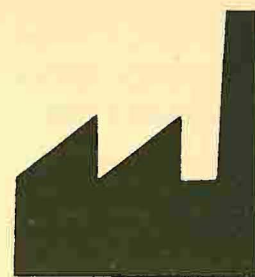


SCUOLA ECONOMIA



Supplemento di «Scuola ticinese» a cura della Società Gioventù ed Economia

Segretariato centrale: Dolderstrasse 38, 8032 Zurigo, tel. 01/47 48 00

Gruppo di lavoro Ticino: presso Scuola cantonale di commercio, Stabile Torretta, 6501 Bellinzona

Ottobre - Novembre 1988

N. 7

L'economia della salute

Tradotto da «L'économie de la santé», dossier de «Jeunesse et Economie»

«La salute è il bene più prezioso»: quest'affermazione è ricorrente. «Come sta?» è una delle forme rituali per l'inizio di una conversazione. L'espressione: «finché c'è la salute...» non esprime soltanto una speranza, ma traduce anche un sentimento più profondo: la salute è la condizione principale del benessere individuale.

Economia e salute? «Non tollero che la guarigione di un malato venga posta sulla bilancia accanto ad un sacco di monete», dichiarava un celebre chirurgo, alla fine degli anni '60, seguendo un'etica molto in voga in quel periodo.

La salute non ha prezzo; ma la salute pubblica ha un costo, che grava sempre più sui bilanci pubblici e, in definitiva, su quelli delle famiglie. Inoltre, più il livello sanitario di una popolazione è alto, più è elevata la crescita marginale delle spese legate alle innovazioni: ciò è dovuto, in particolare, al contenuto sempre più tecnico delle cure mediche.*

Tuttavia, la salute è divenuta un settore importante dell'economia, è un mezzo per creare posti di lavoro, direttamente nel sistema sanitario e indirettamente nell'industria. E l'invecchiamento della popolazione moltiplicherà, in avvenire, i bisogni di cure mediche.

La salute pubblica in Svizzera: alcuni dati

L'elevato livello sanitario

A partire dagli anni '50, i progressi della medicina e delle tecniche ospedaliere sono stati importanti.

Il miglioramento delle condizioni materiali di vita, così come la moltiplicazione delle prestazioni offerte dalle assicurazioni sociali, hanno facilitato il ricorso alle cure; la prosperità economica ha permesso uno sviluppo spettacolare della medicina e del settore ospedaliero. La popolazione, nel suo insieme, ha potuto beneficiare di quest'evoluzione.

La speranza di vita alla nascita e il tasso di mortalità infantile costituiscono degli indicatori affidabili della salute.

Sotto questo punto di vista, la Svizzera, nel contesto internazionale, figura fra i paesi che presentano la situazione migliore ma con dei costi molto elevati.

La mortalità infantile

Un secolo fa, in Svizzera, un bambino su sei moriva prima di raggiungere il primo anno di vita. Furono dapprima i miglioramenti nell'igiene e nell'alimentazione e in seguito i progressi nell'arte e nelle tecniche mediche, a permettere una diminuzione spettacolare della mortalità dei bambini in tenera età.

Oggi, il tasso di mortalità durante il primo anno di vita è di sette decessi ogni mille nascite. In pochi paesi la mortalità infantile è così contenuta come in Svizzera, segno questo che la protezione e le prestazioni sanitarie hanno raggiunto un alto livello.

Il prolungamento della durata della vita

La durata media della vita (o speranza di vita alla nascita) è fortemente aumentata nell'ultimo secolo; la causa principale va ricercata nell'importante regressione della mortalità infantile. La speranza di vita raggiunge oggi giorno i 76 anni, mentre superava di poco i 46 anni attorno al 1880.

Dato che la mortalità maschile è maggiore in ogni fascia d'età, attualmente le donne vivono, in media, sette anni più degli uomini (la speranza di vita è rispettivamente di 79-80 e 72-73 anni).

Nel futuro, la durata media della vita dovrebbe continuare la sua crescita, ma con un ritmo meno elevato.

Spese a livello sanitario in alcuni paesi d'Europa

1982	Spese: in % del PIL*	Mortalità infantile ‰	Speranza di vita (in anni)
RFT	9,4	11,0	73,0
Francia	8,5	9,0	76,0
Paesi Bassi	8,6	8,0	76,0
Svizzera	7,4	8,0	76,0
Regno Unito	5,8	11,0	74,0

* La crescita marginale di una spesa è il costo di produzione di un'unità supplementare di beni o di servizi.

* PIL = Prodotto interno lordo / le spese sono delle valutazioni
Fonte: Eurocare, a European Healthcare Analysis, Health Econ (editori), Basilea 1985.

Alcune disfunzioni del sistema sanitario svizzero

del professor Pierre Gilliland, dell'Università di Losanna

Disparità cantonali

La domanda di cure mediche e ospedaliere è progredita ad un ritmo sostenuto in tutti i cantoni. Ma le disparità cantonali sono ben evidenti. Queste presuppongono delle differenze regionali nel trattamento, nelle cure e nel livello qualitativo della salute.

In generale, una classificazione fondata su un modello medico e ospedaliero vede ai primi posti i cantoni ricchi, urbanizzati, nei quali domina il settore terziario e dove vi è un ospedale universitario. In coda alla graduatoria figurano i cantoni economicamente deboli, rurali e con un settore agricolo ancora importante. La carta del livello medico-ospedaliero coincide, in modo sorprendente, con le cartine geografiche dello sviluppo economico, della ricchezza, dell'industrializzazione, dell'urbanizzazione e della tipologia delle attività.

In realtà, la vita dell'uomo è legata alle condizioni sociali.

Gli Svizzeri, a dipendenza del loro luogo di domicilio, non hanno le medesime opportunità di accedere alle cure e neppure sono uguali di fronte alla morte.

Le disuguaglianze si assommano, un fenomeno questo che si ritrova fra i vari strati sociali.

Alta tecnologia negli ospedali

L'ospedale, come centro di alta tecnologia, rende dei servizi incomparabili. Dalle sue attività derivano innumerevoli progressi. Tuttavia, l'orientamento «ospedale-centrista» obbedisce a dei criteri di crescita: dal profilo quantitativo, si riscontra una dotazione eccessiva. Ora, l'«offerta» genera la «domanda»: la relazione inversa è molto meno determinante. I muri dei nostri ospedali, per molto tempo ancora, graveranno sui costi; essi alimentano una spirale crescente di tecnicismo, spirale sostenuta dalla specializzazione della maggior parte dei medici liberi professionisti. Il tecnicismo, in sé positivo, diventa invadente e costituisce un elemento importante di esplosione dei costi.

Chi interviene? e come?

Il sistema sanitario svizzero (suddiviso in realtà in 26 sistemi cantonali e con numerose istanze di pagamento) risulta estremamente intricato e poco definito sul piano analitico e statistico.

