

Valeurs

Salute

Rivista di informazioni dell'Ufficio federale di statistica – Numero 1/2016





La salute dal punto di vista statistico

Georges-Simon Ulrich

Direttore dell'Ufficio federale di statistica
Neuchâtel/Svizzera



Quando pensiamo alla salute, spesso, per associazione, ci vengono in mente le malattie. Eppure la salute non è semplicemente l'assenza di malattia bensì, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, una condizione di benessere fisico, psichico e sociale nel complesso.

Per molto tempo la statistica pubblica ha rilevato esclusivamente le malattie, in particolare quelle dall'esito fatale. È il caso della statistica delle cause di morte, i cui dati risalgono sino al 1876. L'analisi dei dati nell'arco dei decenni è come un viaggio nella storia delle condizioni di vita delle società del passato. Invece, delle principali cause di morte degli ultimi anni, scrive Christoph Junker a pagina 14. Oggigiorno l'interesse per le informazioni statistiche sulla salute è di natura diversa: ci si chiede quali siano i disturbi che rendono necessario il ricovero ospedaliero o, più precisamente, quali siano le diagnosi e i trattamenti più diffusi. Questi ultimi sono identificati grazie alle classificazioni mediche. A che scopo sono utilizzati tali dati ce lo spiega Katharina Fehst a pagina 17.

Dagli anni '90 si è molto accresciuto l'interesse per le questioni di prevenzione e per i mezzi di preservazione della salute. Con l'indagine sulla salute, nel 1992 l'Ufficio federale di statistica (UST) ha per la prima volta interrogato le persone sane in merito al proprio benessere. Marco Storni spiega a pagina 8 come questa rilevazione restituisca la situazione della salute nel suo complesso. Oggi è viepiù stato riconosciuto che le condizioni di vita e i comportamenti influiscano direttamente sulla salute della popolazione. Ralph Krieger e Jean-François Marquis presentano a pagina 21 due rilevazioni che mostrano le interazioni tra lavoro e salute. L'articolo di Renaud Lieberherr a pagina 11 presenta una panoramica degli attuali comportamenti della popolazione nei confronti della salute, mentre a pagina 19 Martine Kaeser illustra le differenze di approccio alla salute delle varie classi sociali. Anche l'ambiente, per vari aspetti, influisce sulla salute: sapere come sta è di aiuto per sapere come stiamo noi. A pagina 25 Laurent Zecha descrive come è percepito lo stato dell'ambiente dalla popolazione.

L'essere umano si muove in un continuum tra salute e malattia. La nostra società investe molto per consentire ai suoi membri di rimanere in buona salute o di ritrovarla. Una delle sfide del nostro tempo è quella di mantenere il sistema sanitario svizzero a un livello tale da rimanere finanziariamente sostenibile. Solo il monitoraggio delle spese permette di determinarne i costi diretti. Michael Lindner e Ulrich Wagner spiegano a pagina 28 la finezza della statistica di sintesi *Costi e finanziamento del sistema sanitario*.

Nel 2013 il Consiglio federale ha approvato *Sanità2020*, una strategia ad ampio raggio per sviluppare il sistema sanitario. Sabina Helfer presenta a pagina 4 gli obiettivi di questa strategia complessiva e le misure previste per attuarla.

Infine, Monika Diebold descrive come l'osservatorio svizzero della salute aiuti la Confederazione e i Cantoni a indagare questioni importanti che riguardano la salute (pg. 31).

La salute è essenziale sia per l'individuo che per la società. Comporta varie dimensioni di cui ci si può creare una visione d'insieme attraverso dati affidabili ottenuti osservandola dal punto di vista statistico.

Vi auguro una piacevole lettura.



La qualità della nostra assistenza sanitaria non è né casuale né scontata

La Svizzera dispone di un sistema sanitario efficiente dotato di un'elevata qualità delle cure mediche. Tuttavia, ciò che oggi è dato per scontato, potrebbe essere a rischio se il sistema sanitario non si prepara in tempo per le grandi sfide del futuro. Con le priorità di politica sanitaria *Sanità2020* il Consiglio federale intende migliorare la situazione in tutti gli ambiti in modo tale che anche in futuro le persone in Svizzera possano beneficiare di cure di elevata qualità ovunque si trovino. Sabina Helfer

La popolazione svizzera è soddisfatta del proprio sistema sanitario. Oggi è considerato scontato avere un accesso semplice e garantito alle prestazioni mediche e un'ampia scelta di assicuratori e fornitori di servizi sanitari. I servizi erogati di elevata qualità consentono a tutti noi di godere di un'elevata qualità di vita e della maggiore speranza di vita a livello mondiale. Questo standard elevato, tuttavia, ha un prezzo: nel 2012 l'11,4% del prodotto interno lordo (PIL) svizzero è confluito nelle cure mediche, mentre nei Paesi dell'OCSE la media nello stesso anno era del 9,3%. Una delle grosse sfide che ci attende è quella di mantenere il sistema sanitario svizzero a un livello tale da rimanere finanziariamente sostenibile per tutti, e non solo per chi ha introiti o patrimoni elevati.

Affrontare oggi le sfide di domani

I costi crescenti non sono l'unica sfida che dobbiamo affrontare. Il Consiglio federale ha identificato quattro grandi categorie di problemi:

- *In primis*, sulla scia della crescita demografica, aumenteranno le *malattie croniche*. Grazie ai progressi tecnici della medicina viviamo sempre più a lungo. Contemporaneamente, sempre più persone soffriranno di malattie croniche in Svizzera.
- *Secondariamente*, le cure sanitarie dovranno essere adattate di conseguenza, in particolare per quanto riguarda la loro entità e la *strutturazione dell'offerta*. Le prestazioni dovranno essere orientate maggiormente alla prevenzione e all'assistenza di lunga durata per le malattie croniche.
- *In terzo luogo*, come già accennato, occorre garantire la *sostenibilità finanziaria* di un settore della sanità in piena espansione. I progressi della medicina, la crescente domanda di

prestazioni mediche e la crescita demografica comportano l'aumento dei costi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Ciò non fa che aumentare la pressione sul sistema di riduzione dei premi. Nel 2012 circa il 29% degli assicurati ha beneficiato di riduzione sui premi dell'assicurazione malattia obbligatoria.

- *Infine* occorre migliorare la *direzione strategica carente* e correggere la *manca di trasparenza*. Il sistema sanitario è molto complesso e le responsabilità ripartite tra vari attori: pazienti, istituti di formazione, fornitori di prestazioni, organizzazioni non profit, Comuni, Cantoni e Confederazione.

Sviluppo generale del sistema sanitario

Con le priorità di politica sanitaria *Sanità2020*, nel gennaio 2013 il Consiglio federale ha dato il via a una strategia completa e poggiate su un vasto consenso, per sviluppare ulteriormente il sistema sanitario nel suo insieme. Da allora si stanno attuando in modo coordinato 36 provvedimenti in tutti i settori, con l'obiettivo di migliorare la qualità della copertura delle cure mediche, garantire la qualità di vita, rafforzare le pari opportunità e aumentare la trasparenza. Al centro dei provvedimenti vi è l'essere umano e il suo benessere. Il sistema sanitario deve essere sviluppato attorno ad esso, tenendo conto delle sue necessità.

Intenso dialogo con tutti gli attori importanti

Per il 2014 il Consiglio federale ha dato la precedenza a dodici provvedimenti tra i 36 da realizzare gradualmente e in modo armonizzato entro il 2020. Sono stati elaborati e messi per iscritto a seguito di un intenso dialogo con gli interlocutori interessati. Singoli provvedimenti, come il piano direttore per la medicina di famiglia e il settore

Obiettivi



della medicina di base sono stati trattati all'interno di gruppi specializzati. Laddove necessario, sono state organizzate tavole rotonde per chiarire i punti in sospeso. È stato fatto, ad esempio, per quanto riguarda il tema del prezzo dei medicinali, della gestione strategica del settore ambulatoriale e della qualità delle cure mediche. In stretta collaborazione con tutti gli attori interessati, sono stati elaborati, tra l'altro, i seguenti progetti:

– **Migliorare la qualità delle prestazioni mediche**

Il Consiglio federale intende aumentare ulteriormente la sicurezza e la qualità del sistema sanitario. In concreto si dovrà misurare meglio la qualità delle prestazioni mediche e introdurre in maniera vincolante standard riconosciuti per la sicurezza dei pazienti. A tale scopo devono essere avviati programmi nazionali di garanzia della qualità e sviluppati indicatori di qualità. Vanno inoltre esaminate sistematicamente l'efficacia e l'idoneità delle prestazioni mediche nonché verificate le tecnologie in materia di sanità (*Health Technology Assessment, HTA*). Il Consiglio federale intende coordinare le attività già in atto nel settore della garanzia della qualità e svilupparle ulteriormente istituendo

una rete nonché sostenere Confederazione, Cantoni e fornitori di prestazioni con delle basi scientifiche e lavori di progetto concreti.

Dopo la procedura di consultazione per approvare il disegno di legge di una rete su scala nazionale, si è continuato a discutere con i vari attori in un clima costruttivo, ottenendo all'inizio di dicembre 2015 una proposta da sottoporre al Parlamento.

– **Legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali**

Una migliore qualità dei dati aiuta a comprendere meglio le malattie tumorali. Un sistema di registrazione dei tumori uniforme a livello nazionale può contribuire ad applicare in maniera più mirata la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie tumorali. Il Consiglio federale ha trasmesso al Parlamento il disegno di legge e il relativo messaggio.

– **Misure per evitare l'offerta eccedentaria e insufficiente di prestazioni ambulatoriali (revisione parziale della LAMal)**

I Cantoni, attraverso la prevista modifica della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), devono avere la possibilità di strutturare sul lungo

termine l'offerta di prestazioni ambulatoriali per garantire un'assistenza sanitaria di elevata qualità. Il Consiglio federale propone una soluzione che permette ai Cantoni, dopo aver consultato gli ambienti interessati, di limitare le autorizzazioni dei fornitori di prestazioni in caso di offerta eccedentaria e d'intervenire con misure di sostegno nel caso di un'offerta insufficiente.

– **Legge federale sulla protezione dalle radiazioni non ionizzanti e degli stimoli sonori**

Le fonti di radiazioni non ionizzanti includono i puntatori laser, i laser medicali e i solarium. Il Consiglio federale intende proteggere maggiormente la popolazione dai pericoli per la salute derivanti dalle radiazioni non ionizzanti (RNI) e dagli stimoli sonori mediante una nuova legge.

– **Legge sui prodotti del tabacco**

Il Consiglio federale intende rafforzare le misure di protezione dei giovani dal consumo di tabacco. È questo l'obiettivo principale del disegno di legge sui prodotti del tabacco, in consultazione l'anno 2014.

– **Legge federale sulle professioni sanitarie: una nuova base legale nell'interesse della sanità pubblica**

La qualità della formazione del personale sanitario offerta dalle scuole universitarie professionali va promossa. Uno degli strumenti previsti allo scopo dal Consiglio federale è la nuova legge federale sulle professioni sanitarie. L'avamprogetto è stato accolto positivamente dai partecipanti alla procedura di consultazione.

– **Piano d'azione per il sostegno e lo sgravio delle persone che assistono i propri congiunti**

La cura e l'assistenza fornita ai malati dai parenti assumeranno in futuro un ruolo sempre più importante. Questa tendenza si spiega in particolare con la constatazione che il sistema sanitario non dispone di personale e di risorse economiche sufficienti a fornire cure professionali complete. Pertanto il Consiglio federale propone diverse misure per sostenere chi assiste i propri familiari ed esamina le possibilità per permettere di conciliare meglio le cure e l'assistenza ai parenti con l'attività professionale.

– **Rapporto sulla salute mentale**

La prevenzione, la promozione della salute e il riconoscimento precoce di malattie psichiche vanno migliorati tramite misure mirate. Nel 2014, da una collaborazione tra l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), la Conferenza svizzera dei direttori e delle direttrici cantonali della sanità e Promozione Salute Svizzera, è scaturito il *Dialogo – Progetto salute mentale*, che l'estate scorsa è stato sottoposto al Consiglio federale quale base per valutazioni e decisioni future.

Nel corso dell'anno 2015 sono stati raggiunti progressi decisivi negli ambiti *Miglioramento della qualità, Formazione ottimale del personale sanitario e Lotta contro le malattie non trasmissibili*.

Il coordinamento delle cure al centro della seconda conferenza nazionale

Il 26 gennaio 2015, su invito del consigliere federale Alain Berset e del presidente della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità Philippe Perrenoud, si sono riuniti a Berna per la *seconda conferenza nazionale Sanità2020* oltre 400 attori del sistema sanitario e della politica della salute. È stata dibattuta in modo trasversale la questione all'ordine del giorno di come coordinare ancora meglio le prestazioni mediche nell'interesse dei pazienti. Nel suo discorso conclusivo, il consigliere federale Alain Berset ha sottolineato come la molteplicità dei ruoli all'interno del sistema sanitario sia un arricchimento, purché ben organizzata e coordinata. Ha promesso che continuerà ad integrare anche in futuro tutti gli interessati nel processo di elaborazione di soluzioni. Per poterle applicare con esito positivo tutti gli attori devono essere disposti al compromesso.

La terza conferenza nazionale *Sanità2020* si terrà a Berna il prossimo 1° febbraio 2016 e sarà incentrata sul tema delle prestazioni non idonee, ossia delle prestazioni di cure mediche e infermieristiche inadeguate.

