

Zeitschrift: Iride : rivista di economia, sanità e sociale
Herausgeber: Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI
Band: - (2024)
Heft: 17

Artikel: Scarsità e organizzazioni sanitarie : il buono, il brutto, il cattivo
Autor: Francetic, Igor
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1056168>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Igor Francetic

Igor Francetic è un economista applicato che si occupa di salute e cure sanitarie. In qualità di ricercatore, in SUPSI è a capo di un progetto quadriennale finanziato dal

Fondo Nazionale Svizzero per la Ricerca Scientifica nell'ambito del programma Ambizione. Igor è anche ricercatore affiliato in economia sanitaria presso l'Università di Manchester

(UK). I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente efficienza e ineguaglianze socioeconomiche nell'ambito di cure primarie, cure d'emergenza e servizi per la diagnosi precoce dei

tumori. I risultati della sua ricerca sono pubblicati regolarmente su riviste scientifiche di punta sia nel campo dell'economia, sia nel campo della medicina e della salute pubblica.

Scarsità e organizzazioni sanitarie: il buono, il brutto, il cattivo

Il tema della scarsità è al centro dello studio dell'economia. Una delle definizioni di scienza economica è infatti quella di "... scienza che studia il comportamento umano come relazione tra obiettivi e risorse scarse con impieghi alternativi"^[1]. Questo concetto permea anche i mercati della sanità, in cui le organizzazioni sanitarie si confrontano con la scarsità in diverse forme e accezioni che convivono e talvolta si contrastano.

La sanità: riflesso mediato della nostra salute

È interessante iniziare la riflessione da due elementi chiave che contraddistinguono i mercati sanitari rispetto a mercati in cui vengono scambiati altri servizi o beni.

In primo luogo, la domanda di cure sanitarie è tipicamente derivata da una insaziabile domanda di salute^[2]. La salute è per natura diversa da altri beni e servizi, essendo un diritto fondamentale^[3]. Tutti desideriamo essere in buona salute e (chi più e chi meno attivamente) ci impegniamo per rimanervi. Se siamo purtroppo vittime di malattia o infortunio, tendiamo a fare tutto il possibile per tornare in buona salute, pagando qualsiasi prezzo per rivolgerci ad un medico o ad un altro operatore sanitario per farci curare (per brevità, mi riferirò soltanto al medico). Fortunatamente, nella maggioranza dei paesi, i sistemi sanitari sono di principio organizzati in modo da evitare che i pazienti si trovino costretti a limitare le proprie cure sanitarie in ragione della propria disponibilità economica. Quanto detto non è sempre vero, ma i temi del finanziamento e dell'assicurazione malattia non sono oggetto del presente contributo.

In secondo luogo, un paziente (salvo rare eccezioni) non ha le competenze e le informazioni necessarie a identificare una diagnosi chiara del proprio problema di salute, nonché a definire un piano di cura efficace. Il medico offre entrambe queste competenze, fornendoci una diagnosi ed erogando (direttamente o demandando a ulteriori erogatori di servizi) le cure necessarie. Il medico funge così da consulente, mediando la nostra domanda di salute. Una simile relazione di "agenzia"^[4] esiste anche in altri mercati ma – proprio perché legata alla salute – in sanità è particolarmente delicata. Nel migliore dei casi, il medico trasforma il bisogno di ristabilire la salute in domanda di cure sanitarie. Nel peggiore, il medico può indurre una domanda di cure non necessarie, che non contribuiscono a ristabilire la salute del paziente ma accrescono il fatturato del prestatore di cure.

Il buono: scarsità per regolare eccessi di offerta e domanda indotta

In sistemi sanitari in cui l'erogazione di servizi è, in parte, demandata ad aziende private, l'ente pubblico svolge il ruolo di arbitro. Partendo dall'assunto che l'ente pubblico sia un'entità onisciente e unicamente orientata a massimizzare il benessere della popolazione, il suo obiettivo in sanità sarebbe quello di assicurare un'offerta di cure adeguata ai bisogni della propria popolazione. Se concordiamo sul postulato che "nulla ha più valore della salute", le caratteristiche introdotte nel paragrafo precedente – in assenza di regolamentazione e in paesi ricchi di risorse quali la Svizzera – porterebbero ad una smisurata crescita dell'offerta di servizi sanitari. Un esempio calzante per la Svizzera è la sovradotazione di macchinari per procedure diagnostiche di radio-

[1] Robbins, L. C. (1932). *An essay on the nature & significance of economic science*. MacMillan & Co.

La citazione in lingua originale è "... science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses".