Una simile struttura provoca il decentramento delle responsabilità e doppi impieghi. Il pragmatismo elvetico, che in molte occasioni si è rivelato efficace, in questo caso non basta più. Urge ridistribuire i compiti: chi interviene e dove, e chi fa cosa?

Oneri trasferiti dai poteri pubblici agli assicurati

Da una decina d'anni, la partecipazione finanziaria dell'insieme degli enti pubblici svizzeri al finanziamento del sistema sanitario non ha registrato una progressione maggiore di quella dei prezzi al consumo. Ciò è dovuto, in primo luogo, al fatto che la Confederazione ha bloccato le sovvenzioni alle casse malati.

Si può valutare, in modo approssimativo, la cifra globale derivante dalla politica di disimpegno degli enti pubblici; infatti, se la loro partecipazione finanziaria fosse rimasta al livello del 1975 (44,8%), essi avrebbero versato da sei a sette miliardi supplementari in dieci anni. Certamente questo modello è troppo schematico per dare un'immagine

precisa di una realtà sociale molto complessa. Nondimeno il trasferimento degli oneri assume una dimensione significativa. Ed ha delle conseguenze sociali estremamente pregiudizievoli, che rafforzano gli effetti nefasti dovuti alle disfunzioni del sistema sanitario svizzero.

Dato che i contributi sono personali, il ritiro degli enti pubblici accresce, ad esempio, le disparità cui sono soggette le famiglie e le persone economicamente deboli.

A parità di reddito e di prestazioni, una coppia versa premi doppi rispetto ad una persona sola; inoltre i contributi crescono proporzionalmente al numero dei figli. Tenuto conto delle rispettive disponibilità finanziarie, per una famiglia avente un reddito di 25'000 franchi i premi sono quattro volte più elevati che per una famiglia composta in modo analogo, ma con un reddito di 100'000 franchi. Trattare in modo analogo delle situazioni così diverse costituisce una vera ingiustizia sociale. Alcuni cantoni, tra i quali il Ticino, hanno previsto un importante correttivo: le quote a carico delle persone o delle famiglie più modeste vengono assunte, totalmente o in parte, dagli enti pubblici.

Lo sviluppo del sistema sanitario svizzero (dal 1950)

Il sistema sanitario si è sviluppato soprattutto dopo la Seconda guerra mondiale. Nel caso della Svizzera, occorre sottolineare che le competenze in questo campo appartengono ai cantoni. Vi sono dunque delle diversità, a livello di infrastrutture, fra cantoni che dispongono di un ospedale universitario e altri cantoni.

Popolazione

Il numero delle persone residenti in Svizzera è aumentato rapidamente dal 1950 al 1970, passando da 4,7 a 6,3 milioni. Questa crescita, grosso modo equivalente ad un terzo, è dovuta principalmente alla massiccia immigrazione di stranieri, in maggioranza giovani e quindi procreatori. La recessione ha poi provocato il rimpatrio di numerosi cittadini esteri.

La popolazione, che da allora è stagnante, ha raggiunto i 6,5 milioni nel 1985.

Tasso delle persone assicurate per le spese medico-farmaceutiche

Verso il 1945-50, la metà circa degli abitanti era assicurata.

Il tasso di assicurati è più importante fra gli uomini che tra le donne. Parecchi cantoni hanno introdotto un obbligo di assicurazione per i ragazzi in età scolastica.

Oggi, il 96% della popolazione è affiliato ad una cassa malati riconosciuta dalla Confederazione. Il rimanente 4% è assicurato presso una compagnia privata oppure, caso più frequente, non lo è affatto (trattasi di persone anziane che non dispongono delle possibilità materiali o collocate in istituti; di individui agiati che finanziano personal-

mente le loro spese; di persone radiate dalla loro cassa per non aver versato le loro quote).

Accettazioni e posti letto negli ospedali

Il numero delle accettazioni nei vari stabilimenti di cura è grosso modo raddoppiato in trent'anni. Tuttavia, il numero totale di posti letto negli ospedali è uguale nel 1950 e 1980, pur con grosse differenze fra i vari settori (la tubercolosi è quasi scomparsa; i reparti di geriatria hanno conosciuto una crescita sensibile). Sono però stati costruiti numerosi stabilimenti, e altri completamente ristrutturati. Questa stagnazione si spiega con una riduzione importante dei tempi di degenza.

Peso dell'invecchiamento demografico

La frequenza con la quale le persone anziane si rivolgono ai servizi di cura, in modo particolare nel settore medico-ospedaliero, costituisce un fenomeno molto appariscente.

Su questo argomento esiste però una sola analisi di portata globale, che del resto non è recente (1969) ed è circoscritta al canton Vaud. A quel momento, una persona su otto aveva più di 65 anni. Dall'inchiesta appare che gli individui appartenenti a questa categoria occupavano:

- un posto letto su tre negli ospedali generali;
- due posti letto su cinque in tutto il settore ospedaliero (ospedali generali, psichiatrici e geriatrici);

– oltre un posto letto su due nell'insieme del settore ospedaliero e medico-sociale (compresi gli stabilimenti per persone anziane in buona salute).

L'occupazione dei posti letto, nel caso della popolazione anziana, è proporzionalmente quattro volte superiore alla media relativa all'insieme della popolazione.

Costi e finanziamento

I costi globali del sistema sanitario progrediscono in modo drammatico. Le cause di quest'evoluzione sono complesse.

Esse vanno ricondotte, in parte, a fattori esogeni (demografia, progressi tecnici), ma anche ad elementi inerenti al sistema sanitario stesso (crescita dell'offerta medica, miglioramento delle prestazioni e della qualità delle cure, struttura finanziaria).

Così, ad esempio, il ricorso a mezzi tecnici sempre più elaborati e costosi moltiplica gli interventi medici, spesso inutili, ma destinati ad ammortizzare più rapidamente gli investimenti.

D'altra parte, certi ambienti sostengono che la struttura finanziaria attuale del sistema sanitario è di per sé una fonte di spreco, in quanto nessuna delle parti è incentivata a contenere le spese. Il paziente, dato che non sopporta direttamente i costi che provoca, tende a considerarli come un suo diritto, dal momento che versa delle quote (il principio del mutualismo è progressivamente svuotato del suo significato).

Il medico, retribuito in base ai suoi interventi, è spinto a moltiplicare le cure, e le casse malati non sono motivate nella ricerca di soluzioni alternative finché le loro perdite sono coperte da sovvenzioni.

Evoluzione dei costi (1950-1980)

Il costo della salute pubblica viene generalmente valutato confrontando le spese nel settore sanitario con il prodotto nazionale lordo (PNL). Per parecchi anni, le somme consacrate alla salute pubblica hanno progredito ad un ritmo doppio rispetto a quello del PNL: la percentuale è salita dal 3,5% nel 1950 al 5% nel 1970. Con una cifra pari a 15 o 16 miliardi, la parte si situa attorno all'8% nel 1982.

