

Il conto sanitario 1990 del Cantone Ticino

Dipartimento
delle opere
sociali*

- Nel 1990 il Ticino ha speso per la salute 1,148 miliardi di fr., l'11,9 per cento del reddito cantonale.
- La somma pro capite ammonta a 4.006 fr., 352 fr. in più che la media svizzera del 1990 (3.654 fr.) e 409 fr. in meno che il canton Vaud, sempre nel 1990 (4.415 fr.).
- Enti pubblici e assicurazioni sociali finanziano ciascuno il 31% della spesa sanitaria, il rimanente 38% è a carico del settore privato.
- I costi degli istituti di cura rappresentano il 45,2% del totale, quelli delle cure ambulatoriali il 45,9%, le spese amministrative il 6,6% mentre l'insieme della prevenzione l'1,15%.
- La parte del settore pubblico nell'offerta di servizi in istituzione rappresenta circa il 65% del totale, ossia 339,3 milioni di fr. e l'81% nelle cure somatiche acute.
- Necessità di un aggiornamento regolare del conto sanitario per valutare l'evoluzione delle componenti dei costi e necessità di disporre di un sistema di statistiche sanitarie.

Mandato

Il mandato affidato dal Dipartimento delle opere sociali nella primavera 1991 (con scadenza 30 giugno 1992) allo speciale Gruppo di lavoro per l'elaborazione del conto sanitario del Cantone Ticino prevedeva segnatamente:

- a. la valutazione della spesa globale e delle sue componenti principali nonché dei flussi di finanziamento;
- b. la ricerca, nella misura del

possibile, di una metodologia ed una definizione delle fonti statistiche suscettibili di permettere valutazioni comparative con altri cantoni ed a livello nazionale.

- c. la predisposizione di un modello operativo di rilevazione statistica che avrebbe permesso l'aggiornamento sistematico della spesa sanitaria cantonale.

Il Gruppo di lavoro ritiene di avere assolto il mandato per quanto attiene ai punti a) e b) mentre la predisposizione di un modello operativo di rilevazione statistica

Mandato

Obiettivi dello studio

Metodologia

Limiti e raccomandazioni

Risultati principali

Bibliografia consultata

*Gruppo di lavoro

Presidente:
G. Domenighetti

F. Barazzoni
D. Beffa
A. Casabianca
C. Denti
F. Gambazzi
C. Maggini
C. Marazza
S. Realini
C. Vaucher
E. Venturelli

(punto c. del mandato) non è pensabile senza un investimento supplementare in organizzazione, mezzi e risorse umane e tecniche secondo quanto descritto al capitolo 4 di questo rapporto.

Obiettivi dello studio

L'obiettivo primario dell'esercizio era quello di quantificare in termini monetari la spesa 1990 del settore sanitario per la società. E questa la prima valutazione a livello ticinese e la seconda effettuata a livello svizzero (Canton Vaud per l'anno 1989). Si tratta, ed è bene sottolinearlo subito, di una stima poiché le lacune statistiche e informative, in particolare per quanto attiene al settore privato e a quello delle Casse Malati in generale, erano importanti. Si è pertanto dovuto supplire a tali carenze mediante stime ed estrapolazioni come descritto nella parte metodologica e nell'allegato statistico. Va comunque osservato che le fonti attendibili di informazione erano più numerose nel cantone Ticino rispetto a quelle del Canton Vaud che per primo ha effettuato, per l'anno 1989, un identico esercizio.

Il secondo obiettivo perseguito era quello di illustrare nella forma più trasparente e sintetica possibile i flussi di produzione, di consumo e di finanziamento dei beni e servizi per il mantenimento e il ristabilimento della salute e per la cura della malattia.

Il terzo obiettivo riguardava l'elaborazione di statistiche economiche e finanziarie del settore sanitario e più precisamente la dispo-

nibilità di serie cronologiche che riflettono l'evoluzione strutturale nel tempo, permettendo così l'analisi dell'efficacia economica.

