



CONSIGLIO DEGLI ANZIANI DEL CANTONE TICINO

I COSTI DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA NEL CANTONE TICINO

Rapporto finale



Luca Crivelli
Massimo Filippini
Barbara Mantegazzini-Antonioli
Francesca Pallotti

Dicembre 2007

Ad Alberto e Maria, senza i quali questo studio non avrebbe visto la luce

Si desidera ringraziare:

l'Ufficio di prevenzione e valutazione sanitaria del DSS per l'accesso alle informazioni del Datenpool di santésuisse e Sacha Cerboni (Obsan) per la preparazione dei dati;
Luca Petrini (santésuisse) per le indicazioni sulle comunità tariffali dell'ambulatoriale ospedaliero;
Antony Francis (Ufficio federale di statistica) per i dati dettagliati sui flussi di pazienti nel settore ospedaliero;
Raymond Rossel (Ufficio federale di statistica) per le informazioni di dettaglio sulle statistiche delle finanze pubbliche comunali e cantonali;
Christian Leoni (IAS) per i chiarimenti sul funzionamento delle PC AVS/AI, delle prestazioni LAPS e per averci reso attenti sulle recenti modifiche della LCAMal;
Alessio Tutino (BUL) per il prezioso supporto fornitoci nell'accedere ai dati di Statweb;
Diego Lunati (USI e SUPSI) per i suggerimenti sul paragrafo 4.2;
riconoscenza particolare va ad Anna Bracci (SUPSI) per aver letto l'intero manoscritto ed aver suggerito alcuni importanti miglioramenti alla struttura del rapporto finale.
Di tutti gli errori ancora contenuti nel testo sono responsabili esclusivamente gli autori della ricerca.

Lugano, 15 dicembre 2007

0 Sommaro

1	Introduzione	5
1.1	Definizione del problema.....	5
1.2	Obiettivi della ricerca	6
1.3	Metodologia adottata	6
1.4	Struttura del rapporto di ricerca	6
1.5	Raccomandazione ai lettori	8
2	La spesa sanitaria socializzata in uno Stato federale ed il suo finanziamento	9
2.1	I costi totali della salute in Svizzera	9
2.2	Dalla spesa totale alla spesa socializzata: la situazione nazionale	13
2.3	Variabilità nella spesa socializzata dei cantoni.....	16
2.4	Diverse strategie cantonali per il finanziamento della spesa socializzata	17
3	Scomposizione dei livelli di spesa socializzata in effetti di prezzo e quantità.....	25
3.1	Descrizione dei dati e della metodologia adottata	25
3.2	Cure ospedaliere in regime stazionario.....	31
3.2.1	Ospedali di cura generale (K11 e K12).....	32
3.2.2	Cliniche specializzate (K21, K22 e K23).....	35
3.3	Medicinali somministrati in studi medici e farmacie	37
3.4	Prestazioni ambulatoriali in studi medici per visite di base e specialistiche.....	40
3.4.1	Medicina di base.....	42
3.4.2	Medicina specialistica	42
3.5	Prestazioni ambulatoriali ospedaliere e cure semiospedaliere.....	43
3.6	Case anziani (EMS)	45
3.7	Analisi effettuate nei laboratori e negli studi medici	47
3.8	Fisioterapia	48
3.9	Sintesi dei risultati per il Ticino	49
4	Approfondimento sulle differenze strutturali nelle strategie di finanziamento del Ticino.....	53
4.1	La spesa pubblica diretta	54
4.2	I contributi pubblici alla riduzione dei premi.....	57
4.2.1	Ancoraggio dei sussidi LAMal nella legislazione federale e compartecipazione dei cantoni	58
4.2.2	Adeguatezza dei sussidi alla crescita dei premi.....	61
4.2.3	Le disparità esistenti tra singoli cantoni.....	64
4.2.4	L'evoluzione della spesa in Ticino	68

4.2.5	Evoluzione dell'incidenza del premio netto sul reddito disponibile in Ticino.....	71
4.3	La partecipazione ai costi	78
4.3.1	La distribuzione dei sinistri	78
4.3.2	La selezione di franchigie elevate	79
5	Modello econometrico	83
5.1	Il modello di spesa.....	83
5.2	Risultati empirici	85
6	Sintesi dei risultati ed indicazioni di <i>policy</i>.....	89
6.1	Sintesi dei risultati.....	89
6.2	Raccomandazioni di <i>policy</i>	92
7	Bibliografia	97
8	Modello ticinese per il calcolo dei sussidi (appendice).....	101
9	Indice delle Tabelle	107
10	Indice delle Figure.....	109

1 Introduzione

1.1 Definizione del problema

Da alcuni anni la crescita dei costi della salute è, nella percezione della popolazione elvetica, un fattore importante di preoccupazione ed occupa un ruolo di rilievo nell'agenda politica del paese. L'industria della salute rappresenta oggi una quota crescente del PIL svizzero e senza dubbio contribuisce alla creazione di una fetta significativa del benessere economico di questo paese. Tuttavia, al cuore del sistema sanitario elvetico, vi è un meccanismo di socializzazione della spesa (la cosiddetta "assicurazione obbligatoria delle cure") che trasferisce su premi individuali, obbligatori ma indipendenti dal reddito e dal patrimonio dei cittadini, parte del finanziamento dei consumi sanitari. È la crescita di questi contributi a sollevare preoccupazioni nella popolazione, poiché per molte famiglie i premi rappresentano un onere crescente nel budget di spesa e, trattandosi di un prelievo obbligatorio, provocano con il passare degli anni un'erosione del reddito disponibile delle economie domestiche.

Un secondo motivo di inquietudine è legato alla riforma dell'articolo 64a della LAMal, entrata in vigore il 1.1.2006. In virtù della nuova normativa, gli assicuratori malattia hanno il diritto di sospendere l'assunzione dei costi delle prestazioni di assicurati insolventi, per i quali è stata depositata una domanda di continuazione dell'esecuzione per debiti. La sospensione è mantenuta finché il debitore non ha saldato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione. Secondo recenti stime della CDS-GDK, l'1.7% della popolazione svizzera si trova temporaneamente nella condizione di sospensione delle prestazioni e non gode più della copertura universale abitualmente garantita da un'assicurazione malattia obbligatoria. Siccome in caso di conclusione del precetto esecutivo con un "attestato carenza beni" la copertura dei debiti da parte dallo Stato non è automatica (i cantoni hanno adottato disposizioni di legge e soluzioni differenti), parte di questi assicurati potrebbe non più riuscire a rientrare nell'assicurazione malattia.

Un terzo aspetto che solleva perplessità è l'eterogeneità delle situazioni di spesa esistenti nei 26 cantoni. L'ordinamento politico di uno Stato federale come la Svizzera si regge su una Costituzione che precisa quali compiti siano di competenza della Confederazione e quali appartengano alla sfera di competenza dei cantoni. Tra gli ambiti che sono per costituzione prerogativa dei cantoni troviamo il settore sanitario e per questo motivo non dovrebbe sorprendere che l'organizzazione e la regolamentazione dei servizi di cura, il livello di spesa e le strategie di finanziamento della stessa presentino una fortissima eterogeneità tra i 26 cantoni svizzeri. Se prendiamo ad esempio il premio medio cantonale dell'assicurazione malattia, nel 2008 si registra una differenza di 200 franchi al mese tra il cantone con il premio medio più basso e quello con il premio medio più alto (si passa dai 219.- franchi al mese di Nidvaldo ai 419.- di Ginevra, con una differenza pari a +91%), nonostante ai cittadini di entrambi i cantoni sia garantito l'accesso al medesimo pacchetto di prestazioni sanitarie e gli indicatori di salute pubblica e di soddisfazione della popolazione non presentino differenze significative.¹

¹ Sulla mancanza di un legame tra ampiezza della capacità produttiva ed indicatori di soddisfazione e di risultato si veda Crivelli e Domenighetti (2003).

Il settore dell'assicurazione malattia è infine un cantiere aperto, nel quale si assiste a lunghi e complessi processi di riforma nel parlamento federale e nei rispettivi legislativi ed esecutivi cantonali, chiamati a regolare l'applicazione della LAMal.² Nel 2004 il Consiglio Federale ha rilanciato la seconda revisione della LAMal, aprendo una serie di cantieri paralleli fra i quali spiccano la riforma del finanziamento ospedaliero e della compensazione dei rischi, la creazione di reti integrate di cura, un nuovo modello di finanziamento delle cure in casa anziani e a domicilio, la soppressione dell'obbligo di contrarre. Queste riforme non mancheranno di modificare in modo più o meno significativo il sistema attuale. A complicare ulteriormente il quadro vi è inoltre il fatto che i progetti parlamentari si intrecciano con le proposte avanzate dalla società civile, nella forma di iniziative popolari. Tra il 1974 ed il 2007 al popolo svizzero è stato chiesto ben 11 volte di esprimersi su temi riguardanti l'assicurazione malattia³ e la prossima consultazione popolare è già alle porte (dovrebbe essere messa in votazione nel 2008).⁴

Alla luce di tutti questi fattori di cambiamento, è importante che la società civile ed il mondo politico cerchino di aumentare la propria comprensione delle cause che determinano la crescita dei premi dell'assicurazione malattia, allo scopo di rendere il più possibile trasparenti agli occhi dei cittadini le ripercussioni dell'attuale modello di finanziamento e delle sue riforme sulle generazioni presenti e su quelle future.

1.2 Obiettivi della ricerca

Il Consiglio degli anziani, committente di questo studio, ha incaricato l'Istituto Mecop dell'Università della Svizzera italiana ed il Dipartimento di scienze aziendali e sociali della SUPSI di studiare (da un punto di vista qualitativo e quantitativo) i fattori che determinano in Ticino premi dell'assicurazione malattia più elevati rispetto alla media svizzera e di indicare alcune piste di riflessione per affrontare, in ottica di *policy*, le sfide future del settore alla luce delle riforme attese già a partire dai prossimi anni.

1.3 Metodologia adottata

Il quadro teorico di riferimento per la realizzazione della presente ricerca è costituito da un lato dai fondamenti dell'economia sanitaria e dall'altro dai modelli di valutazione della spesa pubblica e dell'incidenza dei prelievi fiscali utilizzati nel campo dell'economia pubblica. L'analisi del problema è stata realizzata in parte mediante l'elaborazione di statistiche descrittive (per esempio per illustrare i flussi di finanziamento), in parte ricorrendo a metodologie quantitative. In particolare per l'analisi delle determinanti della spesa sanitaria regionale ci si è riferiti alla letteratura sui modelli di spesa aggregata, attraverso la stima econometrica di una funzione di spesa sanitaria cantonale.

1.4 Struttura del rapporto di ricerca

Il presente documento, che riassume il lavoro svolto dal nostro team di ricerca sull'arco di 10 mesi, è articolato in 5 capitoli e due appendici.

² Per una panoramica su queste riforme si veda ad esempio Bolgiani, Crivelli e Domenighetti (2006).

³ Si veda ad esempio Bolgiani e Crivelli (2006).

⁴ Ci riferiamo all'iniziativa popolare "Sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base", alla quale il parlamento ha deciso di contrapporre un controprogetto.

Nel secondo capitolo sono descritti i flussi di finanziamento del sistema sanitario svizzero, allo scopo di esplicitare il nesso esistente tra i costi totali della salute e quella parte di spesa che definiremo con il termine di *spesa socializzata*. Per poter effettuare l'analisi richiesta è infatti indispensabile allargare la prospettiva dell'indagine oltre i costi dell'assicurazione malattia ed isolare la parte di spesa corrispondente al catalogo di prestazioni ad accesso universale, di cui i premi dell'assicurazione obbligatoria sono una delle principali fonti di finanziamento ma non l'unica. Una volta identificato l'oggetto di analisi (la spesa socializzata), il capitolo illustra il divario esistente nella spesa pro capite dei singoli cantoni e discute la diversa strategia adottata dal Ticino (rispetto a cantoni simili ed alla media svizzera) per finanziare il pacchetto di prestazioni ad accesso universale. Detto in parole povere l'entità della spesa socializzata rappresenta la dimensione della torta, mentre la strategia di finanziamento stabilisce come questa sia tagliata in fette corrispondenti ai diversi strumenti di finanziamento, tra i quali figurano appunto i premi netti dell'assicurazione malattia.

Trattandosi di un livello di "spesa", è importante distinguere tra le sue due componenti fondamentali: il livello dei prezzi e la quantità di servizi sanitari consumati. A questa scomposizione della spesa in prezzi e quantità (effettuata nel dettaglio delle principali tipologie di prestazioni) è dedicato il capitolo 3. Benché in molti ambiti la LAMal abbia cercato (o stia cercando) di dotarsi di una struttura tariffale uniforme sul piano nazionale⁵, al momento attuale il livello dei prezzi è soggetto a differenze importanti da un cantone all'altro (si pensi per esempio ai diversi valori del punto cantonale in vigore nell'ambito di Tarmed). Prezzi più elevati possono essere la conseguenza di un maggior potere negoziale delle associazioni dei fornitori di prestazione o riflettere un costo medio più elevato (per esempio in seguito al mancato sfruttamento di economie di scala). Per quanto concerne la quantità di prestazioni, queste possono essere influenzate da una molteplicità di fattori di carattere demografico, sanitario e culturale.

Il capitolo 4 approfondisce il tema della strategia di finanziamento, cercando di fornire spiegazioni più accurate alle peculiarità del Ticino evidenziate nel capitolo 2. Particolare attenzione è data all'illustrazione del sistema di riduzione dei premi ed ai cambiamenti previsti nell'ambito della nuova perequazione finanziaria (NPC). In tale capitolo si chiarisce in primo luogo l'architettura del sistema attuale di trasferimenti intergovernativi stabilito a livello federale e le modifiche al sistema previste dalla NPC, si illustrano le ragioni delle differenze cantonali nell'erogazione dei sussidi e si analizza nel dettaglio la situazione ticinese.

Il quinto capitolo introduce il modello econometrico utilizzato per l'analisi delle determinanti della spesa socializzata cantonale. La stima econometrica è stata effettuata sulla base di dati panel aggregati a livello cantonale e rilevati per il periodo 1998-2005. L'obiettivo del modello di stima è stabilire, in termini quantitativi, i fattori in grado di spiegare le differenze riscontrate nei profili di spesa dei diversi cantoni. In teoria le differenze possono essere spiegate da cause di diversa natura: bisogni sanitari della popolazione differenti, fattori socioeconomici, livelli di prezzo, fattori culturali, dall'esistenza di capacità in eccesso sul lato dell'offerta e dagli strumenti di regolazione e pianificazione adottati dalle autorità politiche cantonali.

⁵ Ci riferiamo in particolare a Tarmed per la medicina ambulatoriale, a SwissDRG per le prestazioni ospedaliere e al nuovo modello di finanziamento per le prestazioni di cura a domicilio e in casa anziani.

La ricerca si conclude con un sesto capitolo di sintesi dei risultati principali e di presentazione di alcune raccomandazioni di *policy*. Segue la bibliografia e un'appendice dedicata alla spiegazione di dettaglio del sistema di riduzione dei premi attualmente in vigore in Ticino (capitolo 8).⁶

1.5 Raccomandazione ai lettori

Come tutte le ricerche, anche la nostra non sfugge alla legge dei frattali. Benché alcuni aspetti siano stati analizzati nel dettaglio, è bene ricordare che i 26 cantoni svizzeri si differenziano fra loro non solo rispetto ai costi della salute, ai prezzi dei servizi sanitari ed ai relativi consumi, ma anche in relazione a tante altre dimensioni quali l'organizzazione del settore, la regolamentazione adottata e le politiche sociali (che non di rado si intrecciano con quelle sanitarie). Anche questi fattori, da noi trascurati, possono nascondersi dietro alcune delle differenze discusse nello studio. A ciò si aggiunge la qualità non ancora eccellente delle statistiche disponibili sul piano federale, che non consentono confronti del tutto congrui tra le singole realtà cantonali.⁷ In virtù dei limiti presenti nei dati statistici, ci siamo visti costretti ad operare alcune scelte che (come avremo modo di sottolineare più avanti) non hanno mancato di influenzare i risultati ottenuti. Pur essendo pronti a difendere l'approccio adottato, riconosciamo che esso non è l'unico possibile per chi intenda analizzare la situazione dei cantoni svizzeri in modo comparativo.

Sulla base di queste considerazioni riteniamo pertanto utile formulare una raccomandazione all'indirizzo dei lettori. Il quadro che emerge dallo studio ha una sua fisionomia, ben delineata, da cui è possibile trarre conclusioni forti ma con valenza limitata a quanto esplicitamente analizzato. Siccome non si è potuto tenere conto di alcuni aspetti (che avrebbero meritato indagini approfondite in settori collaterali) occorre essere coscienti che dietro ogni dettaglio si apre un nuovo universo, pieno di differenze tuttora inesplorate. Occorre per questo evitare il rischio dell'induzione, che potrebbe trarre in inganno il lettore, spingendolo ad associare ai risultati emersi conclusioni apparentemente evidenti ma che non è stato possibile verificare esplicitamente. Come spesso capita in ambito scientifico, anche la nostra ricerca non solo offre risposte, ma solleva pure una serie di nuovi interrogativi che, in termini quantitativi, superano il numero delle risposte fornite. Questi rappresentano infatti nuove piste di analisi, lungo le quali bisognerà avventurarsi in futuro.

15 dicembre 2007

Luca Crivelli
Massimo Filippini
Barbara Mantegazzini-Antonioli
Francesca Pallotti

⁶ Su richiesta è possibile ottenere i risultati completi (per tutti e 26 i cantoni) della scomposizione delle principali voci di spesa in quantità e prezzi, presentata al capitolo 3.

⁷ Ci stiamo riferendo in particolare al settore ospedaliero e semi-ospedaliero e al settore delle case anziani. Per i prossimi anni sono stati annunciati importanti miglioramenti di queste statistiche, non da ultimo grazie alla creazione di SwissDRG. In futuro aumenterà dunque la trasparenza e sarà possibile operare confronti più efficaci tra i cantoni.

2 La spesa sanitaria socializzata in uno Stato federale ed il suo finanziamento

2.1 I costi totali della salute in Svizzera

Secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica (UFS, 2007), i costi complessivi della salute per l'anno 2005 ammontano a 52'697 milioni di franchi. Dal 2000 al 2005 l'aumento è stato del 21.5%, con una crescita media del 4.0% all'anno (il tasso più contenuto, +2.0%, è stato riscontrato tra il 2004 ed il 2005).

Rispetto al gruppo dei paesi OCSE, la Svizzera si posiziona al secondo posto in termini di rapporto tra spesa sanitaria e PIL (11.4%), superata solo dagli USA (15.3%), e seguita da Francia (11.1%) e Germania (10.7%).⁸ Tra il 2000 e il 2005 l'aumento reale dei costi della salute è stato nettamente superiore alla crescita economica, causando un incremento del rapporto tra spesa sanitaria e PIL di oltre un punto percentuale, dal 10.3% all'11.4%. A questa evoluzione hanno contribuito da un lato una congiuntura economica sfavorevole tra il 2001 ed il 2003, che ha fatto registrare una brusca frenata nell'evoluzione del PIL, dall'altro l'incessante aumento (di natura strutturale) dei costi della salute.

Nel confronto internazionale, la Svizzera si distingue anche per l'elevato grado di regressività nel finanziamento dei servizi sanitari. La situazione è dovuta a due fattori: (a) i premi dell'assicurazione malattia obbligatoria sono stabiliti in modo indipendente dal reddito⁹ e (b) i cittadini sono chiamati a finanziare di tasca propria (al momento del consumo) o attraverso assicurazioni private una parte considerevole della spesa (circa il 39%). Tale quota risulta alta rispetto ad altri paesi OCSE e quindi è lecito affermare che il sistema sanitario svizzero attribuisce minor rilevanza al principio dell'equità nel finanziamento rispetto alla media dei paesi industrializzati.¹⁰

La Figura 2.1 mette in evidenza i flussi finanziari del sistema sanitario svizzero, consentendo di rilevare l'onere effettivamente sopportato dai diversi enti finanziatori. L'intento è quello di rilevare:

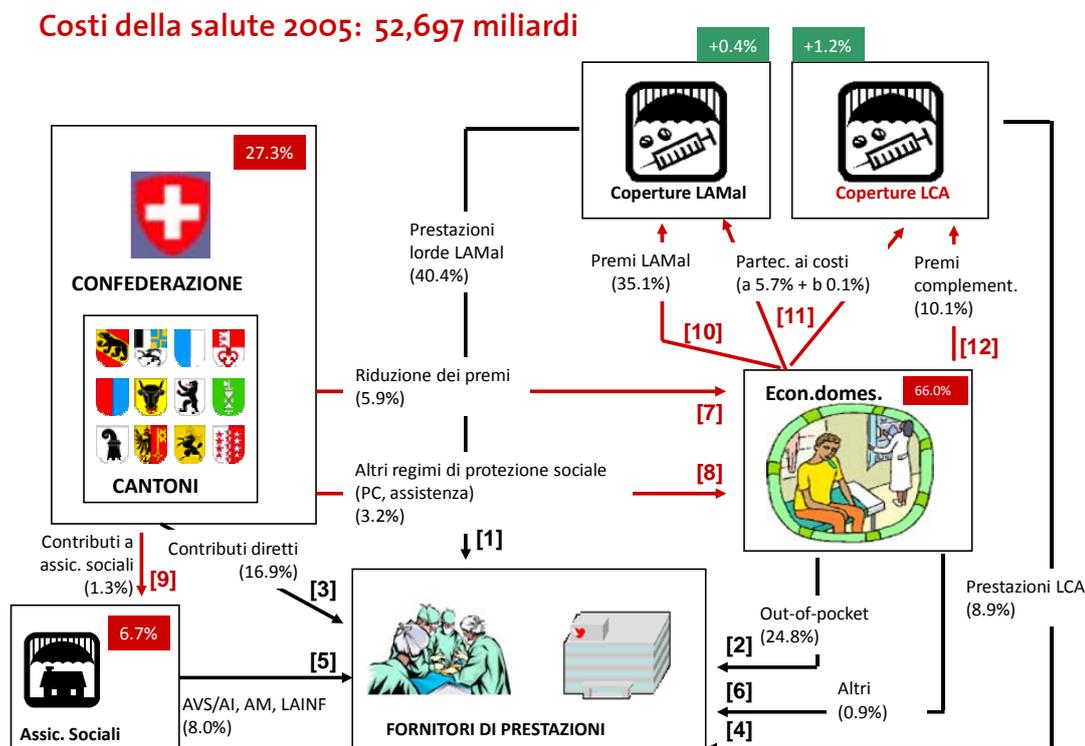
- quale parte di spesa viene finanziata in base alla capacità di pagare dei cittadini,
- quale parte non dipende né dalle condizioni economiche dei cittadini né dai loro profili di rischio,
- ed infine quale parte dipende direttamente dal rischio e/o dal livello dei consumi del singolo individuo.

⁸ Cfr. UFS (2007).

⁹ È tuttavia opportuno sottolineare che parte dei contributi pubblici è utilizzata per finanziare un sistema di trasferimenti alle famiglie meno abbienti nella forma di sussidi ai premi dell'assicurazione malattia. Pertanto, a posteriori e per le classi sociali inferiori, il finanziamento dell'assicurazione obbligatoria risulta almeno in parte commisurato alla capacità finanziaria dei cittadini.

¹⁰ Cfr. OECD (2006), Wagstaff et al (1992 e 1999). La Banca Mondiale definisce tanto più equo il finanziamento di un sistema sanitario, quanto maggiore è la quota di spesa finanziata in modo progressivo o perlomeno proporzionale al reddito.

Figura 2.1 Il finanziamento della spesa sanitaria totale



Fonte: UFS (2007), Statistisches Lexikon

Per rappresentare in maniera completa tale tripartizione, la nostra presentazione dovrà spingersi oltre la prospettiva dei finanziatori diretti, cioè di coloro che materialmente saldano le fatture dei fornitori di cura. Il sistema sanitario svizzero è caratterizzato da una molteplicità di soggetti che partecipano *direttamente* al finanziamento delle prestazioni sanitarie¹¹ (i pagamenti diretti sono indicati in Figura 2.1 dalle frecce nere contrassegnate dai numeri da [1] a [6]). Ai flussi finanziari diretti si affiancano tuttavia *trasferimenti di risorse* che intercorrono tra i vari attori (indicati dalle frecce rosse da [7] a [12]), di cui occorre tener conto per valutare l'entità dell'onere effettivamente sopportato dai cittadini nelle tre forme sopra elencate.

In ordine di importanza, i finanziatori *diretti* della spesa sanitaria elvetica sono:

- [1] gli assicuratori malattia, che finanziano una fetta considerevole del pacchetto base. Le prestazioni lorde¹² coperte dall'assicurazione obbligatoria corrispondono (nella media svizzera) al 40.4% della spesa sanitaria globale;

¹¹ In particolare partecipano al finanziamento della sanità: la Confederazione, i 26 cantoni ed i circa 2700 comuni svizzeri, 87 casse malati, 3 assicurazioni sociali (AVS, AI, AM), la SUVA ed un numero elevato di assicuratori privati nell'ambito degli infortuni, le stesse casse malati e gli assicuratori privati nel settore delle coperture complementari LCA, i pazienti.

¹² Si parla di prestazioni lorde dal momento che una parte di questa spesa grava direttamente sulle spalle dei cittadini nella forma della franchigia e della partecipazione ai costi. In alcuni casi (quando si applica il sistema del tiers garant) i pazienti finanziano direttamente le prestazioni e ottengono a posteriori il rimborso (al netto

- [2] le economie domestiche, che partecipano direttamente al finanziamento dei servizi sanitari nella misura del 24,8%, attraverso quelle che sono definite le spese *out-of-pocket*. Queste comprendono tutte le prestazioni non coperte da assicurazioni sociali e complementari quali, ad esempio, l'acquisto di farmaci senza ricetta, le cure dentarie, terapie di medicina complementare, la parte di assistenza domiciliare o della retta giornaliera in casa anziani a carico del paziente;
- [3] lo Stato, che mediante la spesa pubblica finanzia il 16.9% della spesa sanitaria totale, partecipando al finanziamento diretto di particolari servizi o istituzioni sanitarie (ospedali, case anziani, psichiatria, assistenza domiciliare). La quota di spesa pubblica è così ripartita: 0.24% a carico della Confederazione, 14.33% a carico dei Cantoni e 2.3% a carico dei Comuni;
- [4] gli assicuratori privati, siano essi casse malati o compagnie assicurative private, che nell'ambito delle coperture LCA finanziano l'8.9% dei costi della salute;
- [5] le assicurazioni sociali (AVS/AI, AM, LAMal), al cui finanziamento partecipano dipendenti, datori di lavoro e liberi professionisti. Queste assicurazioni coprono prestazioni sanitarie che ammontano all'8% della spesa complessiva;
- [6] infine, una piccola quota della spesa (0.9%) è finanziata da privati cittadini nella forma di donazioni benevole ad istituzioni private non profit.

Oltre ai flussi di finanziamento diretto delle prestazioni, la Figura 2.1 evidenzia i trasferimenti *interni* tra i soggetti finanziatori (rappresentati dalle frecce rosse).

- [7] Lo Stato per esempio sostiene (nella misura dei due terzi tramite la Confederazione, per il restante terzo tramite i cantoni) un sistema di trasferimenti alle famiglie meno abbienti, che assume la forma di una partecipazione pubblica al pagamento dei premi dell'assicurazione malattia obbligatoria. La riduzione dei premi ha raggiunto nel 2005 un valore pari al 5,9% della spesa complessiva.
- [8] Un ulteriore trasferimento, pari al 3.2%, è invece rappresentato da sovvenzioni pubbliche ad altri regimi di protezione sociale. Si tratta per esempio della partecipazione ai costi per prestazioni sanitarie o di parte dei premi assicurativi obbligatori di individui che beneficiano dell'assistenza sociale, di servizi sanitari i cui costi sono riconosciuti dal regime delle prestazioni complementari AVS-AI. Questi trasferimenti sono a favore di economie domestiche con reddito inferiore alla soglia di povertà o di beneficiari di una rendita AVS/AI con reddito modesto.
- [9] Infine il sistema pubblico partecipa al finanziamento delle assicurazioni sociali con un contributo corrispondente all'1.3% della spesa sanitaria totale.
- [10] Altri flussi interni si registrano tra economie domestiche ed assicuratori LAMal. Le prestazioni lorde a carico delle casse malati, che nel 2005 rappresentavano il 40.4% dei costi totali, sono finanziate per l'86% dai premi dell'assicurazione obbligatoria, totalizzando un importo pari al 35.1% della spesa complessiva.

di franchigia e partecipazione alla spesa) dalla loro cassa malati; in altri casi (regime del *tiers payant*) il pagatore diretto sono le casse malati ed i trasferimenti avvengono come illustrato nella figura 1. Abbiamo optato per questa seconda rappresentazione, in considerazione del fatto che la partecipazione ai costi LAMal registrata dal sistema corrisponde solo alle fatture notificate agli assicuratori malattia. Vi potrebbero dunque essere prestazioni LAMal corrisposte direttamente dai cittadini, di cui gli assicuratori non sono però a conoscenza (e che dunque sfuggono al sistema contabile) in quanto non superano la franchigia annua e non vengono notificate agli assicuratori.

[11] Il restante 14% delle prestazioni lorde LAMal è finanziato dalla partecipazione ai costi degli assicurati (la franchigia annua e la partecipazione del 10% alle spese, quest'ultima limitata ad un importo massimo annuo di 700 franchi per gli assicurati adulti). Riferito alla spesa complessiva, la partecipazione ai costi rappresenta il 5.7%, ma gli assicurati partecipano in minima parte anche ai costi riconosciuti dalle assicurazioni complementari (per un montante pari a 0.1% della spesa sanitaria totale).

[12] Vi sono infine i premi versati alle assicurazioni complementari (stipulate sia presso una cassa malati che presso assicuratori privati), la cui definizione tiene generalmente conto del rischio individuale degli assicurati.¹³ Questi flussi finanziari ammontano al 10.1% della spesa complessiva.

Se si tengono in considerazione anche i trasferimenti finanziari appena descritti, gli oneri di spesa complessivi a carico dei vari enti finanziatori, risultanti dal saldo dei flussi in entrata e in uscita relativi a ciascuno dei soggetti indicati, sono così distribuiti:

- La **quota di spesa effettivamente a carico dello Stato** (Confederazione, Cantoni, Comuni) e finanziata dai cittadini in modo generalmente progressivo¹⁴ attraverso la fiscalità generale è pari al 27.3%.
- La **quota netta a carico delle assicurazioni sociali** ammonta a 6.7%: tale quota è coperta da contributi proporzionali al reddito (ad aliquota fissa), cofinanziati in modo paritetico dai datori di lavoro.
- La **quota di spesa a carico delle economie domestiche** corrisponde alla percentuale restante del 66%. A fronte di questa spesa, il cui carattere è l'assenza di relazione con la capacità di pagare dei cittadini, troviamo quattro forme distinte di finanziamento che determinano effetti redistributivi diversi:
 - (A) Vi sono anzitutto i premi LAMal, socializzati in modo indipendente dal rischio individuale attraverso il meccanismo dell'assicurazione malattia obbligatoria e del premio *community rated*; questi versamenti, che ammontano al 29.20% della spesa totale (35.1%-5.9%)¹⁵, contemplano una solidarietà tra persone sane ed ammalate e tra le generazioni.
 - (B) Vi sono poi contributi volontari, definiti ex-ante in considerazione del rischio individuale ma pur sempre portatori di mutualità; si tratta dei premi delle assicurazioni complementari, che ammontano al 10.1% della spesa.
 - (C) La terza voce riguarda contributi che dipendono ex-post dal consumo sanitario individuale e corrispondono al 27.2%; in questa categoria rientrano l'out-of-pocket e le partecipazioni alla spesa LAMal e LCA, al netto dei contributi pubblici all'assistenza e ad altri regimi di protezione sociale¹⁶.

¹³ Si stima che solo il 20% dei contratti assicurativi LCA stipulati in Svizzera sia di carattere collettivo, mentre per il restante 80% si tratta di polizze individuali (cfr. OECD, 2004).

¹⁴ L'entità della progressione dipende dal tipo di imposta (parte dei contributi federali sono raccolto tramite IVA) e dalle aliquote in vigore nei singoli cantoni.

¹⁵ Si ottiene questa percentuale sottraendo all'ammontare dei premi LAMal i sussidi pubblici ([10] - [7]).

¹⁶ Il calcolo è [2] + [11] - [8]. Si è ipotizzato per semplicità che tutti i contributi pubblici ad altri regimi di protezione sociale riguardassero prestazioni sanitarie. In realtà parte di questi contributi coprono i premi dell'assicurazione malattia e potrebbero essere portati in deduzione agli stessi.

(D) Infine vi sono i contributi volontari versati nella forma di donazioni ad istituzioni non profit (0.9%).

È rilevante notare che la somma dei versamenti effettuati dalle economie domestiche, pari a 67.6%, è superiore alla spesa (66%): nel 2005, infatti, si sono registrate delle eccedenze per gli assicuratori malattia, di 0.4% nell'assicurazione di base e 1.2% nel settore delle assicurazioni complementari, per un saldo complessivo di +1.6%.

In sintesi possiamo affermare che il finanziamento della sanità svizzera è per un terzo dipendente e per due terzi indipendente dalle capacità economiche dei cittadini. In secondo luogo circa un terzo della spesa globale dipende dal profilo di rischio dei cittadini, mentre i rimanenti due terzi contemplano un elevato grado di solidarietà tra persone ammalate e cittadini in buona salute.

2.2 Dalla spesa totale alla spesa socializzata: la situazione nazionale

Avendo chiarito il quadro generale del finanziamento sanitario elvetico, è ora più semplice cogliere il nesso tra i premi dell'assicurazione malattia, oggetto di questo studio, e la parte di spesa sanitaria finanziata in modo socializzato. Con l'adozione della LAMal e l'introduzione dell'obbligo di assicurazione, avvenuto nel 1996, anche la Svizzera ha accettato l'idea di istituire una sorta di *service public* in ambito sanitario. Esso viene a coincidere con il catalogo delle prestazioni coperte simultaneamente dall'assicurazione malattia obbligatoria, dalle altre assicurazioni sociali e dalla spesa pubblica, rappresentando un pacchetto di servizi di base ai quali ogni individuo residente sul territorio svizzero ha il diritto di accedere in caso di necessità ed il cui costo è finanziato collettivamente.¹⁷

Le modalità di finanziamento di questo catalogo di prestazioni seguono scelte profondamente diverse operate dai singoli cantoni. Alla base di tali differenze vi è l'articolo 3 della Costituzione federale, in cui si definisce la sovranità dei cantoni nell'esercizio di tutte le funzioni non delegate esplicitamente alla Confederazione.¹⁸ Per analizzare tali diversità non si può focalizzare l'attenzione sui soli costi dell'assicurazione malattia, ma è necessario considerare l'intera spesa destinata al finanziamento del catalogo universale, comprendente:

1. i costi coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria,
2. i contributi pubblici alla riduzione dei premi delle economie domestiche con reddito modesto,
3. la partecipazione dei pazienti ai costi delle prestazioni LAMal,
4. la spesa pubblica diretta di Confederazione, cantoni e comuni,
5. le prestazioni sanitarie coperte dalle altre assicurazioni sociali (AVS/AI, AM, LAInf),
6. i contributi pubblici ad altri regimi di protezione sociale (PC, assistenza).

La somma di queste 6 voci rappresenta la *spesa socializzata*, in quanto ha per oggetto il catalogo di prestazioni obbligatorie finanziato collettivamente.¹⁹ Purtroppo nei dati

¹⁷ Le prestazioni considerate sono quelle atte a diagnosticare o a curare una malattia ed i relativi postumi.

¹⁸ Per un approfondimento dell'impatto avuto dal federalismo sull'assetto del sistema sanitario svizzero si veda Crivelli e Filippini (2003).

¹⁹ Delle 6 voci, la terza (la partecipazione ai costi) non dovrebbe essere concettualmente considerata come una componente della spesa socializzata, dal momento che essa è interamente a carico del singolo cittadino che consuma prestazioni sanitarie. Tuttavia si tratta di prestazioni sanitarie che fondamentalmente

pubblicati dall'Ufficio federale di statistica le informazioni riguardanti le voci 5 e 6 (la spesa delle assicurazioni sociali ed i contributi pubblici ad altri regimi di protezione sociale) sono aggregati a livello nazionale e non possono essere ripartiti con precisione tra i cantoni. Per questa ragione nella ricerca ci siamo visti costretti a trascurare queste voci, dal momento che il nostro obiettivo è in primo luogo quello di effettuare un confronto dei livelli di spesa nei vari cantoni. Di conseguenza ci focalizzeremo esclusivamente sulla parte di spesa socializzata finanziata tramite i premi dell'assicurazione malattia obbligatoria (di cui una parte è sussidiata dallo Stato), i contributi diretti di cantoni e comuni destinati al finanziamento di una parte dell'offerta sanitaria e la partecipazione ai costi dei pazienti.

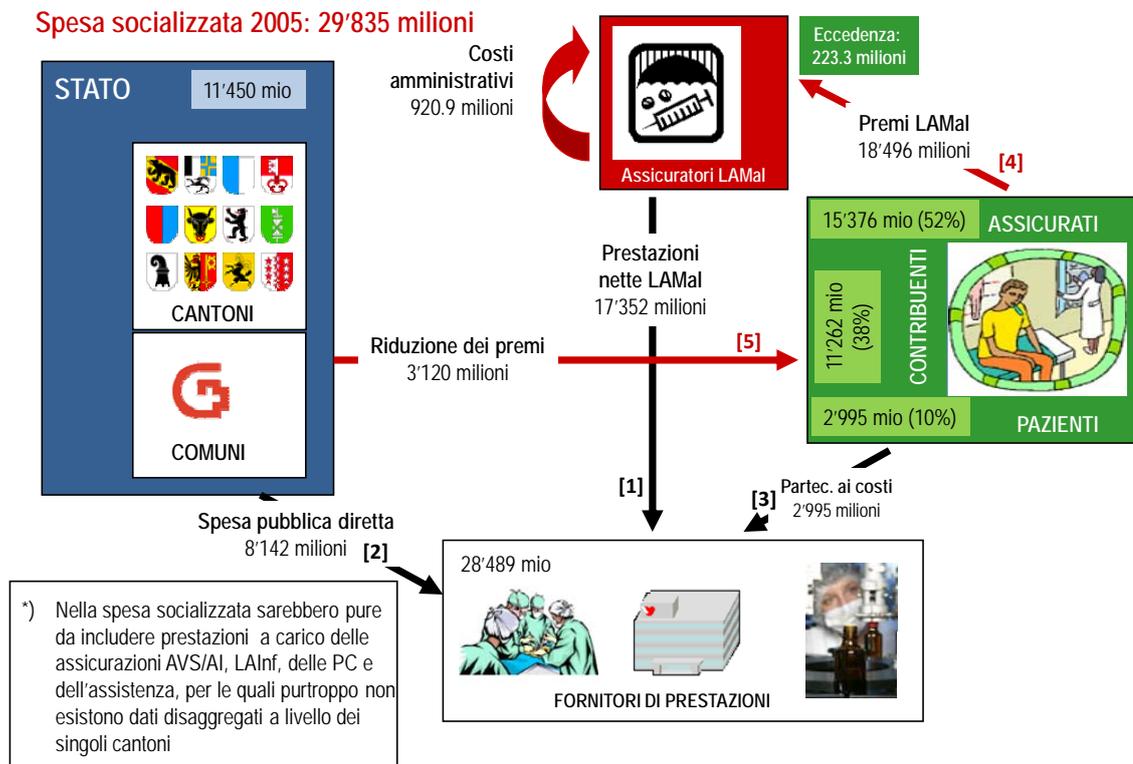
La Figura 2.2 mette in risalto i flussi di finanziamento corrispondenti a questa definizione di spesa socializzata. Di nuovo le frecce nere evidenziano i pagamenti diretti e quelle rosse i trasferimenti tra i soggetti finanziatori (si tratta sostanzialmente di flussi che perseguono scopi redistributivi).

I trasferimenti diretti sono i seguenti:

- [1] Le prestazioni finanziate dagli assicurati tramite i premi, che nel 2005 ammontavano a 17'352 milioni di franchi.
- [2] Le prestazioni finanziate direttamente dallo Stato. Nel 2005 la spesa pubblica ha raggiunto la somma di 8'885 milioni (UFS, 2007), ma la parte di spesa considerata nel presente studio si riduce a 8'142 milioni di franchi, in quanto sono escluse le seguenti voci: la parte di spesa finanziata direttamente dalla Confederazione (126,9 milioni), le voci di spesa cantonale e comunale che nelle statistiche delle finanze pubbliche non sono registrate sotto la dicitura "salute" (228 milioni per i servizi di salvataggio) e le spese di cui si conosce solo il valore globale nazionale e che, di conseguenza, non possono essere ripartite con precisione tra i cantoni (393 milioni di finanziamento ad istituzioni residenziali per invalidi). Nell'importo residuo di 8'142 milioni franchi sono comprese le seguenti posizioni di spesa pubblica:
 - totalità degli investimenti e dei costi di formazione e ricerca e almeno il 50% dei costi di gestione di ospedali pubblici e cliniche private di interesse pubblico (conformemente all'articolo 49 LAMal);
 - sociopsichiatria;
 - case anziani;
 - assistenza domiciliare;
 - prevenzione delle malattie e promozione della salute;
 - altre spese sanitarie e costi della pubblica amministrazione.
- [3] Le prestazioni finanziate dai pazienti, tramite la partecipazione alle spese, che nel 2005 totalizzavano 2'995 milioni di franchi.

appartengono al catalogo dei servizi socializzati, per i quali però è richiesta una partecipazione alle spese in modo da scoraggiare i comportamenti di *free-riding* che, nel gergo assicurativo, assumono il nome di "moral hazard" (per una panoramica dei concetti teorici dell'assicurazione malattia si veda Barigozzi, 2006). Differenze tra i cantoni in questa voce di spesa sono in particolare da ricondurre a decisioni diverse della popolazione per quanto concerne la quota di rischio mediamente trattenuta dai singoli cittadini, tramite la scelta del livello di franchigia.