Sabina Helfer è responsabile del dossier *Sanità2020* all'interno della divisione campagne e comunicazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Salute: le principali cifre

Salute della popolazione	2012
Quota di popolazione che ritiene che la propria salute sia da buona a molto buona (al di sopra 15 anni, in %)	82,8
Quota di popolazione che soffre di un problema di salute di lunga durata (al di sopra 15 anni, in %)	31,9
Fattori determinanti della salute	2012
Quota di persone che non pratica attività fisica (in % della popolazione al di sopra dei 15 anni)	10,7
Uomini	8,7
Donne	12,7
Quota di persone che consuma alcol quotidianamente (in % della popolazione al di sopra dei 15 anni)	13,0
Uomini	17,4
Donne	8,8
Quota di persone che fumano (in % della popolazione al di sopra dei 15 anni)	28,2
Uomini	32,4
Donne	24,2
Speranza di vita	
Alla nascita (anni)	2014
Uomini	81,0
Donne	85,2
In buona salute all'età di 65 anni (anni)	2012
Uomini	12,5
Donne	12,9
Mortalità	2013
Mortalità infantile (in ‰) ¹	3,9
Decessi di cui	64 961
Malattie del sistema circolatorio	21 512
Tumori nel complesso	16 675
Incidenti nel complesso	2 597
Suicidio	1 070
Servizi sanitari e personale sanitario	2014
Letti d'ospedale/1000 abitanti ⁴	4,6
Posti disponibili in case per anziani e stabilimenti medico-sociali/1000 abitanti ⁴	11,6
Numero di medici nel settore ambulatoriale/100'000 abitanti ⁴	216
Numero di dentisti/100'000 abitanti ⁴	51
Prestazioni e ricorso alle prestazioni	
Visite mediche nel 2012 ² (quota di popolazione al di sopra dei 15 anni, in %)	78,4
Visite dal dentista nel 2012 ³ (quota di popolazione al di sopra dei 15 anni, in %)	66,0
Tasso di ospedalizzazioni (pazienti) per 1'000 abitanti negli ospedali di cure acute nel 2014 ⁴	116,6
Persone di 80 anni e più ospitate in stabilimenti medico-sociali, in % della popolazione di 80 anni e più (31.12.2014) ⁴	16,9
Costi e finanziamento	2013
Costi della salute per abitante e mese in franchi	713
Quota dei costi in % del PIL	10,9

¹ Mortalità infantile: Decessi nel primo anno di vita su 1000 nati vivi

² Almeno una consultazione negli ultimi 12 mesi, specialisti e ginecologi inclusi

³ Almeno una consultazione negli ultimi 12 mesi

⁴ Popolazione residente permanente alla fine dell'anno

Fonte: Ufficio federale di statistica

© UST, Neuchâtel 2015

Rilevare la salute nel complesso

In passato si considerava la salute come l'assenza di malattie, anche se questo concetto dice poco sulla salute in quanto tale. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la salute è lo stato di benessere fisico, psichico e sociale nel complesso. Vista così, la salute di una persona non dipende solo dalla sua predisposizione o dal caso, ma anche dall'ambiente, dal sistema sanitario nonché dal comportamento e dallo stile di vita. Marco Storni

Nell'arco di tutta la sua vita l'essere umano si muove in un continuum tra salute e malattia. Pertanto, oltre a chiedersi che cosa lo faccia ammalare, è opportuno interrogarsi su che cosa lo mantenga sano. Secondo la definizione dell'OMS, la salute è uno stato di benessere soggettivo. L'indagine sulla salute in Svizzera considera questo modo di concepire la salute olistica e soggettiva in quanto chiede alle persone, tra l'altro, come valutino il proprio stato di salute. Inoltre tiene conto del fatto che sulla salute influiscono l'ambiente naturale, sociale e culturale delle persone, il loro stile di vita e modo di comportarsi e le prestazioni del sistema sanitario.

È importante di essere al corrente di questi fattori per pianificare strategie e misure di politica sanitaria. A tal fine la Svizzera, come quasi tutti gli altri Paesi, raccoglie regolarmente dati per individuare i problemi di salute e i loro sviluppi e per valutare l'efficacia di progetti di prevenzione e programmi di promozione della salute.

Politica sanitaria/sistema sanitario



© UST, Neuchâtel 2015

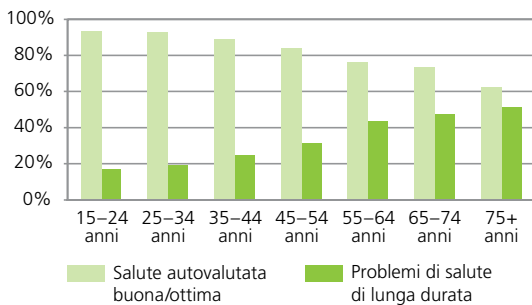
Rilevazione realizzata nel quadro del censimento della popolazione

L'indagine sulla salute in Svizzera è l'unica rilevazione statistica tesa a fornire una panoramica completa della salute che comprenda tutta la popolazione, indipendentemente dal fatto che sia sana o malata. E questo è un fattore importante, poiché per scoprire chi va dal medico e chi no, chi soffre di mal di schiena e chi no, occorre interrogare la totalità della popolazione. Per tale ragione viene estratto un campione rappresentativo della popolazione residente in economie domestiche dai 15 anni in su. Le domande poste vertono sullo stato di salute, le malattie, le risorse personali e sociali, il ricorso ai servizi sanitari, la situazione in materia di assicurazione malattie, le condizioni di vita e di lavoro nonché sullo stile di vita e sui comportamenti a rischio. L'indagine sulla salute in Svizzera è una rilevazione tematica condotta ogni cinque anni nel quadro del nuovo censimento della popolazione. Molti Cantoni per avere un rapporto cantonale sulla salute finanziano interviste supplementari nel proprio territorio cantonale. Per svolgere l'ultima indagine sulla salute l'Ufficio federale di statistica ha condotto in totale 21'597 interviste telefoniche seguite dalla spedizione dei questionari scritti.

Dagli occhiali agli apparecchi odontoiatrici

I risultati della rilevazione sono pubblicati in opuscoli tematici, ad esempio sul sovrappeso o sulle condizioni di lavoro, e in serie complete di tabelle. Le oltre 160 tabelle standard forniscono una panoramica dello stato di salute o del comportamento in materia di salute. Da tali tabelle si evince ad esempio che il 64% della popolazione porta gli occhiali o le lenti a contatto e che il 28% nella propria vita ha portato l'apparecchio per i denti. I risultati della rilevazione confluiscono anche in vari set di indicatori, che, organizzati per temi, informano in merito agli attuali sviluppi,

Salute autovalutata e problemi di salute di lunga durata, 2012



Fonte: UST - ISS

© UST, Neuchâtel 2015

come il sistema di indicatori sulla rilevazione del benessere o la misurazione dello sviluppo sostenibile in Svizzera. Inoltre il set di dati viene messo a disposizione a fini di ricerca. Così, i dati della presente indagine sulla salute in Svizzera hanno consentito di realizzare circa 60 progetti di ricerca che si occupano di questioni legate all'educazione alla salute o al sistema sanitario. Anche i Cantoni utilizzano i dati come base per pianificare progetti di educazione alla salute nonché per controllarne l'efficacia.

Popolazione svizzera sana

Nella rilevazione del 2012 la gran parte della popolazione considerava il proprio stato generale di salute come buono o molto buono. Nel contempo, quasi una persona su tre ha dichiarato di soffrire di un problema di salute cronico. Quasi quattro persone su cinque hanno consultato un medico nel corso dell'anno precedente l'indagine e due su tre sono andati dal dentista. Due persone su cinque soffrivano di mal di schiena, forti in meno del 10% dei casi. Negli ultimi anni tre persone residenti in Svizzera su quattro hanno praticato sufficiente attività fisica. Oggi, nonostante le persone che fanno sport siano più numerose di dieci anni fa, quelle in sovrappeso sono aumentate, soprattutto tra gli uomini. Il 6% delle persone che non fumano sono quotidianamente esposte al fumo passivo per almeno un'ora. La proporzione di persone che non consumano alcool è pressoché stabile dal 1992. Inoltre la rilevazione rivela che sulla salute della gente influisce fortemente la sua situazione sociale. Dall'indagine sulla salute in Svizzera 2012 si possono trarre questi ed altri risultati.

Comparabilità temporale e internazionale

Per rendere i dati comparabili sul piano internazionale, gli strumenti di rilevazione svizzeri sono stati sviluppati in collaborazione con l'OMS. Inoltre ha trovato riscontro nell'indagine sulla salute in Svizzera anche un questionario dell'European Health Interview Surveys (EHIS) elaborato da EUROSTAT. Numerosi Paesi membri dell'UE, tra cui la Germania, la Francia e l'Austria, producono dati paragonabili tra loro come pure con quelli svizzeri.

Nell'arco di un periodo di 20 anni in Svizzera sono state svolte cinque rilevazioni, attraverso cui la comparabilità temporale assume un ruolo sempre più di rilievo. Poiché i temi essenziali della rilevazione non cambiano, si possono osservare alcune tendenze e sviluppi. Si constata ad esempio che negli ultimi 20 anni il numero di persone in Svizzera in forte sovrappeso è raddoppiato.

Ulteriori informazioni: www.iss12.bfs.admin.ch

Marco Storni dirige il settore «rilevazioni nel campo delle scienze sociali» della Sezione Salute ed è capoprogetto dell'indagine sulla salute in Svizzera, UST



«No sports»

Chi fa abbastanza moto, mangia sano, non fuma, non beve e non assume droghe ed evita comportamenti sessuali rischiosi vive più a lungo e in salute. L'Indagine sulla salute in Svizzera rileva i comportamenti degli svizzeri in materia di salute. Renaud Lieberherr

No sports! è la celebre risposta che diede Winston Churchill a un giornalista che gli chiedeva come avesse fatto ad arrivare ad un'età così avanzata, visto che era un accanito fumatore di sigari e un amante di buon whisky e champagne. Winston Churchill, vissuto fino ai 91 anni di età, o era fortunato o aveva un buon patrimonio genetico.

La sua risposta provocatoria sottovaluta la grande importanza che ha per la salute una buona attività fisica, perché il nostro comportamento contribuisce a farci restare in buona salute. Chi non fuma, beve poco alcool, fa abbastanza moto, mangia frutta e verdura cinque volte al giorno e non svolge attività ricreative pericolose ha più probabilità di restare sano di una persona che adotta comportamenti rischiosi per la salute. Dal punto di vista epidemiologico non ci sono dubbi. Per questo sarebbe meglio affidarsi ad un'altra citazione di Churchill: «*I never worry about action, but only about inaction.*» (non è l'azione che mi preoccupa, ma l'inazione).

Per quel che riguarda lo sport, molti svizzeri hanno un comportamento esemplare. Del resto, fumare, bere e mangiare meno non fa certamente male. L'indagine sulla salute in Svizzera 2012 offre uno spaccato dei comportamenti degli svizzeri in materia di salute sulla scorta di fattori di rischio scientificamente provati.

I fattori di rischio per la salute

In base ad un'analisi dell'indagine sulla salute in Svizzera e della statistica delle cause di morte, circa il 15% di tutti i decessi in Svizzera va messo in relazione con il consumo di tabacco. Il fumo è uno dei principali fattori di rischio per l'insorgere di problemi cardiovascolari, malattie croniche

dell'apparato respiratorio nonché tumori maligni a polmoni, bronchi, cavità orale, esofago, reni e pancreas. Anche il consumo di alcool può essere una causa di morte precoce, poiché arreca danni sia alla salute fisica che a quella psichica e sociale. L'alcool aumenta il rischio di infortuni e traumatismi, predisposizione alla violenza, invalidità precoce, assenze dal lavoro ed esclusione sociale.

Il consumo di oppiacei e cocaina, dal canto suo, cela un forte rischio di dipendenza con enormi ripercussioni sulla salute e sulle relazioni interpersonali dell'individuo. Anche la cannabis può provocare dipendenza, oltre al rischio di ripercussioni negative sullo sviluppo psicosociale.

Muoversi regolarmente è estremamente importante per prevenire le malattie cardiovascolari e i dolori lombari, il cancro all'intestino o al seno, il diabete e l'obesità. Tuttavia, lo sport può essere causa d'infortuni.

L'alimentazione è il cardine di una vita in buona salute. C'è un rapporto molto stretto tra l'alimentazione e l'insorgere delle cosiddette malattie della civilizzazione, come l'obesità, il diabete, la pressione alta o le malattie cardiovascolari. L'indagine sulla salute porta alla luce anche i fattori di rischio comportamentali come l'abuso di farmaci e un comportamento sessuale rischioso.

Una popolazione sportiva e attenta a quello che mangia

Un elemento molto positivo è il fatto che nel 2012 il 57% degli svizzeri di più di 15 anni indicava di praticare uno sport. Il 72% della popolazione seguiva dunque le raccomandazioni sul movimento¹. In tal modo, la quota di persone che si muove a sufficienza nel tempo libero è

salita di dieci punti percentuali dal 2002. Nello stesso periodo, la quota di persone inattive è passata dal 18 all'11%.

Anche in materia di alimentazione i dati indicati dagli intervistati rivelano che gran parte della popolazione si nutre in maniera giudiziosa. Nel 2012 il 68% degli intervistati indicava di fare attenzione a determinati aspetti della propria alimentazione. Questa consapevolezza era meno marcata tra gli uomini (61%) che tra le donne (75%). Solo il 50% dei giovani si nutre in maniera consapevolmente equilibrata.

Mutate abitudini legate al fumo

Malgrado il moto e un'alimentazione equilibrata, in Svizzera il 39% degli uomini e il 23% delle donne è in sovrappeso. Gli uomini (11%) sono anche più spesso obesi delle donne (9%). La quota delle persone in sovrappeso aumenta con l'avanzare dell'età. A partire dai 35 anni la maggior parte degli uomini è in sovrappeso o obesa. Ciononostante, la Svizzera è uno dei paesi che contano meno persone in sovrappeso.

Nel 2012 fumava oltre un quarto della popolazione (28%). Negli ultimi 20 anni è stata registrata una leggera flessione, ma solo tra gli uomini. Malgrado il fatto che il numero dei fumatori sia rimasto stabile, le abitudini in questo campo sono cambiate. Nell'arco di un ventennio, la quota di persone che fumano 20 sigarette o più ogni giorno è quasi dimezzata, passando dal 12 al 7%. Mentre nel 2007 il 16% dei non fumatori era esposto almeno un'ora al giorno al fumo passivo, questa quota era scesa al 6% nel 2012. Come sempre sono soprattutto i giovani e i giovani adulti ad essere più esposti al fumo passivo.

L'83% della popolazione consumava alcool, anche se il consumo era molto più diffuso tra gli uomini che tra le donne. Il 68% degli uomini e il 46% delle donne beveva alcool almeno una volta a settimana, una persona su sei e quasi un terzo delle persone di 65 anni e più ne beveva ogni giorno. Tra i giovani e i giovani adulti il consumo di alcool era sporadico, a volte in parte fuori controllo. Tra gli uomini di questa fascia di età si concentrava la percentuale maggiore di *binge drinking* (bere fino a ubriacarsi): l'8% lo faceva ogni settimana e un altro 28% ogni mese.

Una persona su quattro annovera esperienze con droghe illegali

Nel 2012 la canapa era la droga più consumata in Svizzera. Il 31% degli uomini e il 19% delle donne di meno di 75 anni ha fumato canapa almeno una volta nella

vita. Per quattro persone su cinque di età compresa tra i 25 e i 75 anni si tratta di un fenomeno passeggero. Nel 2012 il 19% degli uomini tra i 15 e i 24 anni dichiarava aver consumato canapa negli ultimi dodici mesi, il 28% dei quali almeno una volta a settimana. Tra le donne questi valori si attestavano rispettivamente all'11 e al 19%. Solo il 2% delle persone di oltre 45 anni aveva fumato canapa nell'arco di un anno.

