

Reti di cure integrate: rivolte al futuro e orientate al paziente

dossierpolitica

26 marzo 2012

Numero 6

Si al progetto sulle reti di cure integrate. Questa importante riforma della legge sull'assicurazione malattia (LAMal) è stata adottata dopo oltre sette anni di discussioni parlamentari. Il progetto persegue due obiettivi: primo, promuovere legalmente i modelli di cure integrate, che hanno mostrato la loro efficacia e, secondo, dotare di basi più eque la compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattia. Il consenso negoziato prova che il Parlamento è in grado di effettuare delle riforme in materia di politica sanitaria. Varie organizzazioni di medici e gruppi di sinistra hanno tuttavia lanciato un referendum, di modo che l'ultima parola spetterà al popolo il 17 giugno 2012. Il comitato dei referendisti si è formato principalmente per difendere gli incitamenti finanziari a favore degli assicurati e la corresponsabilità finanziaria dei medici.

La posizione di economiessuisse

▶ Il futuro è rappresentato da un lavoro di squadra nel settore della medicina. Ed è precisamente questo che il progetto propone: il modello di cure integrate pone i medici di famiglia e le reti di cure integrate al centro del sistema, ciò che rafforza la medicina generale come fondamento del sistema sanitario.

▶ Il progetto aumenta la concorrenza basata sulle prestazioni nel sistema sanitario. Inoltre, esso integra il fattore della morbidità nella compensazione dei rischi. Di conseguenza, la caccia ai buoni rischi perde di attrattività.

▶ Il progetto relativo alle reti di cure integrate costituisce la prima riforma importante nel segmento delle cure ambulatoriali. L'adozione del progetto il 17 giugno dimostrerà che è possibile riformare il sistema sanitario svizzero.

Cosa sono le cure integrate?

► Le reti di cure integrate sono un modello che coordina le prestazioni mediche in maniera ottimale

Managed Care, modelli di cure integrate o reti di medici: questi termini sono dei sinonimi. Che cosa si intende con questi? Il termine di cure integrate copre fondamentalmente una realtà molto vasta. Si tratta innanzitutto di un concetto nel settore sanitario. Le varie tappe di un trattamento sono coordinate in maniera ottimale dai fornitori di prestazioni in modo da evitare i doppioni o le lacune. In seguito, esso concerne il carattere obbligatorio del controllo: le reti di medici regolano per contratto le modalità della loro collaborazione con gli assicuratori.¹

Quali sono le caratteristiche di questi modelli contrattuali? Le reti sono costituite da medici e devono fornire delle cure. I pazienti sono trattati conformemente ai processi convenuti, mentre il controllo dev'essere fatto da un attore unico (integrazione). Le reti di medici tengono conto della domanda e tendono a garantire prestazioni di qualità limitando i costi. Esse sono legate agli assicuratori malattia per contratto. I modelli più vincolanti prevedono inoltre una corresponsabilità budgetaria del medico nei confronti della rete. La responsabilità finanziaria è ripartita fra le due parti, mentre i rischi elevati (i casi che comportano costi elevati) sono evidentemente assunti dall'assicurazione malattia.

► I sistemi sanitari sono sempre più complessi: le offerte sono così numerose che diventa difficile per il paziente farsi un'idea chiara

I sistemi di cure integrate sono già conosciuti in Svizzera e sono diventati ormai inevitabili. La fornitura di cure mediche è in questi ultimi anni divenuta più complessa. L'innovazione ha esteso l'offerta in materia di strumenti di diagnosi e di metodi di trattamento. Pertanto, è più difficile per i pazienti trovare il processo adeguato a livello di diagnosi o di trattamento. A ciò si aggiunge che l'invecchiamento della popolazione ha moltiplicato le tabelle cliniche complesse e croniche. Le consultazioni individuali presso vari medici non interconnessi aumentano sia i costi sia i rischi per la salute.