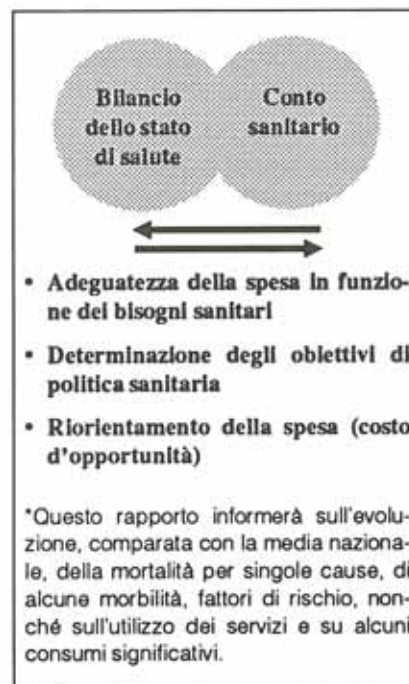
La messa in relazione dei dati economici con quelli relativi alla morbilità, alla mortalità, alla produzione ed ai consumi di prestazioni e di cure rappresentava il quarto obiettivo, che dovrebbe permettere diverse analisi sull'efficacia e sull'efficienza sanitaria della spesa. Queste ultime potranno essere eseguite solo in un secondo tempo sempreché sia data, da un canto, la possibilità di disporre di serie cronologiche (predisposizione di un modello operativo di rilevazione bi- o triennale della statistica economica) e, dall'altro, di disporre di una serie coerente di indicatori che permettono un'analisi dell'efficacia socio-sanitaria della spesa.

Indicatori sanitari

- **Di comportamento**
 - fattori di rischio delle malattie cronicodegenerative (malattie cardiovascolari, tumori, ecc.) e delle affezioni e dei rischi più diffusi.
- **Di consumo, di utilizzo, di produzione**
 - visite mediche, ospedalizzazioni, ricoveri, consumo di medicinali, operazioni chirurgiche, diagnosi più frequenti, durata delle degenze, ecc.)
- **Dello stato di salute**
 - bilancio dello stato di salute della popolazione (mortalità, morbilità)
- **Di offerta**
 - strutture e servizi sanitari (numero letti, attrezzature di diagnosi e di cura, ecc.)
 - operatori sanitari (medici, altri professionisti, personale sanitario curante, tecnico, ecc.)
- **Di costo e di finanziamento**
 - conto sanitario

Tra i quattro obiettivi elencati, l'ultimo è sicuramente quello più importante poiché la spesa è, all'evidenza, fatta in funzione di una produzione di salute che necessita essa pure di essere valutata. Parimenti importante sarà verificare se la spesa è orientata verso i reali bisogni sanitari della popolazione [16].

Una prima valutazione potrà essere effettuata nella primavera 1993. A quel momento sarà infatti conclusa l'elaborazione di un altro documento, il **Bilancio dello stato di salute della popolazione ticinese***.



Di tutta importanza sarà l'analisi comparata di questo bilancio di salute con il conto sanitario qui presentato al fine di una prima, anche se istantanea, valutazione dell'adeguatezza dei costi in funzione dei bisogni sanitari della popolazione.

Metodologia

Procedura

La valutazione della spesa sanitaria proposta in questo documento si ispira ad un processo di riflessione, già descritto altrove [2], che prevede i seguenti passi:

- a) delimitare con precisione il **campo delle attività sanitarie** (produzione, distribuzione, consumo di beni e servizi, ricerca, formazione, ...);
- b) stabilire una **nomenclatura di referenza** (per agenti di produzione, di finanziamento, di consumo);
- c) definire gli **aggregati** che interessano il settore sanitario (settore ospedaliero, ambulatoriale, pubblico, privato, ...);
- d) verificare le **informazioni disponibili** presso gli agenti di produzione (ospedali, servizi, ...) e di finanziamento (casse malati, assicurazioni federali, ...);
- e) esplicitare le **informazioni mancanti**, per valutare l'opportunità di dotarsi di una procedura particolare per la raccolta di questi dati, ricercando comunque sempre l'**esaustività** nella presentazione dei dati, perché estrapolazioni e stime coerenti sono più informative che "celle vuote"

Per ogni settore della nomenclatura sono state percorse le seguenti tappe:

- definizione del settore e censimento degli operatori;
- scelta dei dati da rilevare;
- inventario delle fonti di informazione, raccolta dati disponibili

ed indicazione dei dati mancanti;

- stima dei dati mancanti;
- aggregazione, elaborazione e analisi.