[2] Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>

[3] United Nations General Assembly. (1948). *The Universal Declaration of Human Rights*. United Nations General Assembly

[4] McGuire, T. G. (2000). Physician Agency. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Cur.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 461–536). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80168-7](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80168-7)

logia per immagini ed il relativo sovrautilizzo che ne consegue^[5]. Questo è uno dei motivi per cui l'ente pubblico si occupa di pianificare l'offerta di cure, tentando di calibrarla ai bisogni della popolazione. Tale esercizio si traduce anche nell'induzione di scarsità nell'offerta di alcuni servizi sanitari – rispetto a quella che i mercati esprimerebbero in assenza di regolamentazione – al fine di controllarne la crescita ingiustificata. Esempi di questi interventi sono la pianificazione ospedaliera, la commissione attrezzature^[6] o la moratoria all'apertura di nuovi studi medici. Proseguendo con l'esempio sopra, se ogni ambulatorio in Ticino si munisse di molteplici apparecchi per la Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), i cui esami sono ben remunerati dal regime tariffale ambulatoriale, è facile intuire che questa procedura diagnostica sarebbe usata molto frequentemente anche se non giustificata clinicamente.

“Partendo dall'assunto che l'ente pubblico sia un'entità onnisciente e unicamente orientata a massimizzare il benessere della popolazione, il suo obiettivo in sanità sarebbe quello di assicurare un'offerta di cure adeguata ai bisogni della propria popolazione.”

La vigilanza dell'ente pubblico sui mercati sanitari, nel caso svizzero di competenza cantonale, tenta così di evitare lo spreco di risorse. Questo obiettivo è perseguito anche grazie all'induzione di una scarsità buona nell'offerta di servizi sanitari.

[5] Zabrodina, V., Dusheiko, M., & Moschetti, K. (2020). A moneymaking scan: Dual reimbursement systems and supplier-induced demand for diagnostic imaging. *Health Economics*, 29(12), 1566–1585. <https://doi.org/10.1002/hec.4152>

[6] Per maggiori informazioni si veda <https://www.w4.ti.ch/dss/dsp/ags/cosa-facciamo/commissione-attrezzature>

[7] Francetic, I., Meacock, R., & Sutton, M. (2024). Free-for-all: Does crowding impact outcomes because hospital emergency departments do not prioritise effectively?. *Journal of Health Economics*, 95, 102881. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102881>

Il brutto: code, liste e tempi d'attesa

Il paragrafo precedente ha dipinto una forma di scarsità “buona”, ma ci sono situazioni in cui questa imbruttisce. Per discutere simili casi, mi focalizzerò su sistemi sanitari pubblici, quali sono ad esempio il National Health Service (NHS) britannico o il Servizio sanitario nazionale italiano. In sede di premessa, è importante però chiarire due principali differenze tra i sistemi sanitari pubblici e il sistema sanitario svizzero.

Innanzitutto, oltre a contemplare un ampio ruolo per i prestatori di cure privati, il sistema sanitario svizzero è prevalentemente guidato dalla domanda. Siamo cioè noi pazienti, recandoci dal medico, a determinare la spesa sanitaria nel nostro Cantone. Inoltre, nel sistema svizzero, l'offerta autorizzata (studi medici, ospedali, fisioterapisti, ecc.) è libera – di principio – di erogare la quantità di servizi che ritiene opportuna, e verrà remunerata proporzionalmente a questo volume. Noi pazien-

ti, la nostra cassa malati, il Cantone, ed eventualmente la nostra assicurazione complementare si preoccuperanno di pagare le relative fatture.

D'altro canto, i sistemi sanitari pubblici sono guidati dall'offerta. Nel NHS britannico, per esempio, l'allocazione annuale di risorse pubbliche per erogare servizi sanitari in una determinata area geografica è definita sulla base dei bisogni (stimati) di quella popolazione. Il governo centrale stabilisce la quota di bilancio pubblico (finanziato dalle imposte) allocata alla sanità. In seguito, gli enti pubblici locali preposti hanno la responsabilità di commissionare un volume di servizi sanitari (cure primarie, ospedaliere, salute mentale, ecc.) idoneo alla propria popolazione, assicurandone qualità, equità ed economicità. Fin qui, la situazione appare a prima vista simile a quella della pianificazione ospedaliera nostrana. Una prima differenza rispetto al sistema svizzero risiede nel fatto che i servizi vengono prevalentemente erogati da organizzazioni pubbliche, mentre una seconda (più sostanziale) differenza è che le organizzazioni sanitarie operano con un vincolo di bilancio molto stringente. Per i pazienti le cure sono infatti gratuite alla fruizione in quanto finanziate a monte dalle imposte. L'organizzazione sanitaria che eroga servizi offerti nell'ambito del sistema sanitario pubblico (sia essa uno studio di medicina generale, uno studio di psicoterapia, un fisioterapista o un ospedale) viene di principio remunerata in base a quanto commissionato per il periodo di riferimento.