Figura 2.2 La spesa socializzata



Fonte: UFSP (2007)/ UFS (2007), Statistiche delle finanze pubbliche cantonali e comunali

Le frecce rosse, invece, rappresentano i trasferimenti tra soggetti finanziatori. Essi comprendono:

- [4] I premi di cassa malati corrisposti dagli assicurati, il cui valore nel 2005 ammontava a 18'496 mio di franchi.

A fronte di queste entrate troviamo le prestazioni LAMal (al netto della partecipazione ai costi dei pazienti) e le spese amministrative dell'assicurazione obbligatoria. Il saldo tra ricavi e costi costituisce il risultato di esercizio consolidato delle assicurazioni malattia, che nel 2005 questo saldo è stato positivo e pari a 223.3 milioni di franchi.

- [5] I contributi pubblici alla riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (3'120 milioni di franchi).

Una modalità alternativa per guardare a questi flussi (tutti in ultima analisi sostenuti dalle economie domestiche) è quella di distinguere tra i tre ruoli rivestiti dai cittadini: il ruolo di contribuenti, quello di assicurati e quello di pazienti:

- la parte di spesa a carico dei *contribuenti* è data dai versamenti raccolti attraverso la fiscalità generale (8'142 + 3'120 milioni di franchi, per un totale di 11'262 milioni);
- quella a carico dei *pazienti* corrisponde alla partecipazione diretta ai costi delle prestazioni (franchigia e quota parte del 10%, pari a 2'995 milioni);

- la restante parte di spesa corrisponde ai premi di cassa malati usciti dalle tasche degli *assicurati* e rappresenta l'ammontare dei premi al netto dei sussidi alle economie domestiche con reddito modesto (per un valore totale di 15'376 milioni di franchi).

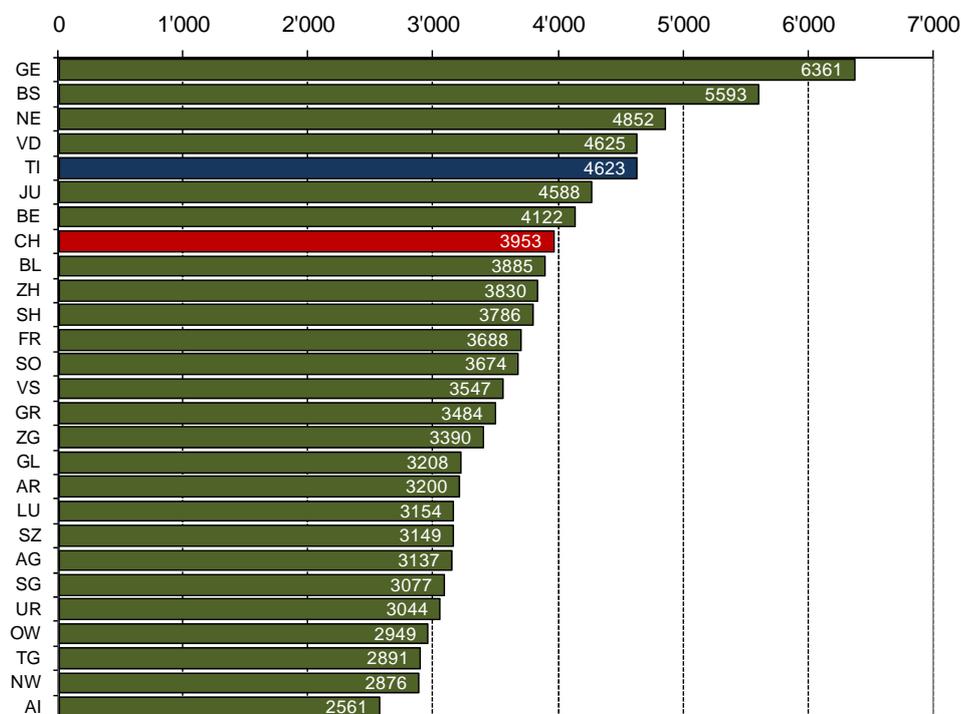
Le tre componenti di spesa gravano sulle economie domestiche in modo diverso:

- il 38% (fornito dai cittadini in quanto contribuenti) grava in misura progressiva rispetto al reddito;
- il 52%, (fornito dai cittadini in quanto assicurati) non dipende dal reddito ma neppure dal rischio di malattia dei singoli individui;
- mentre l'ultimo 10% (fornito dai cittadini in quanto pazienti) è proporzionale al consumo sanitario dei singoli.

2.3 Variabilità nella spesa socializzata dei cantoni

Il livello di spesa socializzata sostenuto dai cittadini per finanziare il catalogo di prestazioni dell'assicurazione obbligatoria costituisce il primo grande elemento di disparità tra i cantoni. Nonostante l'uniformità di questo pacchetto di base, garantito all'intera popolazione svizzera, la spesa pro capite nei diversi cantoni risulta essere decisamente eterogenea. Come evidenziato dalla Figura 2.3, nel 2005 la spesa pro capite per il pacchetto di base variava dai 6'361 franchi di Ginevra ai 2'561 dell'Appenzello Interno. Il Canton Ticino si distingue per un livello di spesa superiore alla media svizzera di circa il 17% (4'623 franchi contro 3'953).

Figura 2.3 Spesa pro capite cantonale per il catalogo LAMal (2005)



Fonte: nostre elaborazioni su dati UFS e Datenpool santésuisse

In ossequio ai principi del federalismo, la LAMal non contempla alcuno strumento di controllo volto a limitare le differenze intercantionali nell'ambito della spesa sanitaria socializzata. Dietro alle differenze di spesa si celano fondamentalmente due distinti fattori di disomogeneità: differenze di *prezzo* e differenze nelle *quantità* di prestazioni sanitarie consumate (della scomposizione della spesa in prezzi e volumi di quantità ci occuperemo nel capitolo 3).²⁰

In riferimento alle disparità di *prezzo*, esse riflettono in alcuni ambiti situazioni storiche ed evidenziano sostanzialmente i diversi equilibri di forze esistenti a livello locale tra enti finanziatori e fornitori di prestazione (è questo il caso per esempio di Tarmed, il tariffario unificato nazionale per le prestazioni ambulatoriali).²¹ Per altri ambiti, nei quali esistono economie di scala (come è il caso del settore ospedaliero e, in misura minore, delle case per anziani)²², i costi di produzione e di riflesso i prezzi non riflettono solo il potere di mercato dei fornitori ma sono nel contempo il risultato della dimensione media degli istituti e delle conseguenti inefficienze di scala e/o di costo.

Dietro le disparità nel *livello dei consumi* si celano per contro sia fattori di domanda (livello dei bisogni dovuti per esempio alla struttura demografica o a fattori di tipo culturale) che caratteristiche dell'offerta (per esempio la capacità produttiva esistente, spesso in grado di creare la propria domanda). All'analisi di queste differenze sarà dedicato il capitolo 5 del presente studio.

2.4 Diverse strategie cantonali per il finanziamento della spesa socializzata

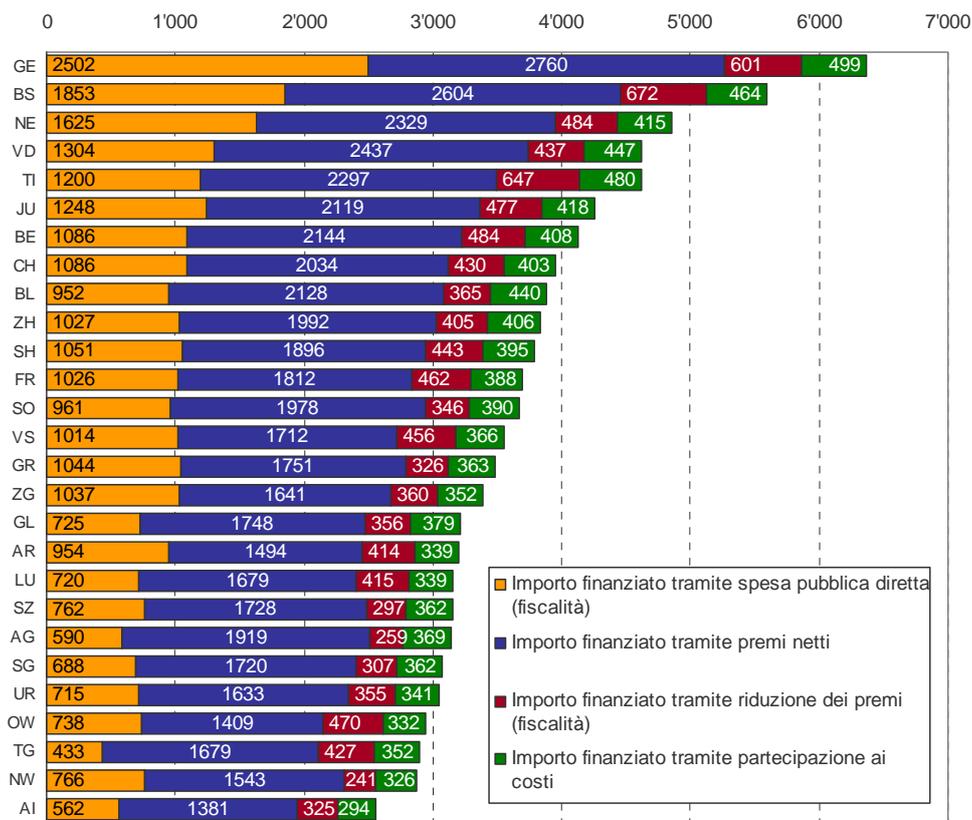
Le differenze intercantontali non concernono solo il valore assoluto della spesa per abitante, ma anche il tipo di strategia di finanziamento adottata (vedi Figura 2.4). Il contesto decisionale (dalla prospettiva dei cantoni) può essere descritto in questi termini: il pacchetto di prestazioni ad accesso universale deve essere finanziato congiuntamente dalla fiscalità cantonale e comunale e dal ricorso all'assicurazione malattia obbligatoria, gestita da compagnie private sulla base di premi *community rated*.

²⁰ Un terzo possibile elemento di disomogeneità sono le differenze di qualità. Purtroppo le informazioni disponibili su questo fronte sono troppo scarse per consentire di dire qualcosa di sensato al proposito.

²¹ Rammentiamo che le tariffe rimborsate dalle assicurazioni malattia sono regolate da convenzioni, le quali rappresentano il risultato di una negoziazione tra associazioni di fornitori e di assicuratori. Nel 2004 il valore iniziale del punto del tariffario Tarmed è stato definito a livello cantonale; il suo "peso" è stato stabilito in modo tale da rispecchiare la situazione vigente nell'ambito dei precedenti tariffari cantonali. Il valore del punto iniziale di ciascun cantone è stato poi monitorato sull'arco di 18 mesi ed aggiustato mediante un automatismo denominato "neutralità dei costi", per garantire che esso determinasse un livello di spesa comparabile a quello precedente l'introduzione di Tarmed.

²² Cfr. per l'ambito ospedaliero Crivelli, Filippini e Lunati (2001) e Farsi e Filippini (2006), per quello delle case anziani Filippini (2001) e Crivelli, Filippini e Lunati (2002).

Figura 2.4 Spesa pubblica, premi netti, riduzione dei premi e partecipazione ai costi per assicurato (2005), in franchi



Fonte: nostre elaborazioni su dati UFS e Datenpool santésuisse

La scelta della strategia di finanziamento deve sottostare a precisi vincoli di legge, ma presenta pure parecchi gradi di libertà, sia per quanto concerne la parte di spesa pubblica (a) che per la parte a carico delle assicurazioni (b).

- a. Per quanto riguarda la *parte di spesa pubblica* esistono chiari vincoli imposti dalla legge federale. L'esempio più sintomatico riguarda le cure ospedaliere in regime stazionario, dal momento che l'articolo 49 della LAMal definisce per questo genere di prestazioni una quota massima di spesa a carico dell'assicurazione malattia, pari al 50 per cento dei costi di gestione di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico.²³

Ne consegue che la parte rimanente deve essere corrisposta dallo Stato: questo è libero di optare per un finanziamento superiore alla quota minima²⁴, ma non dovrebbe in teoria poter ridurre il proprio contributo sotto questa soglia. Tuttavia questo vale solo in teoria, a causa dell'ambiguità del testo di legge.

²³ L'articolo 49 recita: "Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera (art. 39 cpv. 1), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50 per cento dei costi fatturabili per paziente o gruppo d'assicurati nel reparto comune d'ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Non sono computate la quota delle spese di gestione derivanti dalla sovracapacità, le spese d'investimento, di formazione e di ricerca".

²⁴ Approvando per esempio forfait ospedalieri che non raggiungono il 50% delle spese di gestione, un dato cantone accetta di finanziare attraverso la propria fiscalità una quota-parte delle prestazioni ospedaliere superiore al 50%.

Come affermato il contributo pubblico è dovuto solo nel caso di “*ospedali pubblici o sussidiati dall’ente pubblico*”. Su tale aspetto sono possibili interpretazioni diverse: con tutta probabilità il legislatore non intendeva garantire il finanziamento pubblico solo agli ospedali di *proprietà pubblica*, ma a tutti gli enti ospedalieri, il cui contributo è considerato indispensabile ai fini dell’approvvigionamento sanitario della popolazione (che possiamo definire di *interesse pubblico*). La capacità produttiva esistente nell’ambito sussidiato dovrebbe essere tale da garantire le cure dell’intera popolazione, anche attraverso il ricorso di strutture private che integrano l’offerta pubblica (determinando cioè una maggior varietà e possibilità di scelta per i pazienti).

Tuttavia, poiché il testo di legge definisce obbligatorio il versamento di un sussidio solo per gli ospedali di proprietà pubblica (lasciando al cantone, nel caso di enti privati, piena autonomia nel valutare se si tratti o meno di strutture d’interesse pubblico in quanto essenziali per la garanzia dell’approvvigionamento), le autorità cantonali hanno la possibilità di lasciare ad ospedali privati la gestione di parte della capacità produttiva di base, senza però riconoscere loro la qualità di “strutture di interesse pubblico” e senza pertanto partecipare al finanziamento delle prestazioni stazionarie di una parte della popolazione. In questo modo, esse diminuiscono il proprio contributo sotto la soglia auspicata dalla legge federale del 50 per cento.

Le conseguenze di una simile scelta sono di natura redistributiva dal momento che per le cure ospedaliere erogate in cliniche private la tariffa rimborsata dall’assicurazione, anziché coprire il 50% delle spese di gestione, dovrà avvicinarsi al 100% di copertura dei costi totali, includendo oltre alle spese di gestione anche i costi d’investimento. Una parte maggiore della spesa verrà in questo modo trasferita dalla fiscalità (generalmente progressiva) al premio dell’assicurazione malattia (che notoriamente non dipende dal reddito dei cittadini).²⁵

- b. La parte di spesa socializzata non coperta direttamente dallo Stato corrisponde alle prestazioni lorde dell’assicurazione malattia. Queste sono finanziate in primo luogo dai premi, ma pure dai contributi pubblici alla riduzione dei premi di economie domestiche a reddito modesto e dalla partecipazione ai costi degli assicurati.
- In riferimento ai *contributi alla riduzione dei premi*, essi si caratterizzano per un livello di redistribuzione più forte rispetto alla spesa pubblica diretta, poiché sono destinati in modo mirato alle fasce di popolazione che non raggiungono un determinato reddito e/o una determinata sostanza, mentre la spesa pubblica (che oltre all’ambito ospedaliero partecipa per esempio al finanziamento delle cure in casa anziani e a domicilio, della psichiatria, della prevenzione) beneficia indistintamente tutti i potenziali utenti dei servizi, indipendentemente dalla loro situazione economica. Il secondo vantaggio dei contributi alla riduzione dei premi è la partecipazione alla spesa da parte della Confederazione, che nei limiti fissati dalla legge federale versa un cosiddetto “*matching grant*” ad integrazione dei contributi erogati dalle autorità cantonali e comunali.
 - Per quanto concerne la *partecipazione ai costi*, questa è regolata dalla LAMal in modo uniforme a livello federale. Vi sono tuttavia due fattori che, a parità di prestazioni lorde dell’assicurazione malattia, possono causare delle diversità di incidenza della partecipazione ai costi tra i singoli cantoni: la distribuzione dei

²⁵ In realtà spesso le cliniche private ricorrono alla pratica del sussidio trasversale. Le degenze in camera comune vengono fatturate sotto costo, compensato dagli utili realizzati nell’ambito dei pazienti privati, le cui spese sono in parte coperte dalle assicurazioni complementari.

sinistri e la diffusione di franchigie opzionali elevate (su questo secondo aspetto torneremo nel capitolo 4).

- Dalla differenza tra prestazioni lorde e partecipazione ai costi si ottengono le prestazioni nette. Sottraendo a queste l'importo versato per la riduzione dei premi si ottiene la quota di spesa finanziata in modo indipendente dal reddito attraverso i "premi netti".

Dal confronto intercantonale effettuato sui dati per abitante del 2005, riportato nella Figura 2.4, si ottengono i seguenti risultati:

- è senza dubbio nell'ambito della spesa pubblica diretta di cantoni e comuni che si registra la più grande variabilità tra i cantoni. Il primato dello scostamento positivo rispetto al valore medio di 1'085.- spetta a Ginevra (2'502.-, +130%), quello dello scostamento negativo a Turgovia (433.-, -60%).
- per i premi netti (cioè al netto dei contributi pubblici alla riduzione dei premi) il valore più elevato si riscontra a Ginevra (2'760.-), un dato che supera di circa il 36% la media nazionale (2'034.-). Al lato opposto troviamo Appenzello Interno (1'381.-), che segna un valore del 32% inferiore alla media nazionale;
- in materia di sussidi il primato spetta a Basilea città (672.-), con un importo del 56% superiore alla media (430.-), mentre la cifra minima è erogata dal cantone Nidwaldo (241.- per assicurato), -44% rispetto alla media;
- per la partecipazione ai costi spiccano infine ancora i valori di Ginevra (499.-, 24% al di sopra della media) e di Appenzello Interno (294.-, -27% rispetto alla media nazionale pari a 403.-).

In Ticino la situazione si differenzia sia rispetto alla media dei cantoni svizzeri sia rispetto ai cantoni contraddistinti da un costo del pacchetto simile a quello ticinese (i cantoni di Neuchâtel, Vaud e Giura). Per annullare l'effetto di fluttuazioni annuali, nella Tabella 2.1 sono riportati, rispettivamente per il Ticino, la Svizzera e i 3 cantoni romandi con spesa socializzata simile alla nostra, il valore medio della *spesa* socializzata pro capite e l'importo mediamente raccolto tramite i quattro canali canonici di *finanziamento* (ovvero il ricorso ai premi dell'assicurazione obbligatoria, alla riduzione dei premi degli assicurati con reddito modesto, alla spesa pubblica diretta e alla partecipazione ai costi) computati sul periodo 1997-2005.

Tabella 2.1 Valore medio pro capite della spesa socializzata e delle rispettive forme di finanziamento (importi medi del periodo 1997-2005)

	Spesa socializzata (in CHF pro capite)	Finanziamento della spesa (in CHF pro capite)			
		Spesa pubblica	Premio netto	Riduzione dei premi	Partecipazione ai costi
Neuchâtel	4'004.8	1'258.8 (31.3%)	1'928.8 (48.2%)	463.3 (11.6%)	359.9 (9.0%)
Vaud	3'934.4	1'034.5 (26.3%)	2'015.5 (51.2%)	476.5 (12.1%)	407.9 (10.4%)
Ticino	3'893.3	1'011.1 (26.0%)	1'976.4 (50.8%)	503.6 (12.9%)	402.2 (10.3%)
Giura	3'593.7	1'034.7 (28.8%)	1'765.1 (49.1%)	454.1 (12.6%)	339.7 (9.5%)
Svizzera	3'329.4	940.2 (28.2%)	1'681.6 (50.5%)	374.4 (11.2%)	333.2 (10.0%)
TI/CH	1.169 (+16.9%)	1.075 (+7.5%)	1.175 (+17.5%)	1.345 (+34.5%)	1.207 (+20.7%)

Fonte: nostre elaborazioni su dati UFS e Datenpool santésuisse

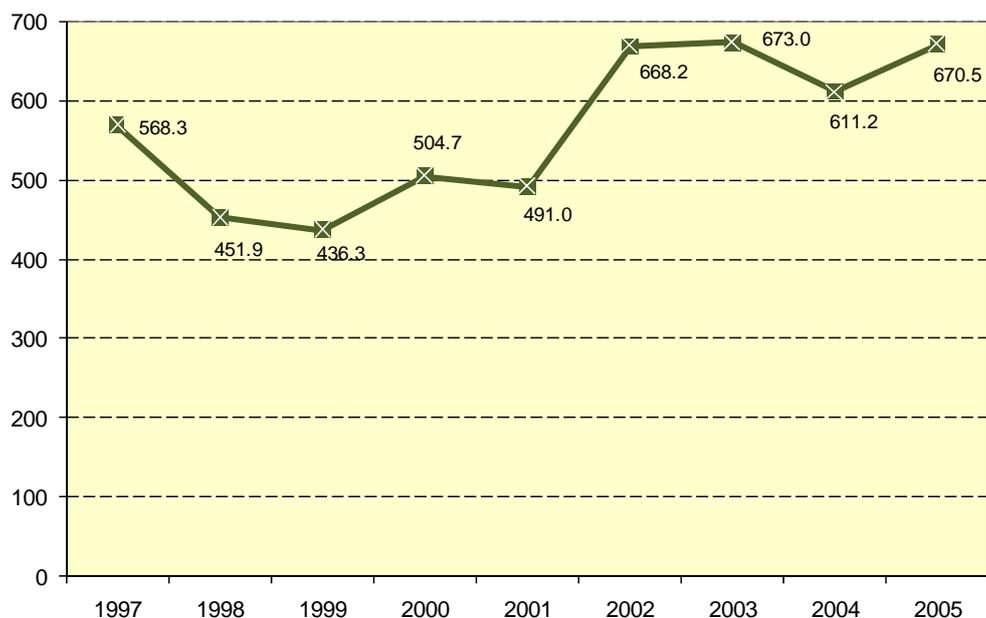
Dalla Tabella 2.1 si possono dedurre i seguenti aspetti:

- In Ticino la spesa socializzata pro capite risulta superiore del 16.9% rispetto alla media svizzera.
- Di fronte a tale spesa, è interessante notare che la riduzione dei premi (+34.5%) e la partecipazione ai costi (+20.7%) hanno un'incidenza preponderante, in quanto superiori al 16.9%.
- Di contro, il premio netto dell'assicurazione malattia (+17.5%) è sostanzialmente in linea con la spesa socializzata.
- Per finire, la spesa pubblica di cantoni e comuni risulta essere meno che proporzionale: questa è sì superiore al dato svizzero (la differenza corrisponde a +94.50 franchi all'anno, pari a +7.5%), ma incide sul finanziamento della spesa socializzata in proporzione minore rispetto ad altri cantoni (26% in Ticino contro il 28.2% della media svizzera).

Un quadro simile si evince dal confronto con i 3 cantoni la cui spesa socializzata si assesta su livelli prossimi a quelli del Ticino. Nessuno di questi cantoni raggiunge la somma di riduzione dei premi registrata in Ticino: il cantone più vicino in valore assoluto è Vaud (476.50 pro capite contro i 503.60 del Ticino). Viceversa la situazione più simile si riscontra nel Canton Giura, dove i sussidi ammontano al 12.6% della spesa totale, 0.3 punti percentuali di spesa socializzata in meno rispetto al Ticino). Per quanto concerne la partecipazione ai costi, il Canton Vaud supera leggermente il Ticino (sia in termini assoluti che relativi, 407.90 contro 402.20; 12.4% contro 12.3%), mentre Neuchâtel e Giura presentano valori decisamente più bassi (tra il 9% ed il 9.5%). Infine abbiamo il dato della spesa pubblica diretta (cantonale e comunale), che in Ticino ottiene il valore più basso sia in termini assoluti che relativi. Poco distante troviamo Vaud (Fr. 1034.50, 26.3%), mentre nei cantoni Giura e Neuchâtel la quota di spesa socializzata coperta dai contributi pubblici diretti si eleva a percentuali sensibilmente più importanti (28.8% rispettivamente 31.3%).

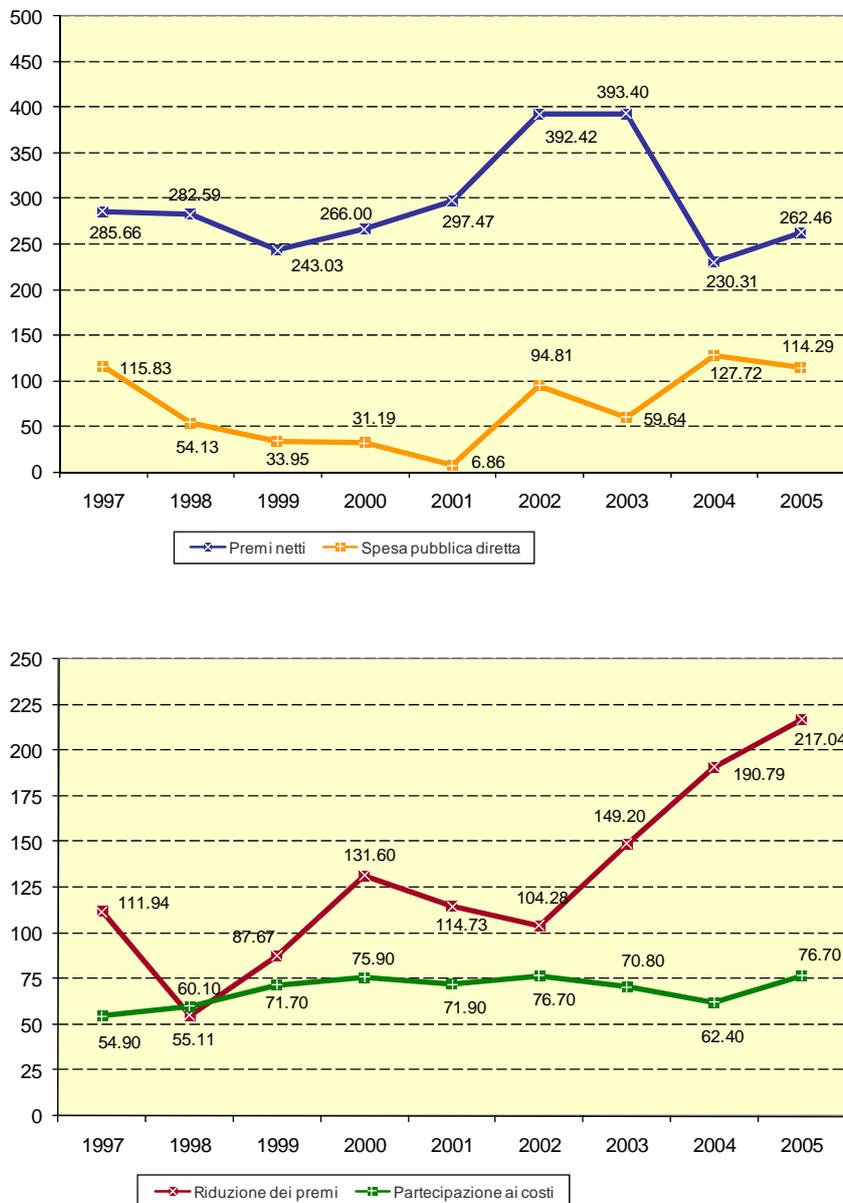
Le riflessioni riportate si basano sulle differenze tra Ticino e Svizzera riscontrate mediamente nel periodo 1997-2005. Esse rappresentano con molta probabilità il riflesso di differenze strutturali, dal momento che tendono a mantenersi piuttosto costanti nel tempo. Nelle figure che seguono (2.5 e 2.6) si è cercato di illustrare l'evoluzione di queste differenze sull'arco degli ultimi 9 anni.

Figura 2.5 Spesa socializzata: differenziale tra valori assoluti pro capite in Ticino e Svizzera (1997-2005)



Dalla Figura 2.5 si deduce che in termini assoluti il differenziale di spesa socializzata tra il Cantone Ticino e la Svizzera è passato da Fr. 568.30 nel 1997 a di Fr. 670.50 nel 2005. Durante il periodo si è assistito ad un'oscillazione di questo differenziale attorno al valore di Fr. 600.-. Un andamento analogo si riscontra per le singole forme di finanziamento, descritte nella Figura 2.6. Il differenziale dei premi netti oscilla attorno a Fr. 300.- per abitante, quello della spesa pubblica diretta attorno a Fr. 80.-, il differenziale della partecipazione ai costi attorno a Fr. 70.-, mentre lo scostamento dei contributi pubblici alla riduzione dei premi si aggira sui Fr. 150.- (ma evidenzia un trend di crescita negli ultimi anni), determinando un differenziale complessivo medio di circa Fr. 600.

Figura 2.6 Differenziale tra valori assoluti pro capite in Ticino e in Svizzera (1997-2005) per le quattro forme di finanziamento



Fonte: nostre elaborazioni su dati UFS e Datenpool santésuisse

Nel capitolo 4 si cercherà di investigare nel dettaglio le cause di queste differenze tra il Ticino ed il resto della Svizzera.

3 Scomposizione dei livelli di spesa socializzata in effetti di prezzo e quantità

Nel capitolo 2 abbiamo specificato che nel 2005 il Ticino, con una spesa socializzata pari a 4'623 franchi per assicurato, si collocava di 17 punti percentuali al di sopra della media svizzera (di 3'953 franchi per assicurato). La differenza tra i due valori di spesa rappresenta un fenomeno strutturale, in quanto il differenziale tra i valori assoluti di spesa pro capite relativi al Ticino e alla Svizzera si è mantenuto piuttosto stabile nel tempo (fluttuando tra i 568 franchi del 1997 e i 670 franchi del 2005).

Lo scopo di questo capitolo è quello di capire se tale differenza sia da attribuirsi a differenze di *prezzo* e/o a differenze nelle *quantità* di prestazioni sanitarie mediamente consumate. Per svolgere l'analisi ci concentreremo sui valori di spesa socializzata del Ticino, isolando le componenti di prezzo e quantità, per poi comparare i risultati ottenuti con i valori medi nazionali, il livello minimo e quello massimo.

3.1 Descrizione dei dati e della metodologia adottata

Le informazioni necessarie alla scomposizione della spesa in prezzi e quantità sono state ricavate da diverse banche dati, messe a disposizione dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), dall'Ufficio federale di statistica (UFS) e dall'Associazione degli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse). Più precisamente sono state utilizzate le seguenti banche dati:

- UFS, Statistiche delle finanze pubbliche (per il fabbisogno netto totale di cantoni e comuni e le singole componenti della spesa sanitaria pubblica);
- UFS, Statistiche degli ospedali e delle case anziani (per i costi di esercizio, il livello di attività e i flussi intercantionali di pazienti nell'ambito degli ospedali e delle case anziani);
- UFSP, Statistiche dell'assicurazione malattia (per i contributi federali e cantonali alla riduzione dei premi, le prestazioni lorde LAMal, la partecipazione ai costi e la diffusione di franchigie elevate);
- Datenpool di santésuisse, per il dettaglio delle singole voci di spesa a carico della LAMal e per il computo dei flussi di prestazioni tra cantoni.²⁶

I dati raccolti ci hanno permesso di scomporre la spesa socializzata per assicurato (S) nelle principali tipologie di prestazioni (s_i) e in un importo residuo, nel quale sono stati fatti confluire i gruppi di costo non considerati esplicitamente in questo capitolo.

$$S = \sum_{i=1}^n s_i + \text{residuo} \quad [\text{equazione 3.1}]$$

²⁶ Il Datenpool si compone di due statistiche. La cosiddetta "Versichertenstatistik" rileva le prestazioni LaMal ottenute dagli abitanti dei 26 cantoni, indipendentemente dal luogo in cui queste cure sono state erogate. In questo modo è possibile stabilire la spesa di una data popolazione cantonale nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria. Troviamo poi la cosiddetta "Rechnungsstellerstatistik", nella quale sono per contro registrate le prestazioni LaMal effettuate da fornitori di cura che svolgono la propria attività in ciascuno dei 26 cantoni. In questo secondo caso (essendo le tariffe basate sul principio di territorialità cantonale) possiamo ricostruire (dividendo la spesa per il relativo prezzo) la quantità di prestazioni erogate.

I gruppi di prestazioni analizzati nel capitolo sono i seguenti:

- Cure ospedaliere in regime stazionario,
- Medicamenti e farmaci dispensati in farmacia, in studi medici o nell'ambulatorio ospedaliero,
- Prestazioni mediche in ambulatorio privato,
- Cure ambulatoriali in ospedale e cure semiospedaliere,
- Case anziani,
- Analisi di laboratorio effettuate in istituti specializzati o negli studi medici,
- Fisioterapia in centri di fisioterapia o in studi medici.

Le cifre del Ticino e della media svizzera, riferite all'anno 2005 (ultimo anno disponibile con informazioni complete), sono riportate in Tabella 3.1.

Tabella 3.1 Scomposizione della spesa socializzata pro capite (a livello svizzero e ticinese) nelle principali tipologie di prestazione (anno 2005)

Tipo di prestazione	in Fr. per abitante		in % della spesa socializzata		Rapporto TI/CH
	Svizzera	Ticino	Svizzera	Ticino	
Cure ospedaliere in regime stazionario (paragrafo 3.1)	1'535.2	1'531.0	38.8%	33.1%	0.997
Medicamenti e farmaci dispensati in farmacia, studi medici o ambulatorio ospedaliero (paragrafo 3.2)	609.7	789.3	15.4%	17.1%	1.294
Prestazioni mediche in ambulatorio privato (paragrafo 3.3)	548.5	612.9	13.9%	13.3%	1.117
Cure ambulatoriali in ospedale e cure semiospedaliere (paragrafo 3.4)	355.7	344.5	9.0%	7.5%	0.968
Case anziani (paragrafo 3.5)	292.4	559.2	7.4%	12.1%	1.913
Analisi di laboratorio effettuate in istituti specializzati o negli studi medici (paragrafo 3.6)	123.3	192.0	3.1%	4.2%	1.557
Fisioterapia in centri di fisioterapia o in studi medici (paragrafo 3.7)	75.2	96.2	1.9%	2.1%	1.278
Totale	3'540.0	4'125.0	89.6%	89.2%	1.165
Residuo (comprendente per esempio i costi dell'assistenza domiciliare, della LIMA, dei chiropratici, le spese amministrative delle casse malati, la spesa pubblica per la prevenzione)	412.6	498.1	10.4%	10.8%	1.208
Spesa socializzata pro capite	3'952.6	4'623.1	100.0%	100.0%	1.170

Le prestazioni elencate rappresentano rispettivamente l'89.6% della spesa in Svizzera e l'89.2% di quella in Ticino. Per la difficoltà nel recuperare alcune informazioni o per la loro scarsa rilevanza sono state trascurate alcune tipologie di prestazioni, delle quali la più importante è senza dubbio l'assistenza domiciliare (2.6% della spesa socializzata). Altre componenti della spesa non analizzate sono la lista LIMA, le prestazioni dei chiropratici, le spese amministrative delle casse malati (3.4%) e la spesa pubblica per la prevenzione e la lotta contro le malattie infettive (2.1%).

Congiuntamente, il livello di spesa socializzata per assicurato del Ticino (per le tipologie di prestazioni da noi analizzate) supera del 16.5% il livello medio nazionale. L'equazione 3.1 può essere trasformata in modo tale da ottenere l'equazione 3.1a, nella

quale si distinguono chiaramente 3 elementi: (a) i prezzi relativi del gruppo di prestazioni i , (b) le quantità relative di i e (c) la quota parte del gruppo di prestazioni alla spesa complessiva.

$$\frac{S^{TI}}{S^{CH}} = \frac{\sum_{i=1}^n p_i^{TI} \times q_i^{TI}}{\sum_{i=1}^n p_i^{CH} \times q_i^{CH}} = \sum_{i=1}^n \frac{p_i^{TI}}{p_i^{CH}} \cdot \frac{q_i^{TI}}{q_i^{CH}} \cdot \frac{S_i^{CH}}{S^{CH}} \quad [\text{equazione 3.1a}]$$

Per ricavare i singoli elementi dell'equazione 3.1a è stato necessario adottare un procedimento diverso a dipendenza del tipo di prestazione.

Nel caso di prestazioni ambulatoriali erogate in studio medico o in ospedale, medicinali, fisioterapia e analisi di laboratorio, l'informazione di partenza è costituita dalla spesa lorda LAMal dei residenti di ciascun cantone (espressa in franchi per assicurato).

Per quanto concerne i prezzi, la situazione più semplice è rappresentata dalle *analisi di laboratorio* e dai *medicamenti*, per i quali il valore è uniforme a livello nazionale. Questo ci esime dal distinguere tra prestazioni consumate all'interno del cantone e prestazioni richieste dai residenti presso fornitori situati in altri cantoni.

L'approccio seguito per il calcolo delle quantità può essere schematizzato nel seguente modo (equazione 3.2):

- **Dato di partenza (s_i^J):** spesa lorda LAMal (pro capite) dei residenti nel cantone J per la prestazione i .
- **Informazione disponibile (p_i):** prezzo applicato dai fornitori (uniforme a livello nazionale) per unità di prestazione (per esempio il valore del punto della lista analisi).
- **Calcolo delle quantità (q_i^J):** la quantità di prestazioni del tipo i consumate dalla popolazione residente nel cantone J corrisponde al quoziente tra spesa e prezzo.

$$q_i^J = \frac{s_i^J}{p_i} \quad [\text{equazione 3.2}]$$

Anche per le *prestazioni mediche in studio privato*, per *l'ambulatoriale ospedaliero* e per la *fisioterapia* è possibile riferirsi ad una struttura tariffale nazionale (a punti), ma questa presenta delle differenze per quanto riguarda il valore del punto cantonale.²⁷ Diversamente da quanto accade per le analisi di laboratorio e i medicinali, per queste prestazioni è necessario considerare il flusso di prestazioni tra i cantoni per poter determinare correttamente le quantità. Con questo intento, abbiamo contrassegnato con l'indice K il

²⁷ Nel caso di cura ambulatoriale, la legge impone all'assicuratore di assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato oppure nei dintorni. Questa regola (denominata "protezione tariffale") determina una maggior partecipazione ai costi per l'assicurato nel caso in cui le prestazioni sono acquistate in un cantone che applica un valore del punto superiore al cantone di origine.

cantone fornitore della prestazione e con l'indice J il cantone di residenza del paziente. Si ha $J=K$ quando un paziente consuma un servizio sul territorio del cantone di residenza; di contro $J \neq K$, quando avviene un consumo di prestazioni fuori dal cantone di domicilio.

L'approccio seguito per il calcolo delle quantità può essere pertanto schematizzato nel seguente modo:

- **Dato di partenza (s_i^J):** spesa pro capite dei residenti nel cantone J .
- **Informazione disponibile (p_i^K):** struttura dei prezzi applicati alla prestazione i dai fornitori di prestazione attivi nel cantone K (per esempio valore cantonale del punto di Tarmed).
- **Calcolo delle quantità (q_i^J):** la quantità di prestazioni consumate dalla popolazione residente nel cantone J corrisponde al quoziente tra spesa e prezzo. Questa è data dal rapporto tra la spesa e una media ponderata dei prezzi applicati dai fornitori dei singoli cantoni, con ponderazione σ^{JK} (ossia la quota di spesa dei residenti nel cantone J presso fornitori attivi nel cantone K).²⁸

L'equazione utilizzata è la seguente:

$$q_i^J = \frac{s_i^J}{\sum_{K=1}^{26} \sigma^{JK} \cdot p_i^K} \quad [\text{equazione 3.3}]$$

L'impatto di questa correzione non è elevatissimo. Per esempio nel caso dei medici specialisti l'errore commesso trascurando i flussi di pazienti tra i cantoni sarebbe stato dell'ordine di grandezza di $\pm 5\%$.

Più complessa è invece la situazione delle prestazioni ospedaliere, fornite in regime stazionario, e delle cure in casa anziani. Poiché si tratta di prestazioni finanziate congiuntamente dall'assicurazione obbligatoria, da finanziamenti pubblici e da altri enti finanziatori, il punto di partenza non può essere la semplice spesa LAMal. Le tariffe rimborsate dagli assicuratori rappresentano solo una parte del prezzo effettivo della prestazione, che è cofinanziata in modo più o meno esteso dallo Stato e da eventuali assicurazioni complementari o dal paziente stesso (con importanti differenze – come descritto al capitolo 2 – tra i singoli cantoni). In questi casi si è pertanto ritenuto opportuno scostarsi dallo schema generale di analisi, focalizzato sulla spesa socializzata, allo scopo di estendere la prospettiva di indagine (in particolare per quanto concerne la definizione della componente di prezzo) ai costi complessivi di queste prestazioni.

²⁸ Se la totalità delle prestazioni consumate dai residenti nel cantone j fosse acquistata presso fornitori attivi sul territorio cantonale (ipotesi di "autarchia"), allora s_{ijk} (quando $j \neq k$) sarebbe pari a 0 e s_{ijk} (quando $j = k$) pari a 1. Il calcolo delle quantità consumate nel cantone k risulterebbe in questo caso semplificato in un semplice rapporto tra spesa e prezzo per punto. L'indice dei prezzi di acquisto, con cui intendiamo indicare il denominatore del rapporto di cui sopra, consente di calcolare la quantità reale di consumo di una determinata prestazione, tenendo conto del prezzo di quest'ultima all'interno dei singoli cantoni.

Nel caso specifico delle *case anziani*, il dato di partenza è dato dai costi d'esercizio delle strutture localizzate in un dato cantone. L'acquisto di giornate di degenza fuori cantone è, nella maggior parte dei casi, di entità trascurabile. A nostra disposizione non avevamo la matrice dei flussi intercantonali (espressi in termini di giornate di cura), ma solo l'entità delle prestazioni rimborsate dagli assicuratori malattia ai residenti di un dato cantone, in seguito a degenze in case di riposo situate in altri cantoni. Su questa base è stato possibile effettuare perlomeno una stima dell'entità dei flussi intercantonali e considerare questa informazione ai fini del calcolo del costo medio per giornata di cura, sulla falsariga della metodologia utilizzata per le cliniche specializzate (si vedano le equazione 3.4a e 3.4b).

