché è l'organizzazione che controlla (o rende redditizio?) il vostro “capitale sanitario”. Inoltre, il piano prevede una remunerazione forfettaria dei fornitori di assistenza sanitaria: la rete riceverà un determinato importo per ogni “membro”, che dovrebbe tenere conto delle sue caratteristiche socio-sanitarie e coprire tutti i costi. Si tratta del ritorno del sistema delle reti di cura integrate, o “managed care”. Benefici attesi? «*La capitazione<sup>2</sup> completa, anziché il finanziamento a pagamento, e l'allineamento degli interessi tra i partner del Réseau de l'Arc, contribuiranno a correggere le storture dell'attuale sistema sanitario che portano a un perenne aumento dei costi e quindi dei premi*». Benvenuti in paradiso.

### ...e le sue estensioni

Nel luglio 2023, una notizia ha dato una nuova dimensione a questo progetto: Visana, che a maggio aveva annunciato la fusione con Atupri per creare una nuova entità dall'affascinante nome “Atusana”<sup>3</sup>, ha annunciato l'acquisizione dell'11,1% del capitale di Swiss Medical Network (SMN) per 150 milioni di franchi, valutando il gruppo a 1,35 miliardi di franchi. Il motivo: Visana e SMN «*hanno in programma la creazione di altre poli regionali di cure integrate in tutta la Svizzera nei prossimi anni*». Visana tiene a precisare che questi investimenti non sono finanziati dalla divisione di base dell'assicurazione malattia, ma dalla Visana Beteiligungen AG, la società mantello di tutte le aziende del gruppo. Questa struttura ha il vantaggio di aumentare la libertà d'impresa... senza essere soggetta alla vigilanza obbligatoria sull'assicurazione malattia. Per quanto riguarda i flussi finanziari tra le casse malati e Visana Beteiligungen, non è stato detto nulla. Il presidente del Consiglio di amministrazione di Visana è il consigliere nazionale bernese Lorenz Hess, attualmente membro del gruppo Il Centro (in precedenza era stato membro dell'UDC e del PBD). Il presidente del Consiglio di amministrazione di SMN è il vallesano Raymond Loretan, ex segretario generale (1993-1997) del PDC, il predecessore di Il Centro. La comunicazione sembra essere ottimale.

## Secondo episodio sul lago di Ginevra...

Il secondo progetto ha iniziato a fare notizia alla fine di agosto 2023. Coinvolge l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) con sede a Morges, la rete di centri sanitari Arsanté, con sede principalmente a Ginevra, e le assicurazioni malattia CSS, Mutuel e Concordia. Oltre all'ospedale di Morges, l'EHC comprende una clinica privata all'interno dell'ospedale, un centro di riabilitazione, tre Case anziani, tre ambulatori e 15 centri medici. Arsanté dichiara di controllare 13 centri sanitari, 3 farmacie, 2 cliniche e 6 centri di competenza. In questo caso non sembrano esserci partecipazioni finanziarie incrociate.

I cantoni di Ginevra e Vaud sostengono il progetto: «Questo tipo di progetto è pienamente in linea con il programma legislativo 2022-2027 del Consiglio di Stato vodese, con l'idea di sperimentare nuovi modelli volti al controllo dei costi, al miglioramento della qualità e alla promozione della digitalizzazione», ha dichiarato la ministra vodese della Sanità, Rebecca Ruiz (PS), citata da Le Temps. «Sarà oggetto di una valutazione per determinare il suo reale valore aggiunto», aggiunge con cautela (necessaria per qualcuno che ha come prospettiva di sedere in Consiglio federale). Questo progetto mira anche a finanziare i fornitori di servizi sanitari tramite capitazione e a creare una rete di cure integrate. Il fondatore di Arsanté, il dottor Philippe Schaller, ha dichiarato a Le Temps: «Dobbiamo rivedere il finanziamento fondato sul singolo atto terapeutico e sulla prestazione poiché ciò favorisce la frammentazione della prestazione sanitaria. È necessario studiare nuovi modelli di remunerazione, in particolare per gli anziani e i pazienti cronici. Per questi pazienti, il nostro sistema non è adatto, perché porta a giorni di degenza inappropriati e alla duplicazione delle cure a causa della scarsa comunicazione tra i professionisti». Il dottor Philippe Schaller è anche il fondatore e presidente della rete Delta, creata trent'anni fa e che si sta affermando come la più grande rete sanitaria della Svizzera romanda. Sul sito web della rete Delta, il primo messaggio è chiaro: «Di quale riduzione del premio potrei beneficiare con un contratto Delta?». È questa è la cosiddetta pubblicità "appropriata", che dà alla "qualità delle cure" il posto che merita.