Definizione del settore sanitario

Come nel caso dello studio PROMES [1], la **definizione** del "campo sanitario" è relativamente estesa. Oltre al settore ospedaliero tradizionale e alle cure offerte dai medici e dagli altri operatori della salute, la definizione ritenuta comprende anche l'insieme delle case per anziani, le cure in vista del mantenimento a domicilio, le spese amministrative, pubbliche e private, la prevenzione e la formazione.

La valutazione dei flussi monetari prende in considerazione i **costi diretti** (prestazioni in natura), all'esclusione delle prestazioni che comprendono una perdita di reddito (indennità giornaliera). I **costi indiretti**, a carico di altre persone, come datori di lavoro o membri della famiglia dei pazienti non sono dunque considerati. I finanziamenti coprono i costi di gestione e di investimento (ammortamenti e interessi sul capitale investito).

La **nomenclatura dei produttori** discende da quella dello studio PROMES, anche se sotto una forma semplificata per il settore dell'ospedalizzazione (Tabella 1).

Quella dei finanziatori ricalca la nomenclatura di FREI-HILL [10].

Scelta e raccolta dei dati

All'inizio dei suoi lavori, lo speciale gruppo di lavoro si era prefissato di raccogliere un'ampia informazione per ogni tipo di pro-

dotore. Si volevano informazioni:

- sui **mezzi** (numero di operatori, risorse, capacità, ...)
- sull'**utilizzo** (consumo di fattori di produzione) e
- sulle **finanze** (struttura dei costi, redditi per fonte)

Sono apparse rapidamente le grosse lacune della statistica sanitaria attuale e gli sforzi enormi che erano necessari per colmarle, anche solo parzialmente.

Perciò il numero delle variabili richieste è stato drasticamente ridotto (da 50 a 20), consentendo sì una maggior speditezza nella raccolta dell'informazione, ma riducendo di molto le capacità di interpretazione dei risultati.

L'elaborazione di un **unico formulario** semplificato ha permesso di raccogliere dunque l'informazione minima sulle caratteristiche generali dell'istituto, sui suoi mezzi (personale, letti), sul suo uso (giornate, uscite) e dati contabili (costi, entrate, sussidi). Il limite di questo approccio sta nella poca specificità del questionario: esso pretende infatti descrivere sia l'ospedale acuto regionale, sia la piccola pensione per anziani.

Stima dei valori mancanti

Per la stima dei valori mancanti, esistevano tre differenti possibilità, che si potevano ancora combinare secondo i dati disponibili:

- uso di **fonti statistiche dirette**: a partire dai dati degli istituti pubblici è stato spesso possibile ricostruire il dettaglio dei flussi globali per i vari finanziatori (in particolare per le Casse Malati);
- **estrapolazioni e correzioni**: a

partire dai dati disponibili per una struttura o un ente di finanziamento è stato calcolato l'insieme dei costi della categoria corrispondente o dei flussi di finanziamento (è stato il caso per le prestazioni pagate ai vari prestatori d'opera dalle casse malati viste le grosse lacune statistiche esistenti nella maggior parte di questi enti assicurativi);

- **ripartizione di dati globali:** in alcuni casi, in particolare per le spese delle assicurazioni sociali federali, a partire da un dato globale svizzero (non esistendo dettagli cantone per cantone) è stato calcolato il dato cantonale corrispondente, usando come chiave di ripartizione la popolazione residente o il numero dei beneficiari.

Confronti intercantionali ed internazionali

Ci sono vari problemi da affrontare quando si intendono confrontare dati statistici provenienti da sistemi sanitari diversi.

Un primo problema riguarda la diversa **definizione** delle entità da esaminare (settore di cura, settori sociali, enti di finanziamento, produzione-consumo, redditi, costi, ...) che spesso discende dall'organizzazione amministrativa e dalle legislazioni di questi sistemi sanitari.