Più articolato e complesso è il caso degli *istituti ospedalieri*. Il dato di partenza è rappresentato dai costi totali di esercizio delle istituzioni attive nei diversi cantoni, suddivise in 5 categorie di istituto (2 per gli ospedali di cura generale e 3 per le cliniche specializzate). Da questi costi è stato scorporato il valore dell'attività ambulatoriale (remunerata in modo diverso e analizzata separatamente), utilizzando i ricavi di tale attività quale prima approssimazione dei rispettivi costi. Con riferimento alle *quantità*, sono disponibili informazioni diverse a dipendenza della tipologia di ospedale.

1. Per gli *ospedali di cura generale*, contraddistinti da una grande variabilità circa la gravità media dei pazienti degenti, è disponibile il *caseload*, cioè il numero di casi "pesati" in base alle risorse necessarie per la rispettiva cura. La gravità media dei casi ricoverati in una struttura è definita dal *Case Mix Index (CMI)*. Questo dato è noto a livello di cantone-fornitore del servizio ed è differenziato:
 - tra l'insieme degli ospedali acuti centralizzati (*K11*) e quello degli ospedali acuti per le cure di base (*K12*) di un dato cantone;
 - tra pazienti residenti nel cantone e pazienti provenienti da fuori cantone.
2. Per le tre tipologie di *cliniche specialistiche (K21, K22 e K23)*, invece, sono disponibili sia il numero di casi che il numero di giornate di degenza. Per il computo delle *quantità*, in questo frangente la nostra scelta è caduta sulle giornate di degenza. Nel determinare il costo medio per giornata (distinto per tipologia di clinica) si è di conseguenza ipotizzato che la gravità media delle cure erogate in una data categoria di ospedale fosse uniforme tra i cantoni.

Una volta stabilite le quantità, si è passati al calcolo dei *costi unitari*. Anche in questo ambito si è ritenuto opportuno considerare i flussi intercantonali di pazienti. In tal senso sono stati calcolati due indicatori di costo:

- il costo unitario di un punto AP-DRG (per gli ospedali di cura generale) oppure di una giornata di degenza (per le cliniche specialistiche) sostenuto all'interno di ciascun cantone fornitore del servizio (cu1),
- il costo unitario di un punto AP-DRG oppure di una giornata di degenza sostenuto al di fuori del cantone di domicilio (cu2).²⁹

²⁹ Il limite principale di questo approccio, se si vuole utilizzare il costo medio quale indicatore approssimativamente del prezzo, consiste nell'ignorare i possibili profitti realizzati dalle strutture ospedaliere pubbliche e private. Se una clinica realizzasse ingenti profitti è infatti possibile che i prezzi risultino di parecchio superiori ai costi. In genere questi profitti vengono realizzati nell'ambito delle degenze in camera privata e semi-privata (a spese delle coperture assicurative complementari) e sono almeno in parte destinati alla copertura dei disavanzi registrati nell'attività con pazienti ricoverati in camera comune.

I valori di $cu1$ sono stati ricavati dividendo i costi di esercizio delle strutture localizzate in un dato cantone K per il *caseload* (oppure il numero di giornate di degenza) dei pazienti ospedalizzati in quel medesimo cantone.³⁰

- **Dato di partenza (C_i^K):** Costi di esercizio (considerati al netto dei ricavi ambulatoriali) degli ospedali localizzati nel cantone K . Come specificato sopra i costi sono considerati al netto dei ricavi ambulatoriali e sono disponibili separatamente per ognuna delle 5 categorie in cui sono suddivisi gli ospedali.
- **Informazione disponibile (q_i^K):** *caseload* nel caso di ospedali di cura generale / giornate di degenza per le cliniche specializzate.
- **Calcolo del costo unitario ($cu1_i^K$):** il costo unitario di una unità di output, cioè di un punto AP-DRG rispettivamente di una giornata di degenza, erogata nel cantone K , corrisponde al quoziente tra costo totale e quantità.

$$cu1_i^K = \frac{C_i^K}{q_i^K} \quad [\text{equazione 3.4a}]$$

Più complesso, invece, è stato il calcolo effettuato per determinare $cu2$. In questo caso è stato necessario stabilire il numero di casi (o di giornate di degenza) relativi a persone residenti nel cantone J ma ospedalizzati (per la tipologia di ospedale i) nel cantone K (N_i^{JK}). Nel caso degli ospedali di cura generale, tale valore è stato aggiustato in base al *Case Mix Index* del cantone K riferito ai pazienti provenienti da fuori cantone ($CMI_i^{K,fc}$). In questo modo è stato possibile determinare la percentuale di pazienti di un dato cantone K curati in ciascuno dei rimanenti cantoni, ottenendo una ponderazione pari a ρ_i^{JK} . Tale ponderazione, poi, applicata al costo unitario $cu1$ dei cantoni fornitori di cura, ci ha permesso di ottenere il valore medio $cu2$ dalla prospettiva dei residenti in un dato cantone J .

$$cu2_i^J = \sum_{K \neq J} \rho_i^{JK} \cdot cu1_i^K$$

$$\rho_i^{JK} = \frac{N_i^{JK} \cdot CMI_i^{K,fc}}{\sum_{K \neq J} N_i^{JK} \cdot CMI_i^{K,fc}} \quad [\text{equazione 3.4b}]$$

Mediante $cu1$ e $cu2$ è stato poi possibile calcolare il costo medio effettivamente pagato dai residenti del cantone. cuM si situa tra i due valori ed è tanto più vicino a $cu1$ quanto più alto è il grado di autarchia del cantone (inteso come la quota percentuale di residenti di un cantone che beneficiano di cure ospedaliere sul proprio territorio cantonale). In questo caso la correzione ha un impatto decisamente più significativo rispetto all'equazione 3.3 ($\pm 10\%$ nel caso degli ospedali di cura generale, mentre per le cliniche specializzate le correzioni variano da -35% a $+135\%$).

³⁰ Non è stato per contro possibile determinare quale percentuale di questo prezzo venga socializzata tramite assicurazione obbligatoria e spesa pubblica, in quanto i dati relativi alla spesa pubblica non sono noti a livello di singola categoria di ospedale.

La metodologia utilizzata per la scomposizione di prezzi e quantità nella fattispecie delle varie tipologie di prestazioni è ricapitolata nella Tabella 3.2.

Tabella 3.2 Ricapitolazione della metodologia utilizzata per scomporre la spesa in prezzi e quantità

	Dato di partenza	Dato ricavato	Formula utilizzata
Cure ospedaliere (in regime stazionario)	Numero di casi pesati (<i>caseload</i>) ogni 1000 assicurati per ospedali di cura generale, giornate di cura ogni 1000 assicurati per cliniche specialistiche	Costo medio unitario (quale sintesi delle tariffe a carico della LAMal, delle tariffe a carico delle complementari e delle sovvenzioni pubbliche)	Equazioni 3.4a e 3.4b
Medicamenti e farmaci (dispensati in farmacia o in studi medici)	Prezzi uniformi sul piano nazionale	Quantità di medicamenti (ipotizzando però un portafoglio uniforme)	Equazione 3.2
Prestazioni mediche in ambulatorio privato	Tarmed, con valori del punto cantonali	Punti di Tarmed per assicurato	Equazione 3.3
Cure ambulatoriali in ospedale	Tarmed, con valori del punto cantonali, differenziati tra pubblico e privato	Punti di Tarmed per assicurato	Equazione 3.3
Case anziani	Giornate di cura ogni 1000 assicurati e giornate di cura ogni 1000 assicurati con più di 65 anni	Costo medio unitario quale sintesi dei forfait per le cure infermieristiche (differenziati per gradi di dipendenza dell'ospite) a carico della LAMal, delle sovvenzioni pubbliche e di altri finanziamenti.	Equazioni 3.4a e 3.4b
Analisi di laboratorio (effettuate in istituti specializzati o negli studi medici)	Tariffario unico nazionale	Punti della lista analisi per assicurato	Equazione 3.2
Fisioterapia (in studi di fisioterapia o in studi medici)	Tariffario unico, con valori del punto cantonali	Punti del tariffario di fisioterapia per assicurato	Equazione 3.3

Nei paragrafi successivi sarà presentata l'analisi dettagliata per le 7 tipologie di prestazione. Per ragioni di sintesi, nella trattazione si riportano solo i risultati emersi per il Ticino, la Svizzera, il cantone con il valore minimo e quello con il valore massimo.³¹

3.2 Cure ospedaliere in regime stazionario

Nelle banche dati dell'Ufficio federale di statistica gli ospedali svizzeri sono suddivisi in 5 tipologie di istituto, che possono a loro volta essere ricompattate in due macro-categorie:

1. Ospedali di cura generale, di cui fanno parte:
 - gli ospedali acuti centralizzati, suddivisi in cliniche universitarie ed ospedali regionali (*K11*),
 - gli ospedali acuti zionali, che offrono cure di base (*K12*).
2. Cliniche specializzate, comprendenti:

³¹ Le tabelle con i risultati completi di tutti i cantoni possono essere richieste direttamente agli autori.

- ospedali di psichiatria (K21),
- ospedali di riabilitazione (K22) e
- cliniche di altre specializzazioni (K23).

3.2.1 Ospedali di cura generale (K11 e K12)

La Tabella 3.3 presenta i principali dati (numero di casi curati, frequenza delle cinque dimensioni di istituto sul totale degli ospedali di cura generale, numero medio di posti letto) per la categoria degli ospedali di cura generale. L'inclusione di un istituto nella categoria K11 o K12 si basa prevalentemente sul numero annuo di ricoveri effettuati.

Tabella 3.3 Ospedali di cura generale: statistiche descrittive (2005)

	Classificazione UFS	Nr. casi trattati	% istituti	Nr. medio posti letto
Ospedali universitari	K11	> 30'000	3%	1'020
Ospedali regionali		9'000 – 30'000	12%	402
Ospedali zionali grandi	K12	6'000 – 9'000	17%	217
Ospedali zionali medi		3'000 – 6'000	30%	120
Ospedali zionali piccoli		< 3'000	38%	62

Fonte: Farsi e Filippini, 2006

Per gli ospedali una caratteristica fondamentale è l'assetto proprietario, poiché la distinzione tra ospedale privato e ospedale di interesse pubblico è rilevante ai fini della partecipazione dello Stato al finanziamento delle prestazioni. La Tabella 3.4 riporta la situazione dei 26 cantoni.

Tabella 3.4 Numero di ospedali privati, pubblici e privati sussidiati (2005)

	Privati non sussidiati	Pubblici e privati sussidiati	Totale
AG	2	8	10
AI		1	1
AR		2	2
BE	5	14	19
BL	1	3	4
BS		5	5
FR	3	4	7
GE	3	2	5
GL		1	1
GR	1	12	13
JU		1	1
LU	1	2	3
NE		7	7
NW		1	1
OW		1	1
SG	1	4	5
SH		1	1
SO	1	5	6
SZ	1	3	4
TG	1	2	3
TI	6	6	12
UR		1	1
VD	5	9	14
VS	1	3	4
ZG	1	1	2

ZH	6	14	20
CH	39	113	152

Fonte: UFS, 2005

Dalla tabella emerge che i cantoni che si distinguono per una significativa incidenza di ospedali privati non sussidiati sono Ginevra (3 ospedali su 5, 60%), il Ticino (6 su 12, 50%) e Zugo (1 su 2, 50%). Il Canton Ticino, in particolare, presenta in assoluto il numero più elevato di cliniche di cura generale non sussidiate.

Come illustrato al paragrafo precedente, per la categoria in esame i dati economici considerati sono:

- i costi di esercizio, distinti per singola categoria (ospedali acuti centralizzati e ospedali acuti zonali). In assenza di una contabilità analitica, i costi comprendono sia l'attività ambulatoriale che quella stazionaria e semi-ospedaliera. Mentre per le due ultime casistiche è impossibile operare una separazione a livello di costi, per l'attività ambulatoriale si conoscono perlomeno i ricavi, che possono essere considerati una buona approssimazione dei relativi costi. Il dato di spesa da noi considerato corrisponde pertanto ai *costi d'esercizio al netto dei ricavi dell'ambulatoriale ospedaliero*;
- per le quantità è disponibile il *caseload*, cioè il numero di casi "pesati" in base alle risorse necessarie per la rispettiva cura. Questo è stato ottenuto moltiplicando il numero di casi stazionari per il relativo *Case Mix Index*;
- per il *costo unitario* si è scelto quale indicatore il costo medio di un punto AP-DRG, calcolato per ciascuno dei cantoni in cui sorgono gli ospedali. Siccome non è possibile scorporare le attività del settore semi-ospedaliero, per ottenere il costo unitario è stato utilizzato il numero totale dei ricoveri (compresi cioè i casi semi-ospedalieri).³²

Nelle pagine successive sono riportate alcune tabelle di sintesi con i valori dei *costi unitari* ($cu1$, $cu2$ e cuM) riferiti al cantone con valore minimo, a quello con valore massimo, al Ticino e alla Svizzera.

La Tabella 3.5 si riferisce agli **ospedali acuti centralizzati (K11)**.

Tabella 3.5 Costo unitario (in CHF) degli ospedali acuti centralizzati: massimo e minimo (rispetto a $cu1$), Ticino e Svizzera

	Costo nel cantone ($cu1^K$)	Costo fuori cantone ($cu2^J$)	Costo medio (cuM^J)	Grado di autarchia	$\frac{cu1^K}{cu^{CH}}$	$\frac{cu2^J}{cu1^K}$	$\frac{cuM^J}{cu^{CH}}$
NE (MAX)	14'735	12'201	14'323	83.8%	1.25	0.83	1.22
TI	11'058	11'040	11'057	93.5%	0.94	1.00	0.94
VS (MIN)	6'996	12'831	7'523	91.0%	0.59	1.83	0.64
CH	11'782				1.00		1.00

³² Nel calcolo è stato implicitamente ipotizzato che il livello medio di gravità dei casi stazionari (evidenziato dal *Case Mix Index*) potesse essere applicato anche alla casistica semi-ospedaliera. Pur trattandosi di un'approssimazione piuttosto forte, a nostro avviso i dati attualmente disponibili non consentono una soluzione migliore del problema.

Dalla Tabella emerge che $cu1$ oscilla tra i 6'996.- del Cantone Vallese e i 14'735.- di Neuchâtel. Rispetto alla media svizzera, il nostro indicatore di costo unitario varia da -41% a +25% (la proporzione rispetto al valore medio svizzero è riportata nella colonna 5).

In Ticino il valore di $cu1$, pari a 11'058.-, è di 6 punti percentuali al di sotto della media svizzera. Le differenze riscontrate tra i cantoni possono essere spiegate da una serie di cause:

- una diversa gravità dei casi non catturata dal *Case Mix Index*,
- una differente qualità di codifica AP-DRG da parte degli ospedali,
- la presenza di attività di formazione e ricerca,
- prezzi dei fattori più o meno elevati (si pensi ad esempio alle classi salariali del personale infermieristico e medico),
- l'esistenza di economie di scala o di inefficienze di costo.³³

Il costo delle prestazioni acquistate fuori cantone ($cu2$) per il Ticino è di fatto identico a quello delle prestazioni interne: 11'040.- contro 11'058.-. Questa sostanziale invarianza rende ininfluenza ai fini della spesa totale i flussi di pazienti ticinesi verso ospedali di altri cantoni (che, nel caso del Ticino, sono comunque relativamente contenuti – come attesta il grado di autarchia pari al 93.5%). Non sorprende pertanto che il Canton Ticino presenti un costo medio cuM (corrispondente alla media ponderata tra $cu1$ e $cu2$, con ponderazione pari al grado di autarchia, rispettivamente al grado di dipendenza da altri cantoni) di 11'057.-, molto vicino al costo unitario registrato nel cantone (cfr. colonna 3).

La situazione degli **ospedali acuti zionali** ($K12$) è riportata nella Tabella 3.6.

Tabella 3.6 Costo unitario (in CHF) degli ospedali acuti per cure di base: massimo e minimo (rispetto a $cu1$), Ticino e Svizzera

	Costo nel cantone ($cu1^K$)	Costo fuori cantone ($cu2^J$)	Costo medio (cuM^J)	Grado di autarchia	$\frac{cu1^K}{cu^{CH}}$	$\frac{cu2^J}{cu1^K}$	$\frac{cuM^J}{cu^{CH}}$
GE (MAX)	14'883	8'611	14'368	91.8%	1.52	0.58	1.47
TI	8'719	9'835	8'740	98.1%	0.89	1.13	0.90
GL (MIN)	6'898	9'706	7'017	95.8%	0.71	1.41	0.72
CH	9'765				1.00		1.00

Il costo medio delle prestazioni acquistate nel cantone di residenza del paziente ($cu1$) varia da un minimo di Fr. 6'898.- nel Canton Glarona ad un massimo di 14'883.- riscontrato a Ginevra. Rispetto alla media svizzera i valori di $cu1$ oscillano tra un minimo di -29% ed un massimo di +52%.

Analogamente a quanto accade negli ospedali acuti centralizzati, il Ticino, con un valore di $cu1$ pari a 8'719.-, si colloca di 11 punti percentuali al di sotto della media svizzera. Il costo medio di un punto AP-DRG acquistato fuori cantone per il Ticino è tuttavia del 13% superiore a quello interno: 9'835 contro 8'719.-. L'elevato grado di autarchia del

³³ Per una panoramica sulle cause delle differenze di costo tra ospedali svizzeri, sulla presenza di economie di scala e sul ruolo delle attività di formazione e ricerca si vedano Farsi e Filippini (2005) e Farsi e Filippini (2007).

cantone (98.1%) limita comunque l'incidenza degli acquisti operati fuori cantone sul costo medio cantonale. Il Ticino si caratterizza per un costo medio cuM pari a 8'740.-, che risulta non particolarmente elevato e del 10% inferiore alla media svizzera.

Oltre ai costi unitari, sono state prese in considerazione le *quantità*. Per evitare distorsioni nell'interpretazione dei risultati dei singoli cantoni, sono state aggregate le quantità relative agli ospedali delle categorie $K11$ e $K12$.³⁴ I dati riportati nella Tabella 3.7 sono espressi in termini di *caseload* ogni 1000 assicurati.

Tabella 3.7 **Quantità (*caseload* ogni 1000 assicurati) per ospedali di cura generale: massimo e minimo (rispetto a Q), Ticino e Svizzera**

	$q(K11 + K12) / 000$ assicurati	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
BS (MAX)	148.8	1.25
TI	135.3	1.14
LU (MIN)	91.3	0.77
CH	118.8	1.00

Dalla Tabella 3.7 si può notare che Basilea Città registra le quantità maggiori (+25% rispetto alla media nazionale). Il cantone che evidenzia le quantità minori è Lucerna (-23%). Il Ticino si colloca in assoluto in seconda posizione, con un *caseload* ogni 1000 assicurati del 14% superiore alla media nazionale.

3.2.2 Cliniche specializzate ($K21$, $K22$ e $K23$)

La seconda categoria di ospedali analizzata è quella delle cliniche specializzate, comprendente:

- ospedali di psichiatria ($K21$),
- ospedali di riabilitazione ($K22$),
- cliniche di altre specializzazioni, quali chirurgia, ginecologia/neonatologia, pediatria, geriatria, ortopedia, cardiocirurgia, ecc. ($K23$).

I dati economici presi in considerazione sono simili a quelli degli ospedali di cura generale. La differenza risiede nell'indicatore di quantità, che in questo caso è dato dalle giornate di degenza. Di conseguenza il costo unitario è espresso in termini di costo medio di una giornata di degenza.

Per le **cliniche psichiatriche** si ottiene un *costo medio per giornata di degenza* ($cu1$) che oscilla tra i 410.- del Canton Ticino ed i 1'035.- del Canton Ginevra. Rispetto alla media svizzera i valori del Ticino sono inferiori del 35%; quelli di Ginevra superiori del 64% (Tabella 3.8).

³⁴ In questo caso le *quantità* contemplano solo le ospedalizzazioni (sono stati esclusi i casi semi-ospedalieri).

Tabella 3.8 Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di ospedali psichiatrici: massimo e minimo (rispetto a $cu1$), Ticino e Svizzera

	Costo nel cantone ($cu1^K$)	Costo fuori cantone ($cu2^J$)	Costo medio (cuM^J)	q /000 assic.	Grado di autarchia	$\frac{cu1^K}{cu^{CH}}$	$\frac{cu2^J}{cu1^K}$	$\frac{cuM^J}{cu^{CH}}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
GE (MAX)	1'034.9	704.9	1'017.9	348.4	94.8%	1.64	0.68	1.61	0.96
TI (MIN)	410.2	645.6	413.8	279.3	98.5%	0.65	1.57	0.66	0.77
CH	631.6			362.5		1.00		1.00	1.00

Il Ticino presenta un valore inferiore alla media svizzera pure in termini di *quantità*, benché in questo caso lo scostamento dalla media nazionale sia più contenuto (-23%).³⁵ Sempre per il Ticino, il costo per giornata di cura fuori cantone $cu2$ è pari a 1,57 volte il costo nel cantone. Nonostante tale differenza, non si registrano ripercussioni importanti sul costo medio dalla prospettiva dei residenti del cantone (cuM), poiché il grado di autarchia è prossimo al 99%. Opposto è il caso di quei cantoni che, non avendo ospedali psichiatrici, sono costretti ad ospedalizzare i propri residenti fuori cantone (di norma presso regioni limitrofe). Si fa notare che una parte degli ospedali di cura generale dispone di un reparto di psichiatria, per cui vi sono degenze psichiatriche che sfuggono a questo confronto, poiché figurano tra i casi ricoverati negli ospedali di cura generale.

La Tabella 3.9 riporta i dati delle **cliniche di riabilitazione**.

Tabella 3.9 Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di ospedali di riabilitazione: massimo e minimo (rispetto a $cu1$), Ticino e Svizzera

	Costo nel cantone ($cu1^K$)	Costo fuori cantone ($cu2^J$)	Costo medio (cuM^J)	q /000 assic.	Grado di autarchia	$\frac{cu1^K}{cu^{CH}}$	$\frac{cu2^J}{cu1^K}$	$\frac{cuM^J}{cu^{CH}}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
BS (MAX)	959.2	597.5	804.5	182.8	57.2%	1.55	0.62	1.30	1.13
TI	625.6	664.2	628.5	182.9	92.5%	1.01	1.06	1.01	1.13
GR (MIN)	315.0	672.2	604.9	105.4	18.8%	0.51	2.13	0.97	0.65
CH	620.6			162.2		1.00		1.00	1.00

Dalla tabella emerge che il costo per giornata di cura varia tra i 315.- dei Grigioni ed i 959.2 di Basilea Città, rispettivamente -49% e +55% rispetto alla media svizzera. In Ticino il valore di $cu1$ è sostanzialmente uguale alla media svizzera: 625.60 (+ 1%). Diverso il quadro per quanto concerne le quantità, con il Ticino che si posiziona al di sopra della media con 183 giornate ogni 1000 assicurati (+13%). Infine, il costo degli acquisti fuori cantone ($cu2$) si discosta di poco rispetto a $cu1$, comportando così un costo medio complessivo di 628.5 (+1% rispetto alla media svizzera).

L'ultimo caso, quello delle **cliniche con altre specializzazioni** (K23), è singolare e va valutato con cautela. L'estrema eterogeneità delle istituzioni esistenti nei diversi cantoni ed

³⁵ E' importante sottolineare che se al posto delle giornate di degenza si fosse considerato il tasso di ospedalizzazioni, questo in Ticino sarebbe risultato del 5% superiore alla media nazionale. La principale differenza tra il Ticino e la Svizzera si situa pertanto a livello di degenza media in clinica psichiatrica. La durata media di una degenza è in Ticino molto più breve rispetto al resto della Svizzera, denotando strategie di cura e normative legali (rispetto alla contenzione) piuttosto diverse.

incluse in questa categoria, infatti, rende la comparazione assai delicata. Nel caso del Ticino, per esempio, appartengono a questa categoria il Cardiocentro e l'ArsMedica Clinic; di contro, a livello svizzero troviamo classificate in questo gruppo cliniche di pediatria o ginecologia, le cui casistiche di gravità sono senza dubbio inferiori rispetto a centri di cardiocirurgia. Tale differenziazione si riflette sui valori del costo medio di una giornata di degenza, determinando – come era lecito attendersi – una forbice decisamente più accentuata rispetto alle tipologie precedenti. Come rileva la Tabella 3.10, si passa dai 457.4 per giornata di cura del Cantone Vallese (-58% rispetto alla media svizzera) ai 2'840.- del Canton Turgovia (+162%).

Tabella 3.10 Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di altre cliniche specializzate: massimo e minimo (rispetto a $cu1$), Ticino e Svizzera

	Costo nel cantone ($cu1^K$)	Costo fuori cantone ($cu2^J$)	Costo medio (cuM^J)	q /1000 assic.	Grado di autarchia	$\frac{cu1^K}{cu^{CH}}$	$\frac{cu2^J}{cu1^K}$	$\frac{cuM^J}{cu^{CH}}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
TG (MAX)	2'839.7	1'284.7	1'947.2	96.2	42.6%	2.62	0.45	1.79	0.56
TI	2'247.1	1'625.0	2'120.5	117.2	79.7%	2.07	0.72	1.95	0.68
VS (MIN)	457.4	1'213.8	507.9	331.0	93.3%	0.42	2.65	0.47	1.92
CH	1085.8			172.6		1.00		1.00	1.00

Il Ticino presenta un livello di costi unitari elevato, ampiamente superiore alla media, pari a 2'247.- a giornata, ovvero +107% rispetto al valore medio nazionale. Come descritto sopra, lo scostamento è dovuto alla tipologia di istituti classificati in questo gruppo di ospedali. La situazione varia con riferimento alle quantità: il numero di giornate di ricovero ogni 1000 assicurati è inferiore alla media del 32%.³⁶ Infine, si calcola che il prezzo medio di acquisto dalla prospettiva dei residenti in Ticino (cuM), pari a 2'120.5, è prossimo a $cu1$, in virtù dell'elevato grado di autarchia (79.7%).

3.3 Medicinali somministrati in studi medici e farmacie

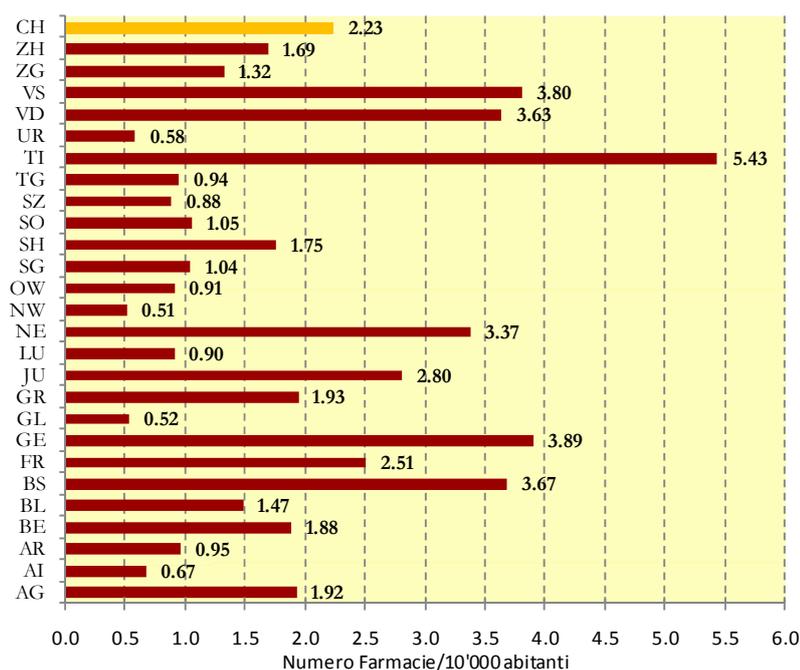
Per quanto riguarda il consumo e i livelli di spesa per medicinali, occorre anzitutto specificare che in Svizzera il *regime di dispensazione dei farmaci* segue regole diverse a seconda del cantone. Mentre in alcuni cantoni, infatti, è prevista in modo generalizzato la vendita dei farmaci al paziente da parte dei medici in studio privato (ad esempio nei cantoni Lucerna e San Gallo), in altri cantoni (ad esempio in Ticino e a Ginevra) i medicinali possono essere acquistati esclusivamente in farmacia. Vi sono infine cantoni nei quali la dispensazione diretta dei farmaci è consentita solo in determinate aree del cantone (di regola le aree rurali), mentre in zone urbane vige il divieto di dispensazione diretta dei farmaci (per esempio a Zurigo³⁷ e Berna).

³⁶ Se al posto delle giornate di cura avessimo considerato (quale indicatore di quantità) il numero dei casi non pesati, il Ticino avrebbe evidenziato un tasso di ospedalizzazione del 34% superiore alla media svizzera. Di nuovo la differenza principale risiede nella degenza media, che nelle strutture K23 ticinesi (con contenuto sanitario a carattere fortemente acuto ed elevata intensità tecnologica) risulta essere inferiore alla media svizzera. Il contenuto tecnologico e sanitario di una giornata di degenza ed il relativo costo, nel caso di questa categoria di cliniche, non possono pertanto essere considerati del tutto comparabili.

³⁷ Il regime di Zurigo dovrebbe cambiare a partire dal 2008.

Se consideriamo i dati relativi alla densità di farmacie nei diversi cantoni (numero di farmacie per 10'000 abitanti – Figura 3.1), notiamo che i cantoni con la maggior densità di farmacie sono Ticino e Ginevra, entrambi caratterizzati dal divieto di vendita diretta dei farmaci negli studi medici. Il Ticino, in particolare, con più di 5 farmacie ogni 10'000 abitanti, è il cantone con la densità maggiore. Di contro, i cantoni con un numero di farmacie più ridotto (come, ad esempio, Nidvaldo e Glarona) sono quelli nei quali la percentuale di medici che dispensano farmaci negli studi privati, calcolata rispetto al totale dei medici, è elevatissima.

Figura 3.1 Densità di farmacie per 10'000 abitanti (2005)



Fonte dei dati: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2005)

Il regime di somministrazione dei farmaci non è rilevante solo per la densità delle farmacie, ma anche per la definizione del costo dei medicinali rimborsati dalle casse malati. Per i medicinali esiste un tariffario uniforme a livello nazionale: il prezzo di listino di un farmaco dovrebbe essere il medesimo su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dal luogo di vendita dello stesso (in farmacia piuttosto che nello studio medico). Tuttavia, nel caso di acquisto di un medicinale in farmacia³⁸, la somma fatturata all'assicurazione malattia è pari al prezzo di listino del farmaco più il costo della prestazione del farmacista, remunerata secondo un tariffario a punti che dipende solo in minima parte dal prezzo del medicamento venduto³⁹. Si stima che, mediamente, l'acquisto di un farmaco

³⁸ Si fa qui riferimento ai soli medicinali sottoposti a ricetta medica e obbligatoriamente a carico della cassa malati, escludendo quindi i farmaci acquistati senza ricetta medica.

³⁹ Più in particolare, sui farmaci prescritti dal medico il farmacista incassa, oltre ad un importo fisso che copre la gestione del farmaco, una tassa per ogni medicamento (ma indipendentemente dal numero di imballaggi consegnati). Quella che viene definita "tassa farmacista" è applicata ad ogni medicinale venduto tramite ricetta medica e riconosciuto dalla LAMal. Questa tassa copre i costi della prestazione del farmacista quale professionista nell'arte sanitaria: la sua consulenza e i suoi consigli (istruzioni per l'impiego, dosaggio, durata

in farmacia anziché nello studio medico comporti un supplemento di prezzo di circa il 7.3%.⁴⁰ D'altro canto per i farmaci dispensati direttamente negli studi medici è ipotizzabile che la vendita del farmaco sia accompagnata da una fatturazione supplementare da parte del medico che prescrive il medicamento (per esempio 5 minuti addizionali di durata della consultazione, per poter spiegare al paziente la posologia del farmaco). In questo senso, quindi, si può ragionevolmente sostenere che il differenziale tra il prezzo del farmaco venduto in farmacia e quello somministrato nello studio medico possa essere considerato trascurabile.

Più problematico appare invece l'aspetto connesso alla *tipologia di farmaci* venduti e consumati in un dato cantone, che potrebbe causare differenze nei livelli di spesa per medicinali da cantone a cantone. Ideale sarebbe riuscire ad individuare, per ciascun cantone, la tipologia di medicinali effettivamente consumati (ad esempio farmaci generici piuttosto che farmaci di marca, medicinali di uso comune, meno cari, piuttosto che medicinali di uso specifico, più cari). Filippini, Masiero e Moschetti (2006) hanno rilevato, nel caso concreto degli antibiotici, l'esistenza di differenze tra i cantoni nel consumo di antibiotici da parte della popolazione. In uno studio successivo [Filippini, Masiero e Moschetti (2007)], l'analisi ha tuttavia evidenziato che le differenze riscontrate nella prescrizione delle varie categorie di antibiotici (espresse in termini di quota percentuale), seppur significative statisticamente, sono di entità inferiore rispetto alla variabilità nelle quantità medie di consumo.

Poiché nel nostro studio non disponiamo di informazioni sulla composizione del portafoglio di farmaci somministrati nei vari cantoni, siamo costretti ad ipotizzare che si seguano strategie di prescrizione uniformi a livello nazionale. Adotteremo, in sintesi, le seguenti ipotesi di lavoro:

- non sussistono differenze di prezzo tra medicinali acquistati in farmacia e negli studi medici o somministrati in ambulatorio ospedaliero;
- il prezzo unitario dei farmaci è uniforme su tutto il territorio nazionale e standardizzato a 1, per cui le variazioni nei livelli di spesa sono interpretate come differenze nelle quantità consumate. In realtà dietro queste differenze si potrebbe celare non solo un ammontare diverso di dosi giornaliere consumate (l'unità di misura abitualmente utilizzata per rappresentare le quantità di un farmaco), ma anche una composizione diversa del portafoglio di farmaci prescritti ai pazienti e dunque del prezzo medio dei farmaci consumati.

Nella Tabella 3.11 sono riportati i dati a nostra disposizione sui livelli di spesa relativi ai medicinali, che oltre ai farmaci acquistati in farmacia e nello studio medico includono anche i farmaci somministrati ai pazienti nell'ambulatorio ospedaliero.

della terapia, conservazione ed eventualmente effetti secondari e interazioni), la verifica e l'elaborazione elettronica della ricetta medica e la supervisione del dossier del cliente.

⁴⁰ Questo valore è stato calcolato in considerazione del fatto che il fatturato delle farmacie a carico di santésuisse è composto da: i) prezzo di listino dei farmaci (circa l'89%); ii) remunerazione del farmacista per la propria prestazione (7%); iii) vendita di altri prodotti, diversi dai farmaci, acquistabili in farmacia (4%). Il supplemento di prezzo del farmaco – escludendo quest'ultima componente- può essere calcolato come segue: $7/(89+7)*100=7,3\%$.

Tabella 3.11 Valori di spesa per medicinali: massimo e minimo (in CHF), Ticino e Svizzera

	Spesa per assicurato (in CHF)	$\frac{s^J}{s^{CH}}$
GE (MAX)	849.2	1.39
TI	789.3	1.29
AI (MIN)	390.3	0.64
CH	609.8	1.00

Dall'analisi emerge che il cantone con il più alto livello di spesa per medicinali è Ginevra (circa 850 franchi all'anno per assicurato), mentre quello con il valore più basso è Appenzello Interno (390 franchi). Tali valori, che rappresentano i costi medi per medicinali sostenuti nel 2005 nei diversi cantoni, sono stati ottenuti sommando la spesa (in valori assoluti) relativa a farmaci dispensati nelle farmacie con quella relativa a medicinali somministrati negli studi medici e nell'ambulatorio ospedaliero. Guardando ai valori relativi, rapportati cioè alla media svizzera, emerge che il Ticino ha valori di spesa che superano i livelli medi di circa il 29%, denotando un consumo pro capite di farmaci inferiore solo a quello dei cantoni di Ginevra e Basilea Città.

3.4 Prestazioni ambulatoriali in studi medici per visite di base e specialistiche

Rispetto all'incidenza sui valori di spesa socializzata, la terza categoria di prestazioni in ordine di importanza è rappresentata dalle cure mediche ambulatoriali in studio privato.

Per tutte le cure ambulatoriali, indipendentemente dal fatto che queste siano prestate in uno studio medico o in ospedale, è stato utilizzato quale punto di partenza il tariffario medico Tarmed (i prezzi sono espressi in termini di centesimi corrisposti dalle casse malati per ogni punto Tarmed), mentre le quantità, intese come numero di punti erogati per assicurato, sono calcolate dividendo la spesa lorda per il valore del punto cantonale.

Il tariffario medico Tarmed ha introdotto, nel 2004, una struttura tariffale uniforme in tutta la Svizzera per le prestazioni ambulatoriali. Tarmed è una struttura tariffale fondata su un modello di calcolo di economia aziendale: ciò significa che per ogni posizione del tariffario sono state calcolate le risorse che un medico con produttività standard dovrebbe consumare per effettuare la relativa prestazione. A ciascuna posizione corrisponde un numero complessivo di punti, ottenuto sommando i punti attribuiti alla prestazione medica e quelli assegnati alla prestazione tecnica. Con la prestazione medica è corrisposto il salario del medico in base all'unità di tempo impiegato, alla sua formazione e alla sua esperienza. Con la prestazione tecnica, invece, sono rimborsati i costi per le infrastrutture necessarie (studio medico, personale, attrezzature, materiale utilizzato), per unità di tempo. Mentre l'ammontare di punti associati ad ogni prestazione è identico in ogni cantone, vi sono invece delle differenze per quanto riguarda il valore del punto, definito separatamente per ciascun cantone.

In questo paragrafo verranno dapprima analizzate le prestazioni ambulatoriali negli studi privati per poi procedere, nel paragrafo 3.4, all'analisi delle cure ambulatoriali in ambito ospedaliero.

Nel confrontare la situazione del Ticino rispetto a quella di altri cantoni, da un punto di vista generale è opportuno precisare che esistono importanti differenze intercantionali per quel che riguarda la distribuzione di medici di base e specialisti (Tabella 3.12).

Tabella 3.12 Densità medici di base e specialisti per 100'000 abitanti e livelli di autarchia (2005)

	Medici base		Specialisti	
	Medici ogni 100'000 abitanti	Grado di autarchia	Medici ogni 100'000 abitanti	Grado di autarchia
AG	70.69	89.6%	80.03	77.3%
AI	81.41	82.8%	40.70	48.4%
AR	78.04	74.4%	93.27	31.1%
BE	103.62	96.7%	107.87	94.8%
BL	103.12	84.5%	93.67	58.4%
BS	128.36	85.9%	245.71	83.5%
FR	73.60	87.2%	79.86	82.5%
GE	145.45	98.3%	183.18	98.5%
GL	89.40	91.5%	63.11	74.4%
GR	107.15	96.0%	68.47	84.6%
JU	86.90	91.1%	76.59	72.3%
LU	80.68	94.0%	70.28	88.4%
NE	106.73	94.7%	103.79	94.3%
NW	79.20	84.2%	38.32	44.1%
OW	93.90	91.8%	24.23	28.1%
SG	83.95	92.5%	76.57	84.8%
SH	99.86	90.6%	97.16	82.7%
SO	92.72	85.5%	70.05	67.6%
SZ	80.57	88.8%	50.54	60.2%
TG	79.93	86.4%	52.15	64.5%
TI	107.87	97.9%	94.46	96.3%
UR	89.52	93.9%	34.65	57.1%
VD	108.84	95.0%	135.22	92.6%
VS	91.19	95.2%	84.63	89.3%
ZG	91.06	90.3%	91.99	83.8%
ZH	108.11	95.8%	121.72	95.6%
CH	99.54	93.8%	104.57	87.2%

Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (2007), *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung*.

Tra i medici di base sono stati classificati i cosiddetti “*médecins de premier recours*”, di cui fanno parte i medici che dispongono di una specializzazione FMH in medicina generale, medicina interna, pediatria, i medici senza specializzazione e gli studi medici di gruppo. Nella categoria dei medici specialisti, invece, sono state incluse tutte le altre specialità. Alcuni cantoni si caratterizzano per un’elevata densità di specialisti, come ad esempio Basilea Città, Ginevra, Zurigo e Berna. La diversa distribuzione di medici di base e specialisti si riflette nei livelli di autarchia dei cantoni. Vi sono alcuni cantoni, come ad esempio Obvaldo, Nidvaldo e Appenzello Esterno, nei quali la percentuale di residenti che si rivolge a specialisti fuori cantone è alta, a causa della mancanza di alcune specializzazioni sul territorio cantonale. In questi casi, i flussi di pazienti verso l’esterno sono elevati.

Diversa è invece la situazione per la medicina di base, dove i livelli di autarchia non scendono al di sotto dell'80%.

Le prestazioni ambulatoriali effettuate negli studi medici assorbono complessivamente il 13,3% della spesa socializzata del Canton Ticino. Questo valore è a sua volta da attribuire per un 56% a visite specialistiche e per il restante 44% a consultazioni presso medici di base. Le componenti di prezzo e quantità della medicina di base e di quella specialistica sono state analizzate separatamente.

3.4.1 Medicina di base

I dati relativi alle prestazioni dei medici di base sono riportati nella Tabella 3.13.

Tabella 3.13 Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) della medicina di base: massimo e minimo (rispetto a q), Ticino e Svizzera

	$q /$ assicurato	Prezzo nel cantone ($p1^K$)	Prezzo fuori cantone ($p2^J$)	Prezzo medio (pM^J)	Grado di autarchia	$\frac{p1^K}{p^{CH}}$	$\frac{p2^J}{p1^K}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
GE (MAX)	367.64	0.980	0.912	0.979	98.3%	1.11	0.93	1.35
TI	280.58	0.970	0.835	0.967	97.9%	1.10	0.86	1.03
AI (MIN)	190.97	0.830	0.834	0.831	82.8%	0.94	1.01	0.70
CH	272.79	0.883			93.3%	1.00		1.00

Osservando le quantità medie, il cantone con il valore più alto è Ginevra con 368 punti per assicurato, mentre il valore più basso lo troviamo nel cantone di Appenzello Interno con 191 punti (+35% e -30% rispetto alla media svizzera). Il Ticino si posiziona di poco sopra la media nazionale (+3%), con una quantità consumata pro-capite corrispondente a circa 280 punti. Per quanto riguarda i prezzi interni ($p1$), Giura presenta il valore più alto (0.99), seguito da Ginevra e Vaud con un valore del punto pari a 0.98, mentre i cantoni Grigioni e Vallese attestano il valore più basso (0.78). Differentemente dalle quantità, per il Ticino il valore di $p1$ (0.97) si colloca di dieci punti percentuali al di sopra della media svizzera.