Nel 1985 la somma raggiunse molto probabilmente i 20 miliardi di franchi. Tra il 1950 e il 1985, le spese per la salute, considerate in valore nominale*, si sono moltiplicate per 31; contemporaneamente, il PNL è aumentato di circa 13 volte.

Casse malati: costi per persona assicurata (1970-1983)

Nel periodo 1970-1983, l'indice dei prezzi al consumo è grosso modo raddoppiato, mentre l'indice svizzero dei salari si è accresciuto di 2,5 volte. Nello stesso tempo, il costo delle prestazioni medico-farmaceutiche per persona assicurata è aumentato di quattro

volte circa. Sono state le spese per cure ospedaliere a registrare la crescita più importante.

Finanziamento

Sono gli abitanti a dover pagare, in un modo o nell'altro, i costi della salute. Le fonti dirette di finanziamento sono: gli enti pubblici (in primo luogo i cantoni, chiamati a compensare i disavanzi ospedalieri), le assicurazioni sociali (in particolare le casse malati) e i pazienti (costi delle cure dentarie, trattamenti in proprio, spese non coperte dalle assicurazioni).

Ma i poteri pubblici, in particolare la Confederazione, finanziano una parte dell'assicurazione malattia tramite sovvenzioni, di modo che, per analizzare correttamente la ripartizione degli oneri, occorre risalire alle fonti indirette di finanziamento. In questo senso, risulta che gli enti pubblici si assumono circa i 2/5 delle spese consacrate alla salute. Comunque, a partire dal 1976, le restrizioni budgetarie introdotte da Confederazione e cantoni hanno provocato un trasferimento parziale, ma importante, degli oneri verso le casse malati e, in definitiva, verso gli assicurati.

Oltre alla progressione dei costi della salute, questo trasferimento ha un ruolo non indifferente sulla crescita sensibile dei premi versati alle casse malati.

La ripartizione delle spese (1975-1984)

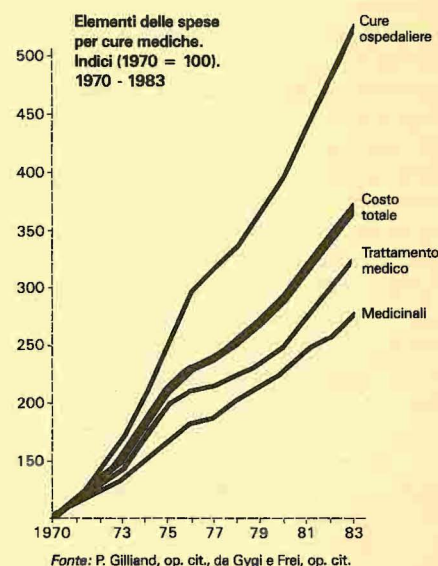
Secondo gli studi di Pierre Gygi (vedi bibliografia), la ripartizione dei costi a dipendenza dei fornitori di beni e servizi di uso medico è la seguente, per il 1984 (le variazioni intervenute dal 1975 sono minime):

– L'ospedalizzazione (spese d'esercizio + somme destinate alla costruzione) rappresenta quasi la metà (47,2%) delle cifre consacrate alla salute pubblica, e più della metà (52,6%) quando si considerano le facoltà di medicina e la ricerca negli ospedali universitari.

– Poco meno d'un terzo (30,8%) è destinato agli onorari: di medici (19,0%), dentisti (9,7%) ed altri (2,1%).

– I medicinali costituiscono il 9,8% delle spese globali (8,4% alle farmacie e 1,4% alle drogherie).

– Il rimanente 6,8% è rappresentato da altre rubriche, fra le quali figurano le cure a domicilio (1,2%).



Anni	1950	1960	1970	1975	1980	1982	(1985)
Spese medico-ospedaliere*	0,65	1,4	4,8	10	13,5	16	(20)
In % del PNL	3,5%	4%	5%	7%	7,5%	8%	(8,5%)

* Valutazioni (Miliardi, in franchi correnti)

Finanziamento secondo la fonte iniziale

Anni	Assicurazioni sociali		Enti pubblici		Pazienti	
	Mia.	%	Mia.	%	Mia.	%
1975	2,1	21,7%	4,4	44,8%	3,3	33,5%
1979	2,8	24,3%	4,6	40,3%	4,0	35,4%
1982	4,0	27,1%	5,6	38,6%	5,0	34,3%
1984	4,6	28,1%	6,2	37,3%	5,7	34,6%
1984 (1975 = 100)	219	—	141	—	173	—

Fonte: P. Gilliland, op. cit., da Gygi e Frey, op. cit.

La parte delle assicurazioni sociali progredisce sensibilmente, passando dal 21,7% al 28,1%; la cifra relativa al 1984 supera del 119% quella inerente al 1975. La percentuale di pazienti che si assumono direttamente i costi cresce leggermente, dal 33,5% al 34,6%. Per contro, con un montante superiore soltanto del 41%, la parte globale dei poteri pubblici decresce dal 45% nel 1975, al 37,3% nel 1984.

* Valore nominale = valore non corretto con il tasso d'inflazione

Le conseguenze sulla politica sanitaria

L'invecchiamento della popolazione è un fatto certo. Le sue conseguenze in campo sanitario sono importanti. Alcuni esperti ritengono che l'attuale politica tendente a confinare gli anziani entro apposite istituzioni medico-sociali deve essere completata e, per quanto possibile, sostituita da una politica di potenziamento dei servizi di cura e di sostegno domiciliari.

Le ragioni invocate riguardano tanto l'aspetto economico quanto la qualità della vita delle persone portatrici di handicap.

Tuttavia, invecchiando, cresce la probabilità di perdere il proprio congiunto: e crescono quindi i rischi di isolamento, accompagnato da una miriade di effetti secondari (depressione, malattia). E i figli dei più anziani sono essi stessi sessantenni, o anche settantenni; sono già nonni e spesso risiedono lontano.

L'invecchiamento della popolazione si definisce come un aumento della proporzione di persone anziane, nel tempo e su un territorio definito. In Svizzera, la parte degli individui aventi più di 65 anni si situava attorno al 5% o 6% dal 1880 al 1920. Ha quindi raggiunto il 14% in occasione del censimento del 1980 e oltrepasserà sensibilmente il 20% all'inizio del prossimo secolo.

Tutti coloro che, nel 2025, avranno più di 40 anni sono già nati. E coloro i quali avranno superato la soglia dei 65 anni, hanno oggi 25 anni al minimo, ma taluni sono già cinquantenni.