Un secondo problema è relativo al tipo di **dati disponibili** (dati contabili, dati fiscali, dati di gestione, utilizzo dei servizi, clientela, ...) che, di solito, sono rilevati per scopi molto diversi da quello di un conto sanitario e non sono quasi mai archiviati in modo uniforme e standardizzato da un settore all'altro, da una struttura al-

l'altra.

Un terzo problema concerne la **coerenza di dati** che provengono da fonti diverse (fisco, casse malati, strutture, clienti, produttori, amministrazioni, ...) e coprono, magari, periodi diversi (anno fiscale, anno contabile, stagione, ...).

Ad esempio, mentre le strutture sanitarie registrano gli importi loro dovuti dalle Casse malati durante l'anno di esercizio, queste ultime indicano gli importi versati (ma dovuti anche in anni precedenti). Queste difficoltà non sono facili da superare e vanno dunque tenute in debito conto ogni qualvolta si operano confronti.

Limiti e raccomandazioni

Limiti relativi alla procedura generale

L'elaborazione del conto sanitario cantonale ha chiaramente evidenziato che la **quantità e la qualità dei dati statistici** di base concernenti il settore sanitario **sono insufficienti**, mentre si tratta di informazioni essenziali, non solo per le amministrazioni sanitarie, ma anche per tutti gli agenti del settore e per l'autorità politica chiamata a fare le scelte di fondo in campo sanitario.

Occorre pertanto favorire l'istituzione di un sistema coerente e integrato di informazione sanitaria, che permetta di colmare le attuali lacune statistiche e di effettuare confronti intercantionali significativi.

Si tratta in pratica di dare applicazione all'art. 3 lett 1) della nuova legge sanitaria.

Limiti concernenti la definizione del settore sanitario

E' solo attraverso l'elaborazione di nomenclature che si possono precisare i confini del settore "sanitario". Attualmente, solo le nomenclature dei produttori e dei finanziatori sono state affrontate. I criteri di appartenenza al "campo sanitario" sono stati definiti empiricamente e verificati, di volta in volta, con gli uffici interessati.

Nell'elaborazione delle nomenclature, occorrerà:

- *estendere le nomenclature attuali a quelle delle attività e dei beneficiari;*
- *valutare la pertinenza dei criteri d'inclusione finora utilizzati, in modo da garantire la comparabilità nel tempo e con altre regioni (Cantoni). A questo proposito, sarà opportuno sollecitare la collaborazione degli altri Cantoni e della Confederazione per facilitare l'elaborazione di conti sanitari cantonali e nazionali, tra loro compatibili;*
- *procedere regolarmente alla revisione delle nomenclature per migliorare l'omogeneità delle diverse categorie.*

Occorrerà inoltre creare banche dati relative agli operatori sanitari, legate alle autorizzazioni a praticare e a gestire strutture, che siano sempre aggiornate e facilmente accessibili.

Limiti concernenti la definizione e la raccolta di dati statistici

Vista la molteplicità e l'incompletezza delle fonti:

bisogna allestire una lista di fonti d'informazioni utili. Ogni detentore d'informazione dovrebbe documentare i dati raccolti (dati disponibili e definizioni, popolazione o campione, raccolta regolare o saltuaria, lacune, affidabilità, validità). Per valutarne la validità sarà necessario poter confrontare i dati provenienti da fonti diverse.

Inoltre, le assicurazioni sociali, in particolare le Casse Malati, dovrebbero indicare, per tutte le forme di assicurazione (obbligatoria, facoltativa, complementare, ecc.) i destinatari dei pagamenti nonché gli importi versati annualmente. Queste informazioni dovrebbero essere disponibili anche per gli assicurati ticinesi curati fuori Cantone.

Infine gli istituti di cura dovranno precisare i loro incassi per fonti di finanziamento (casse malati, assicurazioni, LAINF, AI, ecc.) e in modo standardizzato, sul modello di quanto già esiste per l'Ente Ospedaliero Cantonale.

Raccomandazioni dell'Ufficio cantonale di statistica (UCS)

L'allestimento del conto sanitario 1990 da parte dell'apposito gruppo di lavoro (contabilità sanitaria cantonale) permette per la prima volta di avere un'idea dell'ordine di grandezza dei costi della salute in Ticino, delle principali componenti di costo e delle fonti di finanziamento.