Sempre per il Ticino, il prezzo medio di acquisto fuori cantone è di circa il 14% inferiore rispetto a quello interno. Questo significa che i ticinesi che vanno a curarsi fuori cantone pagano meno di quanto pagherebbero se ricevessero la medesima prestazione in Ticino. Questa differenza non ha però ripercussioni importanti in termini di spesa. Infatti la percentuale di residenti che si curano in Ticino (cioè il grado di autarchia) è, per la medicina di base, elevatissima (97.9%).

3.4.2 Medicina specialistica

Anche rispetto alle visite specialistiche il Ticino, con una media di 353 punti per assicurato, presenta una quantità di poco superiore alla media svizzera (+2%), comparata per esempio al +74% del cantone Ginevra (cfr. Tabella 3.14).

Tabella 3.14 Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) della medicina specialistica: massimo e minimo (rispetto a q), Ticino e Svizzera

	$q /$ assicurato	Prezzo nel cantone ($p1^K$)	Prezzo fuori cantone ($p2^J$)	Prezzo medio (pM^J)	Grado di autarchia	$\frac{p1^K}{p^{CH}}$	$\frac{p2^J}{p1^K}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
GE (MAX)	602.02	0.980	0.946	0.980	98.5%	1.10	0.97	1.74
TI	353.24	0.970	0.887	0.967	96.3%	1.09	0.91	1.02
OW (MIN)	175.56	0.800	0.809	0.806	28.1%	0.90	1.01	0.51
CH	345.08	0.894	0.880		87.2%	1.00	0.98	1.00

In valori assoluti Ginevra presenta la quantità più alta (602 punti pro-capite), mentre Obvaldo, con soli 176 punti, presenta il valore più basso (pari a circa la metà del valore medio nazionale). Guardando invece ai prezzi interni, con un valore del punto pari a 0.97 il Ticino ha un prezzo per prestazione che è del 9% superiore alla media⁴¹, superato solo da Vaud e Ginevra (con +10%), e Giura (con +11%). Il valore del punto più basso lo si registra in Vallese e nei Grigioni ($p1=0.78$).

Se si considerano i flussi intercantonali di pazienti, la tabella mostra che il prezzo per l'acquisto di prestazioni di medicina specialistica in Ticino è di circa il 10% superiore al costo delle medesime prestazioni fuori cantone ($p2=0.89$). Questo prezzo di acquisto ridotto non incide tuttavia in modo significativo sul livello medio dei prezzi per i servizi specialistici (pM), in virtù di un grado di autarchia che anche per le visite specialistiche è assai elevato (96.3%). È interessante notare come in altri cantoni i livelli di autarchia nel settore della medicina specialistica siano estremamente bassi. A causa della mancanza di medici specialisti installati in questi cantoni, i flussi di assicurati che si rivolgono all'esterno del cantone per l'acquisto di prestazioni specialistiche sono elevati (il cantone Obvaldo, ad esempio, ha un grado di autarchia inferiore al 30%). In casi come questo è possibile che la differenza tra prezzi interni ed esterni possa avere un significativo impatto sui livelli di spesa (questo non accade tuttavia nel caso di Obvaldo, dal momento che nella maggior parte dei cantoni limitrofi vige lo stesso valore del punto).

3.5 Prestazioni ambulatoriali ospedaliere e cure semiospedaliere

Sono definite prestazioni ambulatoriali ospedaliere o semiospedaliere le cure prestate in ospedale ma non considerate di carattere stazionario.⁴²

⁴¹ Benché il valore del punto di Tarmed sia il medesimo per le consultazioni dei medici di base e per quelle degli specialisti (pari a 97 centesimi), in termini relativi la situazione ticinese presenta una leggera differenza nei confronti della media svizzera. In generale si constata un grado di autarchia maggiore per la medicina di base rispetto alla medicina specialistica. La diversa distribuzione delle due tipologie di medici nel territorio determina un valore medio svizzero differente per la medicina di base (0.88) e per quella specialistica (0.89).

⁴² Le definizioni di cure ospedaliere, semiospedaliere e ambulatoriali sono contenute nell'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case anziani nell'assicurazione malattie (OCPre), del 3 luglio 2002. Ai sensi della LAMal sono considerate cure ospedaliere le degenze in ospedale di una durata di almeno 24 ore relative a esami, terapie e cure. Le degenze in ospedale di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte, come pure le degenze in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale o in caso di decesso sono pure considerate come cura ospedaliera. Sono considerate cure semiospedaliere le degenze pianificate relative a esami, terapie e cure che necessitano di sorveglianza o di cure immediatamente successive alla terapia come pure

Come anticipato nel precedente paragrafo, anche per le cure ambulatoriali ospedaliere viene utilizzato per il calcolo dei prezzi il tariffario medico Tarmed. In questo caso, tuttavia, differenze nei valori dei punti Tarmed si registrano non solo tra cantoni, ma anche all'interno dello stesso cantone a seconda che il paziente riceva una prestazione in un ospedale pubblico o in una clinica privata. Pertanto, ai fini del calcolo dei prezzi, si sono tenute in considerazione anche le diverse comunità tariffali relative agli ospedali pubblici e a quelli privati, per quei cantoni nei quali sono presenti entrambe le tipologie di ospedali. I prezzi presi a riferimento per i confronti intercantonali e per il calcolo delle quantità risultano dalla media (ponderata per il volume di prestazioni) dei prezzi applicati da ospedali pubblici e privati nel corso del 2005 nei diversi cantoni. L'ipotesi di fondo è che la distribuzione degli assicurati del cantone $J=K$ tra le due comunità tariffali (ovvero tra ospedali pubblici e privati in K) sia uguale a quella dei residenti del cantone $J \neq K$ che ricevono prestazioni nel cantone K . In altre parole, si ipotizza che i pazienti residenti e i non residenti si distribuiscano allo stesso modo tra gli ospedali pubblici e privati attivi all'interno del cantone K .

Diversa è la situazione nel settore semiospedaliero, nell'ambito del quale vengono utilizzati strumenti di fatturazione eterogenei tra cantoni (in molti casi si tratta di formule a carattere forfetario, accompagnate – per particolari servizi – da fatturazioni per prestazione). Per le cure semiospedaliere ci siamo pertanto visti costretti a rinunciare ad una scomposizione della spesa nelle sue componenti di prezzo e di quantità. In altre parole abbiamo dovuto ipotizzare prezzi uniformi, trattando la spesa semiospedaliera pro capite alla stregua di un indicatore di quantità.

Passando ora ad esaminare i valori di prezzo e quantità relativi alle cure ambulatoriali ospedaliere, la Tabella 3.15 mette in evidenza che, per quanto riguarda le quantità medie (ricavate tramite prezzi pesati in base ai flussi intercantonali ed espresse in termini di punti per assicurato), il cantone con il valore più alto è risultato essere il Giura (381 punti pro-capite), mentre il valore più basso lo si riscontra nel Canton Svitto (con 141 punti).

Tabella 3.15 Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) di prestazioni ambulatoriali ospedaliere: massimo e minimo (rispetto a q), Ticino e Svizzera

	$q /$ assicurato	Prezzo nel cantone ($p1^K$)	Prezzo fuori cantone ($p2^J$)	Prezzo medio (pM^J)	Grado di autarchia	$\frac{p1^K}{p^{CH}}$	$\frac{p2^J}{p1^K}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
JU (MAX)	381.27	0.940	0.931	0.938	75.4%	1.03	0.99	1.74
TI	207.26	0.816	0.913	0.821	95.0%	0.90	1.12	0.95
SZ (MIN)	141.35	0.977	0.918	0.944	44.4%	1.07	0.94	0.65
CH	218.55	0.911	0.916		85.3%	1.00		1.00

La quantità media del Ticino ammonta a 207 punti, il 5% in meno rispetto alla media svizzera. Per quanto riguarda i prezzi, il cantone con il valore del punto più alto è Glarona ($p1=1.00$), mentre San Gallo e Vallese presentano il valore più basso ($p1=0.77$). Il Ticino, con un valore medio del punto pari a 0.82 (e corrispondente alla media ponderata delle due comunità tariffali, pubblica e privata), ha un prezzo per prestazione che si assesta al di sotto della media svizzera del 10%. Anche raffrontando il prezzo locale con quello che i ticinesi

all'utilizzazione di un posto letto. Sono pure considerate cure semiospedaliere le degenze ripetute in cliniche di giorno e di notte.

pagano per le prestazioni ospedaliere ambulatoriali fuori cantone (p_2), il primo risulta significativamente inferiore: il rapporto tra i due valori, infatti, mostra che p_2 è del 12% superiore rispetto al prezzo pagato nel cantone. Tale differenza, comunque, non incide in modo significativo sul livello medio dei prezzi (p_M), in quanto il Ticino è un cantone fortemente autarchico. Solo il 5% dei residenti, infatti, si rivolge ad altri cantoni per ottenere questa tipologia di prestazioni.

La situazione delle cure semiospedaliere è ricapitolata nella Tabella 3.16. In questo caso la spesa del Ticino (174 franchi per assicurato) si rivela essere superiore alla media nazionale (+11%). Il valore massimo (234 franchi) è registrato a Basilea Città (+55%), quello minimo nel Canton Friburgo (91 franchi, -42%).

Tabella 3.16 Valori di spesa per prestazioni semiospedaliere: massimo e minimo, Ticino e Svizzera

	Spesa per assicurato (in CHF)	$\frac{s^J}{s^{CH}}$
BS (MAX)	243.46	1.55
TI	174.34	1.11
FR (MIN)	91.40	0.58
CH	156.57	1.00

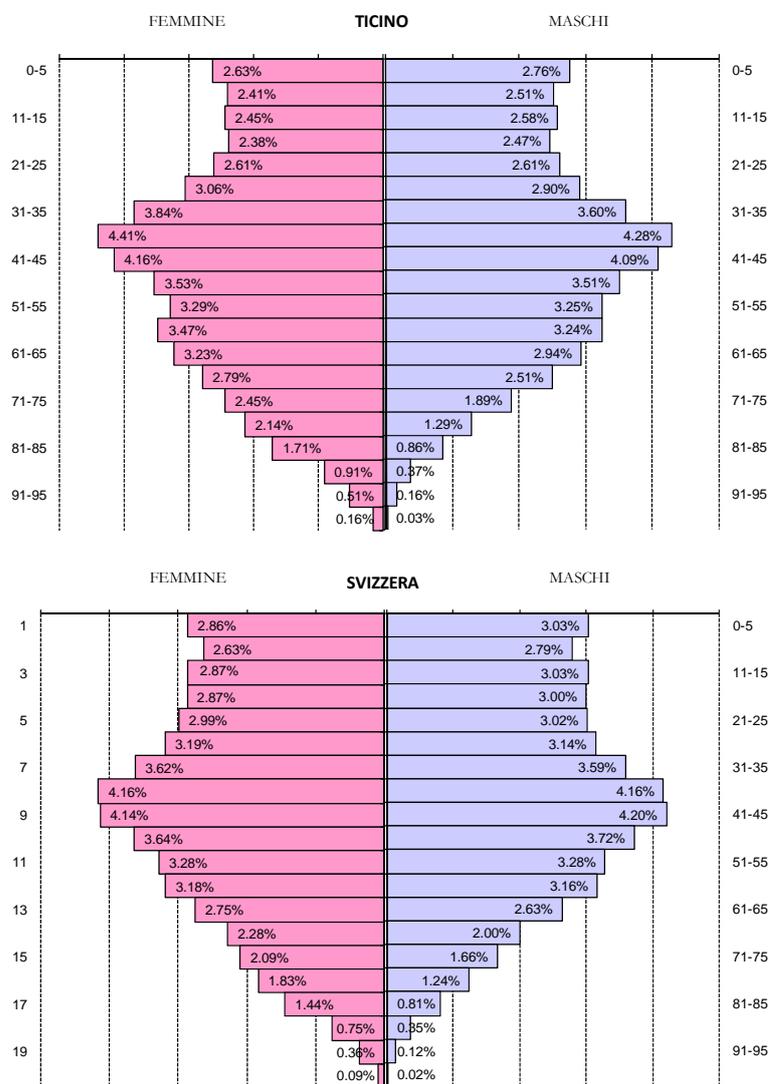
3.6 Case anziani (EMS)

Per le case anziani sono noti due tipi di informazioni economiche. Da un lato si conoscono i costi di esercizio complessivi delle case di riposo di ciascun cantone; dall'altro è possibile estrapolare la spesa socializzata in forma diretta, aggregando spesa pubblica (i sussidi diretti alle case anziani) e prestazioni lorde LAMal relative a questo specifico settore.⁴³ È stato pertanto possibile calcolare il costo medio di una giornata di residenza in casa anziani nei singoli cantoni, così come la quota di spesa socializzata per giornata di residenza. In considerazione del numero limitato di flussi intercantonali in questo particolare settore, le correzioni per soggiorni in case anziani fuori cantone non hanno dato riscontri particolarmente significativi.

La quantità è rappresentata dal numero di giornate di residenza ogni 1000 assicurati (q_1). Per tener conto del profilo demografico differente (le percentuali di popolazione anziana variano notevolmente a dipendenza del cantone, come evidenziato chiaramente nella Figura 3.2 per il Canton Ticino e la Svizzera), si è calcolato un secondo indicatore di quantità (q_2), che definisce il numero di giornate di residenza ogni 1000 assicurati di età superiore ai 65 anni.

⁴³ Esiste infatti un secondo strumento di socializzazione della spesa per cure in casa anziani, non rilevato dai nostri dati: ci riferiamo al versamento di sussidi diretti agli ospiti (per esempio tramite le PC AVS) e/o alla differenziazione delle rette giornaliere in base al reddito ed alla sostanza dei cittadini.

Figura 3.2 Distribuzione della popolazione svizzera e ticinese per fasce di età di 5 anni e sesso (2006)



Passando ai risultati, la Tabella 3.17 mostra che i costi unitari variano dai 112.- per giornata di residenza del Canton Appenzello Interno (-50% rispetto alla meda svizzera) ai 338.- del Canton Ginevra (+51%).

Tabella 3.17 Costo unitario (in CHF) e numero di giornate di cura in case anziani (per assicurato e per assicurato di età superiore ai 65 anni): massimo e minimo (rispetto a cu), Ticino e Svizzera

	Costo per i residenti (cu^J)	$q1^J$ (giornate per assicurato)	$q2^J$ (giornate per assicurato ≥ 65)	$\frac{q1^J}{q1^{CH}}$	$\frac{q2^J}{q2^{CH}}$	$\frac{cu^J}{cu^{CH}}$
GE (MAX)	338.4	3.1	15.5	0.76	0.79	1.57
TI	234.4	4.6	18.9	1.13	0.96	1.06
AI (MIN)	112.6	3.6	18.2	0.89	0.93	0.58
CH	224.1	4.1	19.7	1.00	1.00	1.00

Il Ticino presenta un costo di poco superiore alla media, 234.- (+6%). Dietro queste differenze, come evidenziato da Crivelli, Lunati e Filippini (2001), si celano forti disparità tra i cantoni per quanto riguarda il grado medio di dipendenza degli ospiti. Nei cantoni con un'elevata densità di posti letto una parte importante degli ospiti in casa anziani è ancora in buone condizioni di salute, denotando dunque un grado di dipendenza ed un costo medio relativamente bassi. Cantoni che per contro hanno limitate capacità di accoglienza in casa anziani, in virtù per esempio di un ricorso più frequente all'assistenza domiciliare allo scopo di mantenere le persone anziane il più a lungo possibile al proprio domicilio, si caratterizzano per un grado medio di dipendenza degli ospiti piuttosto elevato, con evidenti ripercussioni sul costo medio per giornata.

In termini di quantità il Ticino si colloca al di sopra della media svizzera in riferimento all'indicatore q_1 (+13%). Restringendo il campo alla popolazione con più di 65 anni, la situazione del Ticino si rovescia: in questo caso, infatti, la quantità di giornate di ricovero per assicurato q_2 si presenta leggermente inferiore alla media (-4%). Tale risultato è rilevante, perché evidenzia che il Ticino, essendo il secondo cantone in termini percentuali per popolazione con età superiore ai 65 anni (la percentuale è del 24,2%, contro una media svizzera del 20,6%), per il suo fabbisogno non dispone di posti letto in quantità paragonabile alla media svizzera. L'offerta risulta dunque inferiore alla media, se si tiene conto dell'elevato numero di anziani residenti in Ticino.

Il quadro cambia notevolmente se si considera il valore medio del costo *socializzato* di una giornata di cura (Tabella 3.18).⁴⁴

Tabella 3.18 Spesa socializzata per giornata in case anziani (in CHF): massimo e minimo, Ticino e Svizzera

	Spesa socializzata per giornata (in CHF)	$\frac{s^J}{s^{CH}}$
GE (MAX)	156.1	2.16
TI	122.2	1.70
SG (MIN)	39.4	0.55
CH	72.1	1.00

I cantoni che, sommando spesa pubblica e rimborsi dell'assicurazione malattia, hanno il costo socializzato per giornata rispettivamente più basso e più alto sono San Gallo (-45%) e Ginevra (+116%). La situazione del Ticino è molto diversa rispetto al primo scenario: se il costo totale era sostanzialmente in linea con i valori svizzeri, la spesa socializzata è infatti decisamente più elevata rispetto alla media nazionale (+70%).

3.7 Analisi effettuate nei laboratori e negli studi medici

Come descritto all'inizio del capitolo, per tale categoria l'informazione di partenza è costituita dalla spesa lorda LAMal. I valori di spesa per assicurato sono stati calcolati sommando le analisi effettuate nei laboratori e quella realizzate negli studi medici. I dati di

⁴⁴ In questo confronto si considera solo la spesa pubblica diretta, versata alle istituzioni nella forma della copertura del disavanzo o di un contributo fisso legato ad un mandato di prestazione. In realtà lo Stato interviene con un contributo pubblico anche a livello dei singoli soggetti, nella forma per esempio di prestazioni complementari AVS/AI. Questi contributi sfuggono tuttavia al nostro confronto.

spesa, in valori assoluti, sono evidenziati nella Tabella 3.19 e mostrano che nel 2005 il Ticino era il cantone con la spesa per assicurato maggiore (193.- franchi), seguito da Ginevra (186.- franchi) e da Zurigo (127.- franchi).

Tabella 3.19 Valori di spesa per analisi di laboratorio (in CHF): massimo e minimo, Ticino e Svizzera

	Spesa per assicurato	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
TI (MAX)	193.0	1,57
AI (MIN)	82.7	0,67
CH	122.8	1,00

Poiché per le analisi esiste un tariffario unico a livello nazionale con valore del punto uniforme per tutti i cantoni (per l'anno 2005 un valore del punto pari a 1 franco⁴⁵), è possibile confrontare il livello di spesa cantonale con il valore nazionale ($\frac{s^J}{s^{CH}}$) ed ottenere il rapporto tra le quantità. Confrontando i livelli di spesa pro capite rispetto a quelli medi, si intuisce come in Ticino il consumo di analisi di laboratorio sia considerevolmente superiore rispetto al valore medio (+57%). Di contro, il cantone che consuma meno analisi di laboratorio è Appenzello Interno (-33% rispetto alla media).

3.8 Fisioterapia

Per le prestazioni di fisioterapia erano note due tipologie di dati:

1. da una parte abbiamo le prestazioni di fisioterapia effettuate *all'interno degli studi medici*. Queste rappresentano, nella media svizzera, il 12% del totale delle prestazioni (i dati si riferiscono ai costi per assicurato del 2005)⁴⁶;
2. dall'altra parte abbiamo le *prestazioni fatturate da fisioterapisti liberi professionisti* di cui si conoscono, oltre ai costi per assicurato, anche i flussi intercantionali di prestazioni⁴⁷. Per quest'ultima tipologia, dunque, è stato possibile correggere il computo dei prezzi e delle quantità per le prestazioni che i residenti di un dato cantone ricevono presso fisioterapisti attivi in un altro cantone.

Per la fisioterapia esiste un tariffario nazionale, denominato *Tariffario federale di fisioterapia*, che prevede valori del punto diversi da cantone a cantone. Poiché tali valori sono i medesimi sia per le prestazioni effettuate all'interno degli studi medici sia per quelle erogate da fisioterapisti libero-professionisti, i dati di spesa relativi agli uni e agli altri (s1 e s2) sono stati sommati e considerati congiuntamente. La spesa complessiva è stata poi rapportata al valore del punto cantonale, ottenendo in tal modo l'indicatore della quantità per cantone (espressa in numero di punti).

⁴⁵ A partire dal 1.1.2006 il valore del punto del tariffario analisi è stato portato a 90 centesimi.

⁴⁶ Fonte: Pool de données santésuisse/exploitation Obsan, Tableau supplémentaire: Coûts AOS 2005 dans le cabinet medical.

⁴⁷ Fonte: Pool de données santésuisse /exploitation Obsan, Flux intercantonaux pour les coûts AOS 2005 - physiothérapeutes

La Tabella 3.20 mostra i valori pro-capite delle quantità e della spesa totale, nonché i prezzi di acquisto di prestazioni all'interno del cantone di residenza degli assicurati e all'esterno (rispettivamente $p1$ e $p2$). È da notare che quest'ultimo valore, così come quello relativo al grado di autarchia indicato in Tabella 3.20, si riferisce alle sole prestazioni erogate da fisioterapisti liberi professionisti, e non tiene invece conto delle prestazioni di fisioterapia erogate all'interno degli studi medici, per le considerazioni riportate sopra.

Tabella 3.20 Quantità e prezzi per la fisioterapia: minimo, massimo, Ticino e Svizzera (valori in CHF)

	$q /$ assicurato	Prezzo nel cantone ($p1^K$)	Prezzo fuori cantone ($p2^J$)	Prezzo medio (pM^J)	Grado di autarchia	$\frac{p1^K}{p^{CH}}$	$\frac{p2^J}{p1^K}$	$\frac{q^J}{q^{CH}}$
GE (MAX)	118.2	0.990	0.930	0.989	98.0%	1.05	0.94	1.49
TI	110.5	0.870	0.948	0.871	99.1%	0.92	1.09	1.39
AI (MIN)	44.4	0.890	0.913	0.895	77.5%	0.94	1.03	0.56
CH	79.6	0.945	0.953		93.7%	1.00		1.00

Relativamente alle quantità, il cantone che presenta il numero di punti più alto è Ginevra (118 punti pro-capite), seguito dal Ticino (110 punti) e da Basilea Città (108 punti), mentre il cantone con il valore più basso è Appenzello Interno (con 44 punti pro-capite). Rispetto al consumo medio nazionale, il Ticino presenta una quantità di prestazioni maggiore del 39%, superato solo da Ginevra (+49%), mentre il cantone che consuma di meno è Appenzello Interno (quasi il 50% in meno rispetto alla media svizzera).

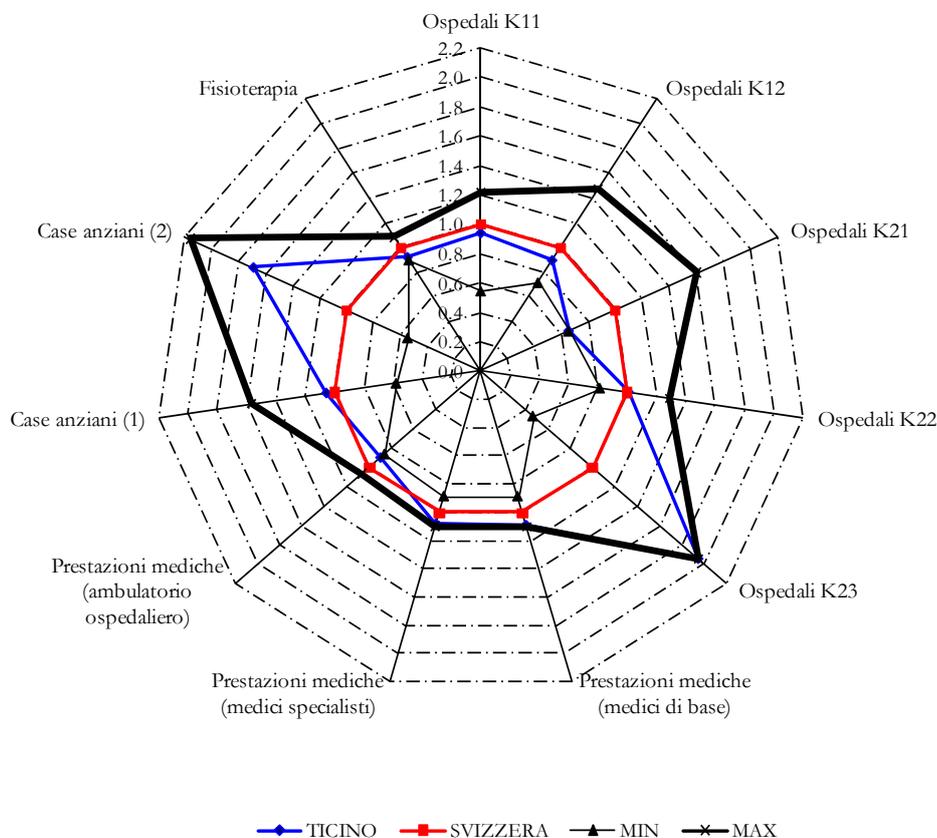
Considerazioni analoghe valgono relativamente ai livelli di spesa. Anche in questo caso, Appenzello Interno si conferma il cantone con la spesa più bassa (44.- pro-capite), mentre i residenti di Ginevra spendono in media più di altri (118 franchi all'anno). Se si confrontano i prezzi delle prestazioni acquistate all'interno ($p1$) con i prezzi fuori cantone ($p2$), emerge che il Ticino ha valori pari, rispettivamente, a 0.87 e 0.95. In altri termini, il prezzo che i ticinesi pagano per ricevere prestazioni da fisioterapisti liberi professionisti fuori dal cantone di residenza è circa il 9% in più rispetto al costo delle medesime all'interno del cantone. Tale scostamento, tuttavia, non ha un impatto sui livelli di spesa del cantone, poiché il Ticino presenta un grado di autarchia che è prossimo al 100%. Complessivamente il prezzo di fisioterapia corrisposto dai pazienti ticinesi è inferiore dell'8% rispetto al valore medio svizzero ($\frac{p1^{TI}}{p^{CH}} = 0.92$).

3.9 Sintesi dei risultati per il Ticino

In questo paragrafo è sintetizzata la situazione del Ticino, per quanto concerne le componenti di prezzo e quantità.

La Figura 3.3 illustra, graficamente, il quadro globale dei prezzi, comparandolo alla media svizzera, al cantone con il prezzo minimo ed a quello con il prezzo massimo.

Figura 3.3 Situazione dei prezzi in Ticino rispetto alla media svizzera, al cantone con il prezzo minimo ed a quello con il prezzo massimo



Dalla Figura 3.3 emerge che in Ticino 4 categorie di prezzo (rispettivamente di costo unitario) sono *superiori* alla media, e cioè:

- i costi medi di una giornata di cura nelle cliniche specializzate K23 (+95%),
- il prezzo delle prestazioni mediche erogate in studio privato da medici di base e da medici specialisti (rispettivamente +10% e +8%),
- la parte del costo di una giornata di degenza in casa anziani finanziata (direttamente) in modo socializzato, attraverso cioè il premio di cassa malati o la spesa pubblica diretta (+64%).

Se si considerasse il costo totale di una giornata di degenza in casa anziani, questo presenterebbe in Ticino un valore prossimo alla media svizzera (lo scostamento scenderebbe infatti a +5%). Analogo discorso vale per il costo di una giornata di degenza in un ospedale di riabilitazione K22 (+1% rispetto alla media).

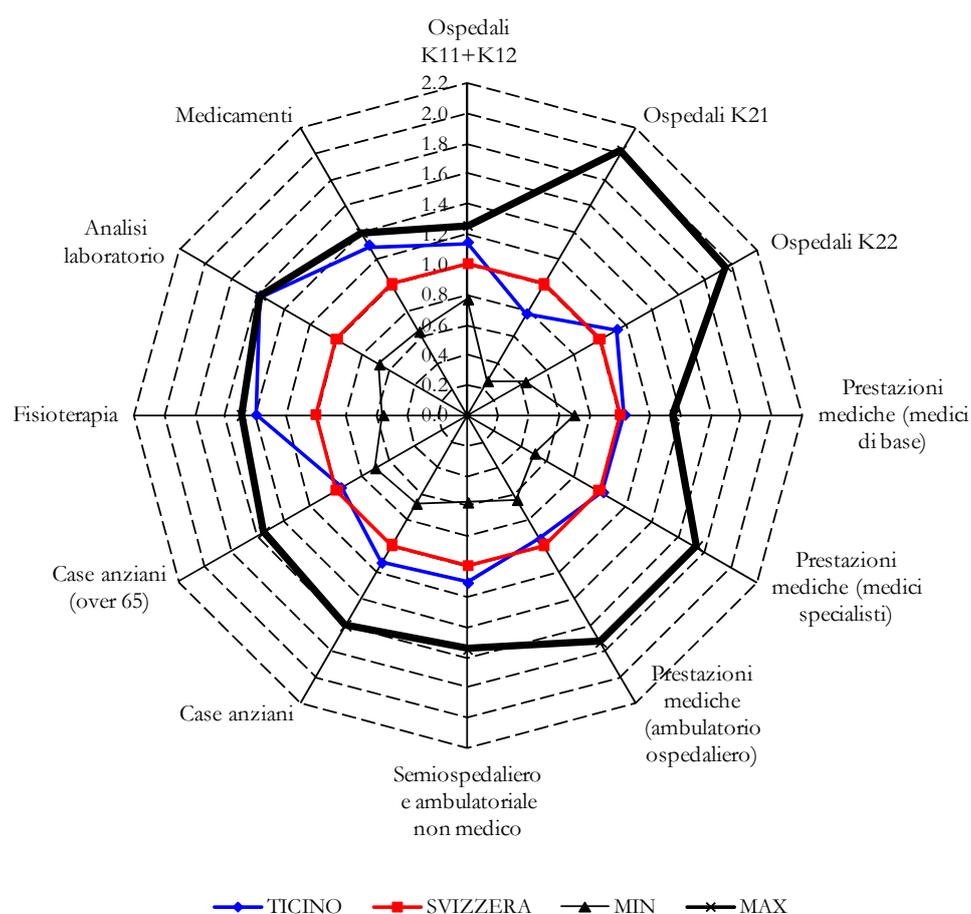
Infine, nel nostro cantone si registrano anche costi e prezzi *inferiori* alla media nazionale; più precisamente si tratta:

- del prezzo delle prestazioni mediche fornite in regime ambulatoriale ospedaliero (-10%),
- del prezzo della fisioterapia (-8%),

- del costo unitario di un punto AP-DRG (-6% negli ospedali acuti centralizzati K11, -10% negli ospedali acuti zonali K12), e
- del prezzo di una giornata in clinica psichiatrica K21, che con un costo del 34% inferiore alla media svizzera rappresenta il valore più basso a livello nazionale.

Più chiaramente profilati in una data direzione sono, di contro, i risultati del Ticino sul fronte delle quantità. Questi sono illustrati in modo riassuntivo nella Figura 3.4.

Figura 3.4 Situazione delle quantità consumate in Ticino rispetto alla media svizzera, al cantone con la quantità minima ed a quello con la quantità massima



Ad eccezione delle giornate di cura in cliniche di psichiatria K21 (-23%) e delle prestazioni mediche in ambulatorio ospedaliero (-5%), tutte le altre tipologie di prestazione presentano in Ticino quantità superiori alla media svizzera.

Le differenze sono minime nel caso delle prestazioni mediche fornite da medici di base (+3%) e da medici specialisti (+2%), mentre sono più significative per l'ambito semiospedaliero (+11%), le giornate di degenza in ospedali di riabilitazione (+13%), il numero di casi (*case-mix adjusted*) ricoverati in ospedali di cura generale (+14%). Un discorso speciale merita la situazione delle case anziani. Rispetto alla popolazione totale, le giornate di degenza in casa anziani sono in Ticino del +13% superiori alla media svizzera. Se invece

si prende a riferimento la popolazione potenzialmente interessata da queste prestazioni (la popolazione con un'età superiore ai 65 anni), allora il tasso di giornate in Ticino scende sotto la media nazionale (-4%).

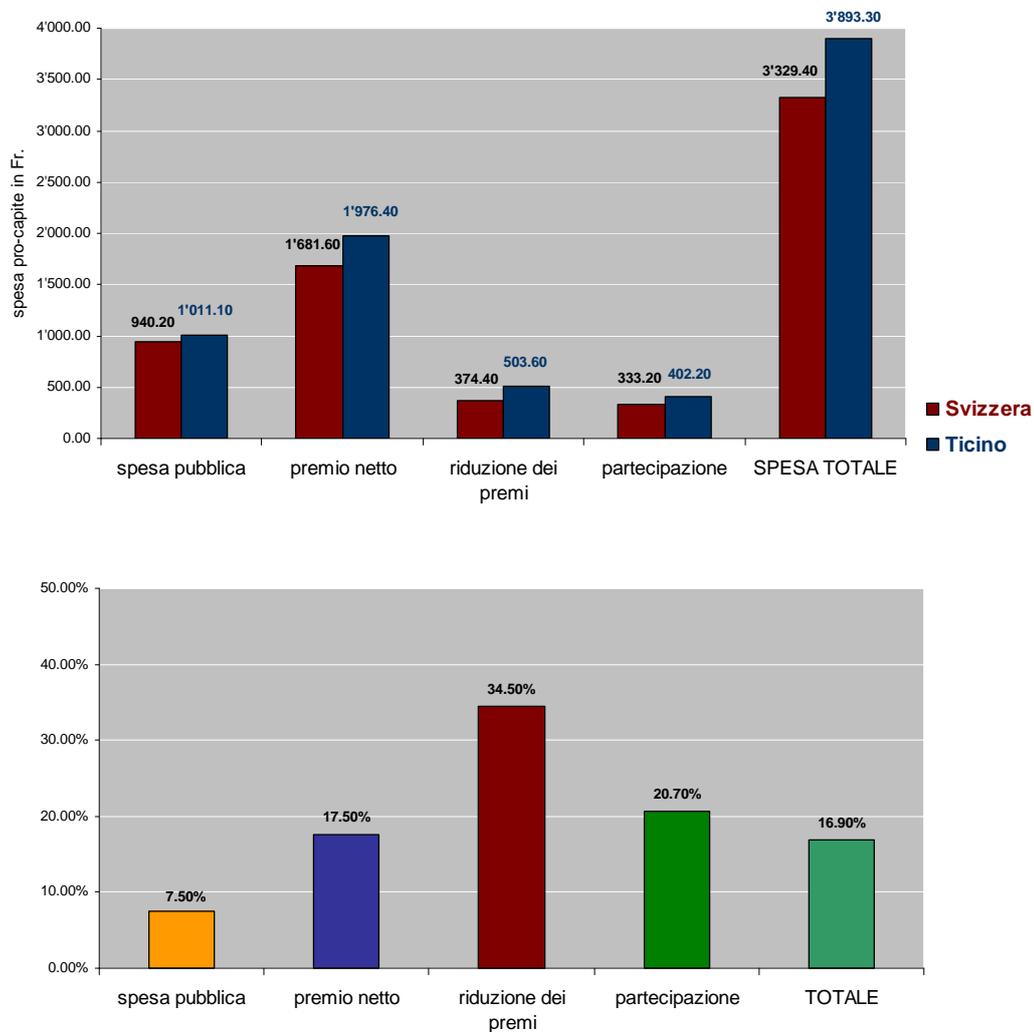
Infine, gli scostamenti nelle quantità risultano assai pronunciati per le tre rimanenti tipologie di prestazione: consumo di farmaci (+29), fisioterapia (+39) e analisi di laboratorio (+57).

In definitiva possiamo concludere che le cause della spesa socializzata più elevata del Ticino si situano in modo preponderante sul fronte dei consumi, mentre meno problematico appare (salvo qualche eccezione) l'aspetto dei prezzi e, più in generale, dei costi unitari delle prestazioni.

4 Approfondimento sulle differenze strutturali nelle strategie di finanziamento del Ticino

Nel capitolo 2 abbiamo specificato che le differenze intercantonali non concernono solo l'entità della spesa, ma anche le modalità di finanziamento della stessa e quindi sono il precipitato di scelte politiche (quanta spesa pubblica? quanta riduzione dei premi?) o la conseguenza di decisioni individuali (per esempio la scelta della franchigia nel caso della partecipazione ai costi). La situazione ticinese rispetto alla situazione media svizzera è riassunta (tramite i valori pro capite in franchi e lo scostamento percentuale computati per il periodo 1997-2005) nella Figura 4.1. È interessante comprendere le ragioni per le quali il Ticino ha optato per questa strategia di finanziamento, in quanto tali scelte si ripercuotono di riflesso sull'ammontare dei premi netti e quindi sul loro crescente aumento.

Figura 4.1 Sintesi della diversa strategia di finanziamento del Ticino rispetto alla media svizzera (1997-2005)



4.1 La spesa pubblica diretta

La prima importante differenza tra il Ticino e la media dei cantoni svizzeri concerne la *spesa pubblica*. Come illustrato precedentemente, in Ticino il livello di spesa pubblica per abitante supera di circa 80 franchi la media svizzera. Nonostante ciò, il contributo della spesa pubblica sull'intera spesa socializzata risulta essere in Ticino leggermente inferiore alla media svizzera (26% contro 28.2%). Si tratta di una differenza strutturale, che pur con piccole fluttuazioni tende a perdurare negli anni. Per meglio capire le ragioni di queste differenze, in Tabella 4.1 viene presentata (per il Ticino e per la Svizzera) la suddivisione della spesa pubblica pro capite nelle sue principali componenti. Troviamo esposti gli importi (valore medio del periodo 1997-2005 e valore del 2005) destinati alle principali voci di spesa, ossia: (a) finanziamento degli ospedali, (b) case anziani, (c) psichiatria, (d) assistenza domiciliare ed (e) altri costi (una voce residuale, comprendente le spese di prevenzione e promozione della salute, la medicina scolastica, la lotta alle malattie infettive, ecc.). Contemporaneamente dalla tabella è possibile rilevare, per ciascuna voce, la relativa importanza percentuale sul totale della spesa.

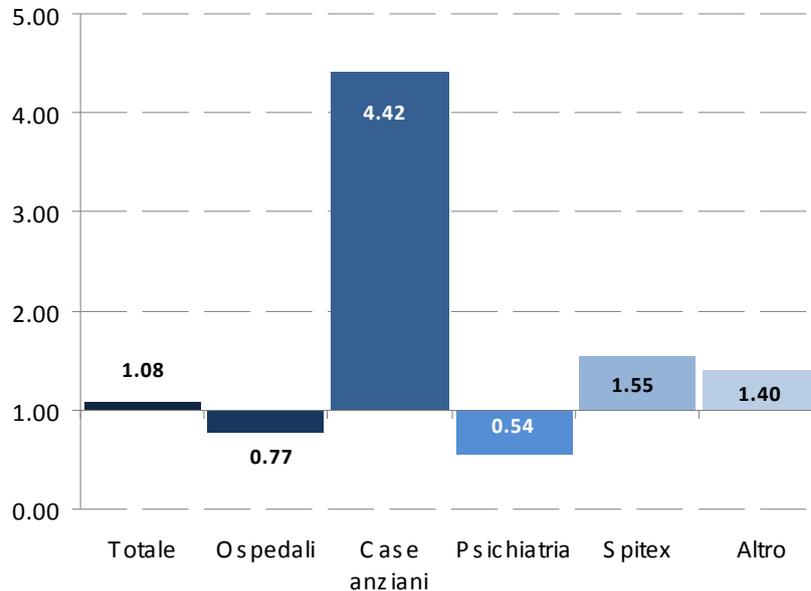
Tabella 4.1 Composizione della spesa pubblica del Ticino e della media svizzera (1997-2005 e anno 2005) in franchi e in % del totale

	Totale		Ospedali		Case anziani		Psichiatria		Assistenza domiciliare		Altri costi	
	1997-05	2005	1997-05	2005	1997-05	2005	1997-05	2005	1997-05	2005	1997-05	2005
Ticino	1011.14	1'199.80	507.96	590.42	272.43	357.90	53.22	77.56	70.68	73.20	106.86	100.71
in % del totale	100%	100%	50.2%	49.2%	26.9%	29.8%	5.3%	6.5%	7.0%	6.1%	10.6%	8.4%
Media svizzera	940.21	1'085.52	658.55	758.91	61.69	79.66	98.07	109.54	45.59	54.25	76.30	83.15
in % del totale	100%	100%	70.0%	69.9%	6.6%	7.3%	10.4%	10.1%	4.8%	5.0%	8.1%	7.7%

Dai dati possiamo facilmente evincere alcune differenze significative nella struttura della spesa pubblica ticinese (queste differenze sono presentate in modo grafico anche alla Figura 4.2, nella quale è raffigurato il quoziente tra importo pro capite in Ticino e valore medio nazionale):

- Il Ticino si distingue per l'elevata spesa in favore delle case anziani (272.- franchi per abitante anziché i 62.- della media svizzera, ossia 4.4 volte l'importo mediamente registrato negli altri cantoni).
- Pure sopra la media sono la somma destinata all'assistenza domiciliare (+55%) e la voce "altri costi" (+40%).
- Ad essere inferiori alla media svizzera sono in Ticino le due rimanenti voci di spesa pubblica: il finanziamento degli ospedali (508.- franchi per abitante contro i 659.- a livello svizzero, dunque -23%) ed il finanziamento della psichiatria (53.- franchi contro i 98.- a livello nazionale, -46%). Complessivamente, ospedali e psichiatria assorbono in Ticino "solo" il 55.5% della spesa pubblica in ambito sanitario, mentre nella media svizzera la quota di queste due voci di spesa si eleva a 80%.