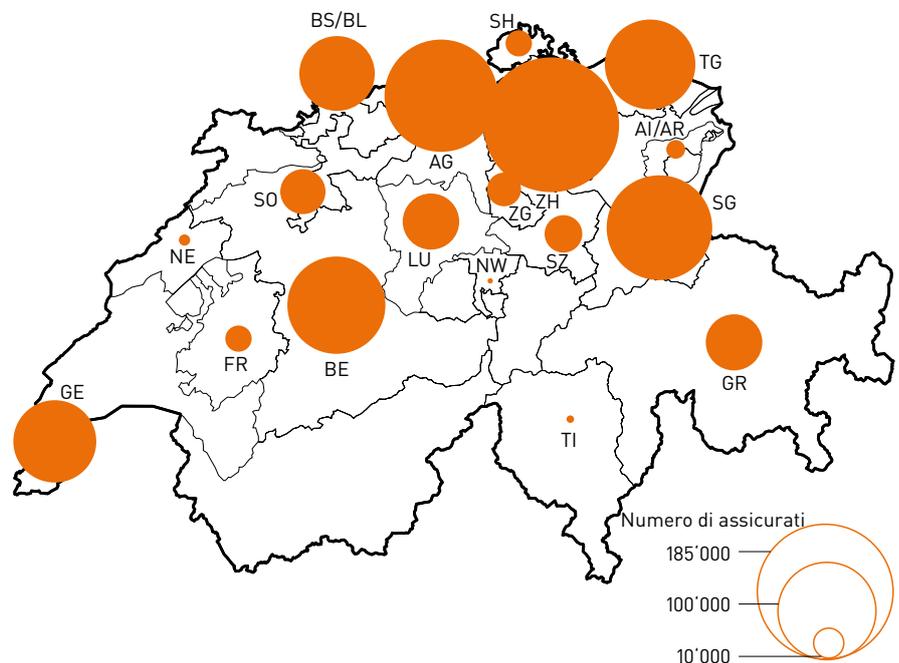
In Svizzera, le reti dei medici seguono 1,3 milioni di assicurati. Dal 2004, la quota dei modelli di cure integrate è triplicata. Nel corso degli anni il carattere obbligatorio delle reti si è rafforzato. La loro ripartizione geografica è molto irregolare: esse sono presenti quasi ovunque nella Svizzera tedesca, mentre sono poco numerose nel resto della Svizzera.

¹ Dei modelli non contrattuali (con liste, modelli light, ecc.) sono considerati come facenti parte delle cure integrate. Questi ultimi non prevedono la conclusione di un contratto tra i vari medici e l'assicurazione malattia. Noi li escludiamo, poiché non sono interessati dalla riforma.

Grafico 1

► La metà dei medici di base e oltre 400 specialisti medici sono attualmente affiliati alle reti mediche. Essi seguono circa 1,3 milioni di pazienti, ossia il 16% degli assicurati – due volte più che nel 2008 e tre volte più che nel 2004. In alcune regioni, come nel Canton Turgovia, un assicurato su tre è affiliato ad una rete di cure.

Un centinaio di reti di medici sono attive in Svizzera – esse coprono l'insieme di numerosi Cantoni



Fonte: «Forum Managed Care: Fakten Integrierte Versorgung in der Schweiz 2010» (© Forum Managed Care).

► Al di là della promozione dei modelli di cure integrate, il progetto intende anche migliorare la compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattia

Cosa chiede il progetto?

Il progetto tende a realizzare due riforme importanti: in primo luogo, promuovere legalmente i modelli di cure integrate e, in secondo luogo, affinare la compensazione dei rischi tra gli assicuratori malattia.

Le cure integrate sono messe in atto attraverso reti di medici autonomi². Oggi, esistono già un centinaio di reti. Il progetto introduce degli incentivi finanziari a favore di queste reti affinché un numero crescente di assicurati privilegi queste soluzioni. Tuttavia, le persone al beneficio dell'assicurazione di base hanno sempre la scelta di aderire ad una rete di cure integrate o meno.

²

Indipendenza nei confronti degli assicuratori malattia.

Grafico 2

► Il progetto relativo alle cure integrate è un progetto legislativo equilibrato che migliorerà le cure a livello dell'assicurazione di base. La riforma intende stabilire i modelli di cure integrate - che hanno già una certa esperienza - come la norma. In caso di malattia, il paziente si rivolge sempre per prima cosa al proprio medico di famiglia che, se necessario, lo manda da uno specialista, presso stabilimenti di cure stazionarie o altri operatori di prestazioni. La libera scelta del paziente rimane garantita nell'ambito della rete; i pazienti che lo desiderano possono optare per la libera scelta del medico nell'insieme del sistema di cure.

