

✘ Gavino Maciocco

“Complessivamente - afferma il *NEJM* - il sistema sanitario svizzero è costoso e presenta spazi di miglioramento in termini di qualità, appropriatezza e costo dei servizi. Tuttavia esso serve egregiamente la popolazione svizzera. La combinazione di “liberalismo” nel classico senso europeo e solidarietà - che significa rispetto della scelta, dell’autonomia e della responsabilità individuale senza lasciare che nessuno in bisogno di cure possa soffrire o morire per mancanza di risorse finanziarie - sembra funzionare, almeno per la Svizzera” .

---


**Quanto a salute e sanità la Svizzera si trova nelle posizioni di testa in tutte le classifiche.** È dietro soltanto a Giappone e Spagna quanto a **speranza di vita alla nascita** (82,8 anni, M+F). L’[Euro Health Consumer Index](#), che ogni anno classifica i sistemi sanitari europei, assegna nel 2015 alla **Svizzera la medaglia d’argento** (quella d’oro è da anni assegnata all’Olanda) con 894 punti su 1000 (con un incremento di 39 punti rispetto al 2014). La Svizzera è al primo posto - tra i vari parametri di valutazione - nell’**accessibilità ai servizi** (vedi, ad esempio, liste d’attesa - posizione condivisa con la Danimarca) e nei **risultati di salute** (vedi, ad esempio, mortalità evitabile e sopravvivenza in caso di tumori - posizione condivisa con Olanda, Norvegia e Islanda).

**La Svizzera eccelle anche nella spesa sanitaria:** nel mondo è seconda solo agli USA (vedi **Figura 1**). **La spesa sanitaria totale pro-capite è di 6.325 \$** (dato OCSE, 2013), di cui 4.178 \$ di spesa sanitaria pubblica. Anche il dato relativo alla percentuale del PIL

destinato alla sanità - 11,1% - pone la Svizzera al secondo posto, al pari dell'Olanda, dopo gli USA (16,4%).

Il sistema sanitario è costoso, ma a un costo accettabile perché in cambio dimostra di essere - come scrive il *NEJM* - **“un’industria fiorente, importante e innovativa, un forte motore per la crescita economica e la prosperità”**.

**Figura 1. Spesa sanitaria pro-capite. Paesi OCSE. Anno 2013**

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

### **Un sistema assicurativo universalistico**

**Il sistema sanitario svizzero - al pari di altri sistemi sanitari come quello tedesco, francese, austriaco, belga - si basa sul modello Bismarck, ovvero sulle assicurazioni sociali.**

La legge che le istituisce risale al 1912. Si trattava di una legge federale di indirizzo che affidava ai Cantoni il compito di promuovere il sistema mutualistico. Il Cantone di Berna fu il primo, nel 1914, a introdurre l'assicurazione sanitaria obbligatoria. Gli altri seguirono con lenta progressività: nel 1947 il 60% della popolazione era coperta, nel 1959 l'80%.

**Nel 1994 avvenne la svolta**, sancita dal voto del parlamento e confermata da un referendum popolare. **Viene introdotto un sistema mutualistico, basato su assicurazioni private non-profit, che garantisce la copertura sanitaria universale.** Tutti sono obbligati a assicurarsi (le fasce di popolazione a medio-basso reddito ricevono i necessari sussidi) e le assicurazioni sono obbligate ad assicurare tutti, con tariffe che

prescindono dal livello di rischio degli assicurati (*community-rated premiums*). Viene sancito anche il principio della piena libertà dei cittadini di scegliere sia l'assicurazione che il medico, nonché il luogo di cura.

### **L'architettura del sistema**

**Il sistema sanitario riflette l'assetto istituzionale del Paese (8,1 milioni di abitanti, il 23% dei quali immigrati)** composto da un livello centrale federale e 16 Cantoni dotati di una larga autonomia. Per quanto riguarda la sanità, **il Governo centrale ha compiti di indirizzo e controllo**, regola il mercato assicurativo con la definizione del pacchetto di servizi che le compagnie devono garantire e dei criteri di remunerazione dei professionisti (fee-for-service) e degli ospedali (DRGs).