## Il ritorno delle reti di cure integrate

Nel 2012, un'ampia maggioranza di elettori ha re-

spinto una revisione della Legge sull'assicurazione malattia (LAMal) volta a consentire l'introduzione su larga scala di modelli di assicurazione sanitaria basati sulle cosiddette "cure integrate" o "managed care" (si veda in questo stesso opuscolo). Fu la prima votazione del consigliere federale Alain Berset in materia di assicurazione sanitaria, e fu un voto perdente.



Dieci anni dopo, il 1° gennaio 2023, è entrata in vigore l'ennesima revisione della LAMal concepita sotto l'egida di Berset, le "Misure di contenimento dei costi – 1a fase", una sorta di regalo d'addio. In particolare, l'articolo 59b prevede che il Dipartimento federale dell'interno (DFI) possa autorizzare progetti pilota. «Un progetto pilota è un progetto innovativo che esula dal campo di applicazione della LAMal e consente di sperimentare nuovi modelli non ancora testati. L'obiettivo principale dei progetti pilota è quello di contenere l'aumento dei costi sanitari», spiega l'UFSP sul suo sito web. L'obiettivo della "sperimentazione" è quindi chiaro: risparmiare, punto e basta. E questa è anche la condizione di redditività per gli assicuratori: senza premi più bassi della concorrenza, non vi è possibilità di successo. Il progetto ginevrino si basa esplicitamente su questo articolo; il progetto nell'Arco giurassiano ha le stesse caratteristiche.

## Risparmiare, risparmiare, risparmiare...

Il tanto decantato "coordinamento" che le reti di cure integrate pretendono di mettere in atto permette di ottenere i "risparmi" prefissati? Philippe Schaller, intervistato da La matinale su La Première del 24 agosto 2023, è molto cauto: «È sempre difficile dire [che questo modello] farà risparmiare». È vero che ha una lunga esperienza... e un po' più di moderazione rispetto ad Antoine Hubert, che non è mai a corto di annunci per promuovere i propri affari...

Un altro meccanismo è probabilmente più promettente: l'effetto selezione. Le restrizioni alla libertà di scelta difficilmente spaventano le

persone in buona salute, che non si sentono preoccupate, ma che colgono prontamente l'opportunità di premi più bassi, riservandosi di cambiare modello assicurativo quando cominciano a manifestarsi problemi di salute. Poiché ricorrono poco all'assistenza sanitaria, l'offerta di premi assicurativi più bassi non rappresenta un problema. In questo caso, però, l'assistenza integrata non genera alcun risparmio "reale", ma solo un riequilibrio tra assicuratori concorrenti. Helsana, il principale assicuratore malattia svizzero, sembra pensare che questo sia ciò che accadrà, come ha dichiarato a Le Temps a proposito del progetto realizzato a Ginevra: *«In un modello fondato sulla capitazione, l'assicurato accetta di rimanere fedele a un modello che, se offrisse uno sconto interessante sui premi, limiterebbe fortemente la scelta dell'assicurato. Il fatto che gli assicurati possano rinunciare in qualsiasi momento, anche nell'ambito dell'articolo sperimentale, rende il modello volatile»*. (4 settembre 2023).

Per "risparmiare", rimane l'opzione della pura e semplice compressione dei costi. Sono possibili alcune economie di scala. Ma a farne le spese saranno soprattutto il personale e i pazienti.

Lo scorso giugno, il Réseau de l'Arc ha annunciato che sarebbe tornato in attivo entro il 2022... e ha tagliato 45 posti di lavoro. *«Le Réseau de l'Arc taglia e ritrova delle cifre positive»*, titolava il Quotidien jurassien il 21 giugno 2023. Questa "visione audace" assomiglia molto a metodi di gestione collaudati.