► Il fatto che una gravidanza si svolga con o senza complicazioni non avrà nessuna incidenza sulla partecipazione ai costi

Prima e dopo la riforma

Prima della revisione

Standard :

- Coordinamento non obbligatorio
- Libera scelta del medico

Scelta :

- Coordinamento obbligatorio
- Libera scelta del medico limitata ai membri di una rete

Dopo la revisione

Standard :

- Coordinamento obbligatorio
- Libera scelta del medico limitata ai membri di una rete

Scelta :

- Coordinamento non obbligatorio
- Libera scelta del medico

Fonte: Forum Managed Care.

La compensazione dei rischi è affinata e tiene ora conto della morbidità: il soggiorno in un ospedale o uno stabilimento medico-sociale l'anno precedente (più di tre giorni) e la morbidità degli assicurati sono elementi decisivi per un rischio di malattia crescente. La morbidità dovrà riflettersi nell'utilizzo di indicatori appropriati nelle disposizioni d'esecuzione.

Altra piccola modifica, la partecipazione ai costi in caso di gravidanza sarà regolata in maniera più equa. Il progetto sopprime la distinzione tra la gravidanza in sé stessa e le complicazioni che possono sopraggiungere in relazione a quest'ultima. Il fatto che una donna viva una gravidanza senza problemi o che essa sia confrontata a complicazioni non avrà più incidenza sulla partecipazione ai costi. Oggi, una donna che è confrontata a complicazioni deve pagare la partecipazione ai costi per i relativi trattamenti. La riforma sopprime questa regolamentazione ritenuta ingiusta.

Pietre angolari del progetto³**1. Definizione della rete di cure integrate sancita nella legge**

- «Un gruppo di fornitori di prestazioni raggruppati allo scopo di coordinare le cure mediche costituisce una rete di cure integrate. Nella rete di cure integrate il processo di cura degli assicurati è gestito durante l'intera catena terapeutica. La rete di cure integrate deve garantire l'accesso a tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.»
- I fornitori di prestazioni sono liberi di affiliarsi ad una rete, nessuno può forzarli.
- Indipendenza degli assicuratori malattia. Le partecipazioni finanziarie non sono autorizzate.
- Libertà di decisione per quanto attiene all'organizzazione interna delle reti.

³ Curia Vista, Oggetti parlamentari: 04.062 Legge sull'assicurazione malattia. Revisione parziale

2. Contratti tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori

- Il contratto regola in particolare la collaborazione, lo scambio di dati, la garanzia della qualità e la remunerazione delle prestazioni.
- I fornitori di prestazioni raggruppati in una rete di cure integrate assumono la responsabilità finanziaria delle cure mediche fornite agli assicurati nella misura convenuta per via contrattuale (corresponsabilità finanziaria).
- Sono possibili convenzioni contrattuali: garanzia della qualità – collaborazione – scambio di dati – remunerazione.
- I contratti non devono più essere sottoposti al Consiglio federale per approvazione. Quest'ultimo può tuttavia fissare delle esigenze di qualità alle quali le reti devono rispondere.
- Sono previste delle possibilità per le prestazioni che vanno al di là di quelle coperte dall'assicurazione di base.

3. Contratti tra gli assicuratori e gli assicurati

- L'assicuratore può stipulare dei contratti per una durata di tre anni al massimo, ma devono rimanere possibili anche contratti della durata di un anno. Inoltre, i contratti pluriennali devono essere accompagnati da una riduzione dei premi.
- Le modifiche del contratto assicurativo durante il periodo d'assicurazione sono possibili per una delle seguenti ragioni:
 - modifiche importanti delle condizioni assicurative;
 - aumento superiore alla media del premio;
 - contro-pagamento di un premio d'uscita convenuto per via contrattuale.

4. Premi e partecipazione ai costi

- Nel modello delle cure integrate i premi sono più bassi e sono possibili dei ristorni.
- La partecipazione ai costi è più bassa, essa può anche essere abolita!
- La partecipazione ai costi è del 10% delle spese che superano la franchigia (quota-parte) per le prestazioni che sono state fornite o prescritte nell'ambito di una rete di cure integrate. Essa è del 15% dei costi che superano la franchigia (quota-parte) per i modelli di assicurazione standard.
- L'importo massimo annuale della quota-parte è di 500 franchi per gli assicurati affiliati ad una rete di cure integrate. Altrimenti, l'importo massimo annuale della quota-parte è di 1000 franchi.
- Il Consiglio federale fissa la franchigia.

