

Difendere la libera scelta

I fautori promettono maggior concorrenza, ma l'allentamento dell'obbligo di contrarre potrebbe diminuire l'efficienza delle cure, generare maggior burocrazia e costi indiretti, con una sovrapposizione tra pianificazione pubblica e selezione privata.



PD Dr med. Olivier Giannini, Membro del Comitato Centrale della FMH, l'associazione professionale dei medici svizzeri, Viceprimario di Medicina Interna presso l'Ospedale Regionale di Mendrisio.

Lo scorso 13 marzo, il Parlamento federale ha approvato una mozione volta ad allentare l'obbligo di contrarre previsto dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LaMal). Il Consiglio federale dovrà ora elaborare una proposta di modifica legislativa - benché né i Cantoni, né lo stesso Consiglio federale, né tantomeno la popolazione, come dimostrato dalle votazioni degli ultimi vent'anni in ambito di politica sanitaria, abbiano mai sostenuto questa via. A prima vista, l'iniziativa potrebbe sembrare un passo verso una maggiore concorrenza. Tuttavia rischia di portare a una pericolosa riduzione dell'accesso alle cure e a un possibile peggioramento della qualità del servizio, generando maggiore complessità amministrativa per i pazienti e i curanti.

Cos'è l'obbligo di contrarre?

L'obbligo di contrarre è un fondamento della LaMal e del nostro sistema sanitario (art. 41 LaMal). Obbliga gli assicuratori malattia di stipulare contratti tariffali con tutti i fornitori di prestazioni sanitarie riconosciuti e autorizzati dai Cantoni, garantendo che gli assicuratori riconoscano e rimborsino le prestazioni fornite. Questo meccanismo è alla base della libera scelta del medico, degli ospedali, delle cliniche, dei terapisti per tutte le persone assicurate. La qualità delle cure è già oggi garantita dal processo di autorizzazione cantonale e dai rigidi criteri di qualità previsti dalla LaMal.

Le conseguenze di un allentamento

Un allentamento aumenterebbe notevolmente la complessità del sistema: pazienti e curanti dovrebbero verificare ogni volta la validità dei contratti con medici e strut-

ture sanitarie, causando incertezza e carico burocratico. I medici, pur autorizzati e inclusi nella pianificazione cantonale, rischierebbero l'esclusione dai circuiti assicurativi. Questo scoraggerebbe investimenti per nuovi studi medici, soprattutto nelle regioni periferiche come il Ticino, aggravando la già critica carenza di personale qualificato.

Più potere alle assicurazioni, meno libertà per i pazienti?

I fautori della riforma parlano di "maggiore concorrenza", ma in questo modo le assicurazioni otterrebbero maggiore potere. Potrebbero selezionare i fornitori più economici, riducendo i costi a scapito della qualità e dei reali bisogni dei pazienti. La libertà di scelta verrebbe fortemente limitata. Non si creerebbe maggiore flessibilità, ma piuttosto nuove restrizioni: le casse malati potrebbero imporre unilateralmente ulteriori vincoli, mentre le norme legali resterebbero comunque in vigore. Le persone affette da patologie croniche o complesse - una popolazione in aumento negli anni - subirebbero le conseguenze più gravi. Potrebbero essere costrette a cambiare medico, interrompere trattamenti o affrontare ritardi inaccettabili nella continuità delle cure. Già oggi uno studio medico di base su tre non accetta nuovi pazienti. Inoltre, trattare pazienti complessi diventerebbe per i medici una "scelta rischiosa" dal punto di vista economico. Il pericolo è che in futuro solo i pazienti autopaganti ricevano cure tempestive e di qualità.

I modelli assicurativi alternativi già offrono soluzioni

Oltre il 70% degli assicurati ha scelto volontariamente modelli assicurativi al-

ternativi, rinunciando parzialmente alla libera scelta del fornitore in cambio di premi più bassi. Questo dimostra che flessibilità e concorrenza sono già possibili - senza sacrificare l'accesso universale alle cure. Non vi è alcuna necessità di imporre ulteriori restrizioni unilaterali a tutti gli assicurati.

La pianificazione deve restare una competenza pubblica

La pianificazione cantonale dell'offerta sanitaria garantisce un'equa distribuzione delle cure secondo i bisogni della popolazione. Se anche le assicurazioni potessero decidere con quali fornitori collaborare o meno, si genererebbe una coesistenza caotica tra pianificazione pubblica e selezione privata. Il risultato sarebbe un sistema frammentato, con un aumento degli oneri amministrativi per studi medici, pazienti e autorità, oltre che allo sviluppo di un'offerta privata costosa e proibitiva.

Non smantellare la libera scelta nel nostro sistema sanitario

In conclusione, l'allentamento dell'obbligo di contrarre non porterebbe né maggiore efficienza né risparmi reali. Al contrario, metterebbe a rischio la qualità dell'assistenza, aumenterebbe la burocrazia e genererebbe ulteriori costi indiretti. Un sistema sanitario efficiente deve garantire accesso, continuità e qualità delle cure - non aggiungere ostacoli e incertezze.