Per quanto riguarda la pratica medica, il processo sarà certamente più lento e difficile da dimostrare. Ma il punto di partenza c'è: le aspettative di cura dei pazienti non sono né precise né fisse. Cosa è possibile? Cosa è necessario? Cosa si intende per "buona pratica"? Le aspettative dipendono fortemente dalle (errate) conoscenze e dal contesto (come è stato trattato il tal dei tali?). Per quanto riguarda il personale curante, le scelte vengono fatte costantemente in un clima di incertezza. Un esame aggiuntivo o un trattamento diverso possono avere solo un effetto limitato – e non sistematico – sull'esito del trattamento. Spesso la differenza tra due "protocolli" non è immediatamente misurabile. In un simile contesto, un'istituzione, come una rete di cura, può modificare l'intensità delle cure, senza che gli effetti negativi siano immediatamente percepibili. In questo modo si istituzionalizza gradualmente una medicina la cui velocità è "adattata" al piano assicurativo.

## Il capitale conduce le danze

Questi due progetti evidenziano anche un'altra realtà: la riconfigurazione capitalistica in atto nel settore sanitario.

Vediamo innanzitutto le aziende che operano nel settore sanitario. Un semplice elenco dei siti coinvolti nel Réseau de l'Arc o nel progetto di Ginevra mostra la portata del processo di concentrazione e integrazione in atto nel settore sanitario privato: siamo ben lontani dall'ospedale isolato o dal singolo studio medico.

Questi gruppi si stanno espandendo nel vuoto lasciato dalle autorità pubbliche. Ad esempio, è stato il Canton Berna e il suo ministro della Sanità, l'UDC Pierre-Alain Schnegg, a "offrire" di fatto l'ospedale del Giura bernese al gruppo SMN. L'indebolimento degli ospedali pubblici di Neuchâtel, in particolare di La Chaux-de-Fonds, voluto dal governo con il pretesto di realizzare "risparmi", aveva in precedenza spianato la strada all'insediamento di SMN in questo cantone, iniziato con l'acquisto della clinica La Providence di Neuchâtel, il rifiuto di rispettare il contratto collettivo di lavoro del settore e il licenziamento delle persone che avevano scioperato contro questa decisione.

Questo processo di concentrazione e integrazione è destinato a intensificarsi, con Réseau de l'Arc che ha annunciato l'intenzione di espandersi anche nel settore dell'assistenza domiciliare. A Ginevra, Arsanté si sta avvicinando ai medici. Ecco uno dei messaggi più evidenti sulla prima pagina del suo sito web: *«Sei un medico? Hai un progetto nel settore sanitario, come parte di un gruppo o da solo? Ti stai preparando alla pensione? Arsanté è qui per aiutarti. [...] Al di là delle formalità amministrative, offriamo strutture "chiavi in mano", compresi gli acquisti medici e amministrativi, il reclutamento del personale di assistenza, la comunicazione per il lancio dell'attività, ecc»*. Questo sembra il modello di un franchising che cerca di imporre il proprio marchio, per non dire il proprio dominio, sul mercato...

C'è una forte logica dietro questo sviluppo: l'integrazione della catena di cura permette di costruire pool di "clienti vincolati". In particolare, gli studi medici indirizzano i loro pazienti verso gli ospedali della rete, aiutandoli a migliorare il tasso di occupazione e a sfruttare al meglio le loro apparecchiature di imaging medico, ad esempio. Nella regione di Ginevra la collaborazione tra gli studi medici ginevrini e un ospedale regionale,

con sede a Morges, consente di partecipare a ri-  
coveri meno costosi di quelli effettuati presso  
l'HUG – l'ospedale cantonale universitario di Gi-  
nevro, poiché i costi unitari di un ospedale uni-  
versitario sono, per definizione, più elevati di  
quelli di un ospedale regionale. Questi sono van-  
taggi più tangibili per le aziende che non i pre-  
sunti guadagni di "coordinamento" per i pazienti!  
Ma queste implementazioni richiedono fondi. Nel  
2019 SMN ha acquisito una partecipazione nel  
gruppo americano Medical Property Trusts  
(MPT). MPT si definisce il secondo più grande  
proprietario privato di ospedali al mondo. Attual-  
mente detiene l'8,9% del capitale di SMN. L'as-  
sociazione con Visana è una seconda iniezione  
di fondi freschi per SMN, che rafforza la sua ca-  
pacità di crescita.