Dopo la canapa, è la cocaina la droga illegale più consumata. Nel 2012 il 5% delle persone tra i 15 e i 49 anni aveva già assunto cocaina almeno una volta nella vita. Nelle persone dai 25 ai 34 anni la percentuale saliva a quasi il 10%. L'ecstasy si è diffusa con l'arrivo della musica tecno all'inizio degli anni 1990. Nel complesso, il 4% delle persone che nel 2012 aveva meno di 50 aveva consumato almeno una volta questo tipo

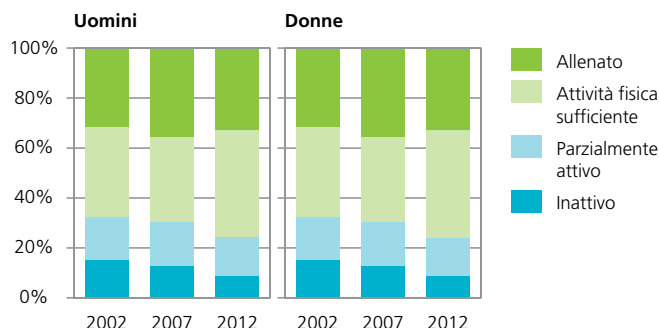
di droga. Invece negli ultimi 15 anni l'eroina è un po' passata di moda e la quota di consumatori di questa droga è rimasta stabile.

Renaud Lieberherr è collaboratore scientifico per l'indagine sulla salute in Svizzera della Sezione Salute, UST

1
In base alla definizione della statistica sanitaria svizzera, si muovono abbastanza le persone che esercitano almeno due volte a settimana un'intensa attività fisica che comporta sudorazione oppure che si muovono con un'intensità in grado di far aumentare il ritmo respiratorio per almeno 150 minuti a settimana.

Attività fisica

Popolazione dai 15 anni in su, che vive in un economia domestica

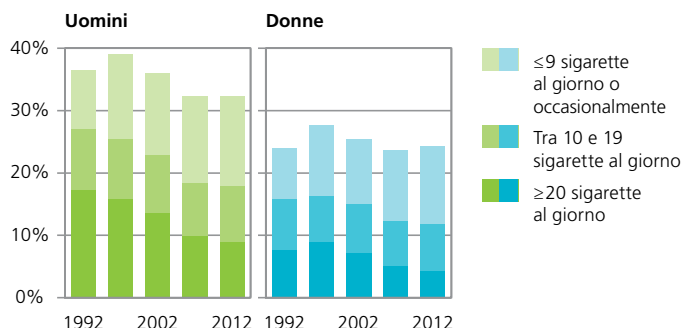


Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015

Numero di sigarette fumate al giorno

Popolazione dai 15 anni in su, che vive in un economia domestica

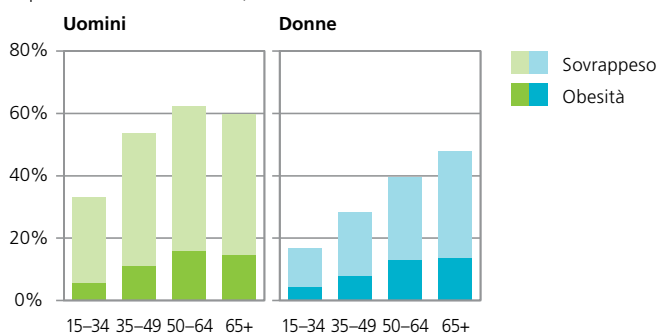


Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015

Comportamento in materia di salute e obesità secondo l'età, 2012

Popolazione dai 15 anni in su, che vive in un economia domestica

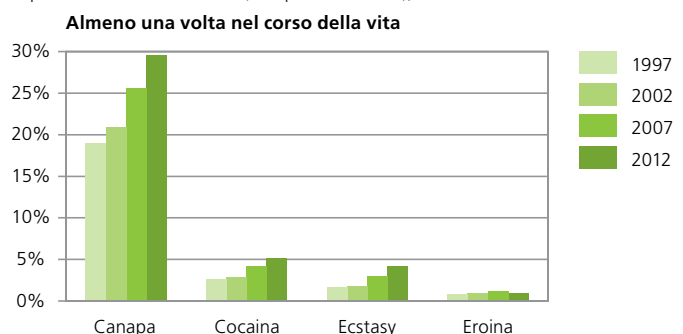


Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015

Consumo di droghe illegali

Popolazione dai 15 ai 49 anni (canapa: 15-59 anni), che vive in un economia domestica



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015



«Il cancro diverrà presto la causa di morte più frequente»

In Svizzera i casi di morte vengono rilevati statisticamente dal 1876. Da un anno all'altro i dati presentano variazioni minime, ma sul lungo periodo le differenze sono enormi. Il capoprogetto Christoph Junker illustra l'evoluzione degli ultimi anni alla luce dei dati più significativi e delinea quello che sarà con tutta probabilità lo scenario futuro. Intervista di Mirella Wepf con Christoph Junker

Quali sono a Suo avviso le indicazioni principali emerse dalla valutazione degli ultimi dati a disposizione?

Da un anno all'altro le variazioni statistiche sono minime. A lungo termine, tuttavia, la tendenza è chiara: le malattie cardiocircolatorie continuano a rappresentare la causa di mortalità più frequente, ma dall'inizio degli anni 1980 sono in sensibile calo.

I motivi?

Ne citerei sicuramente quattro. I progressi compiuti nel campo della medicina, con la scoperta di nuovi farmaci e tecniche operatorie. Poi la cosiddetta prevenzione secondaria: dopo un primo infarto cardiaco molti pazienti smettono di fumare per evitarne un secondo, perché la nocività del fumo è ormai risaputa. Terzo: il fatto che tanti non iniziano neppure a fumare preferendo dedicarsi a un'attività fisica. E quarto la qualità della vita, che in Svizzera è generalmente molto buona.

Parlando di tendenze non bisogna dimenticare un altro aspetto: con l'aumento dell'età media della popolazione cambiano anche le cause prime della mortalità. Le persone anziane muoiono in genere per motivi diversi rispetto ai giovani. Ecco perché il numero dei morti di cancro è in crescita. Più frequenti sono anche i decessi in seguito a demenza. In controtendenza va segnalato invece che da dieci anni l'asma non ha quasi più conseguenze letali.

In Svizzera le cause della mortalità presentano differenze da una regione all'altra?

È un aspetto che non rientra nelle priorità dell'UST, ma che senza dubbio potrebbe essere interessante analizzare. Nei vecchi annuali di statistica² dell'UST questo tema è stato esaminato in parte in modo molto approfondito.

L'attuale fenomeno dell'immigrazione in Svizzera ha un'incidenza statistica sulle cause di mortalità?

In linea di massima gli immigrati sono persone perlopiù giovani e sane. Il loro tasso di mortalità è pertanto inferiore a quello degli Svizzeri. Con un particolare interessante: tra la popolazione straniera la percentuale di suicidi è notevolmente più bassa. Probabilmente perché in alcune culture il suicidio è meno accettato che nella nostra, ma si può anche supporre che il motivo risieda nel fatto che le persone con disturbi psichici non siano proprio in grado di emigrare.

Le condizioni di vita si ripercuotono sulla salute e sulle cause di mortalità di intere generazioni. Ci sono periodi in cui ha riscontrato fenomeni particolari?

Dal 1905 al 1920 le malattie infettive hanno causato molti più decessi tra le donne che tra gli uomini. Si possono fare varie supposizioni sul perché: lavorando in casa le donne stavano meno al sole e all'aria aperta, entravano in contatto con

più persone – specialmente bambini – ed erano quindi più facilmente soggette al contagio. Probabilmente, però, anche la loro alimentazione era diversa da quella degli uomini.

Quando c'era della carne in tavola, evidentemente andava al padre...

Sono contento che lo dica. Io come ricercatore non ho elementi scientifici per fare una simile affermazione. Ma anche questa potrebbe essere una spiegazione.

Parlando di fattori che hanno determinato differenze generazionali nel campo della mortalità va sicuramente citato, dopo la seconda guerra mondiale, quello della motorizzazione. Gli incidenti stradali cominciano infatti ben presto a mietere vite umane. Tre quarti delle vittime sono uomini tra 20 e 39 anni. Nel 1971, al culmine di questa nuova «epidemia», si contano 1871 decessi, che nel 2012 scendono a soli 296, sebbene nel frattempo il numero di chilometri percorsi dai veicoli sia raddoppiato.

Venti anni più tardi sono sempre gli uomini giovani a essere i più colpiti: questa volta dal virus dell'AIDS. In Svizzera i test HIV e la raccolta dei dati sulla malattia vengono effettuati su vasta scala dal 1985. Sino a oggi non è stato ancora possibile bloccare completamente la diffusione del virus, ma il numero dei morti è fortunatamente in netto calo dal 1994.

Le donne vivono notoriamente più a lungo degli uomini, ma con il passare degli anni o nel confronto internazionale la differenza non è sempre uguale...

Nel mondo sono molto poche le società in cui l'aspettativa di vita di uomini e donne è uguale. La domanda da porsi è se le cause siano di carattere biologico o risalgano alle condizioni di vita. Probabilmente le donne hanno un leggero vantaggio sul piano biologico, ma non tale da spiegare in Svizzera l'attuale differenza di 4,3 anni; una differenza che nel 1991 era ancora di 7,1 anni e nel 1905 di circa 3 anni.

Si ritiene che le donne siano più al riparo da malattie cardiovascolari grazie a un ormone estrogeno e che la presenza nell'organismo delle neonate di due cromosomi X le renda meno soggette a malattie recessive. Gli uomini sono invece esposti a un numero maggiore di pericoli, legati alla pratica di attività sportive e all'uso dell'automobile o al consumo di generi voluttuari che ne aumentano i rischi di mortalità.

Il fatto che qui da noi le aspettative di vita dei due sessi si avvicinino è riconducibile a varie ragioni: per esempio all'aumento del consumo di tabacco tra le donne, che è invece in calo tra gli uo-

mini, e all'effetto di misure di sicurezza più efficaci nell'ambito della circolazione stradale, che hanno ridotto il numero di decessi tra gli uomini. In sensibile calo è fortunatamente anche il numero dei morti per consumo di eroina, che per lo più era di sesso maschile.

La statistica sulle cause della mortalità funge da parametro di riferimento per la politica sanitaria. A che tipo di evoluzione stiamo assistendo?

Ben presto il cancro diverrà la causa di mortalità più frequente. È un dato di fatto che il mondo politico ha recepito e che ha condotto alla stesura del disegno di legge sulla registrazione delle malattie tumorali. L'introduzione capillare di questi registri consentirà di individuare la presenza di differenze regionali nelle statistiche sui malati di cancro e di trarre conclusioni sull'efficacia dei metodi di cura, offrendo inoltre alle regioni l'opportunità di attingere l'una dall'altra informazioni utili.

Poi ci sono i casi di demenza, che vengono rilevati solo dal 1995, anno di revisione delle regole di codifica. La malattia era nota già prima, ma sono le statistiche ad aver permesso di stabilire che è la terza causa più frequente di mortalità. Un dato che ha spinto la Confederazione a sviluppare la medicina palliativa.

Tra le statistiche ce n'è anche una che rileva gli anni potenziali di vita persi. Che cosa significa esattamente?

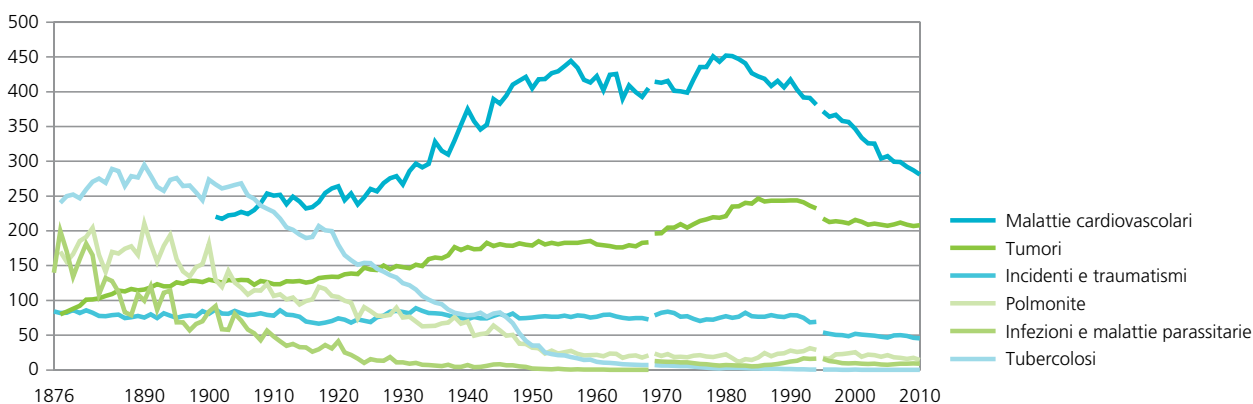
È una statistica specifica, il cui scopo è mostrare quali sono le malattie che colpiscono particolarmente tanti giovani. Si tratta di un appello implicito a migliorare terapie e misure preventive, che tiene conto di un'aspettativa di vita in Svizzera di almeno 70 o 80 anni.

Un mio collega medico, ad esempio, utilizza questi dati per spiegare ai pazienti quali fattori e comportamenti possono accorciare la durata di vita.

Le statistiche sugli «anni potenziali di vita persi» servono anche a fare un raffronto dell'importanza di determinate malattie. Il tumore alla prostata, per esempio, è quello più frequente tra gli uomini, mentre tra le donne è quello al seno. I dati rilevati hanno permesso di constatare che il tumore al seno si verifica molto più precocemente e che quindi accorcia la vita più di quello alla prostata, risultando pertanto di gran lunga più pericoloso. Nel 2012 il cancro in generale è stato responsabile di quasi il 50% degli anni potenziali di vita persi tra le donne e «solo» di un terzo tra gli uomini.

Sviluppo delle cause di morte

Decessi su 100'000 abitanti



Fonte: UST – Statistica delle cause di morte e di mortalità

© UST, Neuchâtel 2015

Nelle rilevazioni statistiche l'UST si basa sugli standard dell'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS). Se potesse rivolgersi all'OMS cosa chiederebbe di cambiare nel sistema attuale?