Allo stato attuale la contabilità sanitaria, pur avendo un indiscutibile valore statistico, necessiterebbe ancora numerosi approfondimenti.

- Infatti, il suo allestimento ha richiesto la realizzazione di appositi rilevamenti, in tempi brevi, per cui la qualità del risultato per certe categorie di costi ne ha risentito: si pensa in particolare ai dati contabili degli istituti privati, alla cifra d'affari degli studi medici, dei dentisti, dei fisioterapisti e delle farmacie.
- Inoltre, laddove le scadenze non permettevano rilevamenti esaurienti, si è proceduto a delle stime.
- Infine, in taluni casi, si è rinunciato a quantificare l'ammontare di determinati costi. La lacuna principale riguarda i costi per prestazioni fuori cantone per la cui valutazione non si disponevano di elementi statisticamente accettabili da parte delle Casse Ammalati.

Anche se, come detto, il conto sanitario riveste di per sé un grande interesse, esso diventerà vera informazione solo se sarà confrontabile con situazioni analoghe (altri cantoni ad esempio), se l'esercizio si prolungherà nel tempo permettendo di individuare delle tendenze (il conto

va quindi aggiornato), se determinate grandezze potranno essere trasformate in indicatori (costo per persona, per letto, per istituto), se il conto economico potrà essere analizzato in relazione ad indicatori di morbilità, mortalità, consumi, ecc. Per poter far questo in modo scientifico e mettere a disposizione degli operatori del settore e dei politici uno strumento di analisi e di presa di decisione affidabile, occorre creare le premesse per una raccolta sistematica e coerente dell'informazione statistica.

La realizzazione del conto sanitario ha infatti mostrato le grosse lacune esistenti nel campo delle statistiche sanitarie. Il problema non è però solo ticinese bensì nazionale. Anche a livello federale l'interesse per una quantificazione dei principali aspetti del settore sanitario è nato solo in questi ultimi anni.

Necessità di una riorganizzazione del sistema d'informazione sanitario nel cantone Ticino

Sulla base di quanto è stato fatto a livello federale e nei cantoni ove la riflessione sull'argomento è più avanzata (Vaud, in particolare), non è pensabile affidare a un solo organismo il compito di concepire e realizzare un sistema d'informazione sanitario. L'informazione statistica in campo sanitario interessa infatti molti enti, direttamente o indirettamente coinvolti nel campo sanitario. Affinché meriti la fiducia dei vari utilizzatori, essa deve rispondere a esigenze elevate che non può soddisfare se non seguendo uno sviluppo metodico basato su un programma globale, applicando tecniche rigorose e utilizzando un'organizzazione efficace.

Per assicurare uno sviluppo coerente e efficace della statistica sanitaria secondo quanto sopra enunciato, diventano primordiali i compiti di coordinamento, d'organizzazione e di sviluppo (in funzione di un preciso programma statistico). Per questo motivo si propone di prevedere la costituzione di una **Commissione cantonale della statistica sanitaria** nonché di definire il ruolo dell'Ufficio cantonale di statistica nell'ambito di questa Commissione.

I ruoli della commissione dovrebbero essere i seguenti:

- riunire i vari "partners" del settore sanitario
- definire i campi della statistica sanitaria
- fissare delle linee direttive e delle priorità dei bisogni d'informazione
- assicurare la realizzazione degli obiettivi

La commissione dovrebbe riunire rappresentanti dei vari ambienti che operano nel settore sanitario, sia si tratti di utilizzatori sia di produttori di dati: responsabili della politica sanitaria, finanziatori, professionisti del settore ospedaliero e ambulatoriali sia pubblico che privato, formatori, ecc.

Il ruolo dell'Ufficio cantonale di statistica

Secondo il Decreto legislativo che istituisce l'ufficio, uno dei ruoli dell'UCS è quello di centralizzare la produzione della statistica ufficiale, cioè dell'informazione statistica di interesse generale, che serve all'analisi della realtà economica e sociale ticinese.

Un campo così vasto ed eterogeneo e

che incide in modo importante sul reddito cantonale come quello delle statistiche sanitarie dovrebbe figurare nel sistema di informazione statistica dell'UCS.