5. Altre modifiche importanti previste

- Una compensazione dei rischi affinata con indicatori di morbilità supplementari evita la caccia ai buoni rischi.
- La partecipazione ai costi è abolita durante la gravidanza, anche in caso di complicazioni. Così, le donne confrontate a complicazioni non saranno più penalizzate rispetto a quelle che vivono una gravidanza senza complicazioni.

6. Termini transitori

- Per l'indipendenza delle casse d'assicurazione malattia: 5 anni.
- Per lo sviluppo delle reti di cure integrate: 3 anni. Durante questo periodo, la partecipazione ai costi attuale viene mantenuta.

Valutazione del progetto nell'ottica della politica sanitaria

► Il progetto tiene conto delle principali esigenze dell'economia nei confronti di un sistema sanitario moderno

Nelle sue linee direttive per la politica sanitaria (2011), economiesuisse chiede maggiore trasparenza, concorrenza e responsabilità individuale nel settore sanitario, nonché un accesso generalizzato a prestazioni di qualità elevata che devono essere finanziate durevolmente. Il progetto soddisfa queste esigenze.

Nell'assicurazione di base, i modelli di cure integrate incoraggiano la trasparenza e creano delle sinergie. Essi aumentano anche la qualità delle cure. L'accesso a metodi di trattamento innovativi resta totalmente garantito. Affinché la concorrenza funzioni, la Confederazione non può rendere obbligatori i modelli di cure integrate, né fissare troppo precisamente le loro modalità. La legge deve al massimo definire le condizioni quadro. Se un modello presenta delle caratteristiche, come la partecipazione dei fornitori di prestazioni alla responsabilità finanziaria, ciò è sufficiente. E' precisamente quanto prevede la riforma. Le disposizioni della futura ordinanza devono essere fedeli a questo spirito, affinché la riforma sia messa in atto correttamente riguardo ai principi economici.

► I modelli di cure integrate sgravano l'assicurazione di base sul piano finanziario, poiché possono fornire efficacemente cure di qualità elevata

Secondo economiesuisse, è opportuno introdurre dei modelli di cure integrate su vasta scala nell'assicurazione di base. Essi potrebbero perfino diventare la norma in questo settore. La differenziazione dei tassi di partecipazione ai costi costituisce un incitamento a favore delle cure integrate. Inoltre, questi modelli, che offrono una qualità superiore a condizioni più vantaggiose, sgravano il finanziamento collettivo.

Grafico 3

► Nel 2011, economiesuisse ha formulato delle linee direttive in materia di politica sanitaria per la valutazione di progetti nell'ottica economica. La presente riforma soddisfa i criteri e contribuisce fortemente ad uno sviluppo innovativo del sistema sanitario.

I modelli di cure integrate soddisfano criteri essenziali di politica economica



Fonte: economiesuisse.

► E' stato provato scientificamente a più riprese che le cure integrate forniscono prestazioni migliori rispetto al sistema tradizionale

I due principali argomenti a favore delle cure integrate

1. Le cure integrate migliorano la qualità

La qualità in materia di cure è difficile da valutare. Tuttavia, esistono molte prove che testimoniano che la qualità delle cure è migliore nei modelli di cure integrate rispetto ai sistemi frammentati. Un primo elemento è l'organizzazione delle reti. La qualità non è soltanto una formula, essa è realmente messa in atto grazie a processi di trattamento standardizzati. Il trattamento dei pazienti è basato sulla qualità. In un modello frammentato, il paziente è guidato solo puntualmente. Inoltre, esso non lo è nell'ottica della qualità, bensì in maniera aleatoria. Il trattamento varia secondo la situazione e l'offerente delle prestazioni. La qualità superiore delle cure nei modelli integrati è stata provata scientificamente. Oltre alla strategia in materia di qualità (ad esempio l'uso di linee direttive) quale indicatore, Methrotra e al. (2006)⁴ ha analizzato prestazioni specifiche come i controlli oftalmologici in caso di diabete. Gli autori hanno osservato una qualità superiore nei modelli integrati di una certa portata che scambiano dei dati elettronici. La meta-analisi⁵ di Ouwens e al. (2005)⁶ indica che lo stato di salute dei pazienti affiliati ad un modello integrato beneficiano di una migliore qualità di vita e di un tasso d'ospedalizzazione inferiore. Focalizzata sull'Europa, la ricerca bibliografica di Berchtold e Hess (2006) presenta meno prove empiriche, in mancanza di studi adeguati⁷.