Figura 4.2 Le componenti della spesa pubblica diretta: rapporto tra situazione del Ticino e media svizzera (1997-2005)



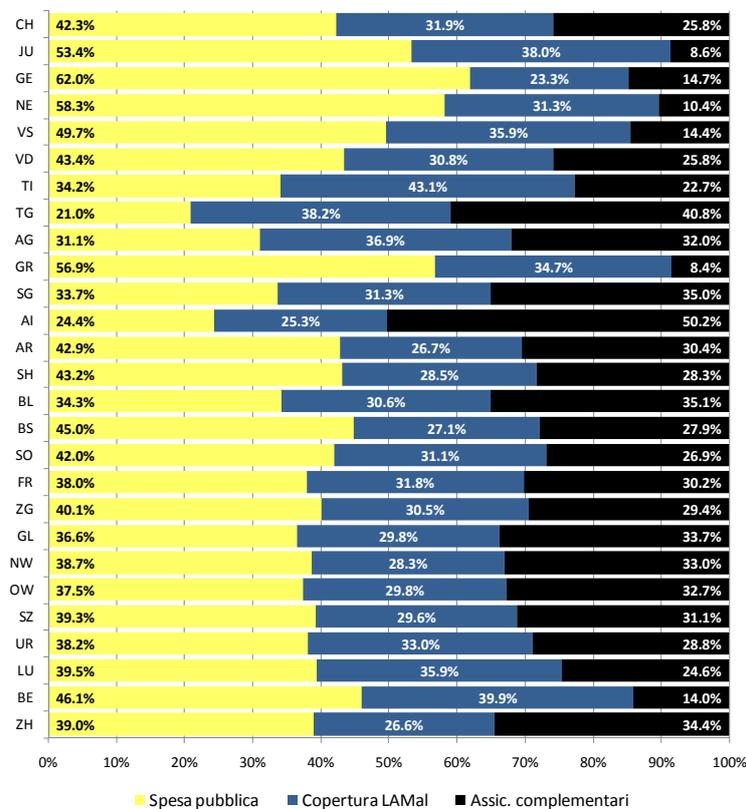
Dietro questi dati si celano due particolarità della situazione ticinese:

- la struttura demografica della popolazione, che presenta una quota di persone anziane superiore alla media svizzera. Questo fatto contribuisce ad aumentare il valore assoluto della spesa per i servizi destinati a questa fascia di popolazione, nella fattispecie l'assistenza domiciliare e le case anziani;
- un settore ospedaliero in cui opera un numero elevato di cliniche private (sia in ambito acuto che nel settore psichiatrico). Queste strutture non sono residuali rispetto all'offerta pubblica ma coprono una parte significativa del fabbisogno di base della popolazione. Malgrado ciò, esse non sono considerate di interesse pubblico e pertanto non beneficiano del finanziamento fiscale previsto dall'articolo 49 della LAMal.

Una panoramica ancora più precisa della situazione è quella illustrata nelle Figure 4.3 e 4.4. Nel primo grafico è rappresentata la struttura di finanziamento per le prestazioni stazionarie ospedaliere, nel secondo quella delle cure in casa anziani. E' così possibile confrontare la strategia adottata dai vari cantoni nel ripartire i costi tra spesa pubblica, premi dell'assicurazione obbligatoria e altri strumenti di finanziamento (le assicurazioni complementari nel caso degli ospedali, le rette a carico degli ospiti o assegni di invalidità piuttosto che prestazioni complementari AVS nel settore delle case anziani).

Consideriamo anzitutto gli ospedali (Figura 4.3).

Figura 4.3 Struttura di finanziamento delle prestazioni ospedaliere stazionarie (2005)



Per ottenere con buona approssimazione la *spesa totale ospedaliera generata dai residenti* siamo partiti dai costi totali delle strutture (pubbliche e private) localizzate in un dato cantone, al netto dei ricavi per le prestazioni offerte in regime ambulatoriale⁴⁸. I dati sui costi totali sono stati aggiustati utilizzando le informazioni disponibili sui flussi di pazienti tra cantoni, poiché una parte dell'attività ospedaliera realizzata in un dato cantone è a beneficio di cittadini residenti in altri cantoni, mentre parte della popolazione di quel cantone ottiene cure presso ospedali situati fuori cantone (l'Ufficio federale di statistica pubblica una matrice import-export con il numero di casi per gli ospedali acuti ed il numero di giornate per le altre tipologie di ospedale). Siccome è noto il *casemix* dei pazienti ospedalizzati nel proprio cantone di residenza e di quelli ricoverati fuori cantone, così come i costi per caso (*case-mix adjusted*) o per giornata del settore ospedaliero di ciascun cantone, è stato possibile calcolare la spesa totale ospedaliera generata dai residenti in un dato cantone.

A fronte di questa spesa sono stati raffigurati la *spesa pubblica* destinata ad ospedali e psichiatria e le *spese a carico della LAMal* per prestazioni stazionarie in ospedale. In questo modo è stato possibile allargare la prospettiva del confronto oltre la spesa socializzata, andando a considerare anche la fetta di spesa coperta tramite le *assicurazioni complementari*.⁴⁹

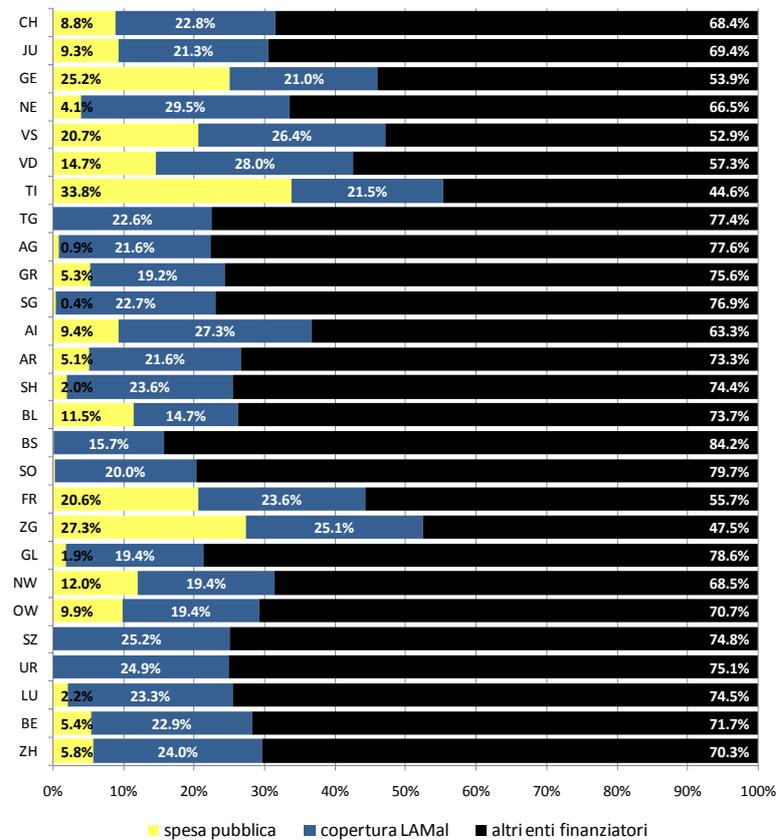
⁴⁸ Non essendo noti i dati della contabilità analitica, per stabilire il costo delle prestazioni stazionarie si suppone che i ricavi delle prestazioni ambulatoriali siano una buona approssimazione dei relativi costi.

⁴⁹ Nel sistema attuale una maggior diffusione tra la popolazione di coperture complementari e un maggior numero di pazienti ricoverati in camera privata o semi-privata determina (*coeteris paribus*) un risparmio per lo

Il quadro che emerge dalla Figura 4.3 conferma quanto affermato in precedenza. Nella media dei cantoni il 42.3% dei costi ospedalieri stazionari è coperto tramite spesa pubblica, il 31.9% tramite i premi dell'assicurazione malattia obbligatoria ed il 25.8% tramite le assicurazioni complementari. Di contro in Ticino la maggior quota di finanziamento spetta ai premi (43.1% - la percentuale più alta in assoluto), la spesa pubblica è proporzionalmente bassa (il 34.2% del Ticino è la quinta percentuale più bassa, superiore solo a quella di Turgovia, Appenzello Interno, Argovia e San Gallo), mentre la quota a carico delle complementari ammonta al 22.7%.

Speculare è la situazione nel settore delle case anziani (Figura 4.4).

Figura 4.4 Struttura di finanziamento delle cure in casa anziani (2005)



In questo ambito il Ticino si distingue per un finanziamento tramite spesa pubblica particolarmente elevato (33.8% del totale, a fronte di un 8.8% nella media dei cantoni), mentre la quota a carico dei premi dell'assicurazione malattia (21.5%) si assesta ai livelli della media svizzera (22.8%)

4.2 I contributi pubblici alla riduzione dei premi

Il secondo strumento di finanziamento di cui ci occupiamo nel presente capitolo sono i contributi cantonali alla riduzione dei premi dell'assicurazione malattia. Come già esposto

Stato. Questo si determina sia nel caso di ricoveri in ospedali sussidiati che, a maggior ragione, nel caso di ricoveri in cliniche private non sussidiate.

al capitolo 2, la situazione ticinese si distingue per un ricorso a questo strumento di finanziamento decisamente superiore alla media. Per capire a fondo le ragioni di questa scelta è necessario partire da lontano e inquadrare anzitutto la legislazione federale in materia, comprendere le ragioni dell'ampia libertà lasciata ai cantoni nel disegnare la propria politica di riduzione dei premi e studiare da vicino le specificità del modello ticinese.⁵⁰

4.2.1 *Ancoraggio dei sussidi LAMal nella legislazione federale e compartecipazione dei cantoni*

L'attuale sistema di riduzione dei premi agli assicurati di condizioni economiche modeste è stato ancorato nella legislazione federale nel 1996, con l'entrata in vigore della LAMal. Fin dai primi tempi dell'assicurazione malattia in Svizzera la Confederazione ha utilizzato proventi della fiscalità generale quale strumento di alleggerimento dei premi dell'assicurazione malattia. Nella LAMI, tuttavia, l'obiettivo del sussidio non era principalmente a carattere redistributivo. I contributi della Confederazione, infatti, erano erogati "a pioggia", direttamente alle casse malati, e determinavano un alleggerimento dei premi per tutti gli assicurati. La finalità principale di quel sussidio era un'altra: si trattava di incentivare la popolazione, ed in particolare i buoni rischi, ad aderire ad un sistema di assicurazione malattia facoltativo ed a contribuire, con un'affiliazione il più possibile precoce, a realizzare la mutualità e la solidarietà assicurativa.

Del tutto diverso è per contro lo spirito del sistema di riduzione dei premi inaugurato nel 1996. Con la LAMal viene sancita l'obbligatorietà dell'assicurazione malattia e, nell'intento di rafforzare la solidarietà tra gli assicurati⁵¹, si produce un cambiamento di regime che segna l'abbandono del sussidio all'oggetto (una sovvenzione generalizzata dell'assicurazione malattia, erogata secondo il principio dell'annaffiatoio) in favore di un sussidio al soggetto. Quest'ultimo viene realizzato mediante il versamento di sussidi individuali, i cui beneficiari sono gli assicurati di condizioni economiche modeste ed il cui obiettivo, chiaramente esplicitato nel messaggio del Consiglio Federale⁵², è quello di correggere a posteriori l'iniustizia di un sistema di calcolo dei premi che, pur nell'ambito di un'assicurazione sociale, non considera il reddito e la sostanza dei cittadini.

È importante sottolineare che ai contributi della Confederazione devono aggiungersi i contributi dei Cantoni in una determinata proporzione stabilita dalla stessa LAMal e pari alla metà dell'importo dei sussidi federali (e quindi ad un terzo del valore complessivo)⁵³. Come spiegato in seguito, tale importo è riferito alla globalità dei cantoni, a cui ognuno, singolarmente, è chiamato a partecipare secondo una specifica chiave di riparto. Ai cantoni è inoltre affidata l'esecuzione della legge⁵⁴ e la definizione, entro alcuni limiti imposti dalla LAMal⁵⁵, delle regole in base alle quali la distribuzione dei sussidi viene effettuata sul piano cantonale.

⁵⁰ Il presente capitolo rappresenta una versione aggiornata e riveduta dello studio di Crivelli e Lunati (2004).

⁵¹ Cfr. Spiegazioni del Consiglio Federale alla votazione popolare del 4 dicembre 1994 (<http://www.admin.ch/ch/i/pore/va/19941204/explic/i-pp0400.html>).

⁵² Il sistema dei sussidi individuali avrebbe dovuto evitare che l'incidenza del premio LAMal oltrepassasse la soglia dell'otto per cento del reddito imponibile di un'economia domestica – cfr. Consiglio federale (1991), p.133.

⁵³ All'articolo 66, §4, della LAMal.

⁵⁴ All'articolo 65, §1, della LAMal si legge: "I Cantoni accordano riduzioni dei premi agli assicurati di condizione economica modesta".

⁵⁵ Sempre all'articolo 65 della LAMal si raccomanda ai Cantoni di osservare i seguenti principi:

Attualmente il sistema di riduzione dei premi LAMal viene definito e regolato, a livello federale, in quattro documenti legislativi:

- agli articoli 65 e 66 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)⁵⁶;
- all'articolo 106 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)⁵⁷;
- nell'Ordinanza concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie (ORPM)⁵⁸;
- nel decreto federale semplice che, a scadenza quadriennale, stabilisce l'ammontare dei contributi federali per i successivi quattro anni di legislatura⁵⁹.

Anche se la Costituzione non contempla un ruolo particolare della Confederazione in materia di politica sanitaria e sociale, con la LAMal il legislatore federale ha determinato uno spostamento degli equilibri di potere nel campo della regolamentazione dei servizi sanitari dai cantoni alla Confederazione [cfr. Crivelli e Filippini (2003)]. L'intento è stato quello di garantire e promuovere livelli comparabili di equità di finanziamento verticale fra i vari Cantoni⁶⁰, obiettivo auspicabile di fronte l'istituzionalizzazione di un servizio pubblico su scala nazionale⁶¹, introdotto per la prima volta proprio nel 1996.

Tuttavia la Confederazione non ha deciso di promuovere nei cantoni un'equità verticale comparabile precisando in modo esplicito quale fosse la soglia massima di incidenza dei premi e su quale base il reddito delle economie domestiche dovesse essere calcolato, ma ha preferito regolare i seguenti aspetti:

- l'ammontare dei mezzi finanziari vincolati a questo scopo;
- una chiave di ripartizione dei contributi federali contenente una componente perequativa;
- il contributo massimo spettante a ciascun cantone e

a) stabilire la cerchia dei beneficiari tenendo in considerazione le circostanze economiche e familiari più recenti;

b) fare il possibile affinché il versamento delle riduzioni di premio avvenga in modo che i beneficiari non debbano adempiere in anticipo il loro obbligo di pagare i premi;

c) informare regolarmente gli assicurati del loro diritto alla riduzione dei premi;

d) fornire alla Confederazione dati anonimizzati concernenti gli assicurati beneficiari, così da permettere a quest'ultima una verifica dell'attuazione degli scopi di politica sociale.

⁵⁶ Cfr. <http://www.admin.ch/ch/i/rs/8/832.10.it.pdf>

⁵⁷ Cfr. <http://www.admin.ch/ch/i/rs/8/832.102.it.pdf>

⁵⁸ Cfr. <http://www.admin.ch/ch/i/rs/8/832.112.4.it.pdf>

⁵⁹ L'ultimo in ordine di tempo è il Bundesbeschluss über die Beiträge in der Krankenversicherung del 10 settembre 2005, che regola i contributi federali per il periodo 2006-2009 (<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2005/4927.pdf>).

⁶⁰ Il finanziamento di un sistema sanitario è considerato tanto più equo dal profilo verticale, quanto più gli oneri di finanziamento riflettono l'effettiva "capacità" di pagare dei cittadini (ability to pay): cfr. Wagstaff e Van Doorslaer, (2000). In questo senso un aumento della percentuale di finanziamento assicurata per il tramite della fiscalità generale (nella misura in cui i contributi sono raccolti in modo progressivo o almeno proporzionale rispetto al reddito) e distribuita in modo mirato ai meno abbienti contribuisce a rendere più equo un finanziamento della sanità, come quello elvetico, fondato su premi assicurativi indipendenti dal reddito.

⁶¹ Infatti le prestazioni sanitarie minime, per le quali è dato accesso a tutti i cittadini, non possono più essere stabilite per decisione dei singoli governi cantonali.

- un tetto minimo di spesa per ciascun Cantone (pari al 50% dei contributi a preventivo, composti appunto dalla somma stanziata dalla Confederazione e dall'apporto obbligatorio dei singoli Cantoni).⁶²

La chiave che stabilisce come i sussidi federali debbano essere ripartiti tra i cantoni e la formula utilizzata per determinare l'apporto di ciascun cantone sono definite attualmente all'articolo 3 dell'*Ordinanza concernente i sussidi della Confederazione per la riduzione dei premi nell'assicurazione malattie*. Nella versione iniziale dell'Ordinanza l'importo dei sussidi federali spettanti a ciascun cantone doveva tener conto:

- oltre al numero degli abitanti,
- anche dell'indice della forza finanziaria del cantone (in modo inversamente proporzionale e con una ponderazione del 65%) e
- del livello del premio medio (con una ponderazione del 35%).

Con le modifiche decise il 3 luglio 2001, nel nuovo testo di legge in vigore dal giugno 2002 è stato eliminato il riferimento al premio medio. In aggiunta, a partire dal 2008, con l'entrata in funzione della Nuova Perequazione Finanziaria (NPC), il denaro vincolato messo a disposizione dalla Confederazione sarà ripartito tra i cantoni sulla base della sola popolazione residente e del numero di assicurati, dal momento che la ripartizione di risorse in termini perequativi si concentrerà sui mezzi finanziari trasferiti dalla Confederazione ai cantoni in forma libera (senza un preciso obbligo di destinazione).

A partire dal 2008, la legislazione vigente subirà altri importanti cambiamenti. Ad essere profondamente modificato sarà l'articolo 66 della LAMal in un duplice modo.⁶³

- In primo luogo l'importo che la Confederazione fino al 2007 ha stanziato tramite decreto federale semplice (una somma di trasferimenti intergovernativi con destinazione vincolata all'obiettivo della riduzione dei premi), in futuro sarà legato all'evoluzione delle prestazioni dell'assicurazione malattia: nello specifico il contributo federale dovrà corrispondere al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria.

Applicando questa percentuale ai conti del 2006 (prestazioni lorde LAMal pari a 20.595 miliardi) si otterrebbe un importo federale vincolato di 1,545 miliardi contro i 2.52 miliardi stanziati dal parlamento.⁶⁴ Con l'entrata della nuova perequazione si assisterà dunque ad una drastica riduzione dei trasferimenti della Confederazione destinati in modo vincolante alla riduzione dei premi. In cambio i cantoni si troveranno a disposizione più mezzi finanziari a libera destinazione.

⁶² Ai §3 e §4 dell'articolo 66 della LAMal troviamo scritto:
 §3: Il Consiglio federale stabilisce la quota che spetta a ciascun Cantone in base alla sua popolazione residente, alla sua capacità finanziaria e al numero di assicurati secondo l'articolo 65a lettera a.
 §4: Il Consiglio federale decide, secondo la capacità finanziaria dei Cantoni, il contributo minimo di questi ultimi ai sussidi federali. Il contributo globale dei Cantoni corrisponde almeno alla metà dell'importo complessivo dei sussidi federali

⁶³ Cfr. Legge federale che emana e modifica atti legislativi per la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (6 ottobre 2006), p. 7687 (<http://www.admin.ch/ch/i/ff/2006/7655.pdf>)

⁶⁴ Rispetto ai valori del 2006 la riduzione ammonterebbe a 900 milioni a livello di budget, a "soli" 370 milioni se si considerano gli importi effettivamente distribuiti.

- In secondo luogo i cantoni non saranno più costretti a contribuire alla riduzione dei premi con una somma di almeno la metà dell'importo complessivo dei sussidi federali. Le autorità cantonali potranno liberamente decidere se e quante risorse finanziarie cantonali destinare alla riduzione dei premi. In prospettiva futura i mezzi destinati alla riduzione dei premi potrebbero pertanto essere soggetti a forte ridimensionamento o in ogni caso portare a differenze ancor più marcate rispetto ad oggi tra i singoli cantoni.

4.2.2 *Adeguatezza dei sussidi alla crescita dei premi*

Le ultime cifre disponibili sull'ammontare dei sussidi versati si riferiscono all'anno 2006 e attestano un esborso globale di 3'308 milioni di franchi, corrisposto nella misura di 2'223 milioni dalla Confederazione e di 1'086 milioni dai Cantoni (cfr. Tabella 4.3). A fronte di questi contributi si registrano prestazioni lorde dell'assicurazione malattia pari a 20.6 miliardi e premi dovuti di 19.3 miliardi di franchi. Complessivamente, dunque, i mezzi finanziari destinati da Confederazione e Cantoni alla riduzione dei premi equivalgono oggi all'incirca al 15.5% delle prestazioni lorde e, rispettivamente, al 17% dei premi dell'assicurazione malattia.⁶⁵

Nella Tabella 4.2 sono ricapitolati gli importi destinati per decreto alla riduzione dei premi dal 1996 al 2007 (come vedremo più avanti solo una parte di questi importi è stata effettivamente distribuita), insieme all'evoluzione del premio medio.

Tabella 4.2 Importi stanziati per la riduzione dei premi LAMal e crescita del premio medio (1996-2007)

	Importi previsti dal decreto federale				Indice di crescita del premio medio (1996=100)
	A carico della Confederazione	A carico dei Cantoni	Totale	Indice di crescita (1996=100)	
1996	1'830.00	640.5	2'470.5	100.0	100.0
1997	1'940.00	776.0	2'716.0	109.9	108.7
1998	2'050.00	922.5	2'972.5	120.3	114.0
1999	2'180.00	1'090.00	3'270.0	132.4	117.8
2000	2'213.00	1'106.50	3'319.5	134.4	122.3
2001	2'246.00	1'123.00	3'369.0	136.4	129.0
2002	2'280.00	1'140.00	3'420.0	138.4	141.6
2003	2'314.00	1'157.00	3'471.0	140.5	155.2
2004	2'349.00	1'174.50	3'523.5	142.6	161.8
2005	2'384.00	1'192.00	3'576.0	144.7	167.7
2006	2'520.00	1'260.00	3'780.0	153.0	177.0
2007	2'658.00	1'329.00	3'987.0	161.4	180.8

E' importante sottolineare come solamente nel primo quadriennio (1996-1999), nel quale i Cantoni hanno beneficiato di un intervallo di tempo per adeguare i propri contributi a quanto prescritto dalla legge (come affermato sopra l'importo complessivo versato dai Cantoni deve corrispondere ad almeno il 50% dei contributi destinati a questo scopo dalla

⁶⁵ Ricordiamo che i premi devono coprire solo le prestazioni nette (al netto della partecipazione ai costi degli assicurati), alle quali vanno però aggiunti i costi amministrativi degli assicuratori malattia.

Confederazione), l'ammontare teorico messo a disposizione tramite decreto federale è cresciuto mediamente ad una velocità superiore a quella dei premi. Dal 2000 in poi gli adeguamenti di queste somme sono stati effettuati applicando un tasso annuo di crescita pari a 1.5%. L'unica eccezione riguarda gli anni 2006 e 2007, per i quali il parlamento federale ha stanziato più fondi, al fine di garantire una riduzione dei premi del 50% anche per i figli delle famiglie appartenenti al ceto medio.⁶⁶

Nel complesso la tabella mostra che sull'arco del periodo 1996-2006 l'importo messo a disposizione mediante il decreto federale è cresciuto del 61.4%, a fronte di un aumento dei premi pari a 80.8%.

Tuttavia, per valutare l'evoluzione effettiva dei sussidi rispetto al premio medio, non è sufficiente considerare gli importi previsti a livello federale, ma occorre tener conto dei contributi effettivamente distribuiti dai cantoni. È quindi fondamentale considerare la facoltà lasciata ai Cantoni (sancita dal §5 dell'articolo 66 LAMal) di rinunciare fino al 50% dei contributi federali.

La Tabella 4.3 mostra che dal 1996 ad oggi i Cantoni hanno esercitato il diritto di rinuncia con intensità decrescente (il tasso medio di riduzione è passato dal 26.5% nel 1996 al 13.9% nel 2006).

Tabella 4.3 Preventivi di spesa dei cantoni e importi effettivamente versati

	Budget modificati dai Cantoni			Importi effettivamente distribuiti		
	Importo totale dei preventivi cantonali (in milioni)	Tasso di riduzione rispetto al decreto federale	Indice di crescita dei preventivi cantonali (1996=100)	Consuntivi (in milioni)	Indice di crescita dei sussidi distribuiti (1996=100)	Scostamento tra preventivi e consuntivi (in milioni)
1996	1'815.6	26.5%	100.0	1'467.2	100.0	348.4
1997	2'087.1	23.2%	115.0	1'994.2	135.9	92.9
1998	2'263.3	23.9%	124.7	2'446.5	166.7	-183.2
1999	2'476.6	24.3%	136.4	2'689.7	183.3	-213.1
2000	2'532.9	23.7%	139.5	2'545.3	173.5	-12.4
2001	2'671.6	20.7%	147.1	2'657.2	181.1	14.4
2002	2'847.8	16.7%	156.9	2'892.0	197.1	-44.2
2003	2'961.1	14.7%	163.1	3'065.5	208.9	-104.4
2004	3'025.3	14.1%	166.6	3'169.8	216.0	-144.5
2005	3'119.6	12.8%	171.8	3'201.8	218.2	-82.2
2006	3'230.0	14.5%	177.9	3'308.7	225.5	-78.7
2007	3'432.2	13.9%	189.0			

⁶⁶ Si tratta della modifica alla legge federale sull'assicurazione malattia del 18 marzo 2005 (cfr. <http://www.admin.ch/ch/i/ff/2005/2043.pdf>), che fa seguito ad un lungo iter parlamentare iniziato nel 2002, naufragato nel dicembre 2003, rilanciato nel 2004 dal ministro degli interni e conclusosi con un risultato tutto sommato modesto rispetto alla portata del progetto iniziale: cfr. Crivelli (2005).

Se si tiene conto delle riduzioni di budget decise dai Cantoni, si nota che i sussidi effettivamente a disposizione nei preventivi cantonali sono cresciuti tra il 1996 ed il 2007 dell'89%, dunque ad un tasso vicino a quello dei premi. E' tuttavia importante rilevare che in presenza di un rincaro dei premi superiore all'aumento registrato dal PIL (e dal reddito disponibile), un adeguamento dei sussidi proporzionale all'aumento dei premi non è comunque sufficiente per mantenere l'incidenza del premio netto sul reddito delle economie domestiche costante nel tempo.⁶⁷

Da ultimo occorre rilevare che la LAMal autorizza i Cantoni a riportare all'esercizio seguente le differenze annuali tra preventivi e consuntivi. Lo scostamento è stato positivo nel 1996 e 1997 (con importi versati notevolmente inferiori rispetto alle somme preventivate), ed è diventato negativo a partire dal 1998. Se ci riferiamo agli importi effettivamente versati, l'ammontare dei sussidi distribuiti è cresciuto tra il 1996 ed il 2006 del 125.5%, ad un tasso superiore all'evoluzione del premio medio ma comunque non tale da evitare un aumento dell'incidenza per le famiglie sussidiate.⁶⁸

Le riflessioni riportate dimostrano che, nonostante si constati un progressivo avvicinamento all'obiettivo di riduzione dei premi definito dal legislatore federale (l'importo distribuito nel 1996 ammontava al 58% dell'importo massimo disponibile, mentre nel 2006 è stato erogato l'87.5% della somma prevista dal decreto federale), è altrettanto vero che lo scostamento rimane ancora significativo, in particolare alla luce del fatto che tra il 2000 ed il 2005 *i sussidi federali non sono stati adeguati ad un tasso comparabile alla crescita effettiva dei premi*.

Come suffragato da uno studio realizzato dall'Ufficio federale della sanità pubblica a scadenza biennale⁶⁹, dal 1998 al 2004 la relazione tra premi LAMal al netto dei sussidi ed il reddito disponibile di 4 tipologie di economia domestica⁷⁰ è complessivamente aumentata, segnando un incremento medio dell'incidenza di 2.2 punti percentuali (dal 5.6% al 7.8%). La tipologia di economia domestica che nella media svizzera ha subito il peggioramento più significativo è quella del beneficiario di rendita AVS (+3.5 punti percentuali, dal 5.7% al 9.2%), seguita dalla famiglia monoparentale (+2.1 punti percentuali, dal 3.5% al 5.6%) e dalla famiglia con due figli (+1.7 punti percentuali, dal 7.6% al 9.3%). Per la famiglia di 6

⁶⁷ Illustriamo questa affermazione con un esempio numerico. Supponiamo che la somma destinata ai sussidi rappresenti il 15% dei premi dovuti e che l'incidenza del premio netto sia pari a 8% del reddito disponibile. Ipotizziamo ora (sull'arco di un decennio) un rincaro dei premi del 100%, un aggiustamento dei sussidi pure del 100% ed un aumento del reddito disponibile delle economie domestiche (in termini nominali) del 30%. In questo caso si assisterebbe ad un aumento significativo dell'incidenza del premio netto, che dall' 8% salirebbe a 12.3%.

⁶⁸ Per stabilire se, con il passare degli anni, l'incidenza dei premi LAMal al netto dei sussidi sia globalmente, dal profilo macroeconomico, aumentata oppure diminuita, non basta confrontare il tasso di crescita dei premi con quello dei sussidi effettivamente versati. E' necessario verificare se la somma spesa dai cittadini per i premi LAMal (al netto dei sussidi ricevuti) sia aumentata più o meno celermente rispetto al reddito disponibile delle economie domestiche.

⁶⁹ Cfr. Balthasar et al. (2005), Balthasar et al. (2003), Balthasar et al. (2001) e Balthasar et al. (1999). Secondo logica il quinto aggiornamento dello studio avrebbe dovuto essere pubblicato nel 2007 e riferirsi alla situazione 2006, ma è stato posticipato di un anno e sarà disponibile solo ad inizio 2008 (i maligni affermano che si è trattato di uno slittamento causato dalla votazione sulla cassa malati unica del marzo 2007).

⁷⁰ Le quattro tipologie di economia domestica prese in esame sono: (1) un pensionato che vive da solo con un reddito conseguito in forma di rendita pari a 35'000 franchi; (2) una famiglia monoparentale con due figli minorenni a carico ed un reddito lordo (alimenti compresi) di Fr. 40'000; (3) una famiglia di quattro persone, con due figli minorenni, un reddito lordo di Fr. 70'000 ed una sostanza di Fr. 100'000 e (4) una famiglia di 6 persone, con quattro figli minorenni, un reddito lordo di Fr. 70'000 ed una sostanza di Fr. 100'000.

persone (genitori e 4 figli minorenni) non sono disponibili i dati del 1998. Tra il 2000 ed il 2004 l'onere medio è aumentato mediamente di 0.2 punti percentuali, dal 7% al 7.2%.

4.2.3 *Le disparità esistenti tra singoli cantoni*

Il progetto di conciliare un obiettivo di sicurezza sociale definito su scala nazionale con il federalismo e l'autonomia cantonale ha portato all'istituzione di 26 sistemi cantonali di riduzione dei premi concepiti e organizzati in modo diverso. I 26 sistemi si differenziano fortemente sia dal profilo tecnico che dal punto di vista dell'efficacia con cui l'obiettivo di politica sociale stabilito dal Consiglio federale viene raggiunto.

Dal punto di vista tecnico le differenze principali riguardano⁷¹:

- *il metodo di calcolo adottato per stabilire l'importo della riduzione dei premi* (alcuni cantoni definiscono, in termini percentuali, la soglia di incidenza massima oltre la quale sussiste un diritto al sussidio per la parte di premio eccedente, mentre altri cantoni lavorano sulla base di classi di reddito, alle quali viene attribuito un determinato importo di sussidio);
- *il processo adottato per stabilire il diritto al sussidio* (in un primo gruppo di cantoni sia la comunicazione del diritto al sussidio sia il versamento dell'importo avvengono in modo automatico, sulla base dei dati fiscali; in un secondo gruppo di cantoni il diritto al sussidio viene stabilito automaticamente e notificato ai cittadini, il pagamento per contro avviene solo per quei cittadini che ritornano all'ufficio competente il modulo ufficiale debitamente firmato; in un terzo gruppo di cantoni non viene trasmessa un'informazione automatica a tutti i potenziali beneficiari – il sussidio viene accordato solo a chi ne fa espressamente richiesta);
- *l'esistenza o meno di termini tassativi entro i quali inoltrare richiesta;*
- *le modalità ed i tempi di pagamento* (importo versato all'assicuratore o direttamente all'assicurato, pagamento anticipato o posticipato).

L'obiettivo di efficacia è legato all'incidenza del premio sul reddito. In questo senso ricordiamo l'auspicio manifestato nel messaggio del 1991: fare in modo che l'incidenza del premio LAMal non sia superiore a 8% del reddito imponibile di un'economia domestica; questo traguardo, secondo Balthasar et al (2003), corrisponderebbe a circa il 6% del reddito disponibile. Per quanto riguarda l'efficacia nel raggiungere gli obiettivi di politica sociale, occorre segnalare la difficoltà nel presentare un confronto sintetico e nel contempo rappresentativo, dal momento che i vari cantoni trattano in modo diverso le varie tipologie di economia domestica.

Un primo confronto, dal quale emerge chiaramente la variabilità esistente tra i cantoni, è quello presentato in Tabella 4.4, nella quale vengono illustrati i seguenti dati riferiti all'anno 2006:

- (a) la percentuale di popolazione che beneficia del sussidio,
- (b) la quota dei beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI tra le persone sussidiate,
- (c) la prestazione media erogata in franchi,
- (d) il *matching price*, cioè il contributo chiesto a ciascun cantone per ogni franco di sussidio federale ricevuto,
- (e) il premio medio cantonale e
- (f) il rapporto tra riduzione media dei premi accordata e premio medio cantonale.

⁷¹ Cfr. CDS (2003).

Tabella 4.4 Riduzione dei premi LAMal nei 26 cantoni (2006): alcuni indicatori semplici

	Persone sussidiate (%)	Quota dei beneficiari di PC al totale dei sussidiati	Prestazione media per beneficiario di sussidio	Matching price (apporto del cantone per 1.- di sussidio federale)	Premio medio cantonale (su base annua)	Prestazione media in % del premio medio
ZH	30.1%	11.7%	1304	0.95	3715	35.1%
BE	28.2%	12.3%	1794	0.31	4000	44.9%
LU	35.4%	13.1%	1145	0.28	3167	36.2%
UR	42.9%	7.0%	911	0.14	2873	31.7%
SZ	24.4%	10.3%	1291	0.62	3114	41.5%
OW	56.1%	5.2%	955	0.08	2776	34.4%
NW	33.0%	5.8%	866	0.77	2625	33.0%
GL	22.7%	11.4%	1433	0.37	3121	45.9%
ZG	32.3%	5.5%	1181	1.87	3041	38.8%
FR	34.1%	11.7%	1421	0.18	3464	41.0%
SO	22.7%		1551	0.36	3394	45.7%
BS	31.1%	22.0%	2072	1.22	4908	42.2%
BL	28.7%		1173	0.61	3812	30.8%
SH	32.0%		1464	0.49	3594	40.7%
AR	27.0%	9.6%	1674	0.26	2843	58.9%
AI	50.2%	4.0%	827	0.26	2675	30.9%
SG	27.1%	13.8%	1101	0.38	3206	34.3%
GR	30.4%	8.1%	1151	0.24	3103	37.1%
AG	26.3%	10.8%	1004	0.60	3384	29.7%
TG	38.5%	7.2%	1125	0.43	3475	32.4%
TI	27.2%	24.7%	2548	0.45	4441	57.4%
VD	21.2%	20.7%	2415	0.53	4439	54.4%
VS	32.3%	8.3%	1532	0.09	3151	48.6%
NE	20.7%	26.3%	2355	0.28	4359	54.0%
GE	28.9%	20.9%	1909	1.00	5027	38.0%
JU	35.3%	17.4%	1446	0.13	4007	36.1%
CH	28.8%		1519	0.95	3775	40.2%

Fonte: Ufficio federale di sanità pubblica (2007)

Evidentemente è impossibile dedurre dalla Tabella 4.4 un'indicazione circa l'incidenza del premio al netto dei sussidi, per almeno tre ragioni: (1) il reddito medio delle economie domestiche e la composizione di queste ultime varia in modo significativo da cantone a cantone; (2) occorrerebbe tener conto della distribuzione dei redditi nei vari cantoni e (3) di come il sussidio sia modulato in ciascun cantone al variare sia del reddito che della composizione dell'economia domestica.

Dobbiamo dunque limitarci a considerazioni generali rispetto alla variabilità esistente tra i cantoni:

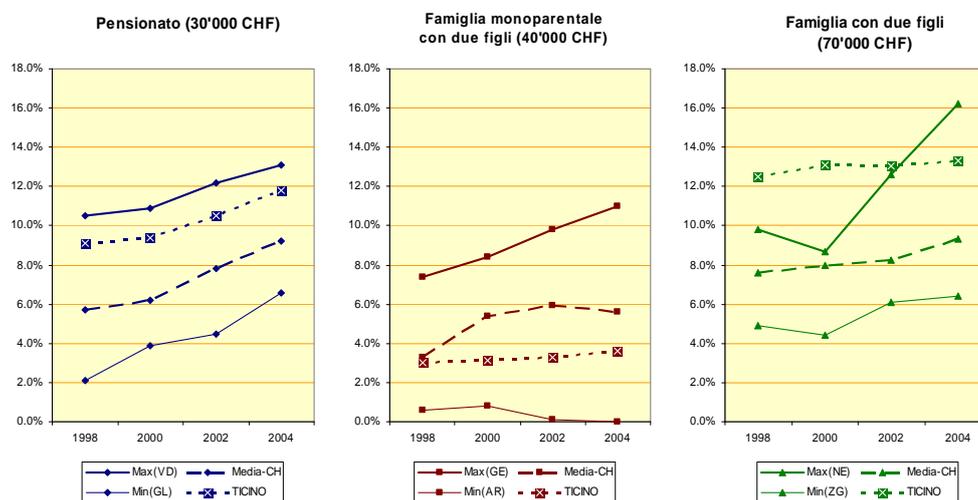
- Complessivamente il 28.8% dei cittadini elvetici ha beneficiato nel 2006 di un sussidio LAMal, ma questa percentuale rappresenta un valore medio nel quale confluiscono sia Cantoni che sussidiano oltre il 50% dei cittadini (Appenzello Interno e Obvaldo) sia Cantoni che ne sussidiano meno del 25% (Svitto, Vaud, Neuchâtel).
- Anche l'entità del sussidio, che sul piano nazionale ammonta a 40.2% del premio medio nazionale, fluttua notevolmente tra i due estremi, rappresentati da Cantoni con un sussidio medio superiore al 50% del premio (Appenzello Esterno, Ticino, Vaud e

Neuchâtel) e Cantoni con un sussidio medio inferiore ad un terzo del premio (Uri, Basilea Campagna, Appenzello Interno, Argovia e Turgovia).

Uno strumento più preciso per quantificare l'efficacia del sistema di riduzione dei premi nei 26 cantoni, ancorché le indicazioni fornite siano riferite a gruppi specifici di persone e dunque non del tutto generalizzabili, è il monitoraggio realizzato ogni due anni per conto dell'Ufficio federale di sanità pubblica.⁷²

Nel caso concreto il confronto tra i cantoni è realizzato sulla base dell'incidenza (calcolata come rapporto percentuale tra premio medio cantonale al netto dei sussidi e reddito disponibile) di quattro tipologie di economia domestica.⁷³ La variabilità dell'incidenza, per 3 delle 4 tipologie di economia domestica analizzate nello studio, è raffigurata nella Figura 4.5.

Figura 4.5 Incidenza del premio (al netto dei sussidi) sul reddito disponibile per 3 tipologie di economia domestica: minimo, massimo, media svizzera e Ticino (1998-2004)



Dalla Figura 4.5 possiamo evincere: (a) l'evoluzione dell'incidenza registrata nel cantone con minima e massima incidenza, (b) l'andamento dell'incidenza media a livello nazionale e (c) la situazione del Ticino. Alcune indicazioni emergono in modo evidente:

- tra i cantoni si riscontra una forte variabilità dell'incidenza del premio netto (tra 6 e 11 punti percentuali, a dipendenza della tipologia di economia domestica), senza che si assista con il passare degli anni ad un processo di convergenza;
- quasi ovunque si assiste ad un peggioramento dell'incidenza tra il 1998 ed il 2004;

⁷² Balthasar et al (2005). I tre studi precedente (2003, 2001 e 1999 erano stati commissionati dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali).

⁷³ Occorre sottolineare che si tratta comunque di livelli teorici di incidenza, dal momento che il calcolo è stato effettuato sulla base del premio medio cantonale, a fronte di una variabilità del premio tra cassa e cassa all'interno dello stesso cantone piuttosto elevata, e che sono state trascurate ulteriori forme di trasferimento proprie della politica sociale cantonale.

- per due tipologie di economia domestica su tre (pensionato e famiglia con due figli) l'incidenza media supera ormai la fatidica soglia dell'8%, ad immagine del fatto che un numero crescente di Cantoni non rispetta più l'obiettivo sociale definito dal Consiglio federale nel 1991.

La variabilità esistente nel grado di equità verticale attuata dai Cantoni mediante i rispettivi sistemi di riduzione dei premi è intimamente legata al federalismo, che per sua natura significa accettazione delle diversità (in questo caso accettazione del grado diverso con cui le comunità cantonali ritengono di declinare la dimensione della solidarietà nel finanziamento dell'assicurazione malattia). Questa variabilità costituisce tuttavia una violazione del principio di equità orizzontale, dal momento che nel 1994, approvando la LAMal, il popolo svizzero ha accettato l'idea di un servizio pubblico definito sul piano nazionale.