I vantaggi di una centralizzazione della produzione di base in un ufficio come il nostro sono molteplici. Ne citiamo alcuni:

- l'ufficio ha una visione globale della statistica cantonale e federale, può quindi curarne i necessari coordinamenti;
- la metodologia utilizzata, i mezzi tecnici impiegati, l'esperienza nel campo della produzione statistica favoriscono determinate economie di scala;
- la protezione dei dati, della sfera privata come pure il segreto statistico sono garantiti;
- inoltre l'UCS si occupa già attualmente della raccolta e della gestione di dati statistici che interessano il settore sanitario. Pensiamo, ad esempio, ai dati sulle cause di morte, sulle nascite, ai rilevamenti federali della popolazione e delle aziende. Dispone inoltre del collegamento alla banca dati federale STATINF che permette, tra l'altro, la memorizzazione, la visualizzazione e l'analisi degli indicatori sulla salute del progetto PROMES-IGIP [1]
- essendo a conoscenza, o addirittura promuovendo, progetti di più ampio respiro l'UCS può collegarli con le esigenze specifiche dell'informazione in campo sanitario. Pensiamo in questo caso alla probabile prossima realizzazione di una banca dati sulla popolazione cantonale, dalla quale si potrebbero ricavare i dati sulle professioni sanitarie, costantemente aggiornati. Oppure al progetto di un censimento permanente delle aziende che includerà ovviamente anche le

unità sanitarie (studi medici, cliniche, ecc.).

Per questi motivi, se si condivide la necessità di un aggiornamento sistematico del conto sanitario e la creazione di una statistica sanitaria cantonale, pensiamo sia compito dell'UCS occuparsi, secondo le direttive della Commissione, di raccogliere, elaborare, conservare e diffondere, in funzione delle esigenze degli utilizzatori (politici, amministratori, ricercatori, enti privati, scuole, ecc.) anche questo tipo di informazione. **L'UCS andrebbe di conseguenza potenziato mediante la creazione, al suo interno, di un'Unità delle statistiche sanitarie.**

Le esigenze più urgenti

La creazione di un sistema cantonale di statistiche sanitarie richiederà ovviamente tempi lunghi e implicherà il coinvolgimento di numerosi specialisti del settore. Ciononostante i bisogni di informazione sono tali che ci sembra inevitabile iniziare la raccolta sistematica di determinate informazioni al più presto, senza cioè attendere la realizzazione di un concetto globale. L'allestimento del conto sanitario ha infatti permesso di individuare una prima serie di campi di intervento urgenti.

- Va innanzitutto istituita una banca, unica, di dati sul personale operante nel settore sanitario. Si tratta di una premessa indispensabile per effettuare qualsiasi analisi sia delle cure, sia dei costi e dell'efficienza del settore. Oggigiorno queste informazioni mancano. Esistono in effetti vari archivi di dati, incompleti, sovente non aggiornati, talvolta con dati errati. Questa banca dati andrà successivamente integrata con quella, più

vasta, cantonale, quando il progetto "Movimento della popolazione" verrà realizzato.

- Parallelamente dovrà pure essere realizzato, su supporto magnetico, un catalogo completo delle istituzioni sanitarie pubbliche e private. Il catalogo dovrà contenere tutta una serie di indicazioni che permetteranno di caratterizzare ciascun istituto, le sue prestazioni, i suoi costi. In particolare per gli enti privati si dovrà preparare un modulo completo, da aggiornare annualmente, con tutte le informazioni che la legge sanitaria consente di raccogliere.

Pensiamo che le difficoltà che si incontrano attualmente nella raccolta di queste informazioni presso gli enti privati siano da attribuire all'irregolarità e all'eterogeneità dei rilevamenti finora effettuati. Si tratterà di abituare questi enti a fornire regolarmente lo stesso tipo di informazione, permettendo loro di organizzarsi di conseguenza.

- Si dovrebbe inoltre disporre, sempre su supporto magnetico, dei dati relativi alle assicurazioni e alle principali casse malati. L'analisi di questi dati dovrebbe fornire indicazioni utilissime sia per quanto concerne il consumo di prestazioni (secondo l'età, il sesso, le regioni), sia per valutare i costi, ivi compreso quello delle prestazioni fuori cantone, tuttora sconosciuto.