Il coordinamento dei trattamenti è all'origine di un guadagno di qualità

Tabella 1

► Il coordinamento dei trattamenti nell'ambito delle reti di medici è meno lacunoso e riduce il rischio di malintesi. Un miglioramento delle cure permette di evitare numerose conseguenze negative. Dana P. Goldman e Elizabeth McGlynn hanno presentato cifre sorprendenti per il sistema sanitario americano.

Malattia	Trattamento insufficiente	Conseguenze evitabili/casi di morte
Diabete	40%: nessuna misurazione del tasso di glicemia	2'600 casi di cecità
	24%: nessun controllo del tasso di glicemia	29'000 insuf. renali
Ipertensione arter.	58%: nessun controllo pressione sanguigna	68'000 morti
Infarto miocardio	39% al 55%: nessuna terapia medicamentosa	37'000 morti
Infezioni polmonari	36% dei 65 anni+: nessun trattamento adeguato	10'000 morti
Cancro colon	62%: nessun depistaggio	9'600 morti

Fonte: «Themendossier Gesundheitspolitik, Ausgabe 2/10» di Interpharma, accessibile sul sito www.interpharma.ch/de/politik/managed-care.asp

⁴ Mehrotra, Ateev; Epstein, Arnold M.; Rosenthal, Meredith B.: Do Integrated Medical Groups Provide Higher-Quality Medical Care than Individual Practice Associations? Ann. Intern. Med. 5 dicembre 2006, 145:826-833.

⁵ Una meta-analisi valuta diversi studi esistenti. Questo dà una visione globale della letteratura scientifica..

⁶ Ouwens, Marielle; Wollersheim, Hub; Hermens, Rosella; Hulscher, Marlies; Grol, Richard: Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int. J. Qual. Health Care (2005) 17 (2): 141-146.

⁷ Berchtold, Peter; Hess, Kurt: Evidenz für Managed Care. Documento di lavoro di Obsan, gennaio 2006.

► I modelli integrati costano meno del sistema tradizionale

► Per motivare la loro opposizione, gli avversari del progetto invocano, tra l'altro, la corresponsabilità finanziaria dei medici membri delle reti

► La libera scelta del medico resta acquisita – con alcune restrizioni secondo il modello d'assicurazione scelto

2. Le cure integrate permettono di ridurre i costi

Quasi tutti gli studi giungono alla conclusione che i costi dei modelli integrati sono inferiori a quelli dei sistemi frammentati. Tuttavia, i risparmi di costi realizzati grazie alle reti variano fortemente secondo i modelli di cure e le modalità di calcolo. La distorsione della selezione svolge un ruolo chiave per un confronto corretto dei costi. In effetti, gli assicurati affiliati ad un modello di cure integrate hanno spesso un profilo diverso dagli altri. Così, un numero superiore alla media di persone in buona salute aderiscono a modelli integrati. Nel corso degli anni, le popolazioni si uniformano per quanto concerne la morbilità, poiché le persone affiliate ad un modello di cure integrate vivono più a lungo e richiedono dunque maggiori prestazioni. Considerato quanto precede, i confronti a lungo termine forniscono i paragoni più affidabili. Uno studio minuzioso di Beck e al. (2010)⁸ ha quantificato il potenziale di risparmio dal 5% fino al 25% secondo il modello e la distorsione della selezione (stima prudente). Si può dunque partire dal principio che i modelli integrati siano nettamente meno costosi – senza che la loro qualità sia inferiore. L'ampiezza dei risparmi di costo varia considerevolmente secondo il tipo di rete.

Gli oppositori hanno torto

Il comitato del referendum si è formato in primo luogo a causa dell'incitamento finanziario per gli assicurati e della corresponsabilità finanziaria obbligatoria dei medici. Ne deriva un'alleanza inabituale fra medici specialisti e la sinistra politica, che si riflette negli argomenti contrapposti al progetto. I medici specialisti temono una «medicina di Stato»⁹, mentre il PS svizzero brandisce lo spettro di una «medicina a due velocità» e vede nel pacchetto di riforme un «ulteriore passo verso una commercializzazione del sistema sanitario»¹⁰. Sebbene gli assicurati conservino la scelta fra modello frammentato e reti di cure nel progetto detto di managed care, gli avversari parlano di «perdita della libertà di scelta». Nel dettaglio, l'opposizione al progetto sulle cure integrate si basa sui sei argomenti seguenti, che andremo a confutare uno dopo l'altro.