Il numero degli abitanti di età superiore ai 65 anni, che raggiungeva le 900.000 unità in occasione del censimento del 1980, sarà di quasi 1,5 milioni nel 2025. La progressione sarà quindi dei due terzi circa. Inoltre, e si tratta di un fenomeno rilevante per la salute pubblica, la percentuale dei più longevi fra gli anziani aumenterà. La fascia degli individui di età superiore agli anni 80 passerà dall'attuale 19% della popolazione avente superato il 65° anno di vita, al 25% nel 2025. Con l'età aumentano pure la morbidità, il grado di dipendenza e, al limite, l'invalidità. Quasi 9 anziani su 10, nella fascia compresa fra i 65 e i 75 anni, si dicono completamente indipendenti in campo sanitario; la proporzione cade ad un individuo su tre per le persone di oltre 85 anni.

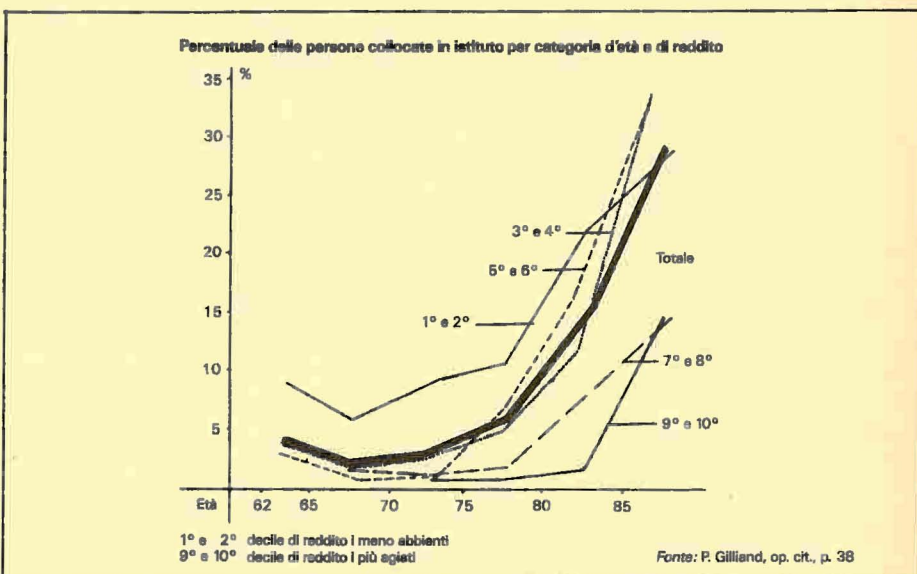
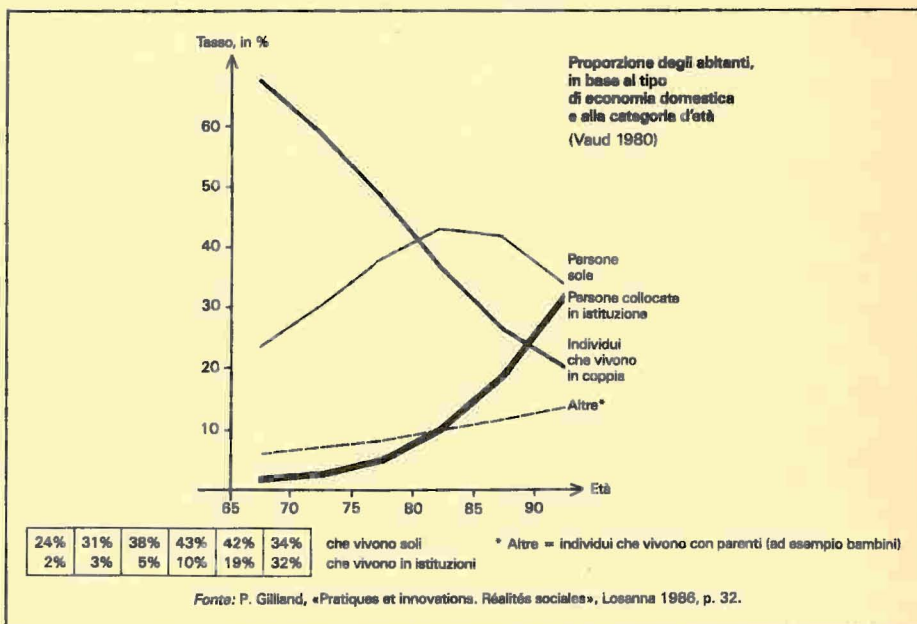
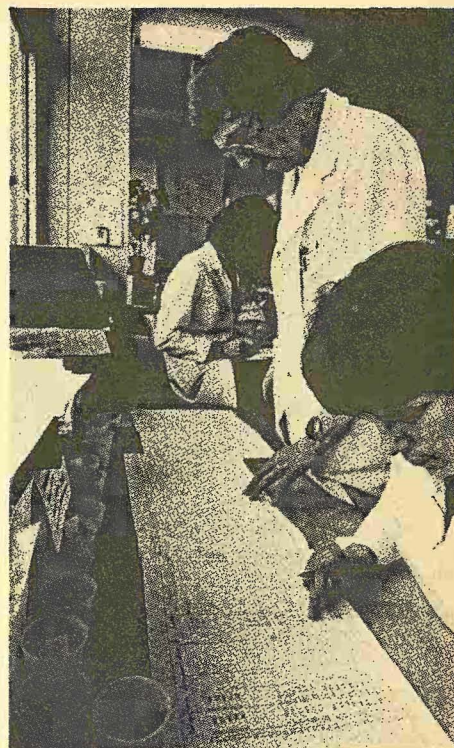
E viceversa, solo il 3% di coloro che appartengono alla prima fascia d'età è dipendente, contro il 25% degli individui di più di 85 anni.

In futuro ci si può attendere un calo del grado di dipendenza, e d'infermità, per ogni categoria di età. Ma la crescita degli effettivi di anziani è tale che il numero di portatori di handicap progredirà costantemente. Il 5%, o anche il 6% delle persone anziane è attualmente ospedalizzato o, caso più frequente, fa capo ad istituzioni quali le case

per anziani e le pensioni, o gli stabilimenti medico-sociali per malati cronici.

Tuttavia, il tasso di collocamento in istituto progredisce nettamente con l'avanzare dell'età: è di un individuo su settanta nella fascia dei 65-70 anni, di uno su venti nella categoria 75-80 anni, ma di uno su quattro fra gli anziani di oltre 85 anni e addirittura di uno su tre tra gli ultranovantenni.

Pagando lo scotto della loro longevità, le donne anziane sono nettamente più numerose degli uomini nelle istituzioni medico-sociali. La precarietà delle condizioni d'esistenza, in particolare nel caso degli anziani più longevi, provoca un elevato grado di ricorso alle istituzioni. Indipendentemente dalla fascia d'età gli anziani di estrazione modesta sono collocati più spesso in istituto, con dei costi elevati a carico della collettività, che non le persone agiate.