Attualmente con la ICD-11 è in corso una revisione degli *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, che consentirà di indicare preventivamente, in modo molto

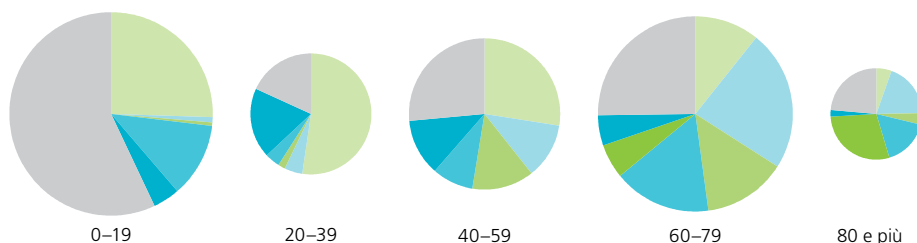
più dettagliato, le cause di mortalità e di rilevare anche malattie rare. In linea di massima sarebbe auspicabile poter fornire un quadro più chiaro della cosiddetta multimorbilità. Faccio un esempio: nelle statistiche pubblicate attualmente viene indicato un unico motivo principale di decesso. Un'influenza che peggiora le condizioni di salute di una persona già malata di cancro sfugge al rilevamento, perché in un caso simile la causa prima

della mortalità sarà considerata molto probabilmente il cancro. Con la conseguenza che la popolazione farà molta più fatica a recepire il messaggio di una campagna di prevenzione contro l'influenza, ignorandone la pericolosità.

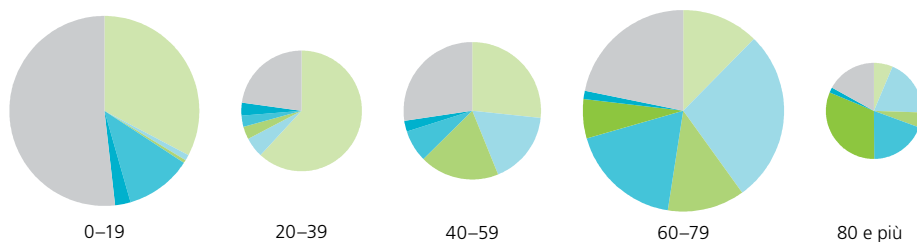
Alla domanda su cosa chiederei di cambiare Le rispondo partendo da un'altra constatazione. La codifica e la pubblicazione delle cause di mortalità richiedono circa 18 mesi. Prossimamente pubblicheremo i dati del 2014. Vorremmo accelerare i tempi e valutare i dati più frequentemente, ma naturalmente abbiamo bisogno degli strumenti e delle risorse necessari.

Principali cause di morte per fasce di età

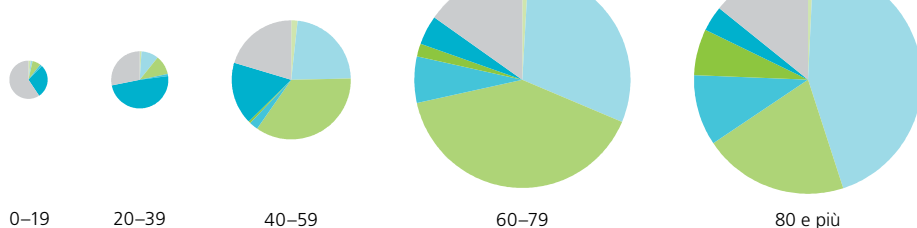
Uomini 1905



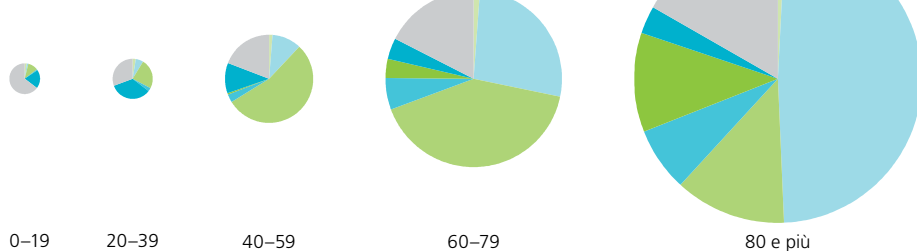
Donne 1905



Uomini 2005



Donne 2005



Fonte: UST – Statistica delle cause di morte e di mortalità

© UST, Neuchâtel 2015

Lei è un medico e lavora da 12 anni per l'UST. Ci sono stati fenomeni che nonostante la sua preparazione l'hanno stupita?

Sì, l'enorme incremento, tra il 1925 e il 1955, della mortalità nelle malattie cardiocircolatorie, dovuto principalmente al consumo di tabacco da parte degli uomini. Dopo il 1980 il numero di decessi è tuttavia calato con la stessa rapidità con cui era aumentato. Se la tendenza dovesse confermarsi, ben presto questa malattia cesserebbe di essere la causa più frequente di mortalità e verrebbe sostituita dal cancro.

Il dott. Christoph Junker è a capo delle Statistiche vitali e epidemiologia presso la Sezione Salute dell'UST

Mirella Wepf è una giornalista indipendente

1
Per le ultime cifre del 2013 si rimanda al sito Office fédéral de la statistique → Thèmes → 14 – Santé → Survol → Quoi de neuf? → Tout sur cette publication.
Maggiori informazioni sono reperibili online all'indirizzo www.statistique.ch → Thèmes → 14 – Santé → Santé de la population → Mortalité, causes de décès.

2
Link all'archivio degli annuari statistici 1891–1965: www.statistique.ch → Services → Les publications de Statistique suisse → Ouvrages de synthèse et atlas → Annuaire statistique de la Suisse → Archives de l'Annuaire.

Nome in codice: DRG

Le classificazioni mediche consentono di registrare in modo strutturato tutte le cure prestate e le diagnosi formulate durante le degenze ospedaliere. Fungono da base per la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri e per il conteggio dei costi nel sistema dei forfait per caso SwissDRG. L'Ufficio federale di statistica cura e gestisce le suddette classificazioni a sostegno di tutti coloro che lavorano con questi sistemi di ordinamento medici. Katharina Fehst

Il signor Rossi ha un'appendicite e deve essere ricoverato in ospedale dove l'appendice gli viene asportata. Durante la degenza i medici, gli infermieri e tutto il personale specializzato con cui ha a che fare documentano le fasi di trattamento: diagnosi, procedure, analisi di laboratorio e medicinali. Uno specifico software elabora le informazioni e attribuisce loro un codice DRG di quattro posizioni¹, che nel caso dell'appendicectomia del signor Rossi è G23C.

Ogni DRG (raggruppamento omogeneo di diagnosi) corrisponde a un'entità di costi determinata². Dall'entità di costi moltiplicata per il prezzo di base³ risulta l'importo fatturato dalla cassa malati. I dati dei pazienti servono per allestire le fatture conformemente al sistema tariffale SwissDRG, basato su importi forfaitari per caso, e costituiscono inoltre la base della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri realizzata dall'UST.

Rilevazione strutturata della realtà medica

Tutti gli ospedali devono registrare in modo omogeneo i dati più disparati riguardanti diagnosi e trattamenti. A tal fine l'Ufficio federale di statistica pubblica una direttiva di codifica e due classificazioni: la *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati* (ICD 10) e la *Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici* (CHOP).

La classificazione ICD 10 si usa per registrare la diagnosi. Nell'ICD 10 sono classificati oltre 13'000 malattie e problemi sanitari correlati – dal codice A00.- *Colera* fino al codice Z99.4 *Dipendenza a lungo termine da cuore artificiale*.

La CHOP serve invece a registrare i trattamenti e gli esami. Contiene oltre 12'000 trattamenti codificabili. Le direttive di codifica dei due sistemi di classificazione servono da supporto per la corretta registrazione dei dati dei pazienti negli ospedali. Questa casistica dei pazienti va crittografata (codificata). Di questo si occupano i medici e il

personale di cura e sanitario appositamente formati e istruiti all'uso degli strumenti di classificazione e codifica medica. L'UST gestisce inoltre un numero verde, a supporto delle persone addette alla codifica e degli altri utenti chiamati a rilevare i dati dei pazienti.

Gli ospedali in Svizzera sono tenuti per legge a fornire i dati relativi alle diagnosi e alle procedure terapeutiche per la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri agli uffici cantonali di statistica che, a loro volta, li inoltrano all'UST. Tutte le fasi di rilevazione, inoltre ed elaborazione dei dati sono accompagnate da misure a garanzia della qualità, in modo da restituire un quadro omogeneo delle diagnosi e dei trattamenti.

Una struttura ad albero per eseguire analisi differenziate

I sistemi di classificazione medica supportano l'ordinamento delle conoscenze mediche secondo una struttura definita in cui le voci sono in relazione tra loro. La CHOP consta di 16 capitoli che si articolano in primis secondo i vari apparati anatomici (vedi esempio). I singoli capitoli si suddividono in categorie e sottocategorie fino agli interventi finali, non ulteriormente differenziati. Quest'ultimo livello è quello utilizzato per la codifica medica. Grazie a questa struttura ad albero le analisi possono essere eseguite a vari livelli, poiché i livelli superiori sono in relazione con le strutture sottostanti e le includono. Gli esempi seguenti spiegano meglio la struttura del sistema di classificazione.

Dati preziosi dei pazienti

I dati dei pazienti rilevati negli ospedali fungono da base per il funzionamento e lo sviluppo del sistema tariffale SwissDRG e sono indispensabili per la fatturazione. Alcuni di questi dati sono inoltre usati a fini statistici. Forniscono informazioni sulla frequenza delle malattie che richiedono una degenza in ospedale consentendo così di

¹ Diagnosis Related Groups (in italiano: raggruppamenti omogenei di diagnosi); i DRG stanno ad indicare il sistema di classificazione che serve al processo di fatturazione forfaitaria delle prestazioni ospedaliere; tale processo prevede che gli episodi di ricovero ospedaliero (pazienti), classificati secondo dati medici, i cosiddetti criteri che definiscono le prestazioni (diagnosi principale e secondaria, codici procedurali, variabili demografiche) siano attribuiti a gruppi di casi sulla base delle loro somiglianze metodologiche.

² Entità di costi – cost weight (CW) (grado di gravità o entità relativa) – è una cifra di riferimento nei sistemi di classificazione in ambito medico-economico, come i sistemi DRG per remunerare le prestazioni mediche negli ospedali. Viene attribuita a una categoria di tipologie di pazienti (DRG) e fornisce il grado di incisività economica di un caso medico e quindi, in relazione al base rate, il costo di detto caso.

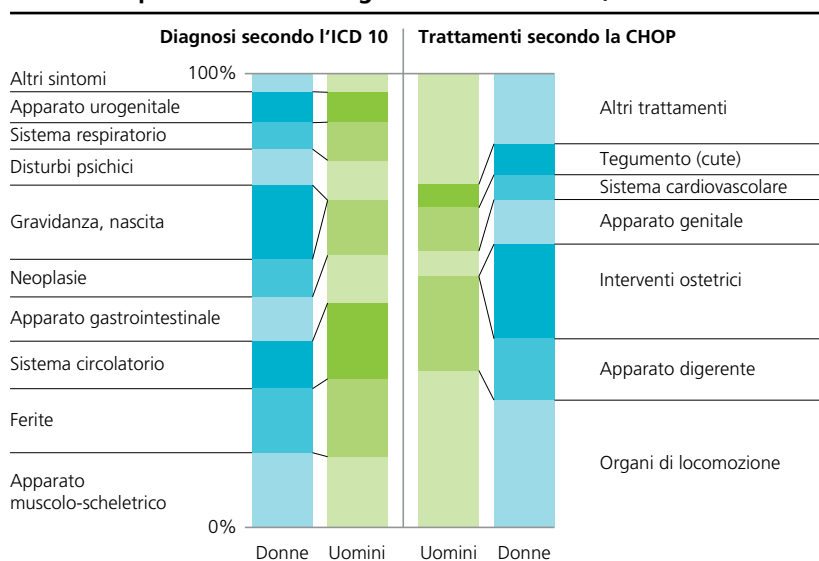
³ Il prezzo base – designa l'importo su cui ci si basa per calcolare i prezzi DRG (Diagnosis Related Groups) per le attività di cura all'interno degli ospedali.

pianificare misure preventive o terapeutiche. I dati rilevati permettono altresì di analizzare le prestazioni erogate dagli ospedali e la loro qualità, ad esempio la frequenza di determinati interventi o quella di riospedalizzazione in caso di determinati trattamenti o diagnosi. I dati, pertanto, sono utili sia alla pianificazione dell'assistenza su scala cantonale, intercantonale e internazionale (OMS, Eurostat, OCSE), sia al raffronto internazionale e al processo decisionale a livello sovranazionale e vengono utilizzati anche per risolvere problematiche scientifiche e ai fini della ricerca.

Le classificazioni continuano a svilupparsi

I progressi in medicina richiedono continui adeguamenti dei due sistemi di classificazione, ragion per cui la CHOP viene rivista e aggiornata una volta all'anno. Attraverso un processo unitario su scala nazionale è possibile presentare domande per aggiungere, modificare o cancellare codici e rispettive informazioni complementari, come nel caso della CHOP 2016, in cui sono state aggiunte nuove possibilità di trattamento per il cancro (chemioterapie). Considerando le domande sottoposte da tutti i partner tariffali del sistema sanitario svizzero nel complesso (società mediche specializzate, associazione mantello degli ospedali svizzeri, assicuratori-malattia, Cantoni) l'UST elabora mediamente oltre 100 richieste di adeguamento all'anno.

Ricoveri ospedalieri: dalla diagnosi al trattamento, 2013



Fonte: UST – Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri

© UST, Neuchâtel 2015

La CHOP e le direttive di codifica vengono pubblicate a cadenza annuale, la ICD 10 biennale nelle tre lingue ufficiali. Attualmente il settore pubblica un totale di oltre 6500 pagine di strumenti di codifica medica.