1. La libera scelta del medico è mantenuta

Gli oppositori temono la soppressione della libera scelta del medico, argomentando che lo Stato non deve imporre delle reti e mettere i pazienti sotto tutela. Questo argomento è falso per più motivi. Dapprima, lo Stato non vieta nulla ai pazienti. Gli assicurati restano liberi di scegliere il modello che conviene loro. I premi e la scelta in materia di operatori variano secondo il contratto assicurativo sottoscritto. Nessun cambiamento rispetto alla situazione attuale. Ciò che cambia è il fatto che gli assicurati possono scegliere il modello delle reti di cure, con una partecipazione ridotta ai costi. Con i vari livelli di franchigia, si prospetta dunque una scelta supplementare. I pazienti scelgono liberamente una rete e, all'interno di questa, il medico di fiducia. Il medico dirige in seguito gli assicurati verso gli specialisti che fanno parte della rete¹¹ ed è unicamente in questo ambito che la scelta è limitata. La libera scelta del medico nel modello standard

⁸ Beck, Konstantin; Käser Urs; Trottmann, Maria; von Rotz, Stefan: Efficiency Gains thanks to Managed Care? – Evidence from Switzerland.

⁹ Comunicato stampa della Società svizzera di odontostomatologia (SSO) del 1o novembre 2011.

¹⁰ Comunicato del PS svizzero del 3 dicembre 2011 durante l'assemblea dei delegati a Lucerna.

¹¹ Sul principio, una rete può prendere in considerazione tutti gli specialisti che vuole, ma può anche limitare la lista degli specialisti accessibili.

è sovente sopravvalutata, poiché la maggioranza dei pazienti dà già fiducia al proprio medico quando quest'ultimo li orienta verso uno specialista. E' molto raro che qualcuno ignori il consiglio e l'intervento del proprio medico e opti per un altro specialista. I pazienti sono perfino sollevati di vedersi seguiti in maniera competente. Ed è proprio su questo principio che funziona il modello delle reti di cure. A titolo di servizio aggiuntivo, il modello integrato migliora la cooperazione tra i vari operatori, ciò che aumenta la sicurezza e la qualità delle cure.

Lo Stato non impone delle reti, ne fissa solo il quadro legale. Questo approccio è giudizioso poiché permette di definire, nei testi di legge, i criteri di qualità che i modelli integrati devono raggiungere. La varietà dei modelli non ne soffre in nessuna maniera. Questi ultimi devono semplicemente adempiere alcune condizioni per avvalersi dell'appellativo legale di «reti di cure», o managed care. Questa definizione è essenziale e beneficia del sostegno di esperti che fungono da autorità in materia¹².

► Le reti di cure in funzione sono già sperimentate

2. Nessun obbligo di affidarsi ad una rete di cure

Gli oppositori al progetto rifiutano "l'obbligo delle reti di cure". La paura di una tale costrizione è totalmente infondata, in quanto la libertà di scelta tra il modello standard esistente e il modello integrato è e rimane garantito. Gli oppositori esigono che le reti di cure integrate siano dapprima sperimentate sul libero mercato. Dopo tutto, un sesto degli assicurati ha già optato per questa soluzione. Il problema che si pone è il seguente: nelle reti esistenti, la percentuale di persone in buona salute è superiore alla media. Di fronte alla compensazione insufficiente dei rischi, gli assicuratori non hanno in effetti nessun interesse ad affiliare dei malati cronici. Questi modelli sono pertanto i soli a permettere cure sanitarie adeguate alle persone che devono ricorrere a prestazioni costose. Per gli assicurati che non necessitano di trattamenti medici, poco importa a che genere di modelli sottoporsi. Oggi, i modelli di reti di cure non hanno dunque potuto valorizzare appieno i loro punti di forza in materia di qualità e di efficienza dei costi. L'affinamento della compensazione dei rischi è estremamente importante per questo progetto, in quanto solo allora le reti potranno veramente manifestare i loro effetti.