Questo forte vincolo di bilancio determina per le organizzazioni sanitarie attive in sistemi pubblici una brutta forma di scarsità. Impossibilitate a espandere a piacimento il volume dei servizi erogati e chiamate a rispettare il pareggio di bilancio, le organizzazioni sono giocoforza costrette a investire poco e a razionare le cure fornite ai propri pazienti. Questo razionamento porta i pazienti a doversi mettere in coda per un appuntamento dal medico, dal fisioterapista o per un intervento chirurgico. Benché la posizione in coda venga definita (e ridefinita) dall'urgenza del bisogno di cura dello specifico paziente, code, liste e tempi d'attesa possono essere anche molto lunghi^[7]. Questa è la manifestazione brutta della scarsità indotta dalla pianificazione delle cure a livello di sistema. Non avere accesso immediato a un intervento chirurgico o a una visita medica – anche nel caso in cui questo non causi danni alla salute – è un'esperienza frustrante e che provoca una sensazione di ingiustizia nel paziente. La situazione diventa ancora più negativa se le risorse allocate alla sanità (ad esempio per un periodo

prolungato di austerità) si scostano viepiù dai bisogni di cure della popolazione, amplificando questa manifestazione della scarsità.

Il cattivo: penuria di risorse umane in campo sanitario

Come il protagonista (dal nome alquanto calzante) di uno *spaghetti western*, Scarsità ha anche un suo lato cattivo. Per introdurre il problema discusso qui occorre chiarire che erogare cure sanitarie è un'attività in cui il lavoro umano è decisamente preponderante; in inglese si direbbe che è *labour intensive*. La tecnologia – sia essa nella forma di macchinari o di medicinali – fornisce un supporto fondamentale. Essa sarebbe tuttavia inanimata senza le mani, la testa e il cuore di medici, infermieri, chirurghi e operatori sanitari di ogni tipo. In considerazione di questo, per le singole organizzazioni sanitarie (e più in generale per i sistemi sanitari), la scarsità di forza lavoro sanitaria qualificata può precludere l'erogazione di cure in quantità e di qualità adeguata. Il lato cattivo della scarsità, appunto.

La scarsità di personale sanitario è un problema che affligge le organizzazioni sanitarie in tutto il mondo, anche se con gradi di "cattiveria" diversi. La manifestazione più aggressiva si osserva nel Sud del mondo, in paesi a basso reddito o devastati da guerre. Questi paesi difettano delle risorse fiscali sia per formare il personale, sia per remunerarlo adeguatamente. Il risultato è che dispensari, centri medici e ospedali – soprattutto nelle zone rurali dei paesi più poveri al mondo – sono presidiati da pochissime persone poco formate, equipaggiate di pochi malridotti macchinari e spesso a corto di medicinali essenziali. In queste situazioni l'erogazione di cure è possibile a stento e solo grazie all'abnegazione di operatori sanitari locali, oppure in virtù di iniziative di cooperazione e sviluppo promosse da paesi più ricchi.

Manifestazioni meno aggressive della cattiva scarsità di risorse umane in sanità si osservano anche in Svizzera e nei paesi a noi più vicini, dove il problema è sentito principalmente nell'ambito della medicina generale o di famiglia. In Svizzera e nei paesi limitrofi, così come nel Regno Unito, per i pazienti il medico di famiglia rappresenta il primo punto di contatto con il sistema sanitario. Nonostante i ruoli all'interno dei sistemi sanitari e i modelli organizzativi siano molto eterogenei tra paesi, questa specialità sembra vivere un inesorabile declino. Tra gli elementi comuni che spiegano

la crescente scarsità di medici di famiglia sembra esserci la complessità dell'attività, nonché il rischio a cui ci si espone e l'impegno richiesto per gestire in prima persona uno studio medico di medicina generale. Nel 2024, tali condizioni appaiono sempre meno attrattive se comparate alla comodità di una vita da dipendente, magari da specialista, soprattutto se generosamente remunerato. Ne consegue una crescente difficoltà a erogare cure primarie che sfilaccia quella relazione medico-paziente tanto importante per garantire la continuità nelle cure offerte, e umanamente confortante per il paziente. In Svizzera, quando gli studi di medicina generale chiudono, i pazienti sembrano spostarsi su cure ambulatoriali *shop-and-go*, ossia da tanti specialisti poco coordinati tra loro^[8]. Pur apparendo moderna e comoda, questa alternativa potrebbe portare altri problemi nel medio-lungo termine.

Epilogo: chi ha la meglio?

La scarsità cattiva potrebbe sembrare la più facile da vincere ma, come spesso accade, le cose sono più complicate. Per aumentare l'attrattività della medicina di famiglia non basta pagare di più i medici di famiglia. Analogamente, per portare i paesi a basso reddito in condizioni di poter investire adeguatamente in risorse umane e infrastrutture non bastano (e non sono bastati) visioni strategiche e risorse economiche nella forma di aiuti allo sviluppo. Potremmo dire che la scarsità buona – necessaria per tenere a bada i mercati sanitari – è quella con più possibilità di spuntarla. Il problema è che quest'ultima è intrinsecamente legata al suo lato oscuro, la scarsità brutta del razionamento. E così, come nel film di Sergio Leone, il buono se ne va con una parte del bottino, lasciandone una fetta al brutto, lasciato libero di imprecare.

[8] Bischof, T., & Kaiser, B. (2021). Who cares when you close down? The effects of primary care practice closures on patients. *Health Economics*, 30(9), 2004–2025. <https://doi.org/10.1002/hec.4287>