**I Cantoni hanno ampie competenze e responsabilità in diverse aree:** a) il governo della rete ospedaliera (dei 293 ospedali in tutta la Svizzera, 133 sono pubblici/privati non-profit e 160 privati for-profit), che comprende il finanziamento di circa il 50% del costo di tutti i ricoveri (le compagnie assicurative pagano il resto); b) l'amministrazione dei sussidi per consentire l'acquisto delle polizze assicurative ai cittadini con medio-basso reddito (37% della popolazione); c) la concessione della licenza ad esercitare la professione autonoma a medici e altri operatori sanitari; d) gli interventi di prevenzione e sanità pubblica (in collaborazione con il Governo federale e i Comuni).

**L'area di maggiore responsabilità dei Comuni** è quella dell'assistenza residenziale e domiciliare agli anziani e ai gruppi più vulnerabili. I Comuni più grandi o Comuni associati possono gestire ospedali di loro proprietà.

### **Il finanziamento del sistema**

**Le risorse per far funzionare il costoso sistema sanitario svizzero provengono in parti quasi uguali da tre fonti: la fiscalità generale, i premi assicurativi e il contributo privato dei cittadini.**

Poiché parte dei soldi della fiscalità generale servono per fornire i sussidi per l'acquisto dei premi assicurativi e quindi confluiscono nelle casse delle assicurazioni, la spesa sanitaria totale risulta così suddivisa in termini percentuali:

- **Spesa governativa: 20,3%**
- **Spesa delle assicurazioni: 46,5%**
- **Spesa privata: 33,2**

**Il 33,2% della spesa privata si compone di due diverse voci:** 26,0% di spesa diretta (*out-of-pocket*) per il pagamento di franchigie e ticket; 7,2% per acquisto di assicurazioni private per ottenere prestazioni non incluse nel pacchetto assicurativo standard.

**Oltre un quarto della spesa sanitaria proviene direttamente dalle tasche dei cittadini sotto forma di franchigia (soglia al di sotto della quale il paziente paga di tasca propria le prestazioni) e di compartecipazione alla spesa (il nostro ticket).** La franchigia varia - a seconda del tipo di polizza assicurativa (più economica è la polizza, più alta la franchigia) - da un minimo annuo di 300 franchi (280 euro) a un massimo annuo di 2.500 franchi. La franchigia non si applica alla gravidanza e al parto ed è assai ridotta nell'assistenza pediatrica. La compartecipazione alla spesa è del 10% della tariffa per tutti i servizi erogati, fino a un tetto annuo di 700 franchi per gli adulti e di 350 per i bambini. I ricoveri per adulti al di sopra dei 26 anni sono gravati di un co-pagamento di 15 franchi al giorno. Franchigie e ticket non si applicano nelle attività preventive.

**Il pacchetto standard di servizi forniti dalle assicurazioni** include anche prestazioni di medicina complementare e alternativa (come omeopatia e fitoterapia) - introdotte dopo un referendum del 2012 -, ma esclude le prestazioni odontoiatriche, *long-term care* e chirurgia estetica.

### **La riforma del mercato assicurativo**

**In Svizzera sono presenti 61 le compagnie assicurative che offrono una varietà di piani assicurativi.** Poiché questi cambiano da Cantone a Cantone è stato calcolato che sul mercato c'è un'offerta di ben 287 mila differenti polizze assicurative.

**Una riforma del 2003 ha profondamente cambiato le natura delle assicurazioni sanitarie, consentendo loro di adottare metodi di *managed care*, simili a quelli delle HMOs americane:** ovvero l'assicurazione diventa anche gestore dei servizi sanitari per i propri iscritti e non si limita, come nelle forme assicurative tradizionali, al rimborso delle spese sostenute. Le assicurazioni *managed care* generalmente hanno prezzi più bassi, franchigie più alte e tendono a limitare la libertà di scelta del professionista e del luogo di cura. Come si può notare dalla figura 2 (NB: *Deductible*=Franchigia), da quando è entrata in vigore la riforma vi è stata un'impennata delle nuove forme assicurative che nel 2013 rappresentavano il 60% del mercato assicurativo svizzero.

**Figura 2. Mercato assicurativo in Svizzera. Andamento nella popolarità di differenti piani assicurativi. 2003-2013.**

☒ Cliccare sull'immagine per ingrandirla

“Complessivamente - questo il commento finale del *New England Journal of Medicine*<sup>[1]</sup> - il sistema sanitario svizzero è costoso e presenta spazi di miglioramento in termini di qualità, appropriatezza e costo dei servizi. Tuttavia esso serve egregiamente la popolazione svizzera. La combinazione di “liberalismo” nel classico senso europeo e solidarietà - che significa rispetto della scelta, dell'autonomia e della responsabilità individuale senza lasciare che nessuno in bisogno di cure possa soffrire o morire per mancanza di risorse finanziarie - sembra funzionare, almeno per la Svizzera”.