► La legge contiene sufficienti misure d'incitamento affinché le reti possano fornire prestazioni eccellenti

3. Nessuna distorsione negativa del mercato – la qualità migliora

Gli oppositori temono una distorsione del mercato e un deterioramento della qualità. Secondo loro, il progetto delle reti di cure ricompensa tutte le reti, anche quelle che lavorano male, ciò che farebbe diminuire la qualità. Questo argomento non è pertinente, in quanto i contratti sono negoziati tra le differenti reti e l'assicurazione malattia. Ne risultano modelli di remunerazione modulati secondo l'efficienza della rete. L'indennizzo delle reti passa dapprima dal loro successo sul mercato e poi dalla corresponsabilità finanziaria. Con più gli assicurati di una rete sono ben gestiti, coordinati e curati, più le entrate sono importanti. Grazie all'indennizzo contrattuale, rimane del denaro nelle reti se il rapporto costo-benefici nell'utilizzo delle risorse è buono e se i trattamenti sono efficaci. La corresponsabilità finanziaria non cambia nulla. Visto il carattere durevole delle relazioni tra assicuratori, assicurati e rete, quest'ultima non ha nessun interesse a risparmiare dei costi a breve termine e a prodigare delle cure di scarsa qualità agli assicurati. Il contraccolpo non si farebbe attendere, con assicurati che aderirebbero ad un'altra rete e assicuratori che adeguerebbero i contratti verso il basso. Ricompensare le reti favorisce dunque non solo la concorrenza, ma anche la qualità.

¹² Berchtold & Hess (2006).

► Nessun rischio di sanità a due velocità: la libera scelta del medico resta sopportabile per tutti

Tabella 2

► Secondo il progetto di revisione, la franchigia massima scende a 500 franchi in un modello integrato. Sono inoltre previsti dei ristorni rispetto al premio medio: gli assicuratori concederanno degli sconti. Così, il modello integrato sarà più vantaggioso rispetto al modello in vigore. Le persone che rimarranno nel modello attuale dovranno dunque pagare 500 franchi in più rispetto ad oggi. Secondo l'economia, il progetto socialmente accettabile.

► La qualità delle cure sanitarie è documentata e diventa trasparente – non è nell'interesse di nessuna rete offrire una pessima copertura ai propri pazienti

4. Progetto socialmente accettabile

Gli oppositori sostengono che la libera scelta del medico diventerà molto cara: "La libera scelta del medico diventerà estremamente cara e non sarà più accessibile per coloro che percepiscono dei salari medi¹³. Questo modo di vedere le cose è difficile da sostenere se si fanno due calcoli. Il cosiddetto "lusso sfrenato" costa al massimo 300 franchi all'anno, ossia 82 centesimi al giorno e bisognerà generare delle spese mediche annuali di almeno 6967 franchi. La tabella 1 mette a confronto i costi per i tre modelli.

Confronto dei premi, franchigia e partecipazione ai costi

Importi annuali	Sistema attuale	Modello integrato	Modello con libera scelta del medico
Premio medio (2012)	Fr. 4584.–	Max. Fr. 4584.–	Fr. 4584.–
Franchigia minima	Fr. 300.–	Fr. 300.–	Fr. 300.–
Quota-parte	10 %	10 %	15 %
Quota-parte massima	Fr. 700.–	Fr. 500.–	Fr. 1000.–
Totale massimo in caso di costi di cure elevati	Fr. 5584.–	Max. Fr. 5384.–	Fr. 5884.–
Variazione massima dei costi	–	Riduzione di Fr. 200.–	Aumento di Fr. 300.–

5. Corresponsabilità finanziaria e qualità

Gli avversari criticano la corresponsabilità finanziaria in quanto, secondo loro, inciterebbe a risparmiare sulla fornitura di cure. Questo argomento è un po' leggero. Un incitamento non è in sé una cosa negativa. La tariffazione influenza sempre la struttura d'incitamento. Così, il catalogo delle prestazioni individuali avrebbe tendenza a favorire l'eccesso di cure, mentre i gli importi forfettari indurrebbero una penuria di cure. In generale, è importante capire i cambiamenti nella struttura delle misure d'incitamento e adottare misure correttive.