Il rilevamento della cifra d'affari dei medici, dei dentisti, dei fisioterapisti e delle farmacie ha permesso di prendere coscienza dell'eterogeneità delle situazioni in funzione dell'età, della regione o della dimensione dello studio nonché, per i medici, della specializzazione. Ciò impedirà probabilmente di adottare, in futuro, il

sistema del campionamento per aggiornare questa posizione del conto sanitario. La ripetizione di questo rilevamento richiede un miglioramento del sistema di raccolta dati in modo che l'ACC possa trasmetterli nella forma più idonea, completi, anche se anonimizzati. Accordi in tal senso andrebbero presi, al più presto, con la direzione dell'ACC in modo da prevedere una raccolta sistematica di queste informazioni.

Conclusioni

La creazione di un sistema d'informazione sulla sanità è un'esigenza recente, sentita in particolare nei cantoni economicamente più avanzati e legata all'esplosione dei costi della salute. Il Ticino dovrebbe dotarsi di un simile strumento di analisi tenuto conto che l'ammontare delle spese per la salute è stato valutato, per il 1990, corrispondere a circa il 12 % del reddito cantonale lordo.

I contenuti di una statistica sanitaria sono molteplici e noti. Essi possono essere riassunti nelle due grosse aree seguenti;

- a. la valutazione dello stato di salute o di morbilità di una popolazione (epidemiologia degli eventi sanitari) e dei fattori che determinano queste situazioni (epidemiologia dei fattori di rischio);
- b. la valutazione dei mezzi e delle risorse di cui una società si dota per mantenere e preservare (prevenzione) lo stato di salute, curare gli stati di morbilità e recuperare (riabilitazione) lo stato di salute là ove è ancora possibile; questi mezzi si valutano in personale, attrezzature e istituti, attività e costi sanitari.

Risultati principali

In sintesi

Tenendo presenti i già citati limiti metodologici e i "rischi" associati ai confronti tra dati statistici provenienti da sistemi sanitari diversi, considerati inoltre i diversi periodi di rilevamento (1990 per il Ticino, 1989 per il Canton Vaud e la Svizzera), si possono così riassumere i dati principali dello studio.

La spesa sanitaria in Ticino è stata stimata nel 1990 a **1.148 miliardi** di franchi, il che rappresenta l'**11.9%** del reddito cantonale (1989: VD= 12.1%; CH= 9.5% del reddito nazionale). Essa corrisponde a **fr. 4'006.--** per abitante (1989: VD=fr. 4'237.--; CH=fr. 3'507.--). La differenza con la media nazionale - di franchi 352.-- se si tiene conto del rincaro del 4.2% per l'intero settore sanitario¹ - è spiegata per 60% circa dalla spesa per la medicina ambulatoriale sommata a quella per la farmacia² (1990: TI= fr. 1136.--; 1989: CH= fr. 909.--; 1990 (indicizzato 2%): CH= fr. 927.--). Va tuttavia osservato che nel conto svizzero sembrano sottostimati o assenti alcuni costi, segnatamente quelli per la formazione, le cure a domicilio e i servizi d'intervento d'urgenza. Si rileva quindi che, viste le metodologie e soprattutto le classificazioni diverse, il confronto tra Ticino e valore medio nazionale deve essere letto con prudenza.³

Il costo del ricovero in istituti (ospedali, cliniche, case anziani, ecc.) sembra praticamente identi-