Salute e impiego

I dati che riguardano l'impiego nel settore sanitario sono disparati. Una ricomposizione, anche approssimativa, fa risaltare l'importanza crescente dei vari tipi di personale sanitario nell'ambito dell'economia.

Il personale ospedaliero

L'effettivo globale, comprendente tutte le categorie, passa da 31.000 impiegati nel 1950 a 71.000 nel 1970, e attualmente raggiunge le 120.000 unità circa. Gli ospedali generali occupano la parte più cospicua degli effettivi (oltre i 3/5 nel 1950, più dei 3/4 oggi). Il personale di cura rappresenta oltre i 2/5 degli impiegati di tutti gli stabilimenti ospedalieri.

Gli effettivi del personale ospedaliero, riferiti a 100.000 abitanti, progrediscono da 67 nel 1950 a 164 unità nel 1980: oggi si contano quasi 190 impiegati. La crescita è evidente: 2,8 volte in più nello spazio di 35 anni. Per 100 malati ospedalizzati in media ogni giorno, il personale ospedaliero è passato, da 55 unità nel 1950 (una persona per due malati) a 200 nel 1980 (due individui ogni malato). In 30 anni gli effettivi del personale ospedaliero sono pressoché quadruplicati.

È chiaro dunque che la crescita quantitativa del personale impiegato negli ospedali è molto significativa. Sul piano numerico, quest'evoluzione va messa in parallelo con lo sviluppo tecnico: essa consente inoltre di migliorare la qualità di vita dei pazienti e contribuisce ad abbreviare i tempi di degenza.

Le professioni sanitarie

Il personale ospedaliero annovera i professionisti della salute, di formazione diversa, accanto ad impiegati del settore amministrativo, tecnico e domestico. Qui esaminiamo unicamente le professioni sanitarie,

sulla scorta dei dati forniti dai censimenti del 1970 e 1980, relativi agli stabilimenti e agli ambulatori.

Dal 1970 al 1980, gli effettivi delle professioni sanitarie sono passati da 88.000 a 140.000 persone, con una progressione del 60%.

Nel 1980, su 100.000 abitanti, 2.200 vantavano una formazione nel campo della salute. Alla stessa data, le professioni sanita-

Professioni sanitarie in Svizzera, censimenti del 1970 e 1980

Personale (in migliaia)	1970	1980	1970-80 Aumento %	1980 Densità*
Totale	87,7	140,0	+ 60	2200
Medici	10,9	16,6	+ 52	261
Dentisti	3,6	4,3	+ 20	67
Veterinari	0,9	1,2	+ 33	19
Farmacisti	2,1	2,6	+ 22	40
Infermieri/e ¹	24,9	37,4	+ 50	587
Altri infermieri/e ² Totale	8,1	10,3	+ 28	162
Altro personale curante ³	4,2	12,0	+ 184	188
Fisioterapisti	3,3	7,4	+ 126	116
Labor. medic.	4,5	5,4	+ 21	85
Aiuto osp. diplomati	—	5,8	—	91
Aiuto farmacisti	4,1	5,2	+ 28	81
Aiuto familiari	2,2	3,8	+ 70	60
Aiuto dentisti	8,7	14,5	+ 66	—
Droghieri	4,1	4,1	+ 1	64
.....	...	...	...	...

* In migliaia per 100.000 abitanti.

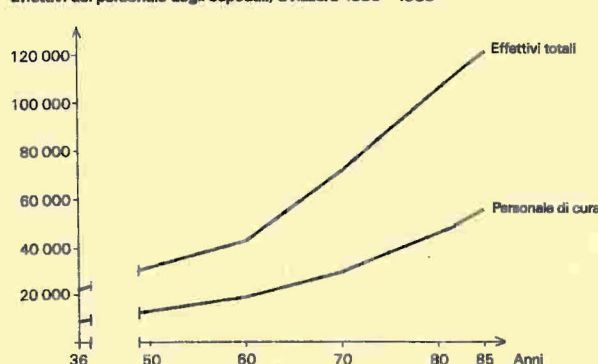
¹ Infermieri/e in cure generali, compresi gli assistenti infermieri

² Igiene materna e pediatria, psichiatria, salute pubblica, levatrici

³ Categorie complessa: assistenti infermieri in geriatria, in chirurgia, e aiuto infermieri

Fonte: P. Gilliard, op. cit., p. 46, da «Personnel de santé en Suisse», Ufficio federale di statistica, Berna (1984).

Effettivi del personale degli ospedali, Svizzera 1936 - 1985



Fonte: P. Gilliard, Les professionnels, Réalités sociales, Losanna 1986, p. 43

Personale ospedaliero: effettivi e densità, Svizzera 1936 - 1985

Anni	1936	1950	1960	1970	1980	1985
Effettivi, in migliaia	21	31	42	71	105	120*
di cui % ospedali di cure generali	—	62%	72%	78%	76%	—
di cui % personale di cura	45%	42%	43%	41%	43%	—
Densità/10.000 abitanti	51	67	78	114	164	187*
Densità/100 malati	45	55	73	122	200	—

* Valutazione. Fonte: P. Gilliard, op. cit., p.43

rie raggruppavano il 2,2% della popolazione totale e il 4% circa della popolazione attiva. La tabella che precede mostra le principali professioni, a proposito delle quali si noterà l'estrema diversità. In tutte le categorie, con alcune eccezioni, le progressioni sono importanti.

(È innegabile che gli impieghi a tempo parziale aumentano).

Pur con grandi variazioni a dipendenza delle professioni, in relazione all'insieme degli effettivi, si riscontrano i seguenti fatti:

- le donne costituiscono il 74%. La presenza femminile nelle professioni della salute è globalmente molto importante (rimane debole fra i medici, i dentisti e i veterinari, ma è esclusiva per quanto riguarda gli aiuti familiari, gli aiuti dentisti ecc.);
- gli stranieri rappresentano il 16%;
- il 70% ha meno di 40 anni. Le professioni sanitarie sono generalmente «giovani»;
- il 12% esercita un'attività indipendente (professioni liberali);
- il 20% ha un'attività a tempo parziale.

Esemplari dell'inserito possono essere richiesti a:

Direzione della Scuola cantonale di commercio, Stabile Torretta, Viale Stefano Franscini 32, 6501 Bellinzona.

Demografia medica

Nel 1900, in Svizzera, per una popolazione di 3,3 milioni di abitanti 2.000 medici esercitavano la loro professione: nel 1975, essi erano saliti a 7.000 (di cui oltre 6.000 praticavano in modo indipendente) per una popolazione di 6,3 milioni di persone. La densità dei medici è quasi raddoppiata in tre quarti di secolo.

Dal 1950 al 1975/80, vi è stata scarsità di medici: la loro densità era stagnante, in un periodo contrassegnato dalla rapida crescita economica, dal potenziamento delle assi-

curazioni sociali e dalla progressione sostenuta dei consumi di bene e di servizi sanitari.