Katharina Fehst è responsabile del settore Classificazioni mediche e capasezione Salute a. i. presso l'UST

Esempio 1: asportazione dell'appendice

9 Interventi sull'apparato digerente (42–54)

47 Interventi sull'appendice

INCLUSO Moncone appendicolare

Endoloop e clipping dell'intestino

Codificare anche: altra applicazione o somministrazione

di gel anti-aderenza (99.77)

47.0 Appendicectomia

ESCLUSO Appendicectomia in corso di altro intervento (47.1)

Appendicectomia in corso di altro intervento per via laparoscopica (47.11)

Altra appendicectomia in corso di altro intervento (47.19)

47.01 Appendicectomia laparoscopica

47.09 Altra appendicectomia

Esempio 2: interventi più complessi (trapianto cuore-polmone)

6 Interventi sul sistema respiratorio (30–34)

33 Altri interventi sul polmone e sui bronchi

33.6 Trapianto combinato cuore-polmone

Codificare anche: tipo di conservazione dell'organo (00.90.4-)

Bypass cardiopolmonare

[Circolazione extracorporea (ECC)]

(39.61.-)

Per documentare il tipo di donatore – v.

codici 00.91-00.93

33.6X Trapianto combinato cuore-polmone

33.6X.0 Dettaglio della sottocategoria 33.6X

33.6X.00 Trapianto combinato cuore-polmone, NAS

33.6X.10 Ritrapianto combinato cuore-polmone nella stessa degenza ospedaliera

33.6X.99 Trapianto combinato cuore-polmone, altro

Fonte: UST – Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP), 2015

© UST, Neuchâtel 2015

La formazione incide sulla salute

Sin dall'antichità l'ambito della salute era caratterizzato da disparità sociali, che, stando all'indagine sulla salute in Svizzera 2012 e ad alcune cifre del censimento della popolazione, nel nostro Paese sussistono ancora oggi. Lo stato di salute di una persona è più fortemente determinato dal suo livello di formazione che dalla sua condizione di reddito. Martine Kaeser e Caroline Schnellmann

Lo studio delle iscrizioni funerarie a Roma e dintorni mostra che ai tempi di Cristo le persone appartenenti ai ceti sociali inferiori morivano in età più giovane rispetto a quelle dei ceti sociali più elevati. È a metà del XIX secolo che alcuni medici richiesero per la prima volta misure sanitarie pubbliche a tutela delle persone più sfavorite, come il miglioramento delle condizioni delle abitazioni. Dalla seconda metà del XIX secolo, con lo sviluppo della scienza (scoperta dei batteri e del loro ruolo in alcune malattie), per qualche tempo le cause sociali delle malattie furono relegate in secondo piano. Fu solo all'inizio del XX secolo che si tornò a prestarvi più attenzione; allora l'interesse era focalizzato in particolare sulle condizioni delle abitazioni, di lavoro e sulla sottoalimentazione.

Oggi gli scienziati e gli statistici riconducono le disparità di salute tra le persone ai loro comportamenti nei confronti della salute, ma anche a fattori personali e sociali. Le persone che hanno uno status sociale basso assumono più spesso comportamenti che pregiudicano la salute e presentano più sovente condizioni di lavoro e di vita sfavorevoli. Lo status sociale influisce sulla salute molto più che inversamente, anche se dei problemi di salute cronici possono complicare l'integrazione nel mercato del lavoro e mettere a rischio la capacità di una persona di garantirsi il minimo vitale. È quanto mostrano alcune cifre tratte dall'indagine sulla salute in Svizzera e dal censimento della popolazione svizzera, che distinguono le persone in base al livello di formazione e al reddito.

Speranza di vita e stato di salute

Le persone che vivono in Svizzera generalmente hanno una speranza di vita molto elevata. I neonati maschi del 2012 raggiungeranno un'età media di 80,5 anni, le femmine di 84,7 anni. Ci sono delle differenze a seconda del livello di formazione, che si manifestano in modo più marcato all'età di 30 anni. La speranza di vita degli uomini in questa fascia d'età con un livello di formazione basso è di 4,6 anni più corta rispetto a quella di uomini con un livello di formazione elevato. Questa differenza è pari a 2,3 nel caso delle donne e in genere diminuisce con l'avanzare dell'età.

Un buon indicatore dello stato di salute di una persona è il modo in cui essa stessa lo percepisce. Sebbene la popolazione svizzera valuti in prevalenza positivamente la propria salute, le persone titolari di un diploma di scuola dell'obbligo lo definiscono molto più raramente buono o molto buono rispetto a quelle che possiedono una formazione superiore. Anche il reddito ha un suo ruolo. Nella categoria di reddito più elevata, il 90% delle persone stima il proprio stato di salute buono o molto buono, mentre in quella dei redditi bassi tale quota è solo del 70%.

Anche altri indicatori da cui si può dedurre lo stato di salute dipendono dalla formazione e dal reddito. L'11% delle persone il cui livello di formazione è basso dichiara di essere fortemente ostacolato nella propria vita quotidiana da un problema di salute. La percentuale scende al 3% fra le persone con un livello di istruzione terziario. Una situazione analoga si presenta se si opera una differenziazione per classi di reddito.

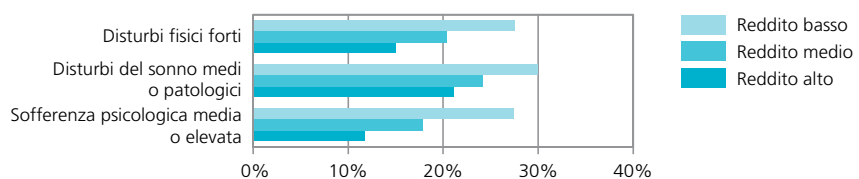
Infatti i disturbi fisici forti, come dolori dorsali, scapolari e cervicali, dolori alle braccia e generale senso di debolezza, sono molto più frequenti fra le persone senza formazione post-obbligatoria rispetto al resto della popolazione. La differenza raggiunge il suo massimo durante la mezza età, ovvero nella fascia d'età compresa fra i 45 e i 64 anni. Fra i redditi più bassi soffre dei suddetti disturbi il 27% delle persone contro solo il 15% di quelle nella fascia di reddito elevata. Le stesse tendenze si osservano per quanto riguarda i disturbi del sonno e quelli di natura psichica.

Comportamento in materia di salute e risorse personali e sociali

Una buona rete sociale e la sensazione di avere il controllo della propria vita hanno effetti positivi sulla salute e rafforzano il «sistema immunitario psicosociale». Nel

Stato di salute secondo il reddito, 2012

Popolazione residente permanente di 15 anni o più

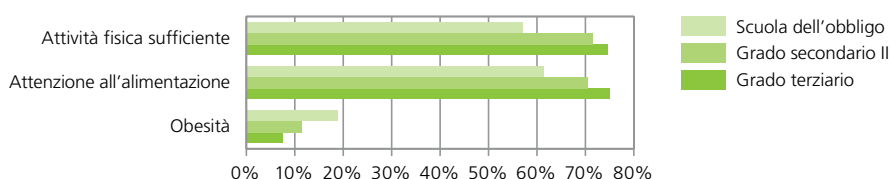


Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015

Comportamento in materia di salute e obesità secondo il livello di formazione, 2012

Popolazione residente permanente di 25 anni o più



Fonte: UST – Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) 2012

© UST, Neuchâtel 2015

complesso, le persone senza formazione post-obbligatoria hanno meno la sensazione di avere il controllo sulla propria vita e sono più numerose ad avere un sostegno solo minimo dalla loro rete sociale. Questo riguarda più frequentemente gli uomini appartenenti alla fascia d'età media con una formazione di base. Il 40% di loro ha la sensazione di avere poco controllo sulla propria vita. Inoltre, le persone senza formazione post-obbligatoria dispongono nettamente più spesso di un sostegno sociale esiguo rispetto a quelle titolari di una formazione di grado terziario (27% contro 9%). Questo riguarda sia le donne sia gli uomini di tutti i gruppi di età.

Peraltro, le persone con un livello di formazione o un reddito bassi assumono più spesso un comportamento che incide negativamente sulla salute. Sappiamo che il sovrappeso, la mancanza di attività fisica e il tabagismo favoriscono le malattie cardiovascolari e che alcuni tipi di cancro sono più diffusi tra i fumatori e il diabete e problemi dell'apparato motorio tra le persone in sovrappeso. L'attività fisica, inoltre, protegge dal cancro dell'intestino, da quello del seno e dall'osteoporosi.

Le donne di tutte le fasce d'età con una licenza di scuola dell'obbligo sono molte di più ad essere in forte sovrappeso rispetto a quelle con una formazione di grado terziario. Nella fascia di età compresa tra i 45 e i 64 anni, il problema riguarda il 22% delle donne con formazione dell'obbligo rispetto al 6% di quelle con una formazione terziaria. Nella medesima fascia di età, è fortemente in sovrappeso il 19% delle donne con un reddito basso, contro solo il 5% di quelle con un reddito elevato. Tra gli uomini le differenze sono meno marcate.

La situazione è pressoché uguale per quanto riguarda l'attività fisica e le abitudini alimentari. Circa i tre quarti delle persone con una formazione di grado terziario praticano un'attività fisica sufficiente contro il 57% delle persone che hanno frequentato solo la scuola dell'obbligo. Circa il 75% delle persone con un grado di formazione terziario si premura di alimentarsi in modo sano contro il 62% di quelle con un livello di formazione modesto. La differenza è più marcata tra le donne di età compresa tra i 25 e i 44 anni. L'81% delle donne con formazione superiore stanno attente alla propria alimentazione rispetto al 53% di quelle meno formate. Tra gli uomini le quote sono pari al 68% contro il 42%.

Si osservano differenze dettate dallo status sociale anche per quanto riguarda il tabagismo. Il 37% delle persone di età compresa tra i 25 e i 64 anni con un livello di formazione basso fuma, mentre tra le persone con una formazione di grado terziario il tasso è del 26%. La differenza è più marcata tra gli uomini che tra le donne. Inoltre molte più persone titolari di una licenza di scuola dell'obbligo fumano oltre 20 sigarette al giorno rispetto a quelle con una formazione superiore. Gli uomini con un reddito basso fumano più di quelli con uno alto.

Lavoro e salute

Gli occupati dai 25 anni in su con un livello di formazione basso sono nettamente più spesso esposti ad almeno tre rischi fisici al posto di lavoro rispetto a quelli con una formazione di grado terziario. Per rischi fisici si intende ad esempio un lavoro faticoso, esposto a sostanze tossiche, o rumore o

che richiede di stare molto tempo in piedi. Tra gli uomini la quota è pari all'80% contro il 33%, tra le donne al 69% contro il 32%. Tra le persone con una formazione più modesta si manifesta con più frequenza anche la pressione psicosociale, provocata ad esempio dalla mancanza di margine di manovra, di apprezzamento e sostegno sociali o dalla paura di perdere il posto di lavoro. Le donne con una formazione superiore, peraltro, sono più spesso vittima di discriminazione e gli uomini con una formazione di grado superiore sono più numerosi ad avere orari di lavoro prolungati.

Visite mediche

In linea di massima, lo Stato assicura una buona erogazione di prestazioni sanitarie, accessibili nella stessa misura a tutta la popolazione. Tuttavia, vari studi indicano che per determinate categorie di persone l'accesso ai trattamenti non coperti dall'assicurazione malattie è più difficile. Un esempio sono le visite odontoiatriche, specialmente in età avanzata: mentre nell'anno in esame i tre quarti delle persone con un grado di formazione elevato sono andate dal dentista, ha fatto lo stesso solo la metà delle persone senza formazione post-obbligatoria. Simili differenze si possono osservare anche a seconda del reddito.

Nel 2011 il 5% della popolazione ha dovuto rinunciare almeno una volta a una visita medica od odontoiatrica per motivi finanziari. La quota di persone che hanno rinunciato a una visita odontoiatrica ammonta a più del doppio tra le persone senza formazione post-obbligatoria rispetto a quelle con una formazione superiore (9% contro meno del 4%).

Martine Kaeser è collaboratrice scientifica per l'indagine sulla salute in Svizzera presso la Sezione Salute, UTS

Caroline Schnellmann è un'autrice indipendente

1

Il paragone viene fatto tra la categoria di reddito che raggruppa il 20% delle persone con il reddito disponibile equivalente più basso (1° quintile: meno di 2608 franchi) e la categoria di reddito che raggruppa il 20% delle persone con il reddito disponibile equivalente più elevato (5° quintile: più di 6000 franchi).

Il lavoro può nuocere alla salute

Il fatto di avere un lavoro e le condizioni alle quali lo si esercita sono alcuni dei principali fattori che determinano lo stato di salute della popolazione e le disuguaglianze sociali in questo ambito. Due indagini regolari consentono di documentare la situazione che si presenta in Svizzera. I risultati evidenziano il permanere dei principali tipi di rischio legati al lavoro nonché uno stato di salute meno buono fra le persone esposte a tali rischi. Dati statistici, questi, capaci di alimentare il dibattito e stimolare l'azione pubblica. Ralph Krieger e Jean-François Marquis

Dalla rivoluzione industriale del XIX secolo, la questione dell'impatto del lavoro sulla salute ha una valenza dal punto di vista medico, sociale, economico e politico ed è associata alla nascita delle prime legislazioni che proteggevano i lavoratori in settori come il lavoro minorile, gli orari di lavoro, l'esposizione a prodotti tossici o gli infortuni. Dagli anni '80 in poi, la protezione della salute sul lavoro si focalizza su nuove problematiche, in particolare dovute alla disoccupazione permanentemente elevata in molti paesi industrializzati come pure all'apparizione di nuovi rischi legati all'istituzione di una società di servizi e di nuovi modelli di organizzazione del lavoro.

Indagine nazionale e indagine europea

Da una decina di anni la Svizzera si avvale di due indagini regolari e complementari per misurare la frequenza delle condizioni di lavoro che comportano rischi per la salute e per studiarne la correlazione con lo stato di salute.

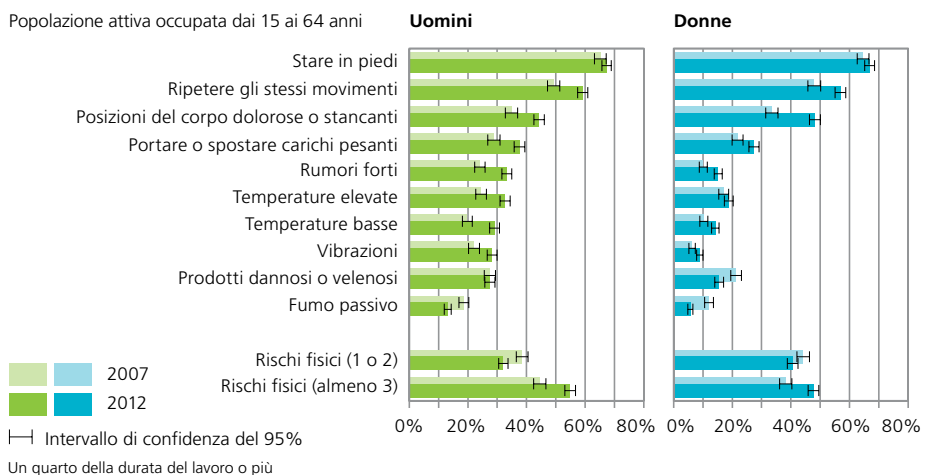
– *L'indagine sulla salute in Svizzera* (ISS). Condotta sin dal 1992 a cadenza quinquennale, è la prima fonte d'informazione in Svizzera sullo stato di salute della popolazione e sui fattori che possono influenzarlo. La tematica del lavoro, presente sin dagli albori dell'indagine, è stata considerevolmente sviluppata nel 2007 e nel 2012, rifacendosi all'esempio delle indagini condotte in merito su scala europea.