Il parlamento federale ha dibattuto a lungo dell'opportunità di realizzare una maggior uniformità dell'equità di finanziamento nell'ambito del progetto di seconda revisione della LAMal. Tra le proposte formulate troviamo quella di definire per legge la soglia massima di incidenza (12% del reddito determinante per le persone sole e 10% per le famiglie), il livello massimo di onere da attribuire alle economie domestiche economicamente più svantaggiate (4% del reddito determinante per le persone sole e 2% per le famiglie) e l'obbligo di definire almeno quattro fasce di reddito associate ad altrettanti livelli di incidenza intermedi.⁷⁴ La maggioranza del parlamento, sotto la pressione dei cantoni, non ha tuttavia avuto il coraggio di andare in questa direzione. Essendo già chiara l'evoluzione della NPC, i maggiori oneri di questa modifica di legge sarebbero ricaduti sui cantoni. Si sarebbe pertanto trattato di una decisione top-down, che avrebbe comportato una violazione del principio di equivalenza fiscale.

Diversa è la proposta avanzata per esempio da Dafflon (2002). Una soluzione più efficace al problema dell'equità territoriale – problema riconosciuto pure dal recente studio dell'OCSE sul sistema sanitario svizzero⁷⁵ – consisterebbe nell'affidare alla sola Confederazione (senza dunque l'intermediazione dei Cantoni) la promozione dell'obiettivo sociale nell'ambito della LAMal. La Confederazione dovrebbe raccogliere, attraverso la propria fiscalità, il totale dei mezzi finanziari necessari alla riduzione dei premi dei cittadini di condizioni economiche modeste. Attraverso il superamento della mediazione dei Cantoni non solo si potrebbe raggiungere in modo diretto l'obiettivo sociale, ma nello stesso tempo si costringerebbe la Confederazione ad aumentare la propria partecipazione alla spesa pubblica di un settore nel quale, con l'introduzione della LAMal, il governo federale ha innegabilmente assunto un ruolo di primo piano a fronte di un contributo finanziario che ancora oggi è da considerarsi del tutto minoritario.⁷⁶

Purtroppo la NPC muove in direzione opposta rispetto al suggerimento di Dafflon (2002), poiché non solo viene ribadito il principio che la riduzione dei premi costituisce un

⁷⁴ Cfr. la nuova versione dell'articolo 65 della LAMal discussa dal Consiglio degli Stati il 20.03.2003 (http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/n/4701/94358/d_n_4701_94358_94432.htm) e la proposta di modifica della LAMal (Riduzione dei premi), del 26.04.2004 (<http://www.admin.ch/ch/f/ff/2004/4115.pdf>).

⁷⁵ Cfr. OECD (2006), p. 159-160.

⁷⁶ Si tratta di un cambiamento che, come suggerito da Crivelli e Filippini (2003), meriterebbe di essere inserito nel contesto più ampio di una riforma della Costituzione.

compito svolto congiuntamente da Confederazione e cantoni, ma si pongono pure le premesse per un aumento della variabilità nelle soluzioni adottate dai singoli cantoni.

4.2.4 *L'evoluzione della spesa in Ticino*

Come abbiamo specificato sopra, la Confederazione non stabilisce su quale base deve essere calcolato il reddito delle economie domestiche ai fini dell'ottenimento del sussidio. Tale competenza spetta, di contro, ai Cantoni: una volta che la Confederazione ha stabilito i contributi federali e definito i contributi massimi spettanti ai singoli Cantoni, ciascuno di questi ha il potere di decidere come ripartire tra le economie domestiche a reddito modesto le risorse finanziarie a disposizione.

Il sistema di riduzione dei premi del Cantone Ticino viene definito, nelle sue linee generali, al titolo IV della *Legge cantonale di applicazione* della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997 (articoli 23-62). La legge di applicazione definisce alcuni algoritmi che consentono al sistema di autoregolarsi rispetto alle variazioni registrate nel livello generale dei premi.

In Ticino beneficiano di una riduzione del premio LAMal due categorie di persone:

(a) gli **aventi diritto al sussidio ordinario** specificati agli articoli 29, 45 e 46 della LCAMal⁷⁷.

(b) i **beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI**, per i quali viene seguita una procedura di riconoscimento e una modalità di calcolo diversa (articoli 40-41).⁷⁸

Generalmente il sussidio è corrisposto dietro presentazione di un'istanza scritta (art. 28). Sulla base dei dati fiscali l'autorità competente invia automaticamente alle economie domestiche che soddisfano i requisiti per l'ottenimento del sussidio un modulo, che queste dovranno ritornare controfirmato. Rappresentano un'eccezione i beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI che sono esentati dal presentare l'istanza di sussidio (art. 40). Il sussidio viene versato direttamente agli assicuratori ed è pertanto dedotto dal premio dovuto dal singolo assicurato alla propria cassa malati.

L'entità del sussidio ordinario è definita in riferimento alle capacità economiche del soggetto fiscale. Essa è determinata in base ad una misura sintetica della capacità economica, denominata **reddito determinante** (art. 30) e corrispondente alla somma arrotondata al mille franchi superiore di due valori:

- il reddito imponibile del soggetto fiscale,

⁷⁷ Per quanto concerne gli aventi diritto al sussidio ordinario occorre ulteriormente distinguere tra i casi regolari (si tratta in sostanza di persone sole, il cui reddito determinante non supera franchi 20'000, e di tutti i componenti di famiglie il cui reddito determinante non supera franchi 32'000) ed i casi particolari, identificabili in singoli individui appartenenti a famiglie che, in seguito al superamento dei limiti di reddito stabiliti dalla legge, sono in quanto soggetti fiscali escluse dal beneficio del sussidio. Più precisamente ci riferiamo ai secondi e successivi figli di famiglie con reddito determinante tra Fr. 35'000 e Fr. 60'000, ai quali viene riconosciuta individualmente una riduzione di premio. Nell'erogazione di un sussidio ordinario a questi casi particolari si esprime la volontà del legislatore di modulare il sussidio non solo in relazione al reddito del nucleo familiare ma anche in considerazione del numero dei figli che lo compongono.

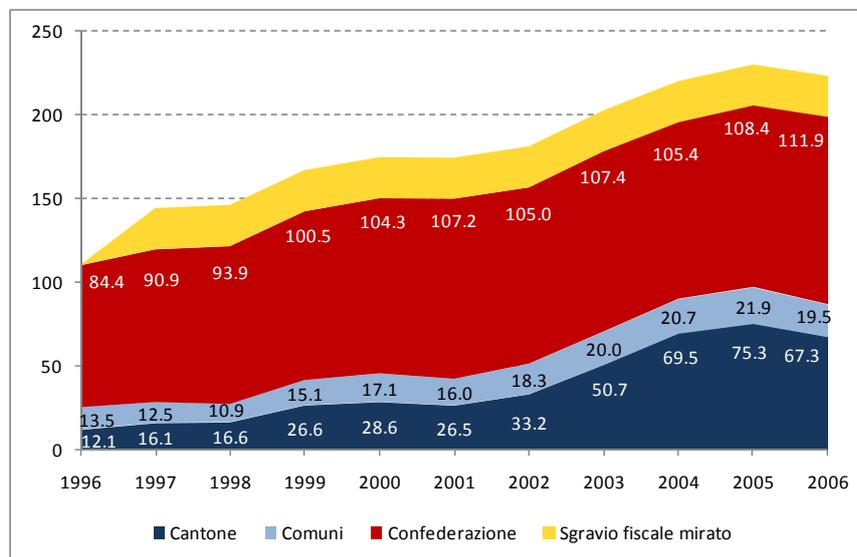
⁷⁸ Nel caso di persone a beneficio di una rendita AVS/AI che rientrano nei limiti per le PC viene coperto integralmente il premio lordo.

- un quindicesimo della sostanza imponibile, per la parte eccedente l'importo di Fr. 150'000.-- per le persone sole e Fr. 200'000.-- per le famiglie.

Il modello di calcolo dei sussidi è descritto dettagliatamente in appendice (capitolo 8). Le regole per la determinazione dell'importo di sussidio sono in parte ancorate nella legge e in parte definite annualmente dal Consiglio di Stato tramite decreto esecutivo. Nella sua struttura teorica il modello di calcolo appare abbastanza semplice. Tuttavia, a causa di diversi fattori quali la definizione di premi riconosciuti, le variazioni dovute alle fasce di età, allo statuto familiare, alla cassa malati scelta ed ai casi particolari (quali i secondi e successivi figli), il modello ticinese presenta una quantità di situazioni così ampia, da rendere intrasparente la determinazione del sussidio agli occhi dei cittadini.

La Figura 4.6 rappresenta l'evoluzione dei fondi pubblici impiegati in Ticino per la riduzione dei premi, distinguendo la provenienza delle risorse finanziarie.

Figura 4.6 Evoluzione dei contributi federali, comunali e cantonali alla riduzione dei premi LAMal del Cantone Ticino (1996-2006), in milioni di franchi



Fonti: Istituto Assicurazioni Sociali (IAS) e UFSP (2007)

Ai contributi federali (evidenziati in rosso), si aggiungono i mezzi propri del cantone (presupposti dalla legge quale condizione per poter utilizzare i finanziamenti federali). Queste risorse in Ticino vengono apportate congiuntamente dal cantone (area blu scuro) e dai comuni (area azzurra). La cifra effettivamente versata alle economie domestiche corrisponde alla somma di queste tre aree. Ad essa si aggiungono ancora 24.6 milioni di franchi di “sussidi virtuali”, corrisposti cioè mediante un alleggerimento dell'onere fiscale accordato alle economie domestiche del ceto medio a partire dal 1997. Nelle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di sanità pubblica i dati ticinesi contengono sistematicamente anche questi sussidi virtuali, benché non si tratti di un trasferimento effettivo di denaro pubblico. Il valore incluso nei dati statistici (mantenuto costante nel tempo) equivale alle stime degli sgravi fiscali concessi nel 1997.

Per quanto concerne i sussidi effettivamente versati si manifestano due tendenze:

- un aumento costante del contributo complessivo fino al 2005 (il tasso di crescita annuo si aggira attorno al 7.2%), seguito da una lieve riduzione della spesa (-3.3%) nel 2006;
- un progressivo aumento della quota finanziata congiuntamente da cantone e comuni (passata da 23.3% nel 1996 al 47.3% nel 2005, a cui ha fatto seguito una lieve flessione nel 2006 al 43.7%).

La congiunzione di queste due tendenze determina, di fatto, un incremento più che proporzionale del *contributo netto a carico del Cantone*.

Per quanto concerne l'evoluzione del *contributo complessivo* è possibile identificare tre cause:

- l'aumento del numero di beneficiari di sussidio (evidenziato chiaramente alla Tabella 4.5).⁷⁹ La percentuale dei beneficiari sul totale degli assicurati è aumentata fino al 2005 (passando dal 22.4% degli assicurati nel 1996 al 30.7% del 2005), per poi segnare un'importante flessione nel 2006. L'incremento percentualmente più alto lo si registra tra i beneficiari di PC AVS/AI, il cui numero tra il 1998 ed il 2006 è aumentato di oltre il 28%;
- l'incessante aumento dei premi, che per gli automatismi presenti nella legge cantonale determina un adeguamento al rialzo degli importi versati ai beneficiari, a parziale copertura del rincaro dei premi e del conseguente aumento dell'incidenza di questa voce di spesa sul reddito disponibile delle economie domestiche;
- i vari pacchetti di sgravi fiscali realizzati tra il 1997 ed il 2003, che hanno comportato una diminuzione del reddito determinante (in particolare delle famiglie) a parità di reddito lordo. Siccome solo una parte dei parametri possono essere definiti di anno in anno dal Consiglio di Stato, il governo cantonale ha a due riprese cercato di risolvere la questione riducendo alcuni dei limiti contenuti nel testo di legge. Nel 2004 alcuni emendamenti alla LCAMal, accettati dal Gran Consiglio, sono stati respinti dai cittadini in votazione popolare. Il secondo tentativo di abbassamento di questi limiti, avvenuto nel 2006 per decisione del Consiglio di Stato, è stato oggetto di ricorso al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni nel giugno dello stesso anno. Con sentenza del 23 ottobre 2006 il Tribunale ha accolto il ricorso, ribadendo il principio che il governo non ha la facoltà di abbassare i parametri per il calcolo del sussidio al di sotto dei limiti stabiliti dalla LCAMal, prerogativa che spetta al Parlamento e in ultima analisi (nel caso di referendum) al popolo. Questa sentenza ha di fatto costretto il governo cantonale a rivedere al rialzo i parametri di calcolo per il 2007, determinando con tutta probabilità un ritorno del numero dei beneficiari e dell'importo distribuito ai livelli registrato nel 2005.

⁷⁹ Un'impennata nel numero dei beneficiari si registra a cavallo tra il 2002 ed il 2003. Dal 2002 possono beneficiare di un sussidio LAMal anche i frontalieri (nel senso di persone che lavorano in Svizzera ma risiedono all'estero) che possono decidere se assicurare il rischio malattia nel paese di residenza o in quello in cui esercitano la propria attività lavorativa. La progressiva apertura del mercato del lavoro in seguito all'applicazione degli accordi bilaterali con l'UE potrebbe dunque determinare un allargamento della cerchia dei beneficiari.

Tabella 4.5 Evoluzione del numero di beneficiari di sussidio (1996-2006), della quota di persone sussidiate e del numero di beneficiari di PC AVS/AI

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totale assicurati	307305	306728	307848	309990	311148	312570	314114	315386	316266	317718	319352
<i>Totale sussidiati</i>	<i>68'744</i>	<i>85'021</i>	<i>85'910</i>	<i>82'590</i>	<i>83'881</i>	<i>83'188</i>	<i>86'226</i>	<i>93'066</i>	<i>96'496</i>	<i>97'405</i>	<i>88'431</i>
<i>in per cento</i>	22.4%	27.7%	27.9%	26.6%	27.0%	26.6%	27.5%	29.5%	30.5%	30.7%	27.7%
<i>di cui a beneficio di PC</i>	<i>n.a</i>	<i>n.a</i>	<i>17'028</i>	<i>17'634</i>	<i>17'991</i>	<i>18'317</i>	<i>19'096</i>	<i>19'506</i>	<i>20'643</i>	<i>21'506</i>	<i>21'840</i>

Fonti: LAS, UFAS e UFSP

Le ragioni del peggioramento del grado di copertura dalla prospettiva del cantone (definito come fabbisogno totale meno i contributi federali e comunali), invece, vanno verosimilmente ricercate in due direzioni:

- il rincaro sostanziale del *matching price* (cioè il “prezzo” espresso in termini di fondi cantonali necessari per poter usufruire dei contributi federali), passato dai 23.3 centesimi per franco ricevuto del 1996 ai 44.7 centesimi del 2006 (cfr. Tabella 4.4). Tale rincaro è dovuto simultaneamente a due evoluzioni: (a) un leggero miglioramento dell’indice di forza finanziaria del Cantone Ticino tra il 2000 e il 2006 (passato da 78 a 88) e (b) la modifica della formula di distribuzione dei sussidi federali (che dal 2002 non contempla più il livello del premio medio tra i fattori che influenzano la chiave di ripartizione).
- una certa stagnazione del gettito fiscale dei comuni ticinesi, che ha determinato (nella redistribuzione interna tra cantone e comuni) un aumento della quota a carico del cantone (dal 47.4% al 77.5%).

4.2.5 Evoluzione dell’incidenza del premio netto sul reddito disponibile in Ticino

Nel paragrafo precedente abbiamo cercato di esplorare le ragioni per cui il Cantone Ticino ricorre in modo superiore alla media allo strumento della riduzione dei premi di famiglie con reddito modesto (+34.5% se si considera il periodo 1997-2005, addirittura +50% nel 2005). In questi ultimi anni il governo cantonale ha cercato di contenere l’evoluzione di questa voce di spesa, fallendo però l’obiettivo. L’impennata registrata negli ultimi anni (ad eccezione del 2006, che ha visto il tentativo di intervento al ribasso del governo, poi bocciato dal tribunale cantonale) non rappresenta dunque l’espressione di una volontà politica (estendere lo Stato Sociale), quanto piuttosto il frutto di un’inerzia alla quale il governo cantonale non è ancora riuscito ad opporre resistenza.

Detto questo, il punto di maggior interesse è stabilire se l’evoluzione seguita dai contributi alla riduzione dei premi abbia portato, dalla prospettiva delle fasce deboli della popolazione, ad un miglioramento nell’incidenza del premio rispetto al passato o se per contro gli aggiustamenti abbiano semplicemente limitato le conseguenze negative dei continui rincari di premio, evitando che si erodesse eccessivamente il reddito disponibile delle economie domestiche economicamente deboli.

L’approccio seguito in questo paragrafo è molto semplice. Si è cercato di ricostruire per un lasso di tempo di 7 anni (dal 2002 al 2007) la situazione di due tipologie di economia domestica: una persona anziana ed una famiglia con due figli.

Per ogni economia domestica, si è computata l'*incidenza del premio sul reddito disponibile*, ipotizzando ben 30 scenari diversi di reddito lordo (da Fr. 5'000.- a 150'000.-, con scatti di 5000.-) e calcolando reddito imponibile e imposte dovute secondo le rispettive leggi tributarie.

Il *reddito disponibile* è stato definito come differenza tra reddito lordo, oneri sociali di legge e imposte federali, cantonali e comunali⁸⁰ dovute dal soggetto fiscale in questione.

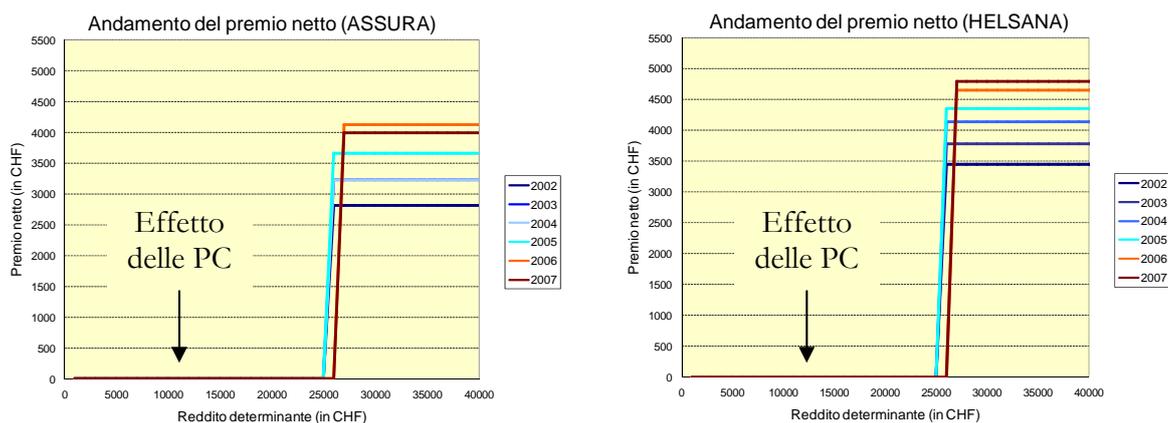
Per quanto concerne i *premi*, essi sono stati considerati al netto dei sussidi, calcolati secondo i parametri stabiliti dal Consiglio di Stato anno dopo anno. Per effettuare un calcolo realistico non si è utilizzato il premio medio cantonale (come abitualmente usano fare gli studi di Balthasar et al.), ma le condizioni di premio relative a due assicuratori reali:

- Helsana (una cassa malati che offre la copertura obbligatoria ad un premio vicino alla quota media cantonale ponderata e detiene la fetta di mercato più alta in Ticino) e
- Assura (una cassa malati con buona diffusione alle nostre latitudini ed un premio tra i più convenienti).

I risultati di questa simulazione sono illustrati in sei Figure, tre per ciascuna tipologia di economia domestica. Una prima Figura (4.7 per il pensionato, 4.9 per la famiglia con due figli) descrive la relazione tra reddito determinante e premio dovuto, al netto dei sussidi stabiliti dalla legge. Le due figure evidenziano, con il passare degli anni, il risultato netto di due fattori: il rincaro dei premi e l'applicazione della LCAMal e dei parametri stabiliti dal Consiglio di Stato per il calcolo dei sussidi.

Il caso del pensionato è particolare (Figura 4.7).

Figura 4.7 Relazione tra premio netto e reddito determinante (pensionato single) tra il 2002 ed il 2007



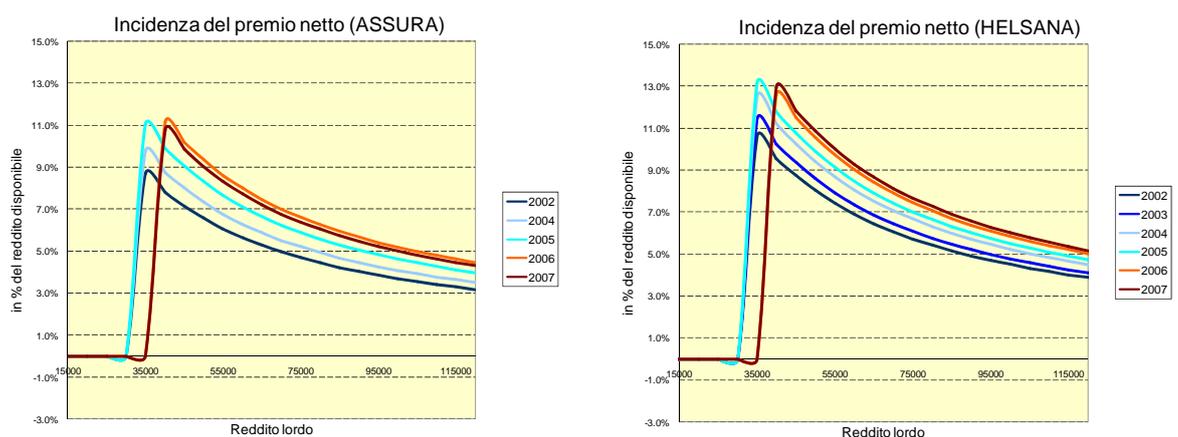
Siccome si tratta di una persona che beneficia di una rendita AVS, si possono verificare due situazioni:

⁸⁰ E' stata raffigurata la situazione della capitale del Cantone, dal momento che si è utilizzato il moltiplicatore comunale in vigore a Bellinzona.

- Se la rendita non raggiunge la soglia stabilita per l'ottenimento delle prestazioni complementari non si applica il modello ordinario di calcolo del sussidio ma la modalità particolare per i beneficiari di PC AVS/AI (definita agli articoli 40-41 LCAMal). In soggetti questo caso lo Stato si fa carico dell'intero premio lordo dell'assicurazione malattia, sia che la copertura sia stata stipulata presso Assura sia che sia stata stipulata presso Helsana.
- Solo per i pensionati con reddito determinante superiore a Fr. 25'000.- (corrispondente ad un lordo di Fr. 34'000.-) l'aumento dei premi registrato tra il 2002 ed il 2007 (+41% nel caso di Assura, +39% nel caso di Helsana) si è ripercosso negativamente sulla rispettiva situazione economica, determinando cioè un'erosione del reddito disponibile. Beneficiari di prestazioni complementari sono stati protetti dal sistema in vigore nei confronti degli aumenti di premio. Nel 2005 un aggiustamento verso l'alto delle soglie PC ha consentito anche a pensionati con reddito lordo di Fr. 35'000.- di rientrare tra i beneficiari delle PC e di godere pertanto del pagamento dell'intero premio di cassa malati, determinando così "al margine" un vantaggio consistente per questo soggetto fiscale.

Per quanto concerne l'incidenza del premio, la Figura 4.8 mostra che tra il 2002 ed il 2007 essa è rimasta costante (e pari a zero) per i pensionati con reddito inferiore a 34'000.-/35'000.- franchi lordi. Se da un lato questo risultato corrisponde alla massima efficacia dal profilo della politica sociale, dall'altro la modalità di calcolo del sussidio per i beneficiari di PC presenta un problema serio: si determina un "effetto soglia" estremamente pronunciato. Se un soggetto fiscale ottiene una rendita AVS di pochi franchi superiore al limite delle PC, decade completamente il suo diritto al sussidio e l'intero premio grava sul portafoglio dell'individuo. Con qualche franco in meno, si ottiene il rimborso completo del premio. Una variazione minima del reddito porta l'incidenza del premio da 0% a valori che possono raggiungere il 10-13% del reddito disponibile.

Figura 4.8 Incidenza del premio netto sul reddito disponibile (pensionato single) tra il 2002 ed il 2007

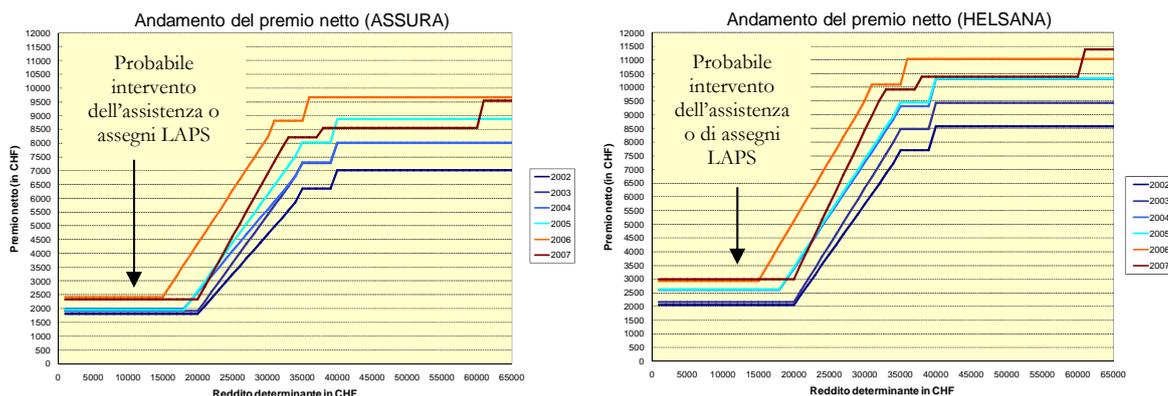


Come risulta evidente dalla Figura 4.8, infatti, per i pensionati con reddito di poco superiore alla soglia per l'ottenimento delle PC l'incidenza è aumentata di 2 punti percentuali nel caso di entrambe le casse malati (da 9% a 11% per Assura, da 11% a 13% per Helsana). Fermo restando che gli assicurati di Helsana potrebbero eludere l'aumento

semplicemente cambiando cassa malati e passando per esempio ad Assura, occorre riconoscere che il cambiamento di cassa malati è particolarmente difficoltoso per le persone anziane (specialmente per coloro che hanno stipulato delle coperture complementari) e determina un risparmio *one-shot* (una volta approdati alla cassa malati più a buon mercato, ulteriori aumenti di premio diventano ineludibili).

Più complessa appare la situazione della famiglia con due figli (cfr. Figura 4.9).

Figura 4.9 Relazione tra premio netto e reddito determinante (famiglia con 2 figli) tra il 2002 ed il 2007



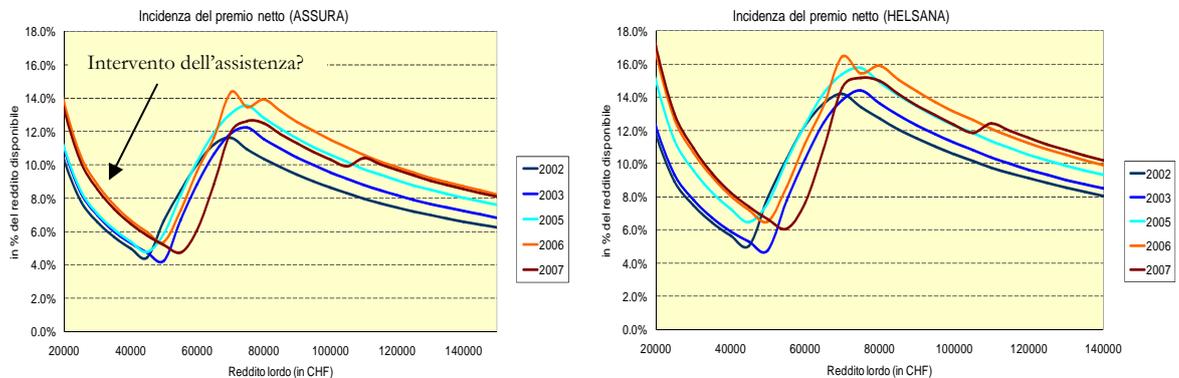
Questa seconda tipologia di economia domestica rappresenta un caso più generale rispetto al pensionato, poiché ad essa si applica il modello ordinario per il calcolo dei sussidi. Le modalità di calcolo, che distinguono tra sussidio ordinario regolare e sussidio ordinario particolare per il secondo ed i successivi figli, sono illustrate in Appendice.

Nella Figura 4.9 si può rilevare come gli aumenti di premio erodano anche il reddito disponibile di famiglie con redditi molto bassi. Assicurati di Assura che beneficiano del sussidio massimo si sono visti aumentare la partecipazione al premio, tra il 2002 ed il 2007, di Fr. 500.-, gli affiliati di Helsana addirittura di 1'000.- franchi.⁸¹ Con tutta probabilità, per famiglie con redditi molto bassi che ricorrono ai servizi dell'assistenza sociale o che beneficiano di assegni LAPS, questi aumenti di spesa sono stati trasferiti sulle spalle degli enti pubblici, dando vita a un circolo vizioso ben illustrato nello studio di Marazzi, Greppi e Soldini (2007).

Nella Figura 4.10 si possono constatare anche gli effetti causati dagli sgravi fiscali. Questi non si rendono manifesti nella Figura 4.8, che illustra il nesso tra reddito determinante e importo del sussidio, dal momento che gli sgravi modificano la relazione tra reddito lordo e reddito determinante.

⁸¹ A causare questi aumenti è stato un adattamento della quota minima a carico dell'assicurato, un aumento del differenziale di premio tra le regioni e un rincaro del costo della copertura infortuni, che nel sistema ticinese determinano un maggior onere di spesa per l'assicurato. Ricordiamo infatti che il premio riconosciuto è definito sulla base del premio della regione minima e tiene conto solo parzialmente del costo della copertura infortuni.

Figura 4.10 Incidenza del premio netto sul reddito disponibile (famiglia con 2 figli) tra il 2002 ed il 2007



Il quadro in questo caso appare molto più ingarbugliato rispetto alla situazione del pensionato. Ricordiamo infatti che sia nel terzo che nel quarto pacchetto di sgravi fiscali il cambiamento quantitativamente più importante è stato l'aumento delle deduzioni per figli. Gli effetti del terzo pacchetto si rendono manifesti a partire dal 2003 (quando per la prima volta il reddito determinante viene computato sulla base della tassazione 2001/2002), quelli del quarto pacchetto a partire dal 2006 (con i sussidi calcolati in base alla tassazione 2003). I cambiamenti non si ripercuotono in modo parallelo su tutte le fasce di reddito. Rispetto all'anno precedente, i parametri del 2003 alleviano l'incidenza del premio per le famiglie con reddito lordo tra 50'000.- e 65'000.- franchi, ma comportano un peggioramento per tutte le altre fasce di reddito.

Analogo è l'effetto delle modifiche entrate in vigore nel 2006. Rispetto al 2005 si registra una leggera riduzione dell'incidenza per le fasce di reddito tra 50'000.- e 65'000.- franchi, mentre per tutte le altre fasce di reddito si assiste ad un significativo innalzamento dell'incidenza. Ricordiamo che nel 2006 il Consiglio di Stato ha cercato di contenere gli effetti del quarto pacchetto di sgravi fiscali, abbassando alcuni parametri sotto le soglie definite dalla LCAMal, decisione che il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni ha in seguito sconfessato, costringendo il governo a tornare sui propri passi e a definire per il 2007 parametri decisamente più generosi. È per questa ragione che nel 2007, rispetto all'anno precedente, l'incidenza è migliorata in modo importante (tra un punto e 3.5 punti percentuali) per tutte le famiglie con redditi lordi tra i 55'000.- e i 105'000.- franchi.

Senza dubbio il dato più importante che emerge dalla Figura 4.10 riguarda il valore assoluto dell'incidenza. Per famiglie con reddito lordo tra i 65'000 ed i 100'000 (nel caso di affiliazione presso una delle cassa malati meno costose quale è Assura e, a maggior ragione, se la cassa malati scelta è la moda, cioè Helsana) il premio netto supera la soglia del 9% del reddito disponibile, raggiungendo addirittura il 15% nel caso di assicurati di Helsana con un reddito lordo tra i 75'000.- e gli 80'000.- franchi. In altre parole, nonostante il maggior ricorso alla riduzione dei premi riscontrato in Ticino rispetto alla media degli altri cantoni, per molte famiglie ticinesi l'onere netto del premio rappresenta una spesa che incide pesantemente sul reddito disponibile.

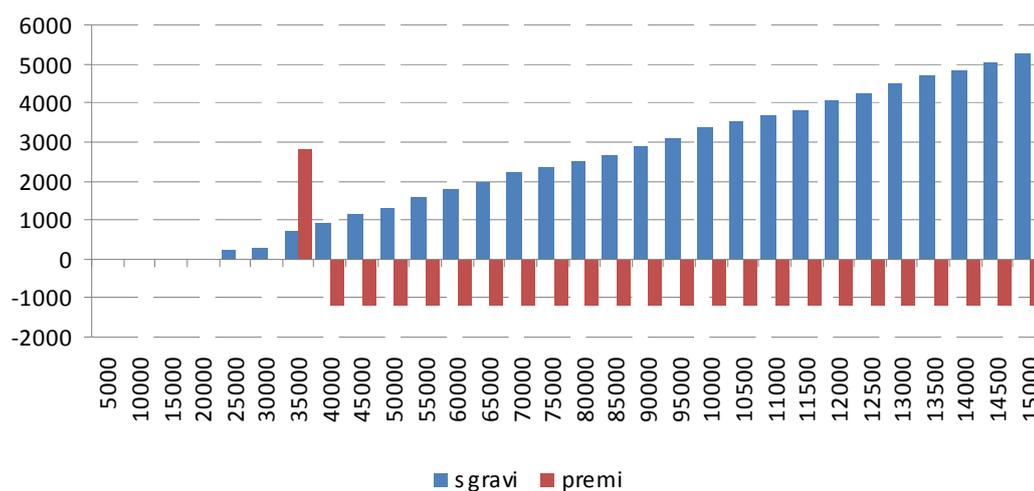
Questo è un risultato che Victor Fuchs, autorevole economista sanitario statunitense, nel suo discorso presidenziale di apertura del congresso dell'*American Economics Association*

aveva mirabilmente anticipato il 6 gennaio 1996. Sei giorni dopo l'entrata in vigore della LAMal furono queste le parole pronunciate da Fuchs *“Ci sono due modi per raggiungere una copertura assicurativa universale: un'imposizione fiscale ad ampio raggio con un sussidio implicito per il povero e l'ammalato o un sistema di assicurazione obbligatoria accompagnato dal versamento di un sussidio esplicito dipendente dal reddito. Tra i due preferisco il primo, poiché il secondo sistema è estremamente costoso da amministrare e determina una pesante distorsione degli incentivi; soggetti con reddito di poco superiore alla povertà devono fronteggiare un'aliquota marginale che non si esiterebbe a definire predatoria se applicata alle persone benestanti?”* (Fuchs, 1996: 17).

Per completare il quadro delle due tipologie di economia domestica prese in esame, riteniamo utile illustrare come il reddito disponibile si sia modificato tra il 2002 ed il 2007 in seguito all'effetto congiunto degli sgravi fiscali e dei cambiamenti sul fronte dei premi e dei relativi sussidi.

La Figura 4.11 presenta la situazione di pensionati con reddito tra 5'000.- e 150'000 franchi, assicurati presso la cassa malati Assura.

Figura 4.11 Variazione del reddito disponibile dovuta a sgravi fiscali e a cambiamenti del premio netto (pensionato single), tra il 2002 ed il 2007 (Assura)

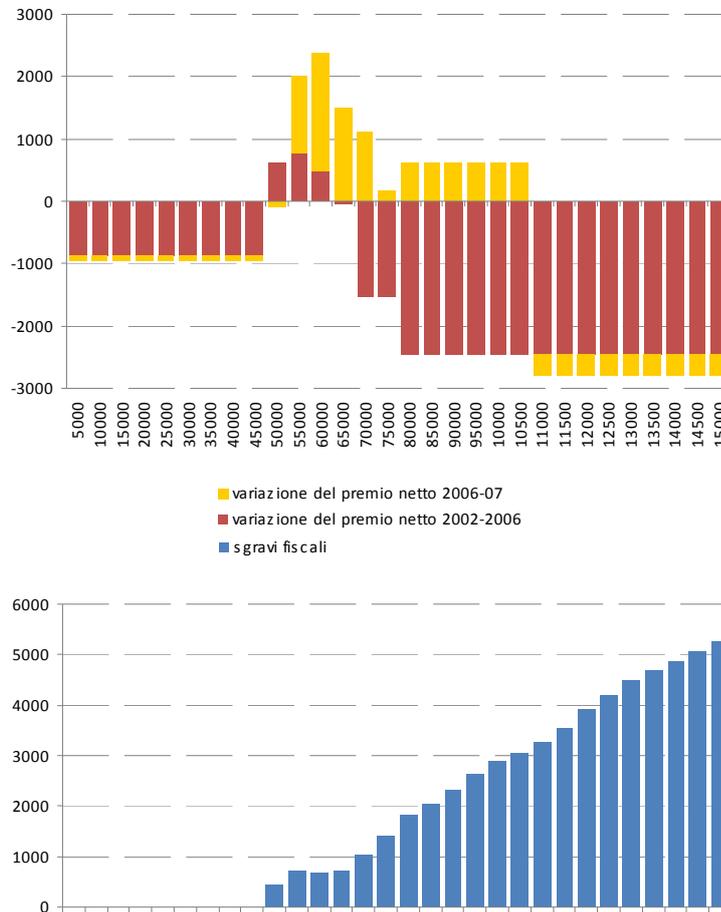


Le principali conclusioni che possiamo dedurre sono:

- solo i pensionati con reddito lordo pari a 35'000.- traggono grande vantaggio dall'innalzamento dei limiti delle PC avvenuto nel 2005, poiché beneficiano del cosiddetto *effetto soglia*.
- In tutti gli altri casi l'assicurazione malattia o non ha avuto alcun impatto sul reddito disponibile (per redditi lordi inferiori a 34'000 franchi) o ha eroso di oltre 1'000.- franchi il reddito disponibile dei pensionati.
- Al contrario gli sgravi fiscali hanno determinato un aumento del reddito disponibile a partire da un lordo di Fr. 25'000.- ed hanno completamente compensato l'erosione causata dal rincaro dell'assicurazione malattia a partire da un reddito lordo di Fr. 50'000.-.

La situazione delle famiglie con due figli, assicurate presso la cassa malati Helsana, è presentata nella Figura 4.12. Per quanto concerne l'impatto del premio, si è deciso di mantenere distinto l'effetto cumulato sugli anni 2002-2006 dalla variazione del 2007.

Figura 4.12 Variazione del reddito disponibile dovuta a sgravi fiscali e a cambiamenti del premio netto (famiglia con 2 figli), tra il 2002 ed il 2007 (Helsana)



Dalla Figura emergono i seguenti risultati:

- Fermandosi al 2006, il premio ha eroso il reddito disponibile di tutte le famiglie ad eccezione dei redditi lordi tra 50'000.- e 60'000.-, che hanno beneficiato di un aumento del reddito disponibile tra i 500.- ed i 750.- franchi all'anno.
- Se si passa alla situazione del 2007, allora si aggiungono alla cerchia dei beneficiari anche le famiglie con redditi lordi tra 60'000 e 65'000.-, mentre i guadagni incamerati diventano più consistenti (tra i 1'500.- ed i 2'500.- franchi all'anno).
- Se si aggiunge al quadro anche il dato degli sgravi fiscali, allora si ottiene un risultato interessante: a partire da un reddito lordo di 50'000 franchi (sotto il quale è possibile che per una famiglia si renda necessario un intervento dell'assistenza o delle prestazioni LAPS) gli sgravi fiscali hanno interamente compensato l'erosione di reddito disponibile causata dal rincaro dell'assicurazione malattia.

4.3 La partecipazione ai costi

Una dimensione che si situa sostanzialmente al di fuori dal controllo dell'autorità politica e nella quale si cristallizzano le scelte individuali operate dai cittadini è la *partecipazione ai costi*. Questa è regolata nella LAMal da tre parametri:

- la franchigia annua,
- la quota percentuale di partecipazione alle spese che eccedono la franchigia ed
- il tetto massimo di spesa.

Se il valore delle fatture di un intero anno è inferiore alla franchigia, il paziente è interamente responsabile dei costi generati, per cui la partecipazione corrisponde al 100%. Quando il valore delle fatture supera la soglia della franchigia, la partecipazione dei pazienti su ogni franco aggiuntivo di spesa ammonta al 10%, fino ad un importo massimo di partecipazione di Fr. 700.- per gli assicurati adulti. Al crescere dell'importo delle fatture annue di un assicurato, si assiste pertanto ad una diminuzione del tasso di partecipazione. Questo meccanismo può essere illustrato con un semplice esempio numerico. Una sola fattura di 73'000 franchi determina una partecipazione ai costi diversa rispetto a 10 fatture da 7'300 franchi. Nel primo caso (ipotizzando una franchigia ordinaria) la partecipazione è pari a Fr. 1'000 (300.- di franchigia + 10% della spesa fino al tetto massimo di partecipazione di 700.-, con un'incidenza pari a 1.36%). Nel secondo caso la parte di spesa a carico dei pazienti ammonta a Fr. 10'000.- (ciascuna fattura comporta una partecipazione di Fr. 1'000, determinando così un'incidenza totale pari a 13.6%).

Due sono i fattori principali che spiegano la quota percentuale di partecipazione dei pazienti alla spesa socializzata: (a) la distribuzione dei sinistri (a parità di spesa) e (b) la scelta di franchigie superiori al livello ordinario.

4.3.1 La distribuzione dei sinistri

La distribuzione dei sinistri può essere influenzata da fattori diversi.

Un primo fattore è senza dubbio la *demografia*. Lo studio di Zweifel et al (1999) ha stabilito che una parte molto significativa della spesa sanitaria di un individuo si concentra nell'ultimo periodo della sua esistenza; per questo quando il tasso di mortalità di un cantone è particolarmente elevato, anche la quota di sinistri altamente costosi tende ad essere più importante.

Un secondo fattore è la *diffusione di franchigie elevate*, il cui effetto sulla partecipazione ai costi è, dal profilo teorico, ambiguo.