Tanto il numero dei medici che la loro densità crescono rapidamente a partire dal 1975. Questa tendenza continuerà almeno fino all'inizio del nuovo secolo, in ragione:

- del numero attuale di studenti in medicina e di assistenti (questi studi richiedono una quindicina d'anni);
- della struttura «giovane» del corpo medico (il numero di praticanti che abbandoneranno la loro attività rimarrà contenuto per molti anni, mentre saranno sempre più numerosi i nuovi medici);
- della probabile stasi della popolazione svizzera al livello attuale.

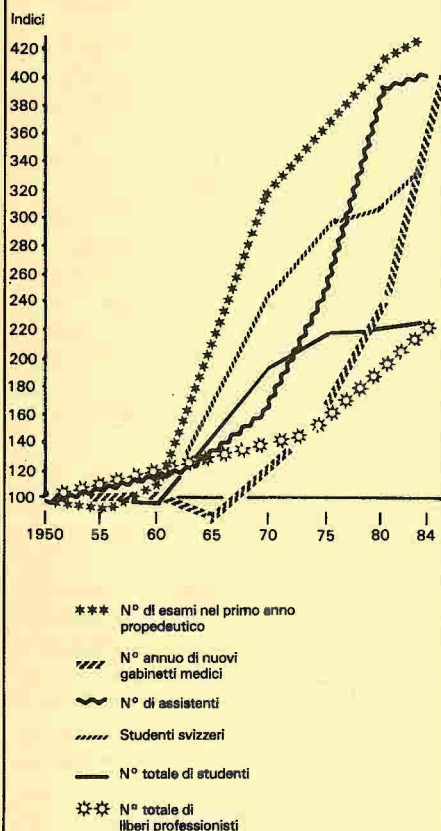
A partire da questi elementi è possibile valutare in modo attendibile l'evoluzione del nu-

mero di medici che eserciteranno liberamente in Svizzera; saranno circa 9.000 nel 1985, 12.000 nel 1990, saliranno a 15.000 nel 2000 e a 17/18.000 nel 2010.

Indicatore della densità di medici

Anni	N° di abitanti per un medico libero professionista	N° di medici per 100.000 abitanti
1950	1160	86
1960	1090	92
1970	1140	88
1975	1030	97
1980	850	118
1985	700	143
1990	500	200
2000	400	250
2010	350	285

Studi e pratica della medicina in Svizzera: 1950 - 1984
(indice 100 = 1950)



Fonte: P. Gilliland, op. cit., p. 55

Il personale infermieristico

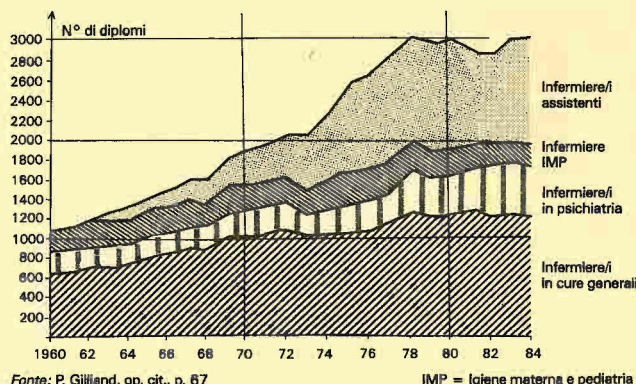
La carenza di personale infermieristico si è fatta sentire in modo preoccupante dopo la Seconda guerra mondiale. Infatti, mentre i bisogni degli ospedali e degli ambulatori progredivano fortemente, il numero di persone diplomate e attive in Svizzera era stazionario, in seguito al netto calo del personale religioso, al numero di giovani infermiere che abbandonavano la professione per educare i figli, ecc.. Pertanto ci si è rivolti frequentemente a personale d'origine estera. In seguito, gli effettivi degli infermieri sono

aumentati considerevolmente; le competenze sono nettamente migliorate e nuove professioni sono nate.

Negli anni '60, il numero annuo di infermieri diplomati aumenta rapidamente: all'incirca 1.000 nel 1960, sono 3.000 a partire dal 1978. I diplomi di assistente infermiere, introdotti nel 1962, rappresentano oggi un terzo circa del totale. Inoltre, tornano in attività le infermiere i cui figli sono ormai cresciuti.

Contrariamente al caso dei medici, è impossibile fare delle previsioni attendibili circa l'e-

Personale infermieristico: diplomi rilasciati annualmente per categoria di formazione, Svizzera 1960 - 1984



Fonte: P. Gilliland, op. cit., p. 67

IMP = Igiene materna e pediatria

Anni	1950	1960	1970	1975	1980	1984
Studenti CH (in migliaia)	2,1	1,9	5,2	6,2	6,4	6,7
Diplomati per anno	270	240	500	820	880	800
Assistenti CH (in migliaia)	1,8	2,1	2,9	4,4	7,1	7,2
Libero professionisti (in migliaia)	4,0	4,9	5,5	6,2	7,5	8,8
Medici in attività (in migliaia)	5,9	7,2	8,9	11,5	15,6	16,7

CH: d'origine svizzera (esclusi gli stranieri)

Medici in attività: assistenti svizzeri, libero professionisti (esclusi coloro che non esercitano più o solo parzialmente), medici funzionari e impiegati.

Fonte: P. Gilliland, op. cit., p. 54

voluzione futura del personale infermieristico. L'andamento in queste professioni sarà legato a fattori diversi quali: le scelte economiche nei confronti del settore sanitario, la moltiplicazione o meno delle possibilità di impiego a tempo parziale, la riduzione del tempo di lavoro e, infine, l'evoluzione tecnica (secondo il parere di alcuni esperti, le opportunità di razionalizzazione nel campo delle cure mediche saranno presto esaurite).

Senza ombra di dubbio, l'invecchiamento della popolazione, e più ancora la forte crescita numerica degli ottuagenari, dovrebbero rafforzare la domanda di personale infermieristico.

Proposte per delle soluzioni

Programmi urgenti e iniziative popolari

Da alcuni anni, l'andamento dei costi nel settore sanitario costituisce una preoccupazione maggiore, specialmente sul piano politico. Sono stati elaborati parecchi progetti per un adeguamento delle disposizioni legali. Fra questi, spicca il programma urgente relativo alle casse malati, preparato dal Consiglio federale e attualmente all'esame delle Camere. I punti principali del programma riguardano l'assicurazione per le cure medico-farmaceutiche e l'assicurazione d'indennità giornaliera, che il Consiglio federale intendeva rendere obbligatoria. Allo stato attuale del progetto (dicembre 1986), sembra che quest'ultima idea sarà abbandonata.

D'altro canto il Consiglio federale, attendendo la revisione definitiva della legge, ha fatto uso delle sue competenze per adottare una serie di misure provvisorie destinate a contenere la progressione dei costi, stimolando il processo di responsabilizzazione nei casi «bagatella».