Il punto di forza dell'ISS sono le grandi dimensioni del suo campione. Nel 2012, sono state interrogate 21'597 persone di 15 anni e più che vivevano in un'economia domestica privata, 11'157 delle quali esercitavano un'attività professionale a un tasso di almeno il 20%. Questo consente di analizzare più in dettaglio le differenze fra rami economici o categorie socio-professionali. L'ISS riunisce inoltre informazioni molto ricche sullo stato di salute, mentre i dati che raccoglie sulle condizioni di lavoro non sono così diversificati né dettagliati come quelli di un'indagine specializzata del calibro dell'indagine europea sulle condizioni di lavoro (European Survey on Working Conditions, EWCS). Inoltre, per ora l'ISS consente di effettuare solo limitatamente raffronti cronologici e non è pensata per comparazioni internazionali dirette.

– *L'indagine europea sulle condizioni di lavoro* (EWCS). Realizzata ogni cinque anni sin dal 1990, l'indagine copre i paesi dell'Unione europea (UE) e i paesi non membri interessati. Dopo il 2005 e il 2010, nel 2015 è la terza volta che vi partecipa (direttamente o indirettamente) anche la Svizzera. L'EWCS è concepita per essere una fonte di informazioni dettagliate su ogni possibile aspetto riguardante le condizioni di lavoro. Permette di stabilire raffronti fra paesi e di seguire l'andamento dei rischi a lungo termine.

Il principale limite dell'indagine sta nelle piccole dimensioni del suo campione, pari a circa 1000 lavoratori e lavoratrici interrogati in Svizzera, il che restringe le possibilità di analisi in base all'attività economica. Inoltre, le informazioni riguardanti lo stato di salute e i fattori che lo influenzano sono nettamente meno numerosi rispetto all'ISS.

Rischi fisici secondo il sesso



Fonte: UST – Indagine sulla salute 2012

© UST, Neuchâtel 2015



Rischi fisici che non accennano a diminuire

Qual è l'immagine delle condizioni di lavoro e della loro evoluzione in Svizzera che si può evincere da queste due indagini? Eccone una panoramica: oggi sono spesso stress, mobbing o altri fattori di rischio psicosociale che vengono citati quando si parla di rischi per la salute legati al lavoro. I dati dell'ISS mostrano che rischi fisici (come sollevare carichi pesanti, rumore, esposizione a prodotti tossici, ecc.) non accennano a diminuire. Nel 2012 era esposto ad almeno tre di questi rischi il 52% delle persone occupate, ovvero il 10% in più rispetto al 2007 (vedi grafico p. 21). L'aumento riguarda praticamente tutti i rischi fisici, eccetto, si sa, il fumo passivo¹. Tuttavia, la quota di persone esposte per molto tempo a tali rischi (per almeno i tre quarti del tempo) è stabile (13%). Fra il 2005 e il 2010 l'EWCS evidenzia l'aumento di alcune sollecitazioni fisiche in Svizzera, mentre nella media europea sono rimaste stabili, sebbene a un livello nettamente superiore.

Nel complesso, gli uomini sono più esposti ai rischi fisici rispetto alle donne: il 55% di uomini dichiara di correre almeno tre rischi fisici, a fronte del 48% di donne. La differenza è particolarmente marcata per quanto riguarda il sollevamento di carichi pesanti, per i rischi ambientali (esposizione a rumore e/o temperature estreme) nonché per le vibrazioni e l'esposizione a prodotti tossici. Le donne, invece, sono più spesso degli uomini chiamate ad assumere posizioni dolorose o stancanti e devono anche sollevare o spostare più frequentemente delle persone, un rischio, questo, caratteristico del settore delle cure.

Si osserva senza alcun stupore che la maggior quota di persone esposte a diversi rischi fisici si riscontra nell'agricoltura (87%) e nelle costruzioni (79%), ma tale proporzione è superiore alla media anche in vari rami dei servizi, come i trasporti (62%), il commercio (60%) e, per quanto riguarda le donne, nel settore sanità e servizi sociali (57%).

Quello della sanità è il settore in cui l'impiego, per la maggior parte svolto da donne, è aumentato maggiormente negli ultimi anni.

Il ritmo di lavoro elevato può costituire un rischio psicosociale

Un impiego che offre buone condizioni di lavoro ha un effetto benefico sulla salute psichica delle persone. Al contrario, qualsiasi lavoro che presenti rischi psicosociali può essere nocivo alla salute. Ecco perché i fattori di protezione in questo ambito sono tanto importanti. Se tali fattori non permettono di compensare le sollecitazioni e le pressioni psichiche, a lungo termine ne consegue un danno alla salute.

Nel raffronto con la media europea e i paesi limitrofi, la Svizzera si distingue per un livello elevato di sollecitazioni psichiche come pure da un livello elevato di fattori di protezione.

Sia nel 2005 che nel 2010 la Svizzera non ha fatto una gran bella figura nel contesto europeo per quanto riguarda i ritmi elevati, la pressione delle scadenze e le interruzioni di lavoro. La Svizzera è in testa per quanto concerne il ritmo di lavoro elevato nonché per la pressione delle scadenze e si trova al terzo posto per le interruzioni di lavoro (vedi grafico in basso). Inoltre, i salariati svizzeri a tempo pieno lavorano in media nettamente più a lungo rispetto ai loro colleghi dei paesi dell'Unione europea. Nel 2010, i salariati svizzeri hanno inoltre vissuto più

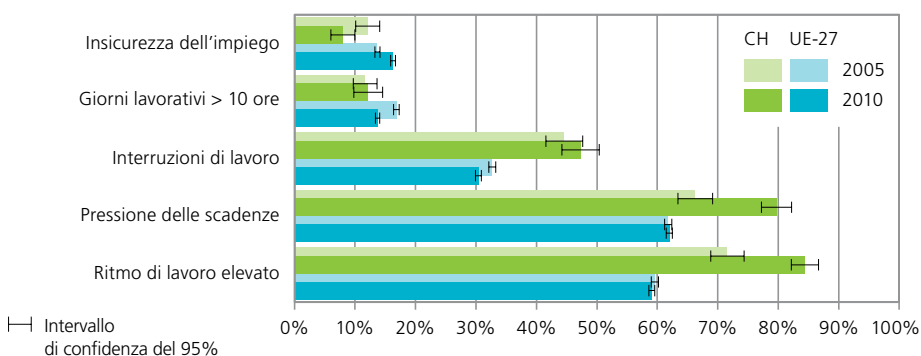
spesso ristrutturazioni o riorganizzazioni rispetto alla media europea o ai salariati della Germania o dell'Italia, e lavorano relativamente spesso durante il loro tempo libero per rispondere alle esigenze del loro lavoro.

D'altra parte, l'EWCS 2010 rivela che in Svizzera i salariati dispongono di un numero abbastanza elevato di fattori di protezione, che consente loro di far fronte meglio alle esigenze del lavoro e di attenuare gli effetti delle sollecitazioni fisiche o psichiche (vedi grafico p. 24). Quindi sono numerosi i lavoratori svizzeri che riescono a conciliare bene o molto bene gli orari di lavoro con gli obblighi familiari e sociali, a ricevere l'aiuto di colleghi o del loro capo, a poter scegliere il metodo di lavoro o a determinare il loro ritmo di lavoro o le loro scadenze, a poter cambiare l'ordine dei loro compiti e fare pause quando vogliono.

In fatto di flessibilità del tempo di lavoro, la Svizzera risalta in modo netto. I salariati svizzeri beneficiano di orari di lavoro nettamente più flessibili di quelli nell'Unione europea e nei paesi vicini. Nessun altro paese in Europa ha introdotto orari flessibili su scala così vasta. Rispetto all'Europa, la Svizzera è in testa anche per quanto riguarda il senso di sicurezza dell'impiego, la quota di salariati che possono seguire una formazione continua pagata o la quota di economie domestiche che dispongono di un reddito che consente di sbarcare facilmente o molto facilmente il lunario.

Pressioni psicosociali in Svizzera e nell'Unione europea (UE)

Popolazione attiva occupata di età superiore ai 15 anni e oltre

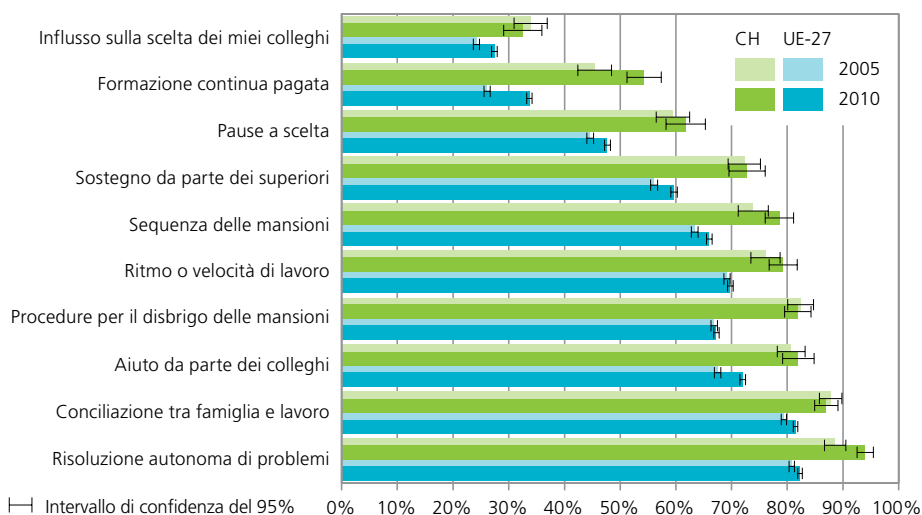


Fonte: SECO - Indagine europea sulle condizioni di lavoro (EWCS)

© UST, Neuchâtel 2015

Fattori di protezione in Svizzera e nell'Unione europea (UE)

Popolazione attiva occupata di età superiore ai 15 anni e oltre



Fonte: SECO – Indagine europea sulle condizioni di lavoro (EWCS)

© UST, Neuchâtel 2015

Sollecitazioni psichiche elevate e la mancanza di fattori di protezione sono associati a un maggiore rischio di sentirsi stressati. Nel 2010 circa un terzo delle persone attive occupate in Svizzera (34%) ha affermato di sentirsi spesso o molto spesso stressato, una cifra nettamente superiore ai risultati ottenuti nel 2000 (27%).

Stretto legame con la salute

L'ISS e l'EWCS sono indagini trasversali, che «fotografano» la popolazione in un momento determinato. Seppure non consentano di stabilire legami di causalità, mettono tuttavia in evidenza stretti legami fra condizioni di lavoro e stato di salute. I dati dell'ISS mostrano che le persone esposte ad almeno tre rischi fisici dichiarano nettamente più spesso uno stato generale di salute precario rispetto a quelle non esposte ad alcun rischio (13 contro 5%). Parimenti, il 49% delle persone stressate sul lavoro ha la sensazione di essere svuotata emotivamente svolgendo il pro-

prio lavoro, il che è considerato come un indicatore del rischio di *burnout*, mentre la proporzione è solo del 13% fra le persone non stressate sul lavoro. Tali correlazioni si osservano anche quando si tiene conto di altri fattori che possono influire sullo stato di salute, come il sesso, l'età, il livello di formazione e la nazionalità nonché altre condizioni di lavoro.

Dati per il dibattito pubblico

L'EWCS e l'ISS raccolgono dati che permettono di misurare la frequenza delle principali condizioni di lavoro a rischio in Svizzera, nonché la distribuzione di tali rischi (chi vi è esposto), il loro andamento nel tempo e le loro correlazioni con la salute. L'immagine che se ne evince conferma che le condizioni di lavoro hanno una valenza sociale e sanitaria di spicco. Spetta alle sfere politiche, economiche e sociali utilizzare queste informazioni per alimentare il dibattito pubblico sul tema della salute sul lavoro e delle politiche di protezione in questo ambito.

Per informazioni supplementari:

Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012 (disponibile in francese e tedesco) sotto www.statistique.ch → Thèmes → 14 – Santé → Santé de la population → Facteurs influant sur la santé → Analyses → Travail et santé

5^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail 2010 – Résultats choisis selon la perspective suisse (disponibile in francese e tedesco). Segreteria di Stato dell'economia (SECO)/Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), 2012 sotto www.seco.admin.ch → Documentation → Publications et formulaires → Etudes et rapports → Travail → 5^{ème} enquête européenne

Ralph Krieger è collaboratore scientifico del settore Lavoro e salute presso la Segreteria di Stato dell'economia SECO. È l'autore principale dello studio *Quinta indagine europea sulle condizioni di lavoro 2010 – Risultati scelti dal punto di vista della Svizzera* pubblicato in francese e tedesco (in italiano un riassunto) dalla SECO nel 2012

Jean-François Marquis è responsabile della diffusione presso la Sezione Salute, UST. È autore dello studio *Travail et santé. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 2012*, pubblicato dall'UST nel 2014 in francese e tedesco

1

Un cambiamento nella misura dell'esposizione ai prodotti tossici limita la comparabilità dei valori tra il 2007 e il 2012.

Come sta il nostro ambiente?

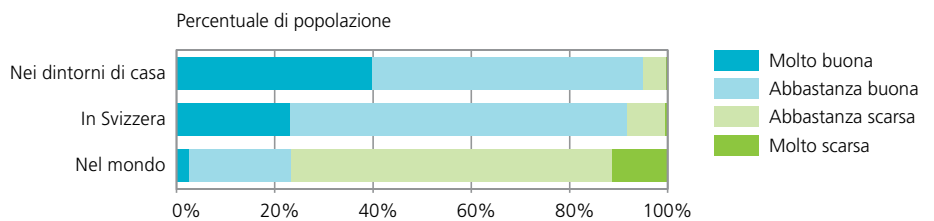
Lo «stato di salute» dell'ambiente può essere appurato in diversi modi, di solito tramite misurazioni nella natura. Possiamo farci un'idea dello stato dell'ambiente anche interrogando in merito la popolazione. Nel 2011 l'Ufficio federale di statistica ha condotto per la prima volta un'indagine sulla percezione della qualità dell'ambiente. La seconda di queste indagini è attualmente in corso. Laurent Zecha

Per scoprire qual è lo «stato di salute» dell'ambiente si analizzano ad esempio i dati di varie reti di misurazione della qualità del suolo, dell'aria, dell'acqua ecc. Questi dati, comunemente considerati «obiettivi», offrono un quadro molteplice e talvolta contrastante dello stato dell'ambiente, poiché la valutazione può essere diversa a seconda di ciò che si analizza. Anche effettuare un apprezzamento globale risulta difficile, perché le sostanze inquinanti, ad esempio, possono variare a seconda del luogo e nel corso del tempo. Pertanto, le dichiarazioni generali relative allo stato dell'ambiente vanno interpretate con qualche riserva.