### Differenziazione... e investimenti

Sul versante assicurativo, emergono due dinami-  
che. In primo luogo, il mercato dell'assicurazione  
malattia è saturo. In una regione come Losanna,  
entro il 2023 ci saranno circa 130 (!) offerte "di-  
verse" solo per l'assicurazione di base obbligatoria.  
La concorrenza tra le compagnie assicurative  
ha portato a un grado di segmentazione così ele-  
vato per conquistare quote di mercato che sem-  
bra difficile andare oltre. Quanto alla pubblicità,  
che non ha più nulla a che fare con il concetto di  
assicurazione malattia, è quasi uniforme nel suo  
sforzo di essere distintiva. Inoltre, il livello di con-  
centrazione tra gli assicuratori è già elevato,  
anche se c'è ancora spazio per il consolida-  
mento, come nel caso della fusione Visana-Atu-  
pri.

In questo contesto, il ritorno del concetto di cure  
integrate appare come l'ennesimo tentativo degli  
assicuratori di migliorare il proprio profilo occu-  
pando un terreno vecchio con una nuova vernice.  
I vantaggi pubblicitari si applicano anche ai fornitori  
di cure che partecipano ai progetti. E se que-  
sti "esperimenti" possono essere presentati come  
un successo, tra qualche anno potrebbero esse-  
re utilizzati come argomenti per un nuovo ten-  
tativo di generalizzare la "Managed Care"  
nell'ambito dell'assicurazione sanitaria.

Ma l'ingresso di Visana in SMN suggerisce anche  
un'altra dinamica: la diversificazione degli inve-  
stimenti. Il settore sanitario è altamente redditizio,  
il che spiega perché è una delle aree di investi-  
mento preferite dai maggiori attori del capitalismo  
globale. Ad esempio, nel giugno 2023, il gruppo

internazionale Mediclinic è stato acquisito da una  
società di proprietà della famiglia Aponte. Medi-  
clinic era di proprietà del miliardario sudafricano  
Johann Rupert, a capo del gruppo di beni di lusso  
Richemont (Cartier, Montblanc, ecc.), che ha la  
sua sede europea a Ginevra. Mediclinic possiede  
74 cliniche in tutto il mondo, tra cui 17 in Svizzera  
gestite da Hirslanden, il più grande gruppo osped-  
aliero privato del Paese. La famiglia Aponte è  
proprietaria di MSC, il più grande operatore di  
navi container del mondo, anch'esso con sede a  
Ginevra.

Gli assicuratori sanitari gestiscono fondi consi-  
stenti, che non sono estranei ai premi che noi pa-  
ghiamo. Gli investimenti in fornitori di servizi  
sanitari possono essere redditizi per loro, of-  
frendo al contempo una maggiore visibilità nel  
proprio settore di attività. Perché non intrapren-  
dere una politica di investimento "integrata"?  
Questa sembra essere la scelta di Visana. Resta  
da vedere se sarà foriera di una tendenza più ge-  
nerale nel settore...

<sup>1</sup>Antoine Hubert, secondo la rivista PME (28.02.2023):  
«Dopo un inizio difficile, con alti e bassi, negli ultimi ven-  
t'anni ha costruito un gruppo solido che lo colloca nella lista  
delle 300 persone più ricche della Svizzera, con un patri-  
monio stimato dalla rivista Bilan in 400-500 milioni di fran-  
chi». Philippe Revaz, in un'intervista con Antoine Hubert  
(programma RTS #Helvetica, 18 febbraio 2023), aggiunge:  
«Dirige una ventina di cliniche private della Rete Medica  
Svizzera e una dozzina di hotel di lusso (tra cui il Bellevue  
di Berna) nell'ambito del Gruppo Aegis Victoria [che si oc-  
cupa anche di infrastrutture immobiliari], che ha un fatturato  
annuo di circa un miliardo di franchi svizzeri». Aggiungiamo  
che il Ticino è rappresentato nel consiglio di amministra-  
zione del gruppo Aegis dall'ex presidente del PLR Fulvio  
Pelli.

<sup>2</sup>Capitazione: i medici ricevono un importo forfetario pro-  
capite annuale per ogni paziente che sono obbligati a cu-  
rare. Questo compenso, determinato in base al profilo  
dell'assicurato, è fisso.

<sup>3</sup>Si veda l'annuncio fatto il 7 giugno 2023 da RTS.