L'iniziativa del Concordato delle casse malati (CCMS)

Depositata nell'aprile 1985, dopo aver raccolto, in soli dieci mesi, un numero record di firme (quasi 400.000), l'iniziativa del CCMS non prevede alcun cambiamento nell'attuale sistema delle casse malati (principio del mutualismo): essa esige unicamente che siano precisate le disposizioni costituzionali esistenti (articolo 34 bis della Costituzione federale), in merito ai seguenti punti:

- Per contenere l'esplosione dei costi un ruolo di polizia viene delegato alla Confederazione, la quale ha la facoltà di promulgare delle norme relative alle tariffe e ai conteggi.
- Onde tutelare al meglio gli interessi dei loro membri, le casse malati ritengono sia necessario proteggere, per via costituzionale, il loro campo d'azione contro la concorrenza delle compagnie private d'assicurazione.

- L'iniziativa esige che Confederazione e cantoni «versino» dei sussidi alle casse malati al fine di compensare gli oneri derivanti dagli obblighi sociali o socio-politici che gli enti pubblici impongono alle casse (per esempio allo scopo di salvaguardare le solidarietà fra i sessi e le generazioni).

- Gli iniziattivisti chiedono che i cantoni riducano, versando appropriati sussidi, i premi di assicurazione malattia e la partecipazione alle spese per gli assicurati più modesti.

- Nel caso di approvazione popolare dell'iniziativa, il CCMS pretende l'immediato ritorno delle sovvenzioni federali alle casse malati al livello del 1974.

- Gli oppositori all'iniziativa delle casse malati le rimproverano in modo particolare l'esclusione completa delle compagnie private dal settore dell'assicurazione malattia, ciò che cancellerà definitivamente gli effetti positivi della concorrenza.

Essi ritengono inoltre che il sistema di sovvenzionamento preconizzato dall'iniziativa non eliminerebbe affatto le cause fondamentali del rincaro e condurrebbe anzi ad una nuova e più spettacolare esplosione dei costi.

L'iniziativa del Partito socialista svizzero (PSS) e dell'Unione sindacale svizzera (USS)

Depositata nel marzo 1986, l'iniziativa comune del PSS e dell'USS non ha avuto lo stesso successo popolare dell'iniziativa del CCMS: sono occorsi 18 mesi per raccogliere le 100.000 firme richieste. L'iniziativa riprende le idee fondamentali di un primo progetto, respinto in votazione federale nel 1974, e in particolare prevede:

- L'introduzione dell'obbligo d'assicurazione per cure medico-farmaceutiche, esteso a tutta la popolazione, nel caso di malattia e, sussidiariamente, d'infortunio. Quest'assicurazione sarebbe finanziata per mezzo di quote individuali calcolate non più in funzione del rischio (situazione attuale), ma secondo le capacità economiche degli assicurati. Inoltre un quarto delle spese sarebbe necessariamente coperto con sovvenzioni federali e cantonali.

- Per tutti i lavoratori, un'assicurazione obbligatoria d'indennità giornaliera in caso di malattia, finanziata tramite quote calcolate in percentuale sui salari e pagate, per metà, da dipendenti e datori di lavoro.

- L'iniziativa è completata da una serie di disposizioni relative alla libertà terapeutica (libera scelta del medico) e all'impiego razionale delle risorse economiche dell'assicurazione.

Le proposte del professor Pierre Gilliland, dell'Università di Losanna

Non potremo evitare una riforma delle strutture sanitarie.

Tutto porta a credere che le spese sanitarie, le quali costituiscono pure gli investimenti utili per il mercato del lavoro e per la qualità della vita, continueranno a crescere nel futuro.

Lo scopo, d'altra parte, non può essere di ridurre, o mantenere al livello attuale, la parte del prodotto nazionale attribuita alla «salute», ma di impiegare al meglio le somme disponibili.

A questo fine, occorre controllare, invece di subire, l'evoluzione dei costi e si devono adottare delle disposizioni che trascendono il quadro medico-ospedaliero.

Per quanto riguarda l'offerta di cure occorre:

- Potenziare i servizi di trattamento e di sostegno a domicilio. L'umanizzazione delle cure giustifica una misura che costituisce inoltre un'alternativa al collocamento e un complemento alla rete di istituzioni. Si realizzerebbe anche un grosso risparmio.

- Ridurre di un quinto, o addirittura di un quarto, il numero di posti letto negli ospedali, in una ventina d'anni.

- Ristrutturare gli stabilimenti esistenti, completamente o parzialmente, in modo che rispondano ai crescenti bisogni geriatrici.

Sul piano della prevenzione è auspicabile:

- Applicare il principio: «aiuto a coloro che aiutano».

- Pianificare i centri urbani e proteggere l'ambiente, allo scopo di riappropriarsi degli spazi e per creare una vita comunitaria migliore.

- Sviluppare le solidarietà di vicinato.

Nel campo del finanziamento bisogna:

- Migliorare le prestazioni complementari dell'AVS e dell'AI, metodo selettivo e poco costoso per accrescere l'autonomia materiale dei meno abbienti e per limitare il collocamento in istituti medico-sociali.

- Generalizzare il sistema del budget globale (praticato con successo nel canton Vaud per l'ospedalizzazione e il ricovero), e applicarlo ugualmente agli onorari medici. Questo sistema, che richiede una trasparenza statistica, consiste nel definire globalmente e poi nel ripartire, in anticipo e dopo concertazione, i mezzi che saranno effettivamente stanziati.

- Risanare l'assicurazione malattia, calcolando le quote su una base familiare e introducendo una franchigia familiare proporzionale al reddito.

Conviene rivolgere un'attenzione particolare alle cure e al mantenimento a domicilio. Questo genere di prestazione beneficia attualmente di una parte minima del finanziamento del sistema sanitario (1%). Inoltre, le cure e l'aiuto domiciliari non sono rimborsati, o lo sono solo parzialmente. Perciò i pazienti hanno tutto da guadagnare, sul piano finanziario, ad essere ospedalizzati o collocati, anche se il mantenimento a domicilio è nettamente più economico per la collettività. Infatti, i costi di mantenimento a domicilio d'un malato non eccedono il 60% o 70% dei costi d'esercizio determinati dall'occupazione di un letto in un istituto medico-sociale (anziani ad esempio). Senza contare gli oneri finanziari e l'ammortamento delle infrastrutture, che da soli ammontano circa a 1.000 franchi mensili.

I costi delle cure a domicilio sono addirittura due volte minori nel caso di malati per i quali si riesce ad evitare, abbreviare o differire l'ospedalizzazione in uno stabilimento per malattie gravi. Si tratta qui di uno degli effetti più perversi dell'attuale sistema sanitario, tanto più pregiudizievole, sul piano umano, in quanto i più grandi utilizzatori di queste prestazioni sono degli anziani. Perciò molti anziani, fra i meno abbienti, devono accettare il collocamento quando si ammalano.