Ogni impresa di servizi assume una responsabilità finanziaria. In un'economia libera, la tentazione di ridurre la fornitura di servizi è onnipresente. Prendiamo l'esempio di un parrucchiere. Egli intende tagliare i capelli il più velocemente possibile, sapendo che un taglio ha sempre un prezzo fisso. Aumentando il suo ritmo di lavoro, egli aumenta il proprio salario orario. Ma allora perché il parrucchiere lavora sempre con cura? Perché alla fine egli deve mostrare la capigliatura al proprio cliente, ciò che equivale all'assicurazione di una certa qualità. Per questa ragione, anche l'assicurazione di base necessita del concetto di qualità, come previsto nella legge sull'assicurazione malattia. La qualità delle cure dev'essere documentata e sorvegliata in conformità con la legge. Questo approccio permetterà di prevenire gli effetti indesiderati di un approvvigionamento eccessivo o insufficiente.

Nel progetto di reti di cure integrate è prevista una variante alleggerita dalla responsabilità finanziaria – ossia la corresponsabilità finanziaria. La responsabilità finanziaria è quindi ripartita per contratto e le reti devono sobbarcarsi sol-

¹³ Soziale Medizin del 28 ottobre 2011: Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum! (Contro l'obbligo delle reti di cure, per il referendum)

tanto una parte del rischio finanziario. Questo genere di responsabilità finanziaria ha meno tendenza a indurre una penuria di medici. Inoltre, la corresponsabilità finanziaria impedisce un approvvigionamento eccedentario di cure, che si accompagnerebbe anche ad una riduzione della qualità. L'impossibile separazione tra prestazioni di servizi e finanziamento è di conseguenza alleggerita, ciò che sfocia in una migliore convenzione tariffaria. Non sorprende quindi che la corresponsabilità finanziaria sia ben accettata. Oggi, già l'80% delle reti di medici in Svizzera applica volontariamente una formula di corresponsabilità finanziaria.¹⁴

► Il modello delle reti di cure può fornire prestazioni che vanno al di là delle cure primarie nell'assicurazione di base

6. Rafforzamento delle cure sanitarie di base

Il sostegno accordato alle reti integrate di medici rafforza l'approvvigionamento di cure di base. Questo è ammesso anche dagli oppositori al progetto. Ciononostante, essi temono che non si instaurino due sistemi paralleli per l'approvvigionamento delle cure di base, conseguentemente le offerte potrebbero evolvere in direzioni differenti.¹⁵ In effetti questa possibilità esiste, ma in un senso contrario rispetto a ciò che temono gli oppositori. Le cure ricoperte dall'assicurazione di base sono effettivamente garantite nel modello delle reti di cure. Meglio ancora: è possibile prevedere delle cure che vanno al di là dell'assicurazione di base, ciò che è vietato nel modello standard. E siccome la franchigia e il premio partono da un livello più basso all'interno del modello integrato, non ne risulta una medicina a due velocità, come pronosticato dagli oppositori al progetto.

► Le reti di cure sono un elemento centrale di ogni sistema sanitario moderno

Conclusione: le reti di cure sono molto promettenti

La medicina integrata è la medicina del futuro. E' esattamente ciò a cui tende il progetto di legge detto managed care: ponendo i medici generici e le reti di cure al centro del sistema, esso rafforza la medicina generale come base del nostro sistema sanitario. Misure d'incitamento finanziario ragionevoli favoriscono lo sviluppo di questa forma di organizzazione, che ha già fatto le sue prove nella pratica. Grazie alle cure integrate, tutti i pazienti possono accedere ad una medicina di migliore qualità, in quanto gli specialisti della sanità coordinano il trattamento dei pazienti, garantiscono una maggiore libertà terapeutica e si assumono la responsabilità dei costi, ciò che aumenta la sicurezza e la qualità dei trattamenti.

Già nel 2008 lo studio "Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen" (Concorrenza orientata sull'utilità nel sistema sanitario svizzero) ha identificato le reti di cure integrate come elemento centrale di un sistema di sanità solido. Oggi, abbiamo la possibilità di concretizzare questa analisi. L'economia sostiene dunque tale riforma a favore di un miglior approvvigionamento in prestazioni sanitarie.

Informazioni:

fridolin.marty@economiesuisse.ch

Impressum

economiesuisse, Federazione delle imprese svizzere
Hegibachstrasse 47, Casella postale, CH-8032 Zurigo
www.economiesuisse.ch

¹⁴ Berchtold, Peter: Managed-Care-Vorlage: Fördert oder behindert sie die Integrierte Versorgung? Bollettino dei medici svizzeri, 2012; 93:4.

¹⁵ Soziale Medizin del 28 ottobre 2011: Kein Zwang zu Managed Care, deshalb Referendum!