Valutazioni soggettive

Un'altra maniera per rilevare statisticamente lo stato dell'ambiente è quello di fare un sondaggio tra la popolazione. È abbastanza facile raccogliere questo tipo di dati soggettivi perché ognuno può esprimere la propria percezione personale. Tuttavia queste valutazioni danno un

Valutazione della qualità dell'ambiente, 2011



Fonte: UST – Omnibus 2011: Indagine multitematica sulla vita in Svizzera

© UST, Neuchâtel 2015

punto di vista un po' semplicistico delle cose, poiché alcune sostanze inquinanti, ad esempio, non sono direttamente percepibili. Inoltre, vari fattori possono influire sulla percezione. D'altra parte, ci sono anche degli aspetti che si possono rilevare proprio tramite un sondaggio, ad esempio le ragioni di alcuni comportamenti che hanno un impatto sull'ambiente. In questo senso, sono importanti sia la misurazione obiettiva che la valutazione soggettiva; si completano e possono fungere entrambe da base di informazioni su cui intavolare discussioni e da cui prendere spunto per le decisioni politiche.

Percezione dello stato dell'ambiente

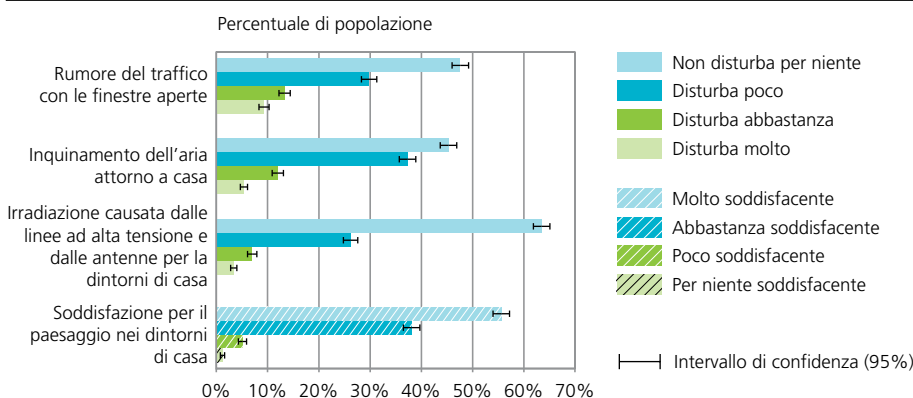
Nel 2011 l'UST ha eseguito per la prima volta la rilevazione¹ sulla percezione della qualità dell'ambiente. Ne è risultato, tra l'altro, che il 95% della popolazione riteneva molto buona o abbastanza buona la qualità dell'ambiente nei dintorni di casa, mentre il 92% era di quest'opinione per quanto concerne la qualità dell'ambiente in Svizzera e solo il 23% lo pensava della qualità dell'ambiente su scala mondiale.

Per quanto riguarda le condizioni ambientali nei dintorni di casa, il 23% della popolazione si riteneva molto o abbastanza disturbato dal rumore del traffico (con le finestre aperte), il 17% lo pensava dell'inquinamento dell'aria e il 10% si sentiva esposto alle radiazioni delle linee ad alta tensione o delle antenne per la telefonia mobile. Il 94% della popolazione si è dichiarato molto o abbastanza soddisfatto del paesaggio nei dintorni di casa.

L'inquinamento, un problema

Il 44% della popolazione stimava che l'inquinamento ambientale costituisca un problema molto o abbastanza grande in Svizzera.

Percezione delle condizioni ambientali nei dintorni di casa, 2011



Fonte: UST – Omnibus 2011: Indagine multitematica sulla vita in Svizzera

© UST, Neuchâtel 2015



La quota di persone che si sono espresse in questi termini differiva di molto secondo la regione linguistica: raggiungeva il 41% in Svizzera tedesca, il 51% in quella francese e addirittura il 62% in quella italiana.

Si sono osservate differenze anche secondo il sesso: le donne consideravano più degli uomini l'inquinamento ambientale come un grande problema (il 50% contro il 39% degli uomini). Lo stesso dicasi nel caso in cui la distinzione è fatta secondo il criterio della nazionalità: circa la metà delle persone di nazionalità svizzera riteneva che l'inquinamento ambientale fosse un problema molto o abbastanza grande, mentre la proporzione era nettamente più contenuta (28%) tra la popolazione di nazionalità straniera.

Comportamento ambientale

Le persone sono inoltre state interrogate sulle motivazioni che sottendono ad alcuni comportamenti che hanno un impatto sull'ambiente. Il 39% delle persone che consumano almeno occasionalmente alimenti di produzione biologica ha dichiarato di farlo per ragioni di salute. Il secondo motivo addotto con maggiore frequenza, ovvero dal 21% degli intervistati, è stato la protezione dell'ambiente, mentre il 15% ha dichiarato di consumare prodotti bio per la loro qualità.

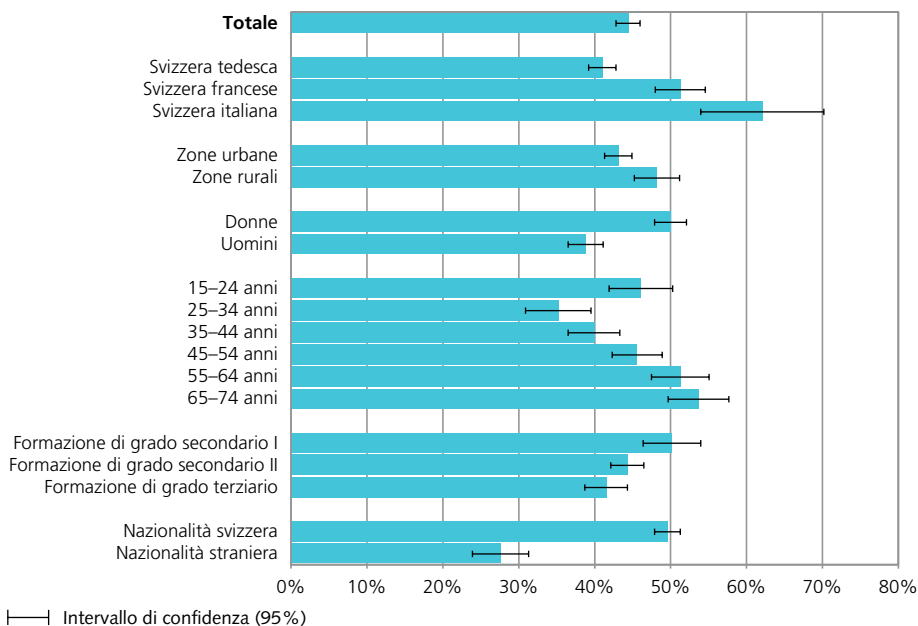
Inversamente, il 42% delle persone che non consumano mai o non solo prodotti bio ha dichiarato di evitarli a causa del loro prezzo e il 28% ha addotto la mancanza di offerta, secondo motivo citato più spesso.

Riconoscere i cambiamenti

Al momento la rilevazione viene ripetuta non da ultimo per sapere se e in che misura la percezione della qualità dell'ambiente sia cambiata dal 2011 a questa parte. Le circa 3000 interviste telefoniche saranno anche in questo caso garanzia di risultati statisticamente rappresentativi. Le persone intervistate, scelte secondo il principio della casualità, hanno tra i 15 e i 74 anni.

Inquinamento ambientale considerato come problema in Svizzera, 2011

Percentuale di popolazione che considera l'inquinamento ambientale un problema molto o abbastanza grande in Svizzera



Fonte: UST – Omnibus 2011: Indagine multitematica sulla vita in Svizzera

© UST, Neuchâtel 2015

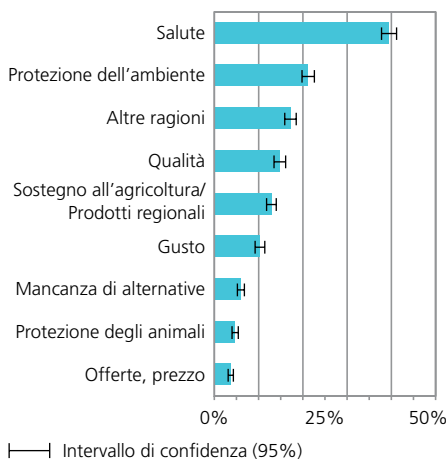
Oltre che sulla percezione della qualità dell'ambiente e dell'impatto di specifiche condizioni ambientali nei dintorni di casa, l'intervista verterà anche stavolta sul comportamento della popolazione rispetto all'ambiente e le sue ragioni, su quanto sia informata dei temi riguardanti l'ambiente, su come valuti i rischi deri-

vanti dalle tecnologie e sui cambiamenti ambientali. Secondo le previsioni i primi risultati della rilevazione 2015 saranno disponibili all'inizio del 2016.

Laurent Zecha è collaboratore scientifico della Sezione Ambiente, sviluppo sostenibile, territorio, UST

Ragioni per il consumo di alimenti di produzione biologica, 2011

In percentuale delle persone che consumano alimenti di produzione biologica (risposta multipla consentita)



Fonte: UST – Omnibus 2011

© UST, Neuchâtel 2015

1 Rilevazione Omnibus 2011 sulla «percezione della qualità dell'ambiente e comportamento ambientale». Le rilevazioni Omnibus sono indagini multitematiche che fanno parte del nuovo censimento della popolazione dell'UST.

La «chimica» dei costi e del finanziamento del sistema sanitario

Le spese sanitarie in Svizzera, proprio come un composto chimico costituito da vari elementi, sono il risultato di vari fattori e quindi non possono essere esaminate attraverso un'unica rilevazione bensì combinando diverse fonti di dati. La statistica *Costi e finanziamento del sistema sanitario* fornisce informazioni sui complessi flussi finanziari, produttivi e di consumo di beni e servizi del sistema sanitario. Michael Lindner e Ulrich Wagner

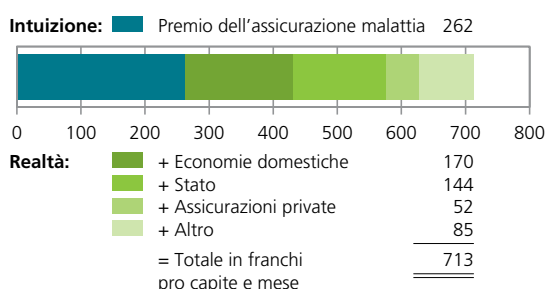
Il paragone tra dati statistici grezzi ed elementi chimici non è azzardato se si considera che entrambi non sono utilizzabili direttamente. Per esserlo occorre dapprima elaborarli. La statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario, realizzata dall'UST, è una statistica di sintesi che attinge a varie fonti di dati.

Una statistica di sintesi ha molte analogie con la chimica di sintesi, ad esempio con la produzione di concimi artificiali in laboratorio o su scala industriale. Tale produzione consiste nel creare, attraverso un processo complesso in cui sono utilizzati come reagenti l'azoto e l'idrogeno, un composto nuovo a se stante, ovvero l'ammoniaca, con cui si fabbrica il nitrato di ammonio. I concimi sintetici da essa derivati hanno permesso, all'inizio del XX secolo, di incrementare la produzione agricola in modo considerevole.¹

Monitoraggio dei flussi di finanziamento

La statistica di sintesi *Costi e finanziamento del sistema sanitario* non risolve certo il problema del sotto approvvigionamento alimentare, ma dal 1985 offre importanti informazioni per evitare il problema opposto, ovvero l'offerta eccedentaria del sistema sanitario, che implica il consumo incontrollato di risorse prevalentemente monetarie. In

Finanziamento del sistema sanitario, 2013



Fonte: Calcolo proprio

© UST, Neuchâtel 2015

Svizzera la collettività è ancora ampiamente disposta a pagare per un sistema sanitario di qualità, ma l'elevata pressione che i crescenti costi della salute esercitano sull'economia nazionale richiede il monitoraggio preciso dei flussi di finanziamento. Se poi il sistema sanitario svizzero sia «troppo caro» è un aspetto che può essere stabilito unicamente paragonando i costi della sanità con quelli di altri Paesi OCSE che abbiano un sistema sanitario altrettanto efficiente. Anche per questo genere di paragoni, nel rispetto delle prescrizioni internazionali, è la statistica di sintesi *Costi e finanziamento del sistema sanitario* a fornire la base di dati cui riferirsi.

La statistica crea chiarezza

La statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario contribuisce a fugare malintesi: intuitivamente, gli abitanti della Svizzera percepiscono soprattutto l'onere finanziario del premio dell'assicurazione malattia, che nel 2013 ammontava mediamente a 262 franchi al mese pro capite.

A questo premio vanno però aggiunti anche il contributo di 144 franchi al mese pro capite da parte dello Stato, 170 franchi pagati dalle economie domestiche (quota parte, franchigia, ecc.), 52 franchi versati dalle assicurazioni private e 85 franchi da altri finanziatori², di modo che la cifra di 262 franchi percepita intuitivamente corrisponde in realtà a 713 franchi.