Da un lato franchigie elevate comportano una riduzione del fenomeno denominato *moral hazard*. Nella misura in cui franchigie elevate responsabilizzano i pazienti nei confronti dei costi causati dal proprio consumo sanitario e scoraggiano la domanda di prestazioni inutili, è lecito supporre che una forte diffusione di franchigie elevate determini una diminuzione dei casi-bagatella (per i quali la partecipazione ai costi con franchigie elevate è vicina al 100%), contribuendo così a ridurre l'incidenza complessiva della partecipazione ai costi. Dall'altro lato, però, franchigie elevate spostano verso l'alto la soglia entro la quale la partecipazione ai costi è pari al 100%. Nel caso di persone che necessitano di cure di grado

leggero e medio (con importi comunque superiori ai 300.- Fr. all'anno) franchigie elevate contribuiscono ad aumentare la quota della partecipazione ai costi.⁸²

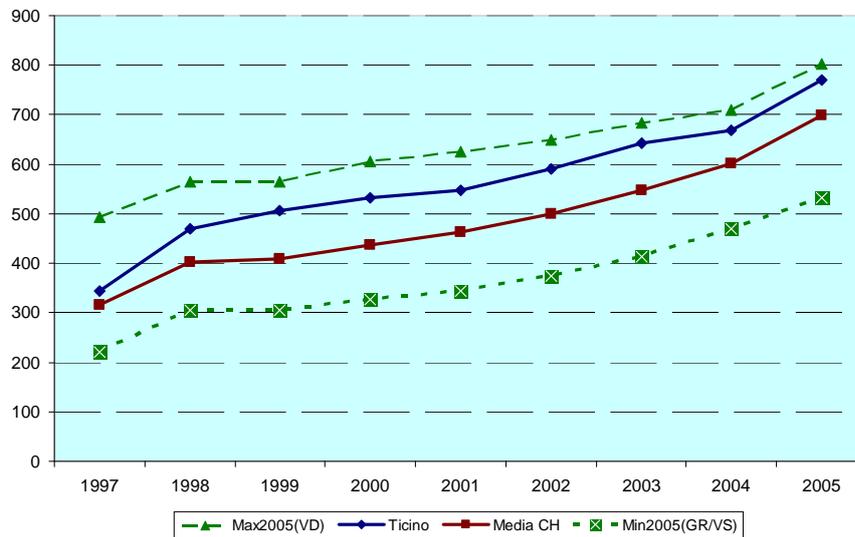
Quali dei due effetti finisce con il prevalere, dipende dall'entità di un secondo fenomeno denominato *selezione dei rischi*. Quando la scelta di franchigie elevate è prerogativa di persone con rischi molto bassi, è lecito supporre che a prevalere sia una riduzione della quota di partecipazione (si eliminano i casi bagattella, mentre sono assai rari i casi di cure di grado leggero o medio sostenute da questi soggetti). Al contrario, se gli assicurati con franchigie elevate denotassero la stessa distribuzione dei sinistri di assicurati con franchigie ordinarie (in assenza dunque di *selezione dei rischi*), si andrebbe incontro ad un aumento del tasso di partecipazione ai costi.

4.3.2 La selezione di franchigie elevate

Negli ultimi anni in tutta la Svizzera si osserva un aumento significativo della quota di assicurati che, in cambio di uno sconto di premio, decidono di sopportare una parte maggiore del rischio economico in caso di malattia nella forma di una franchigia opzionale elevata. Combinando l'effetto della progressiva diffusione di franchigie elevate con il raddoppio della franchigia ordinaria (passata dai 150.- iniziali agli odierni 300.-), la franchigia media dei cittadini adulti è più che raddoppiata, passando in Svizzera dai 316.- franchi del 1997 ai 698.- del 2005.

La Figura 4.13 evidenzia l'evoluzione della franchigia media del cantone con il valore più basso (i Grigioni fino al 2002, il Vallese dal 2003), di quello con la media più alta (Vaud) e la situazione ticinese. In Ticino la franchigia media è aumentata di 426.- franchi, passando dai 343.- del 1997 ai 769.- del 2005.

Figura 4.13 Evoluzione della franchigia media nel caso di assicurati adulti (1997-2005)



⁸² Dal profilo statistico è possibile che fatture annue che non raggiungono la franchigia siano ignorate dal sistema di rilevamento dei dati (poiché non vengono inviate alle casse malati) e comportino di conseguenza un valore inferiore delle prestazioni lorde registrate dal sistema.

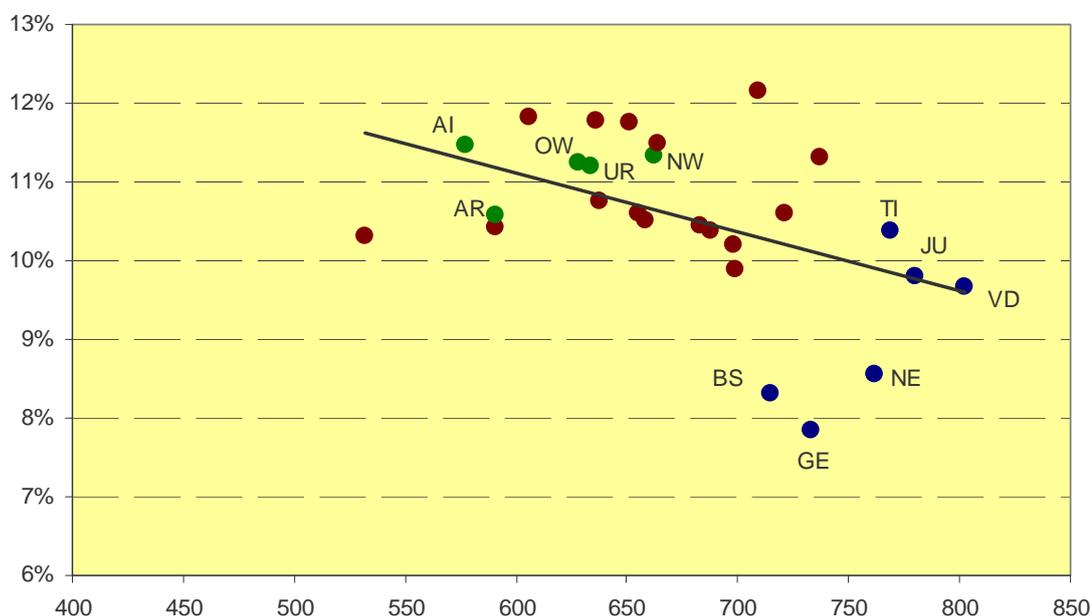
Non è facile stabilire quale sia il nesso di causalità tra franchigia media e livello dei premi. E' molto plausibile l'ipotesi di una relazione di causalità bi-direzionale.

Da un lato, come attestato da parecchi studi recenti [cfr. Geoffard et al (2006); Schellhorn (2002); Werblow (2002); Werblow e Felder (2003)], dietro la scelta di franchigie elevate si cela un fenomeno di autoselezione. Nella misura in cui soprattutto buoni rischi scelgono lo sconto di premio in cambio di una copertura incompleta (la franchigia elevata), si produce una desolidarizzazione tra gli assicurati. I buoni rischi sottraggono parte del proprio contributo di solidarietà grazie allo sconto ottenuto sul premio base. A pagare il premio intero restano solo i cattivi rischi e il minor *risk pooling* che ne consegue determina un aumento del premio base.

Nello stesso tempo è molto probabile che l'aumento dei premi in un cantone spinga fette sempre più consistenti della popolazione (in particolare individui in buona salute) ad optare per franchigie elevate, al fine di ridurre l'onore del premio. Si produce così un circolo vizioso: premi più elevati favoriscono la diffusione di franchigie opzionali consistenti che, a loro volta, sospingono il premio base verso l'alto e questo induce altri buoni rischi ad uscire dalla solidarietà.

Troviamo una conferma empirica di questo circolo vizioso nella Figura 4.14.

Figura 4.14 Correlazione tra franchigia media, quota di partecipazione ai costi e livello dei premi (2005)



I sei cantoni contraddistinti dal livello dei premi più alto (Ginevra, Basilea Città, Neuchâtel, Vaud, Giura e Ticino, indicati in blu) presentano livelli di franchigia superiori alla media, in virtù del meccanismo di causalità bi-direzionale precedentemente illustrato. I 5 cantoni con il premio medio più basso (Appenzello Interno, Nidvaldo, Obvaldo, Appenzello Esterno e Uri, indicati in verde) presentano livelli di franchigia inferiori alla

media. In questi cantoni la quota della partecipazione ai costi è relativamente alta (in quattro casi su cinque superiore a 11%). Per contro nei cantoni con premio elevato la quota della partecipazione ai costi è inferiore a 10% (solo in Ticino essa è superiore alla media svizzera).

In generale si assiste dunque ad una correlazione negativa tra franchigia media e quota percentuale di partecipazione ai costi. Questo risultato suggerisce l'esistenza di un processo di selezione dei rischi celato dietro la scelta di franchigie opzionali. Il dato del Ticino, caratterizzato da una percentuale di partecipazione ai costi superiore alla media svizzera, lascia tuttavia supporre che rispetto ad altri cantoni, in cui pure si verifica una crescente diffusione di franchigie opzionali, si registra un fenomeno di selezione dei rischi meno pronunciato.

5 Modello econometrico

In questo capitolo sono illustrati i risultati riguardanti la stima con metodi econometrici di una funzione di spesa regionale cantonale. L'obiettivo principale è quello di identificare i fattori più importanti che possono spiegare le forti differenze nei valori della spesa sanitaria socializzata osservate a livello cantonale. Per questa analisi empirica sono stati utilizzati i dati relativi a 26 cantoni osservati su un periodo di otto anni (1998-2005). Dapprima si presenterà il modello empirico scelto per l'analisi e in seguito saranno illustrati i risultati econometrici.

5.1 Il modello di spesa

I principali determinanti della spesa socializzata dei cantoni possono essere classificati in sei diversi gruppi:

- *fattori demografici*, quali ad esempio la percentuale di anziani e di giovani nella popolazione;
- *fattori socioeconomici*, quali ad esempio il reddito pro capite o il tasso di disoccupazione;
- *fattori ambientali*, quali ad esempio il tasso di urbanizzazione o il grado d'inquinamento dell'ambiente;
- *fattori che caratterizzano la capacità produttiva*, quali ad esempio la densità di medici, la densità di farmacie, la densità di letti nel settore ospedaliero, il numero di ospedali, la percentuale di medici che hanno la facoltà di dispensare farmaci.
- *fattori economico-finanziari* quali ad esempio il prezzo pagato dal cittadino per le prestazioni sanitarie in forma di imposte piuttosto che in forma di premio assicurativo.
- *fattori organizzativi* che influenzano gli incentivi, quali il sistema di rimborso delle prestazioni adottato, i modelli di contrattazione, il potere negoziale dei vari gruppi di interesse, l'influenza dei cittadini sulle decisioni di spesa pubblica (referendum fiscale).

E' importante notare come molti di questi fattori siano fortemente correlati fra loro e quindi, per problemi econometrici di multicollinearità, non possano essere inseriti simultaneamente in un modello empirico di spesa regionale sanitaria.

Sulla base della teoria economica, di precedenti studi econometrici esistenti in letteratura⁸³ e dei dati a disposizione, abbiamo formulato il seguente modello di spesa cantonale socializzata:

$$SSA_{it} = f(Y, Over75, Under5, MoEv, PhyD1, PhyD2, BedsD, ExpOutp, P, Unemp, Dlat, T) \quad [5.1]$$

dove

⁸³ In particolare Gertham et al (1998), Gertham e Jönsson (2000), Di Matteo e Di Matteo (1998), Vatter e Rüefli (2003), Crivelli, Filippini e Mosca (2006).

- *SSA* rappresenta la spesa sanitaria socializzata pro capite (spesa sanitaria pubblica di cantone e comuni e spesa a carico delle assicurazioni malattia che insieme, sul piano nazionale, ammontano al 54% dei costi della salute complessivi),
- *Y* è il reddito pro capite cantonale,
- *Over75* e *Under5* sono la percentuale di popolazione di età uguale o superiore ai 75 anni rispettivamente inferiore ai 5 anni.
- *MoEv* è un indicatore della mortalità evitabile, computato sulla base delle statistiche cantonali di mortalità mediante l'approccio sviluppato da Nolte e McKee (2003). Questa variabile dovrebbe controllare le differenze esistenti tra i cantoni per quanto riguarda la qualità della presa a carico sanitaria.
- *PhyD1* e *PhyD2* rappresentano la densità rispettivamente dei medici di base e degli specialisti,
- *BedsD* la densità dei posti letto,
- *ExpOut* il tasso di ricorso dei cittadini di un cantone ai servizi di specialisti attivi in altri cantoni.
- *P* è un indice dei prezzi dei servizi che rientrano nel catalogo di prestazioni LAMal, ricavato dallo studio di Schleiniger e Slembeck (2006).
- *Unemp* è il tasso di disoccupazione,
- *Dlat* è una variabile dicotomica che assume il valore 1 per i cantoni latini e 0 per i cantoni di lingua tedesca.
- *T* è infine un indice temporale che dovrebbe catturare le variazioni di costo dovute a modifiche nel livello della tecnologia medica o ad altri fattori che possono influenzare, a livello nazionale, l'andamento dei costi sanitari, come ad esempio un aumento generale degli stipendi dei medici che lavorano presso gli ospedali o un'estensione del catalogo delle prestazioni.

Per la stima econometrica della funzione di spesa cantonale abbiamo scelto di adottare la forma funzionale *Cobb-Douglas*. Utilizzando la forma log-log, la funzione [5.1] può essere espressa dalla seguente equazione:

$$\begin{aligned} \ln SSA_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \ln Y_{it} + \beta_2 \ln Over75_{it} + \beta_3 \ln Under5_{it} + \beta_4 \ln MoEv_{it} + \\ & + \beta_5 \ln PhyD1_{it} + \beta_6 \ln PhyD2_{it} + \beta_7 \ln BedsD_{it} + \beta_8 \ln ExpOut_{it} + \\ & + \beta_9 \ln P_{it} + \beta_{10} \ln Unemp_{it} + \beta_{11} Dlat + \beta_{12} T + \varepsilon_{it} \end{aligned} \quad [5.2]$$

Da notare che i coefficienti della funzione log-log [5.2] sono interpretabili come elasticità della spesa cantonale sanitaria rispetto alle singole variabili esplicative.

Il presente studio utilizza una banca dati di tipo panel, vale a dire una combinazione di serie temporali e dati *cross-section* relativi ai 26 cantoni svizzeri per il periodo 1998-2005. I

dati per l'analisi sono stati ottenuti dalle pubblicazioni annuali dell'Ufficio federale di statistica, dal sito dell'Ufficio federale di sanità pubblica e dal Datenpool di santésuisse.

Nella Tabella 5.1 riportiamo i valori minimi e massimi e la media delle variabili impiegate per la stima del modello di spesa socializzata cantonale.

Tabella 5.1 Statistiche descrittive riguardanti i dati impiegati nella stima

Variabili	Unità di misura	Minimo	Media	Massimo	Osservazioni
<i>SSA</i>	Fr./abitante	1554.6	3100.4	6227.5	N = 208
<i>Y</i>	Fr./abitante	33'647	49'718.4	115'178	N = 208
<i>Over75</i>	Anziani/popolazione	4.93%	7.24%	10.95%	N = 208
<i>Under5</i>	Bambini/popolazione	4.08%	5.41%	7.49%	N = 208
<i>MoEv</i>	Mortalità per cause evitabili avvenute prima dei 75 anni, ogni 100'000 abitanti (media 1998-2002)	41.00	49.68	58.20	N = 208
<i>PhyD1</i>	Medici/100'000 abitanti	61.6181	93.27483	162.26	N = 208
<i>PhyD2</i>	Specialisti/100'000 abitanti	18.7606	81.24609	255.427	N = 208
<i>BedsD</i>	Letti/100'000 abitanti	198.025	371.8196	785.356	N = 208
<i>ExpOut</i>	Fatturazione netta degli specialisti nel cantone/spesa dei cittadini residenti per servizi di specialisti (dato 2005)	0.667995	1.189663	2.87111	N = 208
<i>P</i>	Indice dei prezzi 2004	0.8777	0.9853923	1.0715	N = 208
<i>Unemp</i>	Disoccupati/popolazione attiva	0.30%	2.56%	7.37%	N = 208

5.2 Risultati empirici

L'equazione della spesa cantonale [5.2] è stata stimata utilizzando due diversi modelli econometrici per dati panel: il modello ad effetti casuali (*random effects model*) che utilizza uno stimatore GLS⁸⁴ e il modello ad effetti fissi (*fixed effects model*), che esclude automaticamente dai fattori esplicativi le variabili che non si modificano nel tempo (*MoEv*, *Dlat*, *ExpOut* e *P*).

La Tabella 5.2 presenta i risultati ottenuti dalla stima del modello econometrico di spesa cantonale (equazione [5.2]) impiegando i due approcci.

⁸⁴ In questo modello, il residuo ε_{it} è composto da due termini: una componente *white noise*, ω_{it} , normalmente distribuita e una one-sided component α_i . Per una presentazione di questo approccio econometrico, si veda Arellano (2003).

Tabella 5.2 Risultati econometrici

Coefficienti	Modello (GLS) Random Effects	Modello (LSDV) Fixed Effects
β_0	4.459*** (0.957)	6.627*** (0.831)
β_1 (lnY)	0.045 (0.052)	-0.098 (0.065)
β_2 (lnOver75)	0.202** (0.082)	0.268** (0.120)
β_3 (lnUnder5)	-0.772*** (0.085)	-0.964*** (0.091)
β_4 (lnMoEr)	0.028 (0.155)	- (dropped)
β_5 (lnPhyD1)	0.099** (0.047)	-0.077 (0.054)
β_6 (lnPhyD2)	0.184*** (0.032)	0.089** (0.039)
β_7 (lnBedsD)	-0.011 (0.015)	-0.006 (0.014)
β_8 (lnExpOut)	0.087 (0.068)	- (dropped)
β_9 (lnP)	0.889*** (0.303)	- (dropped)
β_{10} (lnUnemp)	-0.010 (0.013)	-0.019 (0.013)
β_{11} (lnDLat)	0.258*** (0.036)	- (dropped)
β_{12} (lnI)	-0.003* (0.002)	-0.003* (0.002)
R ²	0.898	0.454

*, **, ***: livello di significatività rispettivamente del 10%, 5% e 1%.

Per identificare il modello econometrico più interessante è bene considerare sia i risultati di alcuni test statistici, sia la variazione temporale e spaziale delle variabili. La doppia dimensione (spaziale e temporale) dei dati panel permette di scomporre la deviazione tra ciascuna osservazione (ad esempio Y_{it}) e la media complessiva \bar{Y} in due parti: la componente (solo temporale) **dentro** il cantone *within* e quella (solo spaziale) **fra** i cantoni *between*.

Nel nostro caso abbiamo voluto applicare il test del moltiplicatore di Lagrange ed il test di Hausman. Per una presentazione di questi test si veda Arellano (2003). Inoltre, per ogni variabile indipendente è stata calcolata la deviazione *within* e *between*.

Nel modello con effetti casuali il test di Breusch – Pagan porta al rifiuto dell'ipotesi nulla, secondo cui la varianza degli effetti casuali individuali è pari a zero. Questo implica che il modello ad effetti casuali è da preferire al modello *OLS pooled*. A questo punto, utilizzando il test di Hausman, è stato possibile identificare quale dei due modelli, ad effetti fissi o ad effetti casuali, risulti essere più efficiente. L'accettazione dell'ipotesi nulla implica che sia le stime del modello ad effetti fissi che quelle del modello ad effetti casuali siano consistenti, ma che le stime del modello ad effetti casuali siano più efficienti. Nel nostro caso, il valore della statistica test χ_k^2 consente di accettare l'ipotesi nulla, per cui il modello

ad effetti casuali è da preferire rispetto al modello ad effetti fissi. Inoltre, dalla scomposizione della deviazione tra ciascuna osservazione e la media complessiva risulta che la componente *within* è per diverse variabili molto bassa. Questo significa che molte variabili non si modificano in modo significativo nel tempo. Con questo tipo di dati, come sottolineato da Cameron e Trivedi (2005), la stima del modello econometrico impiegando il modello ad effetti fissi può portare a stime imprecise dei coefficienti. Per questa ragione, i commenti ai risultati riportati nella tabella 5.2 sono riferiti solamente al modello ad effetti casuali (GLS). I risultati ottenuti con il modello ad effetti fissi sono riportati a titolo informativo.

I risultati della stima econometrica riportati nella Tabella 5.2 sono soddisfacenti. In termini di significatività dei coefficienti è interessante osservare come nel modello ad effetti casuali (GLS) più della metà dei parametri risultino essere significativamente diversi da zero al 95% e presentino il segno atteso. Per quanto concerne la qualità della regressione possiamo constatare come il valore aggiustato del coefficiente di determinazione R^2 risulti essere elevato, comportando così un ottimo adattamento della funzione al campione di valori osservati.

Visto che nel nostro studio tutte le variabili sono espresse in forma logaritmica, i coefficienti della funzione sono da interpretare come elasticità di spesa socializzata.

La stima del modello ad effetti casuali (GLS) indica che l'elasticità della spesa sanitaria socializzata rispetto al **reddito pro capite** è leggermente positiva ma non significativamente diversa da zero. Il risultato necessita di un commento, dal momento che nella letteratura il reddito pro capite figura tradizionalmente quale variabile esplicativa fondamentale della spesa sanitaria. In altri studi recenti, quali Gerdtham et. al. (1998) e Di Matteo e Di Matteo (1998), l'elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito era risultata statisticamente inferiore a 1, evidenziando, in contraddizione con la generazione di studi precedente, che i servizi sanitari di base non sono beni di lusso quanto piuttosto beni di prima necessità. Coefficienti di molto inferiori (tra 0.2 e 0.4) sono stati ottenuti anche da Manning et al (1987) su dati disaggregati (spesa sanitaria individuale riferita al reddito individuale). Nel nostro studio, tuttavia, il coefficiente non è statisticamente diverso da zero, lasciando presumere che il reddito cantonale non influenzi in modo significativo il livello della spesa sanitaria socializzata. Questo risultato non è affatto sorprendente e non fa altro che attestare il raggiungimento di uno degli obiettivi dichiarati del sistema sanitario svizzero, ossia l'istituzione di un servizio pubblico su scala nazionale. Dal momento che il catalogo delle prestazioni sanitarie di base garantite nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria è lo stesso in tutto il paese, il fatto che la spesa sanitaria "socializzata" (pur variando notevolmente da cantone a cantone) risulti comunque indipendente dal livello del reddito cantonale non fa altro che attestare il buon funzionamento del sistema in termini di equità d'accesso.

I valori delle elasticità della spesa sanitaria cantonale rispetto alla **densità dei medici di base** e rispetto alla **densità dei medici specialisti** sono positivi. Questi valori indicano che un aumento della densità dei medici di base o della densità dei medici specialisti determina un aumento della spesa sanitaria socializzata a livello cantonale. Ad esempio, un aumento del 10% della densità dei medici di base in un cantone determina un aumento della spesa pro capite di circa 1%. Mentre un aumento del 10% della densità dei medici specialisti determina un aumento della spesa pro capite di circa 1.8%. Questi risultati evidenziano la possibile presenza di un effetto di induzione della domanda da parte

dall'offerta. Infatti, il sistema di remunerazione dei medici nella forma del pagamento per prestazione è uno schema di rimborso che consente agevolmente di incrementare il volume delle prestazioni erogate quando sussiste un eccesso di capacità sul fronte dell'offerta.⁸⁵ Da notare, sempre rispetto alle variabili riferite alla densità dell'offerta, come il valore dell'elasticità della spesa sanitaria cantonale rispetto alla **densità dei letti** non è statisticamente significativa.

L'elasticità della spesa sanitaria pro capite rispetto alla **proporzione di anziani** (persone con un'età superiore ai 75 anni) è positiva, mentre quella rispetto alla **proporzione di bambini** (bambini con età inferiore ai 5 anni) è negativa. Questi risultati confermano l'ipotesi secondo la quale una popolazione più anziana, se non altro per il fatto di registrare un più elevato tasso di decessi per malattia rispetto alla media nazionale⁸⁶ ma anche per la prevalenza di patologie croniche quali la demenza, è associata ad una spesa sanitaria maggiore. Pure confermata appare l'ipotesi secondo cui i bambini in età prescolare necessitano di cure mediche meno costose rispetto agli adulti.

Per quanto concerne il **livello dei prezzi**, i risultati econometrici indicano che un aumento dell'1% dell'indice dei prezzi comporta un aumento delle spese sanitarie pro capite dello 0.9%. A questo proposito va notato come da un punto di vista teorico, sul lato della domanda un aumento dei prezzi dovrebbe comportare una riduzione della spesa, mentre sul lato dell'offerta un aumento dell'indice dei prezzi dovrebbe comportare un aumento della spesa. L'effetto netto positivo osservato in questo studio può indicare che l'effetto positivo del prezzo sull'offerta è superiore all'effetto negativo sulla domanda. Questo risultato non deve sorprendere, visto che in generale la domanda di servizi sanitari è poco sensibile a variazioni di prezzo in virtù della presenza di una generosa copertura assicurativa.

Ad esercitare un impatto assai significativo sulla spesa è la variabile dicotomica *DLat*, che caratterizza i **cantoni di lingua neolatina**. A parità di tutti gli altri fattori, la caratteristica di Cantone latino è associata ad una spesa del 29.4% superiore, evidenziando il ruolo che aspetti di ordine culturale e comportamentale svolgono nel definire la domanda di prestazioni sanitarie. Le differenze tra popolazioni di lingua francese e tedesca, per esempio nei confronti del valore attribuito alla libertà di scelta del fornitore, rispettivamente nella resistenza rispetto e a strumenti di controllo dell'accesso alle prestazioni, sono già state evidenziate in studi precedenti (si veda al proposito Zweifel et al, 2006).

Da ultimo, il parametro riferito alla variabile del **trend temporale** è risultato negativo e significativamente differente da zero. Questo risultato indica, *ceteris paribus*, la tendenza nel tempo ad una lieve diminuzione generalizzata della spesa sanitaria pro capite.

⁸⁵ Per una presentazione del problema della domanda indotta dall'offerta si veda McGuire (2000). Va inoltre osservato che il risultato riguardante l'impatto della densità dei medici sulla spesa sanitaria pro capite, in concomitanza con schemi di rimborso di tipo *fee for service*, conferma i risultati ottenuti da Gerdtam et al. (1998) e da Domenighetti e Limoni (1994). Esso è inoltre in sintonia con le dichiarazioni rilasciate in un sondaggio dagli stessi medici svizzeri - cfr. Domenighetti et al (1997).

⁸⁶ Sul legame fra il tasso di mortalità ed i costi della salute si veda ad esempio Zweifel et al (1999).

6 Sintesi dei risultati ed indicazioni di *policy*

Prima di concludere con l'enunciazione di alcune raccomandazioni di *policy*, formulate in considerazione dei risultati emersi nell'ambito di questa ricerca, ci sia consentito un breve riassunto di quanto è stato evidenziato nei primi 5 capitoli del presente documento.

6.1 Sintesi dei risultati

Nel primo capitolo si è anzitutto cercato di chiarire le ragioni per le quali un'analisi dei costi dell'assicurazione malattia in Ticino non può essere condotta senza adottare una prospettiva ampia, tale da includere nell'indagine anche quella fetta di spesa riguardante prestazioni del pacchetto di base ma finanziate congiuntamente dall'assicurazione malattia e dalla fiscalità generale. Il presente studio, compatibilmente con i dati disponibili, si è pertanto focalizzato sulla cosiddetta *spesa socializzata cantonale*, corrispondente alla somma delle prestazioni lorde a carico della LAMal, dei costi amministrativi dell'assicurazione obbligatoria e della spesa pubblica diretta di cantoni e comuni.

Il secondo capitolo presenta la disparità oggi esistente nella *spesa socializzata* dei 26 cantoni elvetici. Sia che si prenda in esame l'anno 2005 (l'ultimo disponibile), sia che si calcoli la media del periodo 1997-2005, in Ticino la spesa socializzata per assicurato risulta superiore al valore medio nazionale di *17 punti percentuali*, con un divario che si mantiene nel tempo e che può pertanto essere considerato di natura strutturale. Come del resto nella maggior parte dei cantoni latini, anche in Ticino il livello di spesa socializzata appare spropositatamente elevato se comparato a quello dei cantoni della Svizzera orientale (Appenzello Interno ed Esterno, Turgovia e San Gallo) e della Svizzera centrale (Nidvaldo, Obvaldo, Uri, Svitto e Lucerna), con un differenziale di spesa compreso tra +45% e +80%. Alle importanti differenze riscontrate nei livelli di spesa per assicurato si aggiungono alcune dissonanze per quanto riguarda le scelte operate dai singoli cantoni al fine di garantire il finanziamento della spesa socializzata. Rispetto alla media svizzera il Ticino denota in particolare:

- una quasi perfetta proporzionalità per quanto riguarda la quota dei premi netti e della partecipazione ai costi;
- un ricorso meno che proporzionale alla spesa pubblica diretta, quasi completamente compensato dal versamento di contributi più che proporzionali alla riduzione dei premi di cittadini con reddito modesto.

Come dettagliato nel capitolo 4, per quanto riguarda la spesa pubblica si assiste in Ticino ad un contributo notevolmente superiore alla media nazionale nel settore delle case anziani e dell'assistenza domiciliare, mentre sul fronte delle cure ospedaliere e della psichiatria si registra un evidente sottofinanziamento fiscale. A colpire l'attenzione è il contributo fisso versato dallo Stato ticinese al settore delle case anziani (oltre 4 volte il valore medio nazionale). Si raccomanda una certa cautela nell'interpretazione di questo dato, dietro il quale si celano strategie di finanziamento profondamente diverse tra i cantoni. Nelle statistiche delle finanze pubbliche elaborate dall'Ufficio federale di statistica, infatti, rientrano nella spesa sanitaria esclusivamente i versamenti pubblici alle strutture di cura (i cosiddetti *sussidi all'oggetto*). Parte dei finanziamenti alle case di riposo sono notoriamente versati ai cittadini (i cosiddetti *sussidi al soggetto*), per esempio attraverso lo strumento delle PC AVS, e finiscono con l'essere registrati in altre voci della contabilità

pubblica (per esempio nel novero della spesa sociale). Il sostegno pubblico ai servizi di cura delle case anziani ticinesi potrebbe, di conseguenza, essere meno difforme dal valore nazionale, se in Ticino (come appare del tutto verosimile) la retta minima fosse mediamente più bassa rispetto alla maggioranza degli altri cantoni e, di riflesso, pure l'importo giornaliero corrisposto in Ticino ai beneficiari di PC AVS risultasse inferiore alla media svizzera. Il Ticino in questo caso verserebbe più denaro pubblico alle case anziani, ma risparmierebbe sui contributi diretti alle persone residenti in casa anziani che beneficiano di PC AVS. Il risultato emerso sul fronte dei contributi pubblici alle case anziani merita dunque di essere valutato solo una volta realizzata un'analisi completa delle strategie di finanziamento adottate dai vari cantoni.

Più chiare appaiono per contro le ragioni del sottofinanziamento fiscale delle cure ospedaliere e di quelle di psichiatria. In Ticino una parte importante dell'offerta ospedaliera appartiene al settore privato. Nonostante la maggior parte dei servizi erogati in queste cliniche rientri nel fabbisogno sanitario di base (in assenza di queste strutture sarebbe, in altre parole, necessario incrementare la capacità produttiva del settore pubblico), il settore ospedaliero privato ticinese non è mai stato considerato di interesse pubblico e le cure stazionarie erogate ai cittadini non hanno per questo beneficiato dei contributi fiscali previsti all'articolo 49 della LAMal. Questa situazione è stata superata dagli eventi e sarà presto relegata alla storia. Il 21 dicembre 2007, dopo 3 anni di gestazione, il parlamento federale ha approvato il nuovo finanziamento ospedaliero che, nel lungo periodo⁸⁷, prevede un contributo fiscale del 55% (computato sulla base dei forfait per caso AP-DRG) per *tutti gli ospedali appartenenti alla lista ospedaliera* (ossia necessari a garantire il fabbisogno sanitario di base della popolazione).

La parte centrale del capitolo 4 è dedicata alla valutazione del sistema ticinese di riduzione dei premi. In questi ultimi anni il governo cantonale ha cercato di contenere l'evoluzione di questa voce di spesa, mancando però l'obiettivo. L'impennata registrata negli ultimi anni non rappresenta una precisa volontà politica di estendere lo Stato Sociale, quanto piuttosto il frutto di un'inerzia alla quale il governo cantonale non è per il momento riuscito ad opporre resistenza. Nonostante i contributi versati dal Ticino siano (proporzionalmente) superiori alla media nazionale, una valutazione dell'incidenza dei premi netti sul reddito disponibile di due tipologie di economia domestica (il pensionato single e la famiglia con due figli minorenni) ha evidenziato risultati piuttosto preoccupanti. Nel caso del pensionato, il sistema delle PC determina di per sé un risultato efficace in termini di protezione del reddito, ma presenta pure il problema di un "effetto soglia" estremamente pronunciato. Se un soggetto fiscale percepisce una rendita AVS di pochi franchi inferiore al limite delle PC, ottiene il pagamento completo del premio. Se supera di qualche franco quel limite, ecco che decade completamente il suo diritto al sussidio e l'intero premio grava sul portafoglio dell'individuo. Una variazione minima del reddito innalza dunque l'incidenza del premio da 0% a valori che possono raggiungere il 10-13% del reddito disponibile. Nel caso della famiglia, invece, desta particolare preoccupazione il valore assoluto dell'incidenza. Per famiglie con reddito lordo tra i 65'000 ed i 100'000 il premio netto supera la soglia del 9% del reddito disponibile, raggiungendo addirittura il 13-15% nel caso di assicurati con un reddito lordo tra i 75'000.- e gli 80'000.- franchi. In altre

⁸⁷ L'ultima scadenza per l'adeguamento dei contributi cantonali al nuovo modello è il 31.12.2011. Ai cantoni è stato tuttavia concesso un ulteriore lasso di tempo di 5 anni per far convergere progressivamente il proprio contributo verso la quota fissa minima del 55%.

parole, nonostante il maggior ricorso alla riduzione dei premi riscontrato in Ticino rispetto alla media degli altri cantoni, per molte famiglie ticinesi l'onere netto del premio rappresenta oggi una spesa che incide pesantemente sul reddito disponibile. Il sistema attuale di riduzione dei premi (poco trasparente ed efficace) necessiterebbe, a nostro avviso, di una profonda revisione.

Il terzo capitolo della ricerca è dedicato alla scomposizione delle principali componenti della spesa socializzata in differenze di prezzo e differenze di quantità. Benché nel capitolo 3 per le prestazioni non finanziate interamente dall'assicurazione malattia si sia cercato di valutare il costo unitario delle prestazioni (a prescindere dunque dall'identità del soggetto finanziatore), in questa sintesi finale ci limitiamo a riportare la prospettiva della spesa socializzata (in Tabella 6.1). I settori responsabili della maggior spesa per assicurato dei ticinesi (+16.5%) sono, in ordine di importanza, i seguenti:

- case anziani (+7.5%), soprattutto per un problema di prezzo (non in termini assoluti, ma di quota socializzata particolarmente elevata);
- i farmaci (+5.1%), per un problema di quantità;
- le analisi di laboratorio (+1.9%), per un problema di quantità;
- le prestazioni mediche (+1.9%), in particolare per un problema di prezzi;
- le prestazioni di fisioterapia (+0.6%), per un problema di quantità.

Nel complesso il settore ospedaliero appare per contro neutrale (-0.4%), anche se analizzando la situazione da vicino si registra una minor spesa (-2.7%) negli ospedali acuti (per prezzi socializzati più bassi) e una maggior spesa (+2.6%) nelle cliniche specialistiche (per prezzi socializzati più elevati). Analogamente la minor spesa del settore ambulatoriale ospedaliero (-0.8%), dovuta a prezzi più bassi, è parzialmente compensata da maggiori oneri nell'ambito semi-ospedaliero.

Tabella 6.1 Scomposizione delle differenze di spesa socializzata tra Ticino e Svizzera in differenze di prezzo e di quantità

	Incidenza sulla spesa socializzata $\left(\frac{S_i^{CH}}{S^{CH}}\right)$	Differenze di spesa $\left(\frac{S_i^{TI}}{S_i^{CH}} - 1\right)$	Differenze di prezzo $\left(\frac{P_i^{TI}}{P_i^{CH}} - 1\right)$	Differenze di quantità $\left(\frac{q_i^{TI}}{q_i^{CH}} - 1\right)$	Effetto complessivo sulla spesa socializzata $\left(\frac{P_i^{TI}}{P_i^{CH}} \cdot \frac{q_i^{TI}}{q_i^{CH}} \cdot \frac{S_i^{CH}}{S^{CH}}\right)$
Ospedali					
<i>Ospedali di cura generale</i>	35.1%	-7.8%	-19.1%	14.0%	-2.7%
<i>Ospedali specialistici</i>	8.3%	31.6%	58.3%	-16.9%	2.6%
Farmaci	17.2%	29.4%		29.4%	5.1%
Medici					
<i>di base</i>	6.8%	12.7%	9.6%	2.9%	0.9%
<i>specialisti</i>	8.7%	11.0%	8.4%	2.4%	1.0%
Ambulatoriale ospedaliero					
<i>Tarmed</i>	5.6%	-14.6%	-10.0%	-5.2%	-0.8%
<i>cure semiospedaliero</i>	4.4%	11.3%		11.3%	0.5%
EMS	8.3%	91.3%	69.6%	12.8%	7.5%
Analisi di laboratorio	3.5%	55.7%		55.7%	1.9%
Fisioterapia	2.1%	27.8%	-8.0%	38.9%	0.6%
Totale	100.0%				16.52%

Da ultimo, il capitolo 5 presenta i risultati della stima econometrica di un modello multivariato di spesa cantonale, per gli anni 1998-2005. I principali fattori responsabili delle differenze di spesa socializzata riscontrate tra i cantoni sono risultati:

- la percentuale di popolazione di età superiore ai 75 anni e di età inferiore ai 5;
- la densità di medici specialisti e di medici di base;
- il prezzo delle prestazioni e
- la cultura latina.

6.2 Raccomandazioni di *policy*

Sulla base di questi risultati, è stato possibile formulare le seguenti raccomandazioni di *policy*:

RACCOMANDAZIONE I

Il modello econometrico ha evidenziato che la percentuale di popolazione anziana residente in un cantone ha, *coeteris paribus*, un impatto particolarmente significativo sul livello medio di spesa di quel cantone in un dato anno. Se i sistemi sanitari cantonali fossero fondamentalmente dei sistemi chiusi, non ci sarebbe alcuna necessità di azione. La vecchiaia è infatti una stagione che si verifica una volta sola nella vita di una persona, per cui una coorte particolarmente cospicua di anziani è naturalmente destinata a lasciare il posto, con il passare del tempo, a una popolazione più giovane. Il problema dell'incremento di spesa è dunque un fenomeno temporaneo, che se da un lato potrebbe esasperare la solidarietà intergenerazionale in un dato periodo di tempo (qualora in un cantone si registrasse un grado di dipendenza particolarmente sfavorevole), dall'altro non sembrerebbe destinato a produrre conseguenze durature.

La situazione è ovviamente diversa se i cantoni rappresentano dei sistemi aperti e si assiste, in modo sistematico e continuo, a flussi demografici non bilanciati tra le regioni. Il Ticino (ma non è l'unico cantone) rappresenta in questa prospettiva un caso particolare, dal momento che, storicamente, si è assistito all'emigrazione dal Ticino di studenti verso gli atenei di altri cantoni⁸⁸ ma soprattutto all'immigrazione di pensionati che, in virtù del clima temperato, considerano il Sud delle Alpi il luogo ideale in cui trascorrere gli anni della quiescenza. Il trasferimento di pensionati confederati in Ticino non solo può aver contribuito ad aumentare la densità di popolazione anziana residente oggi nel nostro cantone, ma (se ripetuto nel tempo) rischia di gravare la popolazione ticinese di oneri di solidarietà intergenerazionale che spetterebbero alle giovani generazioni di altri cantoni.

Una possibile via per risolvere il problema è offerta dal sistema di compensazione dei rischi tra le casse, che il parlamento ha recentemente riformato.⁸⁹ La compensazione tra casse avviene attualmente sulla base di due fattori (età e sesso), ma solo all'interno del

⁸⁸ Negli ultimi anni questo fenomeno si è ridimensionato, in seguito all'istituzione in Ticino di un polo universitario, in seguito alla creazione di USI e SUPSI.

⁸⁹ Cfr. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich). Änderung vom 21. Dezember 2007 (<http://www.parlament.ch/D/sessionen/se-aktuelle-session-ueberblick/se-schlussabstimmungstexte/winter2007/Documents/se-schlussabstimmung-04-061-2-d.pdf>)

singolo cantone.⁹⁰ Dal 2012 si aggiungerà alla formula un terzo fattore di correzione, mediante il quale si cercherà di catturare il diverso rischio di malattia⁹¹ presente nei collettivi afferenti alle varie casse malati. Una proposta ulteriore di miglioramento consisterebbe nel realizzare la compensazione dei rischi non solo tra casse di un dato cantone, ma anche tra le popolazioni dei diversi cantoni, in considerazione per esempio dei flussi di persone anziane. Per procedere ad una formulazione concreta occorrerà anzitutto quantificare l'entità di questi flussi e definire una modalità semplice e trasparente di rilevamento dei dati e di compensazione intercantonale.