(14 settembre 2023)

## Assicurazione malattia. (Ri)partire dai bisogni sanitari per un'alternativa concreta (quantificata)

L'allineamento del pianeta "elezioni federali" con quello "annuncio dei premi di cassa malati" ha suscitato una grande effervescenza. Abolizione dell'assicurazione obbligatoria ha subito dichiarato l'UDC Natalie Rickli (consigliera di Stato di Zurigo, responsabile della sanità); congelamento dei premi ha lanciato la Fédération romande des consommateurs (FRC); assicurazione "law cost" è l'idea avanzata dal liberale Philippe Nantermod (consigliere nazionale del Vallese, membro della Commissione per la sicurezza sociale e la sanità pubblica); assicurazione pubblica e tetto massimo dei premi per i socialisti; tetto massimo all'aumento dei costi per il Centro: un vero e proprio fuoco d'artificio. Anche la "mamma della LAMal", l'ex consigliera federale Ruth Dreifuss (1993-2002), è stata chiamata in causa e la sua diagnosi ha fatto notizia: «*Ci sono troppi piloti nell'aereo*». È davvero questo il vero problema?

Se dovessimo sintetizzare questa profusione di "soluzioni", verrebbe in mente uno slogan rivisitato: «*Risparmio ovunque, salute da nessuna parte!*». In fondo, non si parla quasi mai di bisogni in ambito sanitario e delle condizioni necessarie per soddisfarli. Proviamo a fissare alcuni punti che potrebbero aiutare a rivedere la situazione.

**1.** L'obiettivo che dovrebbe orientare l'azione sociale e politica di fronte al sistema sanitario dovrebbe essere lo sviluppo di servizi che garantiscano a lungo termine l'accesso alle cure e il necessario sostegno sociale per tutti, indipendentemente dal reddito, dall'età, dal sesso o dal luogo di residenza, e che corrispondano a quello che può essere definito lo "stato dell'arte" in questi settori, grazie al personale che possa lavorare in condizioni dignitose. Tale sistema può essere pienamente efficace solo se si integra a politiche economiche, sociali e ambientali che creino condizioni di vita e di lavoro e un ambiente favorevole alla salute della popolazione.

**2.** Per raggiungere questo obiettivo, la sfida, ora e nei prossimi anni, non è quella di "risparmiare sulla salute", ma di investire in essa in modo coerente. E questo per tre ragioni.

1°) A parte la medicina somatica acuta, l'attuale offerta sanitaria è insoddisfacente in diversi settori; ne sono alcune delle illustrazioni più evidenti

le carenze case per anziani (CPA) come nell'assistenza domiciliare, la mancanza di medici in alcune regioni o per alcune specialità, ma anche l'inadeguatezza del supporto alle persone che lasciano l'ospedale sempre più rapidamente, per non parlare della vergognosa carenza nell'assistenza agli immigrati privi di documenti;

2°) le condizioni di lavoro, non solo negli ospedali ma anche nelle case anziani e nell'assistenza domiciliare, devono essere migliorate, per il bene del personale e per la qualità dell'assistenza ai pazienti: riduzione dei ritmi di lavoro, diminuzione del tempo di lavoro e aumento corrispondente degli effettivi, rivalutazione dei salari: queste misure sono in linea con il programma definito nell'iniziativa *Per cure infermieristiche forti* approvata dal popolo (il 28 novembre 2021) e sono impensabili senza grandi investimenti nel settore delle cure;

3°) il graduale arrivo in età avanzata delle generazioni più numerose del baby boom porterà a un aumento dei bisogni nei prossimi 20-30 anni.

**3.** È in questo contesto che si deve porre la questione del finanziamento. A due livelli distinti. In primo luogo, a livello macroeconomico: una società come quella svizzera può permettersi di aumentare le risorse destinate alla sanità nel lungo periodo? Sì, senza la minima difficoltà (vedi sotto per ulteriori argomentazioni). In secondo luogo: come si possono finanziare queste risorse? Solo un finanziamento solidale può farlo a lungo termine, garantendo al contempo l'accesso universale all'assistenza sanitaria. In Svizzera, il modello di finanziamento solidale è quello dell'AVS, dell'AI e dell'assicurazione contro la perdita di guadagno: cioè un contributo dei dipendenti in percentuale del salario e un contributo del datore di lavoro di importo almeno pari a quello detratto direttamente sul salario dei dipendenti. Il modello del tetto massimo dei premi pro capite, sostenuto dal Partito Socialista, è solo una misura di ripiego.