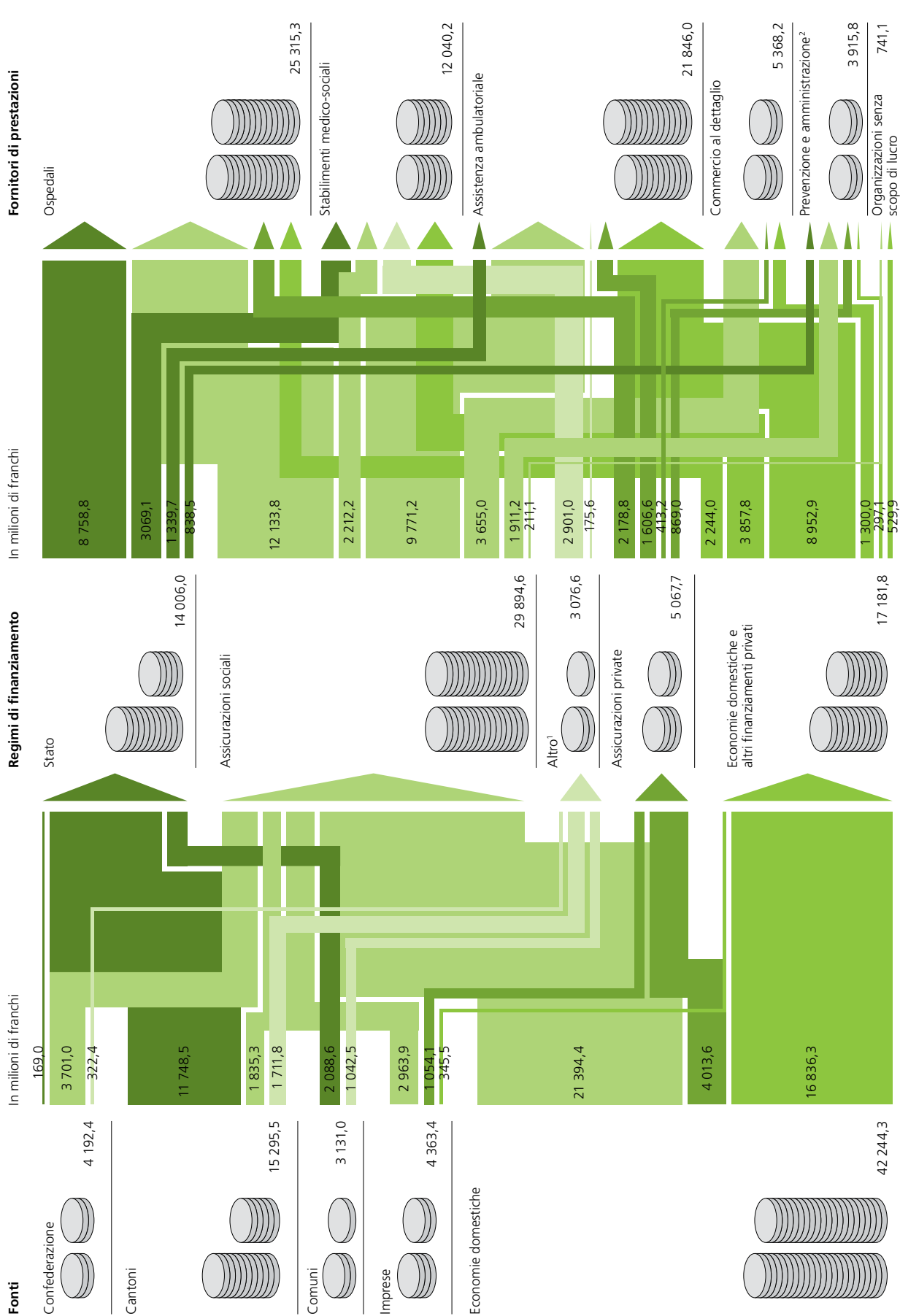
Prodotto finale semplice, processo complesso

Il prodotto finale, ovvero le spese complessive del sistema sanitario, sono generate, come avviene per la produzione del concime azotato, nel corso di un processo complesso. La statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario, infatti, ha tre dimensioni (fornitori di prestazioni, categorie di prestazioni e finanziamento) e fino a 12'000 combinazioni possibili. I principi che sottendono il modello

¹ Il processo Haber-Bosch, che ha preso il nome dai chimici Fritz Haber e Carl Bosch, che lavorava per la BASF, applicato all'agricoltura ha di fatto contribuito a nutrire miliardi di esseri umani.

² Prestazioni complementari all'AVS e all'AI, assistenza alle persone anziane e alle cure, finanziamento da parte di fondazioni

Costi e finanziamento del sistema sanitario 2013



1 Prestazioni complementari AVS; AI; assistenza alle persone anziane e alle cure, regolata a livello cantonale

2 Stato e assicuratori

Fonte: UST – Statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario

	Finanziamento		Totale
	Assicurazione malattie	Altre fonti di finanziamento	
Fornitori di prestazioni			
Fornitori di servizi stazionari ¹	12,1	25,3	37,4
Fornitori di servizi ambulatoriali, amministrazione inclusa	13,3	18,5	31,9
Totale	25,4	43,8	69,2

¹ Strutture che prevedono il pernottamento di pazienti o utenti

Fonte: UST – Statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario (2013)

© UST, Neuchâtel 2015

possono essere illustrati (di seguito a mezzo di cifre reali) facendo appello a due sole dimensioni che danno adito a quattro combinazioni. In forma molto semplificata il prodotto finale potrebbe presentarsi così (dati in miliardi di franchi, 2013). L'esempio succitato, seppur semplificato, fornisce un quadro completo. La statistica sarebbe persino completa anche se avesse una sola variabile di output, ovvero:

Costi della salute in Svizzera nel 2013	69,2
--	-------------

Questa variabile di output risponde da sola al bisogno di informazioni sui costi della salute. Infatti da quest'unica variabile si possono desumere il rapporto tra costi del sistema sanitario e prodotto interno lordo (10,9%) e le spese pro capite e mese (713 franchi).

Compiti principali necessari e significativi

Per ottenere dati affidabili per questo prodotto statistico, devono essere soddisfatte tre condizioni relative al sistema sanitario:

1. Bisogna chiedersi e quindi definire quali istituti, prestazioni e prodotti rientrino nel sistema sanitario e quali no. Nel caso delle cliniche dentarie universitarie, ad esempio, si considera che le loro prestazioni rientrino nell'assistenza sanitaria, mentre alcuni settori di questi istituti d'insegnamento possono non essere considerati parte integrante dell'assistenza sanitaria.³
2. La classificazione suddivide il sistema sanitario in fornitori di prestazioni diretti e fornitori indiretti. Per operare la classificazione la statistica si rifa principalmente alle prescrizioni internazionali, che suggeriscono un approccio quanto meno tridimensionale e che propongono una ripartizione sistematica delle categorie. Poiché la Svizzera e altri Paesi utilizzano il manuale intitolato *Systems of Health Accounts*, edito da OCSE, OMS ed Eurostat, si possono senz'altro fare confronti internazionali.⁴
3. L'attribuzione delle voci di dati a categorie della classificazione determina quali voci possono essere attribuite alle singole categorie. In questo

caso, ad esempio, sorge la domanda se l'assicurazione malattia debba considerare la franchigia e le quote parte come finanziamento o meno.⁵

Occorre saper intuire le correlazioni

Quando sono stati chiariti i punti precedenti, è il momento di scegliere la fonte di dati e/o il metodo di rilevazione di più immediata disponibilità. È un compito che richiede molta creatività, la capacità di intuire le correlazioni e dimestichezza con i ferri del mestiere, ma anche una sensibilità per i problemi di metodo. Un esempio: per ripartire le spese delle assicurazioni private per gruppi di fornitori di prestazioni non sono disponibili dati riguardanti la Svizzera, ma esistono quelli del Liechtenstein. In queste circostanze, siccome i mercati delle assicurazioni in Svizzera e nel Liechtenstein sono strutturati in modo simile, può eventualmente essere meglio stimare i dati per la Svizzera attraverso quelli del Liechtenstein anziché ricorrere a una ripartizione in percentuali vecchia di 15 anni.⁶

Per analogia con il processo Haber-Bosch, si può osservare il catalizzatore a base di ferro, che pur essendo un elemento essenziale del processo, genera pochi costi.

Una statistica di sintesi mette a disposizione informazioni variegiate inerenti ad argomenti importanti lasciando tuttavia ampio margine di manovra nel modo di produrre e interpretare le informazioni in merito alla circoscrizione del sistema sanitario, alla classificazione, all'attribuzione delle voci di dati alle varie categorie nonché alla scelta delle fonti di dati e dei metodi. Come in laboratorio, i singoli elementi vanno accuratamente combinati tra loro per raggiungere un risultato pertinente dal punto di vista della politica sanitaria.

Michael Lindner è capoprogetto della statistica di sintesi *Costi e finanziamento del sistema sanitario* presso la Sezione Salute, UST

Ulrich Wagner è responsabile del settore Economia sanitaria e diffusione all'interno della Sezione Salute, UST

3

Analogie con la chimica di sintesi: Quali sostanze partecipano alla reazione complessiva? Analogamente, nel processo Haber-Bosch vengono usati come reagenti i tre elementi principali acqua, gas naturale e azoto (dell'aria), ma non il catalizzatore a base di ferro che è impiegato nella reazione.

4

Analogie con la chimica di sintesi: in quali processi parziali si suddivide il processo e che prodotto bisogna ottenere in ognuna delle fasi? Tanto per mantenere l'analogia con la chimica, anche nel processo Haber-Bosch si possono definire varie tappe, vale a dire da una parte la preproduzione di idrogeno attraverso una reazione di reforming con vapore, dall'altra la sintesi dell'ammoniaca in senso stretto, seguita dalle altre fasi della sintesi per ottenere il concime a base di nitrato di ammonio.

5

Analogie con la chimica di sintesi: quali sostanze partecipano a ogni fase della reazione? Tornando all'analogia, anche nell'esempio Haber-Bosch non tutti i prodotti vengono impiegati in tutte le fasi: l'azoto, uno dei prodotti reagenti, ad esempio, non interviene ancora al momento della preparazione dell'idrogeno.

6

Analogie con la chimica di sintesi: come avviamo la reazione chimica?

Una visione d'insieme grazie al rapporto nazionale sulla salute 2015

In Svizzera la copertura sanitaria della popolazione è solitamente di competenza dei Cantoni. Tuttavia le sfide in atto nel settore sanitario, tra cui il diffondersi delle malattie croniche, richiedono un migliore coordinamento delle informazioni. L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) promuove i contatti intercantonali. Monika Diebold

Le informazioni sulla salute della popolazione svizzera vengono raccolte e valutate in vari centri. Tuttavia manca spesso una visione d'insieme volta a raccogliere e analizzare questi dati a livello intercantonale. Questo ha spinto l'Osservatorio svizzero della salute a pubblicare il terzo rapporto nazionale sulla salute, dopo quelli del 1993 e del 2008. Il rapporto offre una panoramica completa della salute in Svizzera quale base per i futuri sviluppi del sistema sanitario.

Le malattie croniche al centro dell'attenzione

Il rapporto nazionale sulla salute mira tra le altre cose a rendere accessibili a tutti e a spiegare i dati relativi alla salute, in modo da individuare i possibili sviluppi per il futuro. Il rapporto, disponibile gratuitamente in forma elettronica al sito www.gesundheitsbericht.ch è suddiviso in due parti. La prima comprende vari schemi e tabelle ed è dedicata a diversi aspetti legati alla salute, dall'infanzia all'età più avanzata. Questa parte, che offre una panoramica della situazione in materia di salute in Svizzera, può essere usata come opera di riferimento anche dal punto di vista lessicale. La seconda parte è dedicata alla tematica delle *malattie croniche*. Quattro rapporti specializzati commissionati ad hoc confortano le conclusioni del libro presentando i risultati di studi scientifici. Oltre a presentare la diffusione, le varie forme, i fattori di rischio e le possibilità di presa a carico delle malattie croniche, il testo spiega anche le conseguenze di tali malattie per

l'economia. Un'attenzione particolare è dedicata alle esigenze e alle risorse vitali degli ammalati cronici.

La salute è di competenza di Confederazione e Cantoni

In Svizzera gran parte della responsabilità in materia sanitaria spetta ai Cantoni, anche se l'assicurazione malattie è stata istituita a livello nazionale. Per poter affrontare meglio le sfide in materia di salute è assolutamente indispensabile che Confederazione e Cantoni collaborino strettamente. Dal 2003 esiste pertanto un *Dialogo nazionale in materia di politica sanitaria* istituzionalizzato. Il consigliere federale responsabile – attualmente Alain Berset – incontra varie volte all'anno direttrici e dei direttori cantonali della sanità al fine di coordinare un procedimento comune.

L'Obsan è stato fondato nel 2001 nell'ambito dei lavori preliminari al dialogo con il compito di coadiuvare gli organi del settore sanitario di Confederazione e Cantoni producendo analisi e rapporti per la preparazione delle decisioni. Dispone di un mandato di prestazioni conferitogli dalla Confederazione e dai Cantoni.

Riflettori puntati sulla salute. Le risposte dell'Obsan

I principali compiti dei quasi 20 collaboratori dell'Obsan consistono nel formulare i quesiti rilevanti per le autorità attive in campo sanitario, di ricercare le migliori fonti di dati e di analizzarle. L'Obsan si occupa di vari temi nel campo della salute: *salute della popolazione, costi e*

finanziamento del sistema sanitario, invecchiamento della popolazione, ricorso alle prestazioni sanitarie, professioni mediche, strutture sanitarie e salute psichica.

Oltre ai rapporti sulla salute nazionali e cantonali, l'Obsan pubblica un web monitoring che presenta sulle sue pagine web www.obsan.ch indicatori in forma grafica sui principali temi relativi alla salute. Nelle analisi e nei rapporti l'Obsan tratta i temi più scottanti dell'attuale politica sanitaria: dove si presenterà una carenza di personale in futuro? Quante persone avranno bisogno nei prossimi anni dei servizi di un ospedale o di una casa di cura? Si può risparmiare sui costi dei medicinali? Le persone che soffrono di malattie psichiche in Svizzera sono trattate in maniera sufficiente e adeguata? L'Obsan partecipa anche a studi comparativi a livello internazionale. I rapporti dell'Obsan sono accessibili al pubblico e possono essere scaricati gratuitamente dal sito web.

Ulteriori informazioni:

Rapporto nazionale sulla salute 2015:

www.gesundheitsbericht.ch

Osservatorio svizzero della salute: www.obsan.ch

Dialogo nazionale in materia di politica sanitaria:

www.nationalegesundheitsbericht.ch

Monika Diebold è la responsabile dell'Osservatorio svizzero della salute

Impressum

Editore: Ufficio federale di statistica (UST), Neuchâtel,
www.statistica.admin.ch

Redazione: Cornelia Neubacher e Marius Widmer,
Divisione Comunicazione, UST

Informazioni: Divisione Comunicazione, UST,
tel. 058 463 60 13, kom@bfs.admin.ch

Autori: Monika Diebold, Katharina Fehst, Sabina Helfer,
Christoph Junker, Martine Kaeser, Ralph Krieger,
Renaud Lieberherr, Michael Lindner, Jean-François Marquis,
Caroline Schnellmann, Marco Storni, Georges-Simon Ulrich,
Ulrich Wagner, Mirella Wepf e Laurent Zecha

Concezione del layout: Netthoevel & Gaberthüel, Bienne

Grafica/layout: Sezione DIAM, Prepress/Print, UST

Fotografia: Franz Rindlisbacher e Gerry Amstutz, Zurigo

Traduzione: Servizi linguistici, UST

Numero di ordinazione: 1215-1601 (gratuito)

ISBN: 978-3-303-00538-5

Diffusione: Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel,
tel. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch

Copyright: UST, Neuchâtel 2016

Riproduzione autorizzata dei testi e dei grafici, eccetto per
scopi commerciali, con la citazione della fonte