RACCOMANDAZIONE II

Nel sistema attuale, caratterizzato da schemi di rimborso all'atto per la maggior parte delle prestazioni, interventi di riduzione dei prezzi rischiano di ripercuotersi, nel medio periodo, sulle quantità mediamente consumate dai pazienti, comportando il noto fenomeno della *domanda indotta dall'offerta*. In Ticino si registra un consumo palesemente eccessivo di alcune tipologie di prestazioni sanitarie, in particolare di analisi di laboratorio, sedute di fisioterapia, farmaci e di degenze ospedaliere acute. Un contributo per risolvere, almeno parzialmente, questa situazione lo potrebbe aver fornito il Tribunale Federale delle Assicurazioni di Lucerna, con la sua sentenza del 6 ottobre 2006 (*EVG Urteil, K 6/06*). In questa decisione i giudici federali hanno di fatto stabilito la legittimità di considerare, nell'ambito dell'analisi dell'ineconomicità delle cure, non solo la fatturazione del medico ma anche i costi da lui indotti presso altri fornitori di servizi (in particolare farmaci, analisi di laboratorio e fisioterapia).⁹²

In prospettiva futura è tuttavia necessario un intervento più organico e strutturale, che aiuti a superare l'odierna frammentazione del sistema di cure, spinga gli operatori a ricercare l'efficacia globale degli interventi e a promuovere maggiormente la prevenzione e i comportamenti favorevoli alla salute. Occorrerà, in altre parole, promuovere con più decisione le reti integrate di cura con responsabilità finanziaria, facendo attenzione che il rischio finanziario trasferito ai fornitori di prestazione rimanga equo, non si presti a strategie implicite di razionamento e consenta di mantenere la decisione clinica nelle mani degli operatori sanitari.

La responsabilità finanziaria delle reti di cura non può per questo essere illimitata. È necessario prevedere strumenti di riassicurazione, che consentano di trasferire i rischi elevati alle istituzioni preposte alla gestione del rischio (cioè agli assicuratori malattia), ma nel contempo – grazie all'attribuzione di un budget – si rendano le decisioni cliniche sempre più associate ad una valutazione dei benefici effettivi e dei costi opportunità delle risorse sanitarie impiegate. Vi sono oggi modelli piuttosto promettenti, che calcolano il

⁹⁰ Viene infatti precisato, nelle misure transitorie della LAMal: *Die gemeinsame Einrichtung führt den Risikoausgleich unter den Versicherern innerhalb der einzelnen Kantone durch*. La compensazione dei rischi è tuttora limitata ad un periodo di 5 anni, a decorrere dall'entrata in vigore dei nuovi cambiamenti prevista per il 1.1.2012, in quanto il parlamento ha preferito rimandare ulteriormente la decisione in merito all'ancoraggio duraturo della compensazione dei rischi nel testo di legge.

⁹¹ Il testo di legge parla di "*erhöhten Krankheitsrisiko*", mentre il criterio adottato per la compensazione è l'esistenza di un ricovero di almeno tre giorni in un ospedale o in una casa di cura nell'anno precedente.

⁹² Cfr. Kuhn, H. (2006) rispettivamente Amstutz, R. e M. D'Angelo (2007).

budget per la cura di una determinata popolazione in modo accurato, sulla base di un modello di *risk-adjusted capitation fees*, e prevedono, nel contempo, una riassicurazione, consentendo così un'equa ripartizione del rischio tra fornitore di cura ed assicuratore.⁹³

RACCOMANDAZIONE III

La riforma del finanziamento ospedaliero (la cui entrata in vigore è prevista al più tardi entro il 2012, ma con ulteriori 5 anni di tolleranza nei confronti dei cantoni per portare a termine l'adeguamento del contributo cantonale alla soglia fissata del 55%) dovrebbe automaticamente contribuire a colmare il sottofinanziamento fiscale del settore ospedaliero ticinese. Questo cambiamento non mancherà di determinare per l'erario cantonale oneri supplementari stimati attorno agli 80 milioni di franchi.

Contemporaneamente, a partire dal 2008 si assisterà con l'entrata in vigore della NPC ad un alleggerimento dei vincoli posti dalla Confederazione ai cantoni nel campo della riduzione dei premi e alla diminuzione delle risorse federali destinate in modo vincolato a questo scopo. Sussiste pertanto un rischio concreto di finanziare parte del fabbisogno di spesa pubblica in ambito ospedaliero mediante una riduzione dei contributi cantonali alla riduzione dei premi. Questa misura non sarebbe saggia ed avrebbe significative ripercussioni di carattere redistributivo, con conseguenze spiacevoli soprattutto per il ceto medio. Un franco di denaro pubblico speso per il co-finanziamento delle cure ospedaliere ha un impatto meno redistributivo rispetto ad un franco speso nella riduzione dei premi. Questo trasferimento andrebbe dunque a peggiorare una situazione che, come illustrato al capitolo 4, è già precaria (in termini di incidenza del premio), in particolare per famiglie con reddito lordo attorno ai 75'000 franchi.

Occorre infine un sistema di controllo, in grado di assicurare che i nuovi contributi pubblici alle prestazioni ospedaliere siano accompagnati dalle corrispondenti riduzioni dei premi per gli assicurati (in ambito LAMal e LCA), per evitare che il cambiamento in atto determini implicitamente un trasferimento di rendite agli assicuratori malattia.

RACCOMANDAZIONE IV

Molti esperti del settore sono concordi nell'affermare che il problema sostanziale del sistema sanitario svizzero è l'assenza di incentivi finanziari disegnati correttamente, tali da incoraggiare pazienti e fornitori di cura ad assumere la propria responsabilità personale e a consumare rispettivamente erogare il livello di cure ottimale dal profilo della quantità e della qualità. In termini tecnici si parla di "*value for the money*", per indicare la situazione in cui gli attori coinvolti hanno interesse a monitorare i benefici associati ad ogni franco speso nel settore sanitario. Su questa base vengono proposte riforme radicali del sistema, basate su un rafforzamento delle logiche di mercato, degli incentivi finanziari e della responsabilità individuale, da realizzarsi mediante la deregolamentazione del settore sanitario e una

⁹³ Cfr. Beck, K. e U. Käser (2007), Beck, K. (2008a) e Beck, K. (2008b),

riduzione della copertura assicurativa (si veda ad esempio il recente volume di Widmer et al, 2007).

Benché la diagnosi operata da questi autori possa essere in molti aspetti condivisa, vi è un problema quasi sempre sottovalutato nelle terapie proposte. Come evidenziato in modo magistrale da Frey (2005), l'introduzione di incentivi finanziari non è mai neutrale rispetto ad altre sfere motivazionali, quali i valori e le motivazioni intrinseche. In molti casi rafforzare gli incentivi finanziari può generare un effetto di *crowding-out*, andando cioè ad indebolire la sfera delle motivazioni intrinseche. Il design del settore sanitario e, più in generale, del sistema di welfare non rappresentano infatti solo un insieme di regole e di restrizioni all'interno del quale si determinano (in modo più o meno razionale, ma comunque esogeno, sistematico e pertanto prevedibile) i comportamenti dei vari attori. Il gioco sociale è molto più complesso e gli incentivi e le istituzioni che regolano l'interazione tra i soggetti esercitano un impatto significativo non solo sulle scelte operate nel breve periodo ma anche sulle preferenze e sui "valori" della società e delle singole persone che la compongono. Per queste ragioni, l'economista americano Fuchs scrisse nel 1996: *"Un terzo punto sull'agenda di ricerca degli economisti è quello di intraprendere della ricerca sulla formazione dei valori, specialmente in quanto questi sono il risultato delle politiche adottate. Gli economisti sono ragionevolmente riluttanti a prescrivere i valori ed a formulare giudizi normativi su di essi. Tuttavia, quando le politiche economiche riguardano i valori e le preferenze e questi, a loro volta, condizionano i comportamenti, gli economisti non si possono certo sottrarre dall'analizzare il legame tra le politiche ed i valori e dall'esaminare le conseguenze economiche e sociali di sistemi valoriali differenti. (...) Nei decenni passati alcuni economisti hanno iniziato a considerare la tecnologia come almeno in parte endogena. Ora, un simile sforzo deve essere intrapreso in riferimento ai valori?"*⁹⁴

Il nostro modello econometrico ha evidenziato chiaramente che la cultura latina esercita un ruolo cruciale sull'entità della spesa sanitaria socializzata. Il comportamento di consumo sanitario così diverso dei ginevrini e degli appenzellesi non è dunque solo il frutto di incentivi (che sono i medesimi), ma anche della cultura e dei valori sottostanti.

Questa componente culturale e valoriale dei consumi sanitari deve pertanto essere affrontata con un lavoro di sensibilizzazione a livello culturale e con particolare attenzione nei confronti della sfera valoriale. Il rafforzamento degli incentivi finanziari nell'ambito dell'assicurazione malattia (pensiamo alla promozione di franchigie elevate volte ad aumentare la responsabilità individuale nei confronti della spesa sanitaria o l'esortazione a cambiare annualmente la propria cassa malati) può infatti avere importanti ripercussioni sulla sfera dei valori, di cui occorre tener conto nel valutare l'idoneità di queste politiche. Ogni sistema assicurativo è infatti fondato sul principio della mutualità/reciprocità, al quale si affianca, nei sistemi di assicurazione sociale, il principio di solidarietà. Se, tramite il rafforzamento degli incentivi finanziari nell'assicurazione malattia, si potesse dimostrare che gli assicurati sono indotti a perdere di vista il rapporto di lungo termine che li lega fra loro in un patto di reciprocità intergenerazionale; se, in altre parole, attraverso l'exasperazione degli incentivi finanziari, gli individui si sentissero spinti ad ottimizzare costi e benefici della propria copertura assicurativa in un orizzonte di breve termine, si potrebbe assistere ad un notevole rafforzamento del rischio morale, con il risultato di aver minato alle fondamenta l'intero castello dell'assicurazione malattia.

⁹⁴ Nostra traduzione del testo originale inglese.

Occorre per questo tener conto dell'influenza che una data politica sanitaria esercita sulla sfera dei valori e sulle preferenze dei singoli attori , con conseguenze significative (a volte imprevedibili) sul piano delle scelte e dei comportamenti adottati nel medio termine. Il mercato e la competizione sottolineano la dimensione dell'uscita (*exit*), ma potrebbero favorire il consumismo sanitario, il *free-riding* e le scelte opportunistiche, con conseguenze rovinose per i sistemi sanitari universali a costi socializzati, che hanno tremendamente bisogno di rafforzare la responsabilità nei confronti del bene comune. Al contrario la promozione di una logica più partecipativa, che preveda per esempio l'inclusione dei cittadini nel processo di monitoraggio della qualità dei servizi e offra ai singoli l'opportunità di esercitare la propria cittadinanza tramite "*voice*" (anche nei confronti dell'assicurazione malattia), potrebbe rafforzare il senso civico degli assicurati-pazienti e dar vita a processi virtuosi di selezione delle motivazioni favorendo, nel tempo, scelte di consumo sanitario meno opportunistiche e più responsabili.

7 Bibliografia

Amstutz, R. e M. D'Angelo (2007). EVG bestätigt Kurs von santésuisse, *Schweizerische Ärztezeitung* 2007; 88:9, 351-2.

Arellano, M. (2003). *Panel Data Econometrics*, Oxford: Oxford University Press.

Balthasar, A. et al.(2005). Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2004, Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Berna: Ufficio federale di sanità pubblica.

Balthasar, A. et al.(2003). Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Monitoring 2002, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 20/03, Berna: Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Barigozzi, F. (2006). Assicurazione sanitaria, *Rivista di politica economica*, IX-X, pp. 217-256.

Beck, K. (2008a), Durchbruch bei der Suche nach morbiditätsorientierter Capitationberechnung, *Managed Care* (in corso di pubblicazione).

Beck, K. (2008b), Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von HMO und Hausarztmodellen in der Schweiz – Ein systematisierter Erfahrungsbericht, in: V. Amelung, J. Sydow e A. Windeler (a cura di): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation (in corso di pubblicazione).

Beck, K. e U. Käser (2007). Neue Capitationberechnung, *Managed Care* 2007/1, 28-31.

Bolgiani, I., L. Crivelli e G. Domenighetti (2006). Le rôle de l'assurance maladie dans la régulation du système de santé en Suisse, *Revue française des affaires sociales*, Vol. 60(2-3), pp. 239-262.

Bolgiani, I. e L. Crivelli (2006). Consumer driven versus regulated health insurance in Switzerland, *MIMEO*.

Cameron, A.C. e P.K. Trivedi (2005). *Microeconometrics*, New York: Cambridge University Press.

Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) (2003). Assurance-Maladie: Reduction de primes. Tableau synoptique 2003.

Consiglio federale (1991). Botschaft über das Krankenversicherungsgesetz vom 6. November 1991, Berna.

Crivelli, L., M. Filippini e I. Mosca (2006). Federalism and regional health care expenditures: an empirical analysis for the Swiss cantons, *Health Economics*, Vol. 15, pp. 535-541.

Crivelli, L. (2005). A drop of solidarity in a sea of inequity. *Health Policy Monitor*, April 2005. Available at <http://www.hpm.org/survey/ch/a5/4>.

Crivelli, L. e D. Lunati (2004). La riduzione dei premi dell'assicurazione malattia in Ticino. Valutazione e analisi dell'incidenza.

Crivelli, L. e G. Domenighetti (2003). Influence de la variation des densités médicales régionales en Suisse sur la mortalité, les dépenses de santé et la satisfaction des usagers, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Vol. 43(3), pp. 397-426.

Crivelli L. e M. Filippini (2003). Il federalismo nel settore sanitario. in: Ghiringhelli, A. (a cura di), *Il Ticino nella Svizzera*, Locarno: Dadò, pp. 353-379.

Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2002). Regulation, Ownership and Efficiency in the Swiss Nursing Home Industry, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. II(2), pp. 79-97.

- Crivelli, L., M. Filippini e D. Lunati (2001). Dimensione ottima degli ospedali in uno Stato federale, *Economia Pubblica*, Vol. XXXI(5), pp. 97-119.
- Dafflon, B. (2002). Fédéralisme et sécurité sociale en Suisse: le cas de l'assurance maladie, in Cattoir, De Bruycker, Dumont, Tulkens, Witte (eds), *Autonomie, solidarité et coopération, Quelques enjeux du fédéralisme belge*, Bruxelles: Editions Larcier, pp. 175-209.
- Di Matteo L. e R. Di Matteo (1998). Evidence on the determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965–1991, *Journal of Health Economics*, 17, 211–228.
- Domenighetti G et al. (1997). Dépense et maîtrise des coûts sanitaires en Suisse, *Schweizerische Ärztezeitung*, 78(16), 588-593.
- Farsi M. e M. Filippini (2007). Effects of Ownership, Subsidization and Teaching Activities on Hospital Costs in Switzerland, *Health Economics*, in pubblicazione.
- Farsi, M., e M. Filippini (2006). An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals. *Swiss Journal of Economics and Statistics*, Vol. 142(1), pp. 1-37.
- Filippini, M., G. Masiero e K. Moschetti (2007). Characteristics of demand for antibiotics in primary care: An almost ideal demand system approach, *Quaderni della Facoltà di scienze economiche dell'USI*, 07-01.
- Filippini, M., G. Masiero e K. Moschetti (2006). Socioeconomic determinants of regional differences in outpatient antibiotic consumption: Evidence from Switzerland, *Health Policy*, 78, 77-92.
- Filippini, M. (2001). Economies of Scale in the Swiss Nursing Home Industry, *Applied Economics Letters*, Vol. 8, pp. 43–46.
- Frey, B.S. (2005), Non solo per denaro. Le motivazioni disinteressate dell'agire economico, Milano: Bruno Mondadori.
- Fuchs, V. (1996). Economics, Values and Health Care Reform, *American Economic Review*, 86(1): 1-24.
- Geoffard, P.Y., Gardiol, L., e Grandchamp, C. (2006). Separating selection and incentive effects: an econometric study of Swiss health insurance claims data. In P.-A. Chiappori e C. Gollier (eds.), *Competitive Failures in Insurance Markets* (pp. 81-96), Cambridge: MIT Press.
- Gerdtham UG e B. Jönsson (2000). International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis, in Culyer AJ e Newhouse JP (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 11–53.
- Gerdtham UG, Jönsson, B, MacFarlan M, Oxley H. (1998). The determinants of health expenditure in the OECD countries, in Zweifel P (ed.), *Health, The Medical Profession and Regulation*, Kluwer: Dordrecht, 113–134.
- Kuhn, H. (2006). Es gilt (endlich) die Gesamtkostenbetrachtung, *Schweizerische Ärztezeitung* 2006; 87(50), 2165-6.
- Manning, W.G. et al. (1987). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment, *American Economic Review*, 77(3), 251-277.
- Marazzi, C., S. Greppi e E. Soldini (2007). *Nuovi Bisogni, Nuovo Welfare. Analisi dell'aumento delle prestazioni sociali in Canton Ticino negli ultimi anni*, Bellinzona: Salvioni Edizioni.
- McGuire, T. (2000), Physician Agency, in Culyer AJ e Newhouse JP (eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 461-536.
- OECD (2006). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

OECD (2004). *Private health Insurance in OECD Countries*, Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.

Nolte E. e M. McKee (2003). Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care, *British Medical Journal*, 327, 1129.

Schellhorn, M. (2002). Auswirkungen wählbarer Selbstbehalte in der Krankenversicherung: Lehren aus der Schweiz? *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71(4): 411-426.

Schleiniger, R. e T. Slembeck (2006). Kantonale Preis- und Mengenindizes der OKP-Gesundheitsleistungen-Methodik und Resultate 2004, Studie im Auftrag von santésuisse, Zürcher Hochschule Winterthur.

Ufficio federale di statistica (2007). Statistisches Lexikon.

Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2003). Statistik über die Krankenversicherung 2001, Bern.

Vatter A. e Rüfli C. (2003). Do political factors matter for health care expenditure? A comparative study of Swiss cantons, *Journal of Public Policy*, 23(3), 301-323.

Wagstaff, A. e E. Van Doorslaer (2000). Equity in Health Care Finance and Delivery, in Culyer, A.J. e J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier Science.

Wagstaff, A. et al. (1999). Equity in the Finance of Health Care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics*, Vol. 18, pp. 263-290.

Wagstaff, A. e E. van Doorslaer (1992). Equity in the Finance of Health Care: some international comparisons, *Journal of Health Economics*, Vol. 11, pp. 361-290.

Werblow, A., e Felder, S. (2003). Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenkasse: Evidenz aus der Schweiz, *Schmollers Jahrbuch*, 123(2): 235-264.

Werblow, A. (2002). Alles nur Selektion? Der Einfluss von Selbstbehalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 71(4), 427-436.

Widmer, W., K. Beck, L. Boos, L. Steinmann e R. Zehnder (2007). Eigenverantwortung, Wettbewerb und Solidarität. Analyse und Reform der finanziellen Anreize im Gesundheitswesen, Zurigo: Società svizzera per la politica della salute.

Zweifel, P., Telser, H., e S. Vaterlaus (2006). Consumer resistance against regulation: the case of health care, *Journal of Regulatory Economics*, 29(3), 319-332.

Zweifel, P. et al. (1999). Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics*, 8(6), 485-496.

8 Modello ticinese per il calcolo dei sussidi (appendice)

Come già ricordato al capitolo 4, l'importo esatto del sussidio ordinario dipende dalle cosiddette **basi di calcolo** (art. 49 LCAMal). Si tratta di parametri il cui valore viene fissato dal Consiglio di Stato, con frequenza annuale, per il tramite di *due decreti esecutivi*.⁹⁵

I parametri essenziali sono 4: la base temporale (la tassazione da cui desumere i dati), il premio riconosciuto (\bar{P}_i), la quota media cantonale ponderata ($QMCP$) e l'importo minimo di spesa a carico dell'assicurato (π).

1. **La tassazione da cui desumere i dati.** Il Consiglio di Stato stabilisce la tassazione da cui desumere il reddito e la sostanza di un'economia domestica rispetto ai quali determinare l'importo del sussidio. Tali elementi sono riferiti ad un tempo t , che è diverso dal tempo in cui avviene il versamento (T). In passato, per le caratteristiche del sistema tributario cantonale, basato su una tassazione biennale con sistema praenumerando, e per i conseguenti tempi lunghi necessari affinché le tassazioni crescessero in giudicato, era consuetudine assistere ad un divario dai 4 ai 6 anni tra la situazione economica considerata ai fini del calcolo dei sussidi e la situazione effettiva dei cittadini al momento del versamento. Con il passaggio alla tassazione annuale con sistema postnumerando questo divario si è ridotto a 3 anni, consentendo di avvicinarsi maggiormente alla situazione economica effettiva dei cittadini.⁹⁶

Nella Tabella 9.1 sono elencate le tassazioni che, tra il 2002 ed il 2007, sono state prese in considerazione per stabilire il reddito determinante per il calcolo dei sussidi.

Tabella 9.1 Relazione tra periodo di erogazione dei sussidi, periodo di tassazione e periodo di conseguimento dei redditi e di accertamento della sostanza

Sussidi	Reddito desunto dalla tassazione	Reddito relativo agli anni
2002	1999/2000	1997/1998
2003	2001/2002	1999/2000
2004	2001/2002	1999/2000
2005	2001/2002	1999/2000
2006	2003	2003
2007	2004	2004

⁹⁵ In genere i due decreti esecutivi (uno relativo ai premi riconosciuti ai singoli assicuratori per l'applicazione dei sussidi, l'altro concernente le basi di calcolo) vengono pubblicati sul bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi nel corso del mese di ottobre. Gli ultimi 3 decreti, relativi all'applicazione delle riduzioni di premio per gli anni 2005-2007, sono apparsi rispettivamente sul BU numero 43 (29.10.2004), 43 (28.10.2005) e 47 (20.10.2006).

⁹⁶ 3 anni rappresentano comunque un divario considerevole, entro il quale potrebbe essersi verificato un cambiamento sostanziale della situazione economica dei cittadini. Sussiste ancora il rischio di versare il sussidio a persone che non ne hanno più bisogno e di non versarlo a soggetti fiscali la cui situazione economica è nel frattempo peggiorata, al punto da farli rientrare nelle soglie di reddito previste per l'ottenimento del sussidio.

2. **Il premio riconosciuto** (\bar{P}_i). L'entità del sussidio dipende dalla cassa malati scelta dal soggetto fiscale. Il **premio riconosciuto** rappresenta un indicatore sintetico del livello di premio di questa cassa, ed è determinato in ossequio a due principi:
- per le casse malati che operano una differenziazione di premio tra regioni, viene selezionato il premio regionale più basso applicato alla copertura assicurativa con franchigia ordinaria;⁹⁷
 - per ciascuna cassa malati il premio riconosciuto corrisponde alla media ponderata tra premio con copertura del rischio infortunio e premio senza copertura del rischio infortunio.

Il calcolo del premio riconosciuto viene effettuato applicando la seguente formula:

$$\hat{P}_i = q \cdot \min(p_{i1}, p_{i2}) + (1 - q) \cdot \min(p_{i1}^*, p_{i2}^*)$$

\bar{P}_i : Premio riconosciuto per la cassa malati i .

q : Ponderazione per il premio con infortunio (varia a seconda della fascia di età).

$(1 - q)$: Ponderazione per il premio senza infortunio.

p_1, p_2 : Premio effettivo (con infortunio) della cassa malati i nella regione 1 e 2.

p_1^*, p_2^* : Premio effettivo (senza infortunio) della cassa malati i nella regione 1 e 2.

3. **Quota Media Cantonale Ponderata (QMCP)**. L'ammontare di sussidio effettivamente versato ad un cittadino dipende anche da un terzo elemento: il fatto che il premio riconosciuto della cassa malati presso la quale si è assicurati si situi al di sopra o al di sotto di una soglia massima d'intervento, denominata quota media cantonale ponderata. Quest'ultima rappresenta il prodotto tra il premio riconosciuto di un campione di casse malati (che, complessivamente, devono riunire almeno i due terzi degli assicurati del Cantone) e la rispettiva quota di mercato dell'anno precedente (art. 34).⁹⁸ In termini formali la *QMCP* è calcolata in base alla seguente formula:

$$QMCP = \sum_{i=1}^n \hat{P}_i \cdot \frac{N_i}{\sum_{i=1}^n N_i}$$

QMCP: Quota media cantonale ponderata

N_i : Numero di assicurati della cassa malati i (situazione all 1.7 dell'anno $t-1$)

⁹⁷ All'articolo 33, §4 si legge: "Se un assicuratore pratica più premi sul territorio cantonale, per la determinazione del premio riconosciuto per i sussidi fa stato il premio assicurativo di minore entità".

⁹⁸ Supponendo che in genere cambiamenti di cassa dovrebbero prodursi da assicuratori più costosi verso casse malati più a buon mercato, il fatto che la quota media cantonale ponderata sia calcolata in base alla quota di mercato dell'anno precedente dovrebbe sistematicamente condurre ad una sua sopravvalutazione rispetto al vero valore del premio medio.

L'ammontare della quota media cantonale ponderata per ciascuna delle 3 fasce di età (adulti, giovani in formazione, bambini), è indicato in Tabella 9.2 per il periodo 2005-2007.

Tabella 9.2 Quota media cantonale ponderata (2005-2007)

Q_{mcp}	Adulti	19-25	Bambini
2005	3730.-	2910.-	960.-
2006	3930.-	3110.-	984.-
2007	4000.-	3160.-	996.-

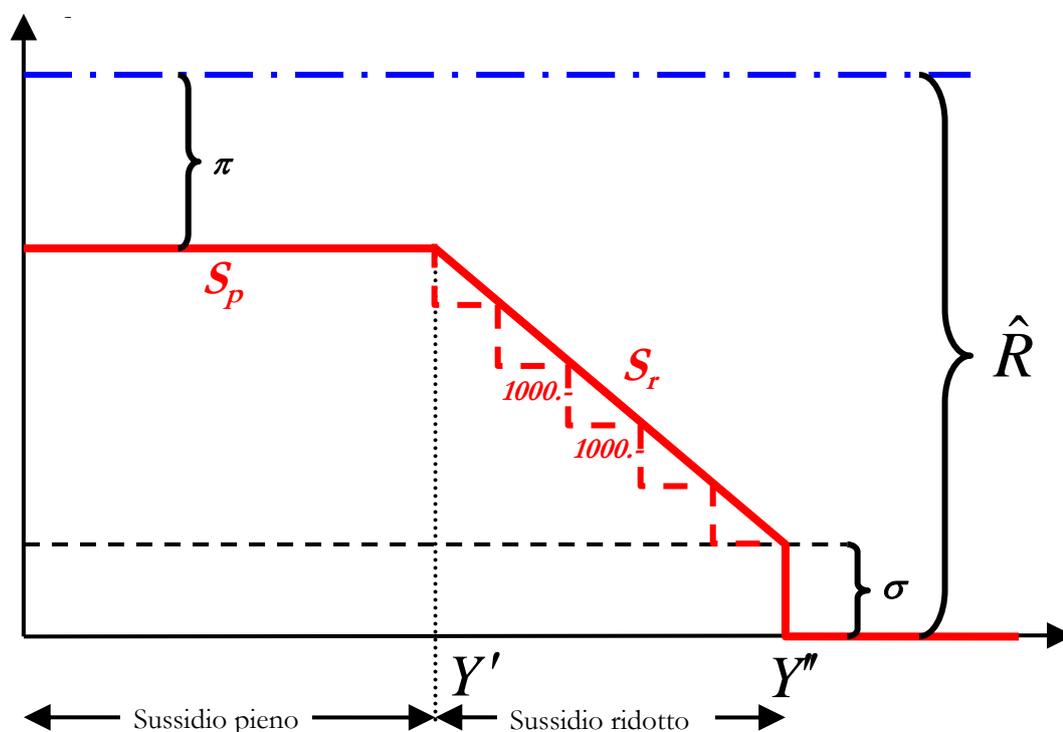
4. **Importo minimo di spesa a carico dell'assicurato (π).** I beneficiari di un sussidio sono tenuti a partecipare finanziariamente alla propria copertura assicurativa con un importo minimo. L'ammontare in franchi di questa partecipazione minima ai premi è riportata nella Tabella 9.3 per il periodo 2005-2007.

Tabella 9.3 Importo minimo di quota a carico dell'assicurato (2005-2007)

π	Adulti	19-25	Bambini
2005	645	540	215
2006	690	570	230
2007	620	620	300

Il modello di calcolo previsto per il cosiddetto **sussidio ordinario regolare** è illustrato graficamente nella Figura 9.1.

Figura 9.1 Rappresentazione grafica dell'algoritmo utilizzato per il calcolo dei sussidi



Come evidenziato dalla Figura 9.1, l'ammontare dei sussidi ordinari regolari rimane costante fintanto che il reddito determinativo del soggetto fiscale si situa tra zero ed il limite

di reddito per la partecipazione minima Y' (si parla in questo caso di **sussidio pieno** S_p , che si ottiene sottraendo al premio di riferimento l'importo minimo di spesa a carico dell'assicurato π). S si riduce quindi in modo graduale e determina un **sussidio ridotto** S_r , versato a persone con reddito determinante tra Y' ed il limite di reddito che stabilisce il diritto al sussidio Y'' (a persone con reddito determinante pari a Y'' viene corrisposto un importo minimo σ , stabilito dal Consiglio di Stato), per poi estinguersi completamente per redditi superiori a Y'' .⁹⁹ Se si tiene conto del fatto che il reddito determinante è calcolato attraverso un arrotondamento al 1000 franchi superiore, risulta chiaro che il sussidio parziale si riduce, man mano che il reddito imponibile cresce tra Y' e Y'' , non in modo continuo ma lungo un sentiero a scalini di entità pari a 1000 franchi.

In termini formali, l'importo del **sussidio ordinario regolare** è calcolato secondo la funzione F_r per le persone adulte ed il primo figlio. Nel caso di secondi e successivi figli il sussidio corrisponde al minimo tra premio riconosciuto e quota media cantonale ponderata:

$$F_r: \begin{cases} Y \leq Y' & \Rightarrow & S_r = \hat{R} - \pi \\ Y' < Y \leq Y'' & \Rightarrow & S_r = \hat{R} - \pi - \beta \cdot (Y - Y'), \\ \beta = \frac{\hat{R} - \pi - \sigma}{Y'' - Y'} & & \end{cases} \quad \text{con}$$

$$Y > Y'' \quad \Rightarrow \quad S_r = 0$$

S_r :	Sussidi regolari
\hat{R} :	Premio di riferimento $\hat{R} = \min(\hat{P}_i, QMCP)$
π :	Importo minimo di quota a carico dell'assicurato
Y :	Reddito determinante dell'economia domestica
Y' :	Limite di reddito per la partecipazione minima
Y'' :	Limite di reddito per il diritto al sussidio
σ :	Importo minimo del sussidio

Due parametri della funzione F_r , e cioè il **limite di reddito per la partecipazione minima** (Y') ed il **limite di reddito per il diritto al sussidio** (Y''), assumono valori diversi a dipendenza che il soggetto fiscale in questione sia una persona sola o una famiglia.¹⁰⁰ Anche nel caso dei limiti di reddito si tratta di parametri definiti annualmente dal Consiglio di Stato, ma entri le soglie minime definite dalla LCAMal (il loro valore è riepilogato, per il periodo 2005-2007, nella Tabella 9.4).

⁹⁹ Il limite di reddito per la partecipazione minima (Y') ed il limite di reddito per il diritto al sussidio (Y''), assumono valori diversi a dipendenza che il soggetto fiscale in questione sia una persona sola o una famiglia.

¹⁰⁰ Tralasciamo, per non complicare eccessivamente il quadro, la situazione di persone con reddito di riferimento.

Tabella 9.4 Limite di reddito per la partecipazione minima e per il diritto al sussidio (2005-2007)

	Persona sola		Famiglia	
	Y'	Y''	Y'	Y''
2005	13'000	22'000	18'000	34'000
2006	13'000	20'000	15'000	30'000
2007	14'000	20'000	20'000	32'000

L'ultimo parametro della funzione F_1 è σ , il cosiddetto **sussidio minimo**.¹⁰¹ Per evitare il versamento di sussidi di entità irrisoria, la legge stabilisce un valore minimo di sussidio annuo. Questo attualmente ammonta a Fr. 200.- nel caso di persone adulte e giovani in formazione, a 50% del premio riconosciuto (fino ad un tetto massimo pari al 50% della $QMCP$) nel caso dei minorenni.

Una modalità di calcolo diversa (illustrata dalla funzione F_2) è adottata per determinare il **sussidio ordinario particolare** S_p , destinato ai figli di famiglie il cui reddito determinante è superiore a Y'' .¹⁰² La LCAMal è stata modificata il 1.1.2007 per adempiere alla raccomandazione federale di erogare un sussidio di almeno il 50% anche ai figli di famiglie appartenenti al ceto medio.¹⁰³

$$F_2: \begin{cases} Y'' < Y \leq Y''' & \Rightarrow S_p = \min(QMCP, \hat{P}_i) \\ Y''' < Y \leq \hat{Y} & \Rightarrow S_p = \min\left(\frac{QMCP}{2}, \frac{\hat{P}_i}{2}\right) \\ Y > \hat{Y} & \Rightarrow S_p = 0 \end{cases}$$

Il valore di Y''' e \hat{Y} differisce a seconda che si tratti del primo, del secondo o di successivi figli. In Tabella 9.5 vengono illustrati i limiti in vigore nel biennio 2006-2007.

Tabella 9.5 Limite di reddito per l'ottenimento di un sussidio straordinario per figli minorenni (2006-2007)

	Primo figlio		Secondo figlio		Terzo e successivi figli	
	$Y''' = Y''$	\hat{Y}	Y'''	\hat{Y}	Y'''	\hat{Y}
2006	30'000	30'000	35'000	54'000	54'000	54'000
2007	32'000	60'000	37'000	60'000	60'000	60'000

L'articolo 58 della LCAMal stabilisce infine che il sussidio versato a persone iscritte in forme particolari di assicurazione (per esempio assicurazione con franchigia facoltativa) non può oltrepassare l'importo del premio a loro carico (il premio residuo a carico dell'assicurato non può pertanto essere inferiore a zero). Dal momento che a S (sia S_r che S_p) non è consentito di superare l'importo di premio effettivamente pagato dall'assicurato,

¹⁰¹ Cfr. articolo 38, §2 LCAMal.

¹⁰² Cfr. articoli 44 e 48 LCAMal.

¹⁰³ Cfr. BU 2006, 203.

nel caso di persone che optano per una franchigia facoltativa (e in questo modo scelgono di assumersi una parte supplementare di rischio in cambio di una riduzione di premio), la Legge impone di applicare una funzione diversa (che denominiamo F_3) per la determinazione del sussidio:

$$F_3: \begin{cases} Y \leq Y' & \Rightarrow S = \min(\hat{R} - \pi, \tilde{p}) \\ Y' < Y \leq Y'' & \Rightarrow S = \min(\hat{R} - \pi - \beta \cdot (Y - Y'), \tilde{p}) \\ Y > Y'' & \Rightarrow S = 0 \end{cases} \quad \text{con } \beta = \frac{\hat{R} - \pi - \sigma}{Y'' - Y'}$$

9 Indice delle Tabelle

Tabella 2.1	Valore medio pro capite della spesa socializzata e delle rispettive forme di finanziamento (importi medi del periodo 1997-2005).....	21
Tabella 3.1	Scomposizione della spesa socializzata pro capite (a livello svizzero e ticinese) nelle principali tipologie di prestazione (anno 2005).....	26
Tabella 3.2	Ricapitolazione della metodologia utilizzata per scomporre la spesa in prezzi e quantità.....	31
Tabella 3.3	Ospedali di cura generale: statistiche descrittive (2005).....	32
Tabella 3.4	Numero di ospedali privati, pubblici e privati sussidiati (2005)	32
Tabella 3.5	Costo unitario (in CHF) degli ospedali acuti centralizzati: massimo e minimo (rispetto a <i>cu1</i>), Ticino e Svizzera	33
Tabella 3.6	Costo unitario (in CHF) degli ospedali acuti per cure di base: massimo e minimo (rispetto a <i>cu1</i>), Ticino e Svizzera	34
Tabella 3.7	Quantità (<i>caseload</i> ogni 1000 assicurati) per ospedali di cura generale: massimo e minimo (rispetto a <i>Q</i>), Ticino e Svizzera	35
Tabella 3.8	Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di ospedali psichiatrici: massimo e minimo (rispetto a <i>cu1</i>), Ticino e Svizzera	36
Tabella 3.9	Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di ospedali di riabilitazione: massimo e minimo (rispetto a <i>cu1</i>), Ticino e Svizzera.....	36
Tabella 3.10	Costo unitario (in CHF) e giornate di cura (ogni 1000 assicurati) di altre cliniche specializzate: massimo e minimo (rispetto a <i>cu1</i>), Ticino e Svizzera .	37
Tabella 3.11	Valori di spesa per medicinali: massimo e minimo (in CHF), Ticino e Svizzera	40
Tabella 3.12	Densità medici di base e specialisti per 100'000 abitanti e livelli di autarchia (2005)	41
Tabella 3.13	Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) della medicina di base: massimo e minimo (rispetto a <i>q</i>), Ticino e Svizzera	42
Tabella 3.14	Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) della medicina specialistica: massimo e minimo (rispetto a <i>q</i>), Ticino e Svizzera.....	43
Tabella 3.15	Quantità (punti Tarmed) e prezzi (in CHF) di prestazioni ambulatoriali ospedaliere: massimo e minimo (rispetto a <i>q</i>), Ticino e Svizzera.....	44
Tabella 3.16	Valori di spesa per prestazioni semiospedaliere: massimo e minimo, Ticino e Svizzera	45

Tabella 3.17	Costo unitario (in CHF) e numero di giornate di cura in case anziani (per assicurato e per assicurato di età superiore ai 65 anni): massimo e minimo (rispetto a cu), Ticino e Svizzera	46
Tabella 3.18	Spesa socializzata per giornata in case anziani (in CHF): massimo e minimo, Ticino e Svizzera.....	47
Tabella 3.19	Valori di spesa per analisi di laboratorio (in CHF): massimo e minimo, Ticino e Svizzera	48
Tabella 3.20	Quantità e prezzi per la fisioterapia: minimo, massimo, Ticino e Svizzera (valori in CHF).....	49
Tabella 4.1	Composizione della spesa pubblica del Ticino e della media svizzera (1997-2005 e anno 2005) in franchi e in % del totale.....	54
Tabella 4.2	Importi stanziati per la riduzione dei premi LAMal e crescita del premio medio (1996-2007)	61
Tabella 4.3	Preventivi di spesa dei cantoni e importi effettivamente versati	62
Tabella 4.4	Riduzione dei premi LAMal nei 26 cantoni (2006): alcuni indicatori semplici	65
Tabella 4.5	Evoluzione del numero di beneficiari di sussidio (1996-2006), della quota di persone sussidiate e del numero di beneficiari di PC AVS/AI	71
Tabella 5.1	Statistiche descrittive riguardanti i dati impiegati nella stima.....	85
Tabella 5.2	Risultati econometrici	86
Tabella 6.1	Scomposizione delle differenze di spesa socializzata tra Ticino e Svizzera in differenze di prezzo e di quantità.....	91
Tabella 9.1	Relazione tra periodo di erogazione dei sussidi, periodo di tassazione e periodo di conseguimento dei redditi e di accertamento della sostanza	101
Tabella 9.2	Quota media cantonale ponderata (2005-2007).....	103
Tabella 9.3	Importo minimo di quota a carico dell'assicurato (2005-2007).....	103
Tabella 9.4	Limite di reddito per la partecipazione minima e per il diritto al sussidio (2005-2007).....	105
Tabella 9.5	Limite di reddito per l'ottenimento di un sussidio straordinario per figli minorenni (2006-2007)	105

10 Indice delle Figure

Figura 2.1	Il finanziamento della spesa sanitaria totale	10
Figura 2.2	La spesa socializzata.....	15
Figura 2.3	Spesa pro capite cantonale per il catalogo LAMal (2005)	16
Figura 2.4	Spesa pubblica, premi netti, riduzione dei premi e partecipazione ai costi per assicurato (2005), in franchi.....	18
Figura 2.5	Spesa socializzata: differenziale tra valori assoluti pro capite in Ticino e Svizzera (1997-2005).....	22
Figura 2.6	Differenziale tra valori assoluti pro capite in Ticino e in Svizzera (1997-2005) per le quattro forme di finanziamento	23
Figura 3.1	Densità di farmacie per 10'000 abitanti (2005).....	38
Figura 3.2	Distribuzione della popolazione svizzera e ticinese per fasce di età di 5 anni e sesso (2006)	46
Figura 3.3	Situazione dei prezzi in Ticino rispetto alla media svizzera, al cantone con il prezzo minimo ed a quello con il prezzo massimo	50
Figura 3.4	Situazione delle quantità consumate in Ticino rispetto alla media svizzera, al cantone con la quantità minima ed a quello con la quantità massima	51
Figura 4.1	Sintesi della diversa strategia di finanziamento del Ticino rispetto alla media svizzera (1997-2005)	53
Figura 4.2	Le componenti della spesa pubblica diretta: rapporto tra situazione del Ticino e media svizzera (1997-2005).....	55
Figura 4.3	Struttura di finanziamento delle prestazioni ospedaliere stazionarie (2005)...	56
Figura 4.4	Struttura di finanziamento delle cure in casa anziani (2005).....	57
Figura 4.5	Incidenza del premio (al netto dei sussidi) sul reddito disponibile per 3 tipologie di economia domestica: minimo, massimo, media svizzera e Ticino (1998-2004).....	66
Figura 4.6	Evoluzione dei contributi federali, comunali e cantonali alla riduzione dei premi LAMal del Cantone Ticino (1996-2006), in milioni di franchi.....	69
Figura 4.7	Relazione tra premio netto e reddito determinante (pensionato single) tra il 2002 ed il 2007	72
Figura 4.8	Incidenza del premio netto sul reddito disponibile (pensionato single) tra il 2002 ed il 2007	73

Figura 4.9	Relazione tra premio netto e reddito determinante (famiglia con 2 figli) tra il 2002 ed il 2007	74
Figura 4.10	Incidenza del premio netto sul reddito disponibile (famiglia con 2 figli) tra il 2002 ed il 2007	75
Figura 4.11	Variazione del reddito disponibile dovuta a sgravi fiscali e a cambiamenti del premio netto (pensionato single), tra il 2002 ed il 2007 (Assura).....	76
Figura 4.12	Variazione del reddito disponibile dovuta a sgravi fiscali e a cambiamenti del premio netto (famiglia con 2 figli), tra il 2002 ed il 2007 (Helsana).....	77
Figura 4.13	Evoluzione della franchigia media nel caso di assicurati adulti (1997-2005) ..	79
Figura 4.14	Correlazione tra franchigia media, quota di partecipazione ai costi e livello dei premi (2005)	80
Figura 9.1	Rappresentazione grafica dell'algoritmo utilizzato per il calcolo dei sussidi.	103