**4.** L'attuale sistema di finanziamento dell'assicurazione malattia attraverso i premi pro capite consente ai datori di lavoro e ai ricchi di risparmiare enormemente sull'assistenza sanitaria. Ma, creando un vincolo finanziario permanente, questo

metodo di finanziamento è anche un potente strumento di pressione per imporre cambiamenti strutturali indesiderati dai pazienti e dalla maggior parte degli operatori sanitari: rafforzamento del potere delle compagnie di assicurazione, concentrazioni ospedaliere imposte da un sottofinanziamento cronico, limitazione dell'accesso alle cure in nome della "responsabilizzazione" dei pazienti.

**5.** I modelli di finanziamento degli ospedali e delle cure di lunga durata messi in atto negli ultimi due decenni aprono la strada allo sviluppo di imprese private a scopo di lucro, molto interessate a questo settore di investimento: la loro concorrenza stimolerebbe la diffusione di modelli organizzativi più "efficienti", con conseguenti risparmi. Ma il modello di business delle imprese ad alta intensità di capitale è finalizzato all'aumento dei volumi di attività e dei margini di profitto. Questo è ben lontano dalla "slow medicine", che promuove un uso "parsimonioso" delle risorse. Anche la riduzione dei costi attraverso l'aumento della pressione sui dipendenti è parte integrante del modello, così come l'imposizione di tariffe monopolistiche esorbitanti laddove possibile, come nel caso dei farmaci. Per farla breve, se dobbiamo trovare un motore inflazionistico nel settore sanitario, è lì che dobbiamo guardare! La politica attuale non risponde a questo paradosso migliorando il servizio pubblico. Al contrario, combina, da un lato, una valanga di (micro)regolamentazioni e controlli assicurativi asfissianti, seppellendo i curanti in un lavoro amministrativo infinito e senza senso; dall'altro, una progressiva limitazione de facto dell'accesso alle cure, moltiplicando le disposizioni (franchigie elevate, modelli di "medico di famiglia" e altre che ostacolano l'accesso alle cure), che stanno diventando la norma nell'assicurazione di base che la maggioranza della popolazione è in grado di permettersi. Questo meccanismo istituzionalizza di fatto la medicina a più velocità.

### Alcuni dati sul finanziamento della spesa sanitaria

Gli Stati Uniti consacrano circa il 17% del loro prodotto interno lordo (PIL) alla spesa sanitaria. La Svizzera, con meno del 12%, si colloca a metà di un gruppo di Paesi europei che comprende Germania, Francia, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Danimarca. Il sistema sanitario statuni-

tense è un disastro in termini di accesso alle cure per gran parte della popolazione. Tuttavia, il livello proporzionalmente elevato della spesa sanitaria non costituisce un ostacolo allo sviluppo economico degli Stati Uniti, qualunque cosa ciò significhi.

Fatta questa osservazione generale, alcuni ordini di grandezza aiutano a mettere in prospettiva le sfide del finanziamento del sistema sanitario. La tabella seguente mostra, sulla base dei dati relativi al 2020/2021, il livello dei contributi dei dipendenti necessari per finanziare diverse parti della spesa sanitaria, confrontandoli ai contributi attualmente versati per il sistema pensionistico.

	In miliardi di Fr.	Corrispondente a % di contributi sociali	Contributo prelevato sui salari dei dipendenti in %
Premi pagati dalle economie domestiche per CM	25,4	6,3	3,15
Premi pagati dalle economie domestiche per CM + pagamenti diretti	44,7	11,1	5,65
Totale delle spese delle economie domestiche per la sanità (comprese assicurazioni private)	49,9	12,4	6,2
<b>Confronto con contributi pensionistici</b>			
Contributi AVS	35,1	8,7	4,35
Contributi LPP	51,4	13,1	6,55
Totale Contributi pensionistici	86,5	21,8	10,9

Da questi dati emergono due constatazioni di fondo:

- L'iniziativa del Partito Socialista mira a limitare i premi dell'assicurazione sanitaria al 10% del reddito disponibile, utilizzando i sussidi versati dalla Confederazione e dai Cantoni. Questo obiettivo, osteggiato dalla destra, è una risposta al fatto che, per molte famiglie, questi premi rappresentano attualmente una spesa significativamente più elevata. Ruth Dreifuss ricorda che, quando nel 1994 fu messo in votazione l'attuale modello di assicurazione malattia, il Consiglio federale sostenne che i sussidi avrebbero per-

messo di limitare l'onere dei premi sanitari all'8% del reddito (cfr. CHSS, 2 settembre 2016). L'ambizione del PS è quindi assai moderata. E un confronto con il finanziamento basato sul modello AVS mostra che sarebbe sufficiente un livello di contribuzione molto più basso. Un contributo dei dipendenti di circa il 3,2%<sup>1</sup> coprirebbe l'equivalente degli attuali premi sanitari. Anche se i dipendenti dovessero pagare l'intero costo (compresa la quota del datore di lavoro), si arriverebbe ad un prelievo del 6,3%, ben al di sotto del 10% previsto dal PS. Il motivo è semplice: il limite massimo proposto dal Partito Socialista limita l'onere dell'assicurazione malattia sui redditi bassi, ma di fatto accetta il fatto anche che le persone ad alto reddito contribuiscano proporzionalmente (molto) poco al finanziamento della sanità. Se, in un dato cantone, i contributi all'assicurazione di base per una famiglia di due adulti e due bambini ammontano a 1'000 franchi al mese, una famiglia di quattro persone con un reddito mensile di 7'000 franchi beneficerebbe, secondo la proposta socialista, di un sussidio di 300 franchi per ridurre l'onere da 1'000 a 700 franchi (10% del reddito). Tuttavia, una famiglia con la stessa composizione con un reddito mensile di 20'000 franchi pagherebbe 1'000 franchi di premi, pari al 5% del suo reddito; e una famiglia con un reddito di 40'000 franchi pagherebbe pure 1'000 franchi, pari al 2,5% del suo reddito. La proposta socialista non è così "egualitaria" come potrebbe sembrare a prima vista...

• I premi all'assicurazione malattia rappresentano solo il 60% circa dei costi sanitari pagati dalle famiglie. La percentuale dei costi sanitari pagati direttamente dalle famiglie è molto alta in Svizzera rispetto agli standard internazionali. In partico-

lare, essa comprende la franchigia del 10% e il ticket (fino a un massimo di 700 franchi) per l'assicurazione malattia, i servizi non rimborsati o rimborsati solo in parte da questa assicurazione, le cure dentistiche, una parte dell'assistenza e delle cure a domicilio, nonché una parte significativa dei costi di alloggio in case di cura non coperti dall'assicurazione malattia, da altre assicurazioni sociali o dalle autorità pubbliche. La mancata considerazione di questa realtà è un altro limite dell'iniziativa del PS. Con un sistema di finanziamento basato sul modello AVS, un contributo di poco superiore al 6% sarebbe sufficiente a coprire tutta la spesa sanitaria finanziata dalle famiglie. Si tratta di una percentuale notevolmente inferiore ai contributi pensionistici (AVS + LPP), che si aggira in media intorno all'11% dello stipendio (con variazioni molto ampie per il 2° pilastro, a seconda dell'età e del tipo di fondo).

Questi pochi dati dimostrano che il finanziamento della spesa sanitaria, così come una politica di investimenti per soddisfare le esigenze future, non è di per sé un problema, purché sia garantito da un sistema di assicurazione sociale, finanziato da contributi proporzionali al reddito.

<sup>1</sup> I pensionati non contribuiscono direttamente al finanziamento delle pensioni, attraverso una trattenuta sulle loro rendite. Quando si tratta di assistenza sanitaria, sarebbe logico che contribuissero in proporzione al loro reddito. In questo caso, un contributo proporzionale allo stipendio e/o al reddito avrebbe un rendimento maggiore rispetto ai contributi AVS.

(17 settembre 2023)



***La costituzione del Movimento per il socialismo e il nostro impegno militante rispondono a due esigenze di fronte alla realtà del mondo attuale: partecipare a tutte le lotte che si pongono in un'ottica anticapitalista e costruire un movimento politico, internazionalista, femminista e antimperialista che promuova azioni e proposte che rimettano all'ordine del giorno un'alternativa socialista.***  
***Se vuoi prendere contatto con l'MPS, per partecipare alle sue attività, per esporre il tuo punto di vista, per ricevere materiale o per qualsiasi altra ragione, puoi scriverci all'indirizzo [mps.ti@bluewin.ch](mailto:mps.ti@bluewin.ch)***  
***Puoi leggere qui il nostro manifesto:***  
***[https://mps-ti.ch/wp-content/uploads/2024/05/Presentazione\\_MPS.pdf](https://mps-ti.ch/wp-content/uploads/2024/05/Presentazione_MPS.pdf)***