Questa prospettiva, che comporta una privazione della libertà, provoca spesso l'angoscia.

Una politica che intende privilegiare il mantenimento a domicilio richiede inoltre il potenziamento d'una politica sociale dell'alloggio a favore delle persone anziane e inferme. Implica pure delle misure indirette quali l'aumento delle prestazioni complementari AVS-AI e la creazione di una struttura del personale di cura e d'animazione, decentralizzata a livello di quartiere.

Quest'orientamento appare indispensabile nella misura in cui l'invecchiamento della popolazione farebbe raddoppiare, nel caso contrario, in capo a quattro o cinque decenni, il fabbisogno di posti letto destinati al collocamento degli anziani.

Le proposte dei professori F. Gutzwiller dell'Università di Losanna, e H. Sommer, dell'Università di Basilea

Una maggiore trasparenza e una riforma totale delle strutture di finanziamento ispirano delle proposte che si basano sui seguenti postulati:

- Colmare le lacune nell'informazione statistica. Poiché i dati quantitativi sono largamente incompleti, converrebbe effettuare regolarmente dei sondaggi presso i dispensatori e i consumatori di beni e servizi medici e presso la casse malati.
- Contenere i costi tramite il potenziamento della concorrenza, assicurando però allo stato i mezzi per realizzare un miglior controllo. In quest'ottica, con l'introduzione delle casse di salute del tipo HMO, i consumatori sarebbero in grado di meglio individuare, in funzione del rapporto costi-qualità, i fornitori di servizi medici. La concorrenza fra casse malati sarebbe intensificata grazie alla determinazione dei premi per categoria di rischio, alla garanzia di libero passaggio non soggetta a restrizioni e all'introduzione

di quote speciali per gli assicurati a reddito modesto.

- Limitare l'offerta, in special modo nel settore ospedaliero (riduzione del numero di posti letto per malattie acute, potenziamento delle funzioni di gestione nell'ospedale, promozione dei trattamenti domiciliari di lunga durata).
- Riformare gli studi, soprattutto per responsabilizzare maggiormente gli studenti in medicina sul problema dei costi.
- Intensificare la politica di prevenzione, di modo che la priorità non sia più data alla guarigione del malato, ma alla conservazione della salute.

Un nuovo sistema: le casse di salute (HMO)

Il sistema delle «casse di salute» («Health Maintenance Organization» o «HMO»), nato negli Stati Uniti, vi riscontra un grande successo: vi si contano infatti oltre 300 HMO che raggruppano 15 milioni di assicurati. Questo sistema è caratterizzato dal fatto che un gruppo di medici, sulla base di un compenso annuo fissato anticipatamente, assicura un'offerta completa d'assistenza medica (tanto in ambulatorio che negli ospedali) ad un gruppo definito di assicurati. Questi versano delle quote, in cambio delle quali hanno diritto a tutte le prestazioni mediche senza partecipazione alle spese; salvo casi urgenti, essi non possono però rivolgersi a medici non affiliati alla loro cassa. I premi (ed eventualmente le sovvenzioni) devono coprire tutte le prestazioni dei medici membri della cassa e inoltre le spese che questi provocano (ad esempio, indirizzando i loro pazienti verso degli specialisti esterni o in ospedale). Se, alla fine di un esercizio, si registrano dei «benefici», questi vanno distribuiti in parte ai medici del gruppo; i quali però devono accontentarsi di onorari ridotti nel caso di chiusura in passivo.

Con questo sistema, che rinuncia a retribuire ogni intervento terapeutico, i medici gua-



dagnano di più quando gli assicurati godono di buona salute e quindi non richiedono la loro opera.

Essi non hanno dunque interesse a moltiplicare i trattamenti e le analisi, ma neppure ad assistere male i loro pazienti.

In entrambi i casi ne subirebbero le conseguenze, sotto la forma di una decurtazione di reddito. I medici sono pure indotti a privilegiare la prevenzione.

Dal canto suo il paziente rinuncia parzialmente al principio della libera scelta del suo medico; logicamente, egli accetta questa restrizione solo nella convinzione di poter ottenere delle cure di qualità ad un costo minore. Secondo varie valutazioni, il nuovo sistema ridurrebbe i costi della salute nella proporzione del 30% o 40%.

Bibliografia indicativa

Studi pubblicati sotto l'egida del Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica

Collana *Les défis de la santé*, Edizioni «Réalités sociales»

Volume I: *Les coûts et l'assurance*, a cura di P. GILLIAND (1986)

Volume II: *Les professionnels*, a cura di P. GILLIAND (1986)

Volume III: *Pratiques et innovations*, a cura di J.-P. FRAGNIÈRE (1986)

Economie et efficacité du système suisse de santé, di J.-H. SOMMER et F. GUTZWILLER, Editions Hans Huber (1986)

GYGI et FREI *Das Schweizerische Gesundheitswesen*, Krebs Verlag, Berne (1984)

Altri studi pubblicati da P. GILLIAND nelle Edizioni «Réalités sociales»:

Soins à domicile (1982/1986)

Rentiers AVS, une autre image de la Suisse (1984)

Contributo in Droits sociaux en Suisse et en Europe (1985)

Eurocare, a European Healthcare Analysis, Editions «Health Econ.», Bâle (1985)

Società per lo sviluppo dell'economia svizzera (SSES), Ginevra:

Les causes de l'explosion des coûts de la santé (RFS N. 16/17 avril 1984)

La santé publique: pourquoi pas meilleur marché (RFS N. 42 octobre 1984)

Les causes de santé HMO (RFS N. 25/26 giugno 1985).

Le pubblicazioni del Gruppo di lavoro Ticino di Gioventù ed economia

A) *Supplementi di Scuola ticinese*, rispettivamente dei fascicoli n. 91, 97, 106, 117, 124, 133;

1. Jaroslav Trachsel, Il budget o bilancio domestico preventivo, 1981
2. Christian Marazzi, La moneta, 1982
3. Paul Lüscher, Come si formano i prezzi?, 1983
4. Giorgio Baranzini, L'energia in Svizzera, 1984
5. Orlando Nosetti, L'analisi costo-volume-profitto: fondamenti, applicazioni e limiti, 1985
6. Remigio Ratti, Il Ticino nelle relazioni tra centro e periferia, 1986

B) Altre pubblicazioni

1. Fiorenzo Valli, La gestione delle liquidità dell'azienda attraverso l'analisi della struttura patrimoniale e dei flussi finanziari, 1985.
2. Danilo Crivelli, Studio del mercato ticinese degli sci alpini, 1986
3. Giorgio Baranzini, La Svizzera e il processo di integrazione in Europa, 1987.