Dal *NEJM* riportiamo i due classici casi, che ritroviamo nella trattazione di ogni sistema sanitario.

### **Infarto Miocardico**

*Un uomo di 55 anni senza particolari problemi di salute ha un infarto di medio-alta gravità*

Sentendosi poco bene il Sig. Aubry lascia in anticipo il lavoro. A casa accusa un forte dolore al petto, difficoltà di respirazione e sudorazione algida: sua moglie chiama un'ambulanza che arriva in dieci minuti. La Signora Aubry ringrazia il cielo di non vivere più con i genitori in un villaggio delle Alpi, dove tuttavia recentemente è entrato in funzione un servizio aereo di soccorso.

Il team di emergenza rapidamente diagnostica un infarto miocardico, cosicché il Sig. Aubry, mentre riceve ossigeno, aspirina e analgesici, viene trasportato nel più vicino reparto di emodinamica, che nel frattempo aveva ricevuto l'ECG del paziente. Dopo un'ora dall'arrivo dell'ambulanza a domicilio del paziente, esso è stato sottoposto a angioplastica con l'inserimento di numerosi stent.

Il Sig. Aubry è fortunato perché è maschio: in Svizzera il 7% degli uomini con infarto muore in ospedale, rispetto al 13% delle donne. La ragione di questa differenza nella mortalità (quasi il doppio) è incerta e complessa: si sa che le donne raggiungono l'ospedale mediamente con 80 minuti di ritardo rispetto agli uomini e con minore probabilità ricevono trombolisi o angioplastica. Complessivamente gli interventi di rivascolarizzazione percutanea sono molto aumentati nel tempo: dal 6% di tutti i pazienti dimessi con diagnosi d'infarto nel 1998 al 42,6% nel 2006, provocando un dibattito sul rischio di un uso eccessivo e inappropriato di questa tecnica invasiva e molto costosa.

Dopo l'intervento il Sig. Aubry è rimasto in ospedale per pochi giorni. La dimissione è seguita da diverse settimane di riabilitazione durante le quali il paziente si è impegnato a ridurre i fattori di rischio cardiovascolari (in primis la cessazione del fumo) e a praticare regolarmente l'attività fisica. Tre settimane dopo l'evento è tornato al lavoro.

## **Gravidanza e parto**

*Una donna sana di 23 anni è incinta per la prima volta*

La Sig. Schifferli dopo aver fatto a casa un test della gravidanza risultato positivo si è rivolta a un ginecologo di fiducia. La sua assicurazione copre interamente tutti i servizi della gravidanza e del parto. Per una gravidanza non complicata l'assicurazione prevede sette controlli, incluse due ecografie, prima del parto e ulteriori due nel puerperio. Non vi sono franchigie o ticket da pagare.

In generale i servizi pagati dall'assicurazione devono essere efficaci, appropriati e costo-efficaci, ma la Sig. Schifferli potrà avvalersi - per alcuni disturbi gravidici - anche di cure non convenzionali (omeopatia e medicina tradizionale cinese).

La Sig. Schifferli circa il luogo del parto può scegliere tra varie opzioni: l'ospedale universitario, diversi ospedali cittadini pubblici o privati, o il parto a domicilio. Ha seguito corsi di preparazione al parto ed è rimasta colpita dalle affermazioni di un ginecologo che parlava positivamente del taglio cesareo d'elezione, che lei aveva sentito criticare per essere diventato troppo comune.

La Sig. Schifferli ha sottoscritto anche un'assicurazione privata che integra i benefici dell'assicurazione standard e che le consente al momento del parto di essere ricoverata in una camera singola e di essere seguita da uno specialista senior.

Dopo un parto vaginale non complicato nell'ospedale della città vicino a dove vive, la Sig.

Schifferli è grata all'ostetrica che l'ha seguita nel puerperio e l'ha rassicurata circa le sue preoccupazioni di non avere sufficiente latte. Tutto è andato bene. Ha goduto di 14 settimane di congedo di maternità.

## Risorsa

- [Health Systems in Transition](#), Switzerland, 2015

## Bibliografia

1. Biller-Andorno N, Zeltner T. Individual and Community Solidarity - The Swiss Health Care System. *N Engl J Med* 2015; 373:2193-97.