Tab. 1: Spesa sanitaria cantonale 1990

	Costo per la società	Totale costi	Totale ricavi	Assicurazioni sociali			
				Casse malati	LAINF	Ass. militare	Ass. invalidità
Istituti sanitari ospitanti	519.162.376	514.805.314	355.617.735	173.304.005	12.145.683	4.167.910	4.586.627
Ospedali	382.253.827	379.565.315	247.353.378	161.042.723	11.011.807	3.928.149	3.951.333
Ospedali di cure somatiche acute	327.067.747	326.483.569	210.732.018	144.647.335	10.780.754	3.927.689	1.904.432
Ospedali di cure somatiche croniche e geriatriche	12.062.365	11.596.882	11.894.745	6.086.505	170.741	-	272.784
Ospedali psichiatrici	43.123.715	41.484.864	24.726.615	10.308.883	60.312	460	1.774.117
Altri istituti ospitanti	136.908.549	135.239.999	108.264.357	12.261.282	1.133.876	239.761	635.294
Cliniche di convalescenza e di riabilitazione	26.039.782	25.241.869	22.775.501	7.193.705	1.133.876	239.761	448.369
Case per anziani	102.384.228	101.513.591	79.159.027	5.019.772	-	-	-
Istituti medico-sociali misti	8.484.539	8.484.539	6.329.829	47.805	-	-	186.925
Istituti non-ospitanti	13.422.406	13.422.406	3.571.238	224.021	-	-	1.014.091
Centri diurni-notturni	1.207.693	1.207.693	486.299	224.021	-	-	-
Poliambulatori	-	-	-	-	-	-	-
Istituti medico-educativi	12.214.713	12.214.713	3.084.939	-	-	-	1.014.091
Cure a domicilio	13.050.641	13.050.641	3.065.690	1.182.259	-	-	-
Liberi professionisti	299.841.934	149.579.553	299.159.104	130.385.512	12.309.545	1.346.982	3.549.152
Medici	186.495.229	92.906.200	185.812.399	115.071.611	8.108.061	926.903	2.025.118
Dentisti	77.567.874	38.783.937	77.567.874	133.954	1.366.039	210.798	1.101.461
Fisioterapisti	19.541.561	9.770.781	19.541.561	13.665.756	1.635.019	205.292	320.971
Psicoterapeuti	1.895.270	947.635	1.895.270	1.137.162	-	-	101.602
Altri	14.342.000	7.171.000	14.342.000	377.029	1.200.426	3.989	-
Commercio di beni e servizi	186.147.852	138.322.493	179.746.401	100.372.081	1.299.310	447.135	3.235.107
Farmacie	139.400.000	97.580.000	139.400.000	88.000.000	1.002.701	315.493	344.063
Laboratori di analisi	19.927.373	18.732.347	17.977.691	9.814.739	-	-	48.491
Ortopedisti-audioprotesisti	2.714.649	1.900.254	2.714.649	-	296.609	-	1.669.509
Trasporti	10.786.038	10.786.038	6.334.269	2.333.342	-	-	-
Ottici	11.200.000	7.840.000	11.200.000	224.000	-	-	113.148
Altri	2.119.792	1.483.854	2.119.792	-	-	131.642	1.059.896
Prevenzione / Educazione sanitaria	13.166.357	13.012.500	2.639.344	436.446	-	-	-
Formazione	13.134.773	13.134.773	461.747	-	-	-	-
Amministrazione salute pubblica	75.739.892	75.739.892	66.004.286	32.402.631	-	-	-
Altro	15.025.558	15.025.558	15.025.558	-	-	2.578.126	12.447.432
Totale	1.148.691.789	946.093.130	925.291.103	438.306.955	25.754.538	8.540.153	24.832.409

Il conto sanitario del Canton Ticino 1990

Privati		Enti pubblici		Confederazione	Perdite	Profitti	
Diversi	Comuni	Cantone					
161.413.510	44.550.822	111.405.797		1.213.046	6.374.976	4.357.062	Istituti sanitari ospitanti
67.419.366	37.198.655	92.570.268		1.213.046	3.918.480	2.688.512	Ospedali
49.471.808	37.198.655	74.291.516		1.213.046	3.632.512	584.178	Ospedali di cure somatiche acute
5.364.715	-	-	-	-	167.620	465.483	Ospedali di cure somatiche croniche e geriatriche
12.582.843	-	18.278.752	-	-	118.348	1.638.851	Ospedali psichiatrici
93.994.144	7.352.167	18.835.529	-	-	2.456.496	1.668.550	Altri istituti ospitanti
13.759.790	16.000	2.789.606	-	-	458.675	797.913	Cliniche di convalescenza e di riabilitazione
74.139.255	7.336.167	14.542.114	-	-	1.346.920	870.637	Case per anziani
6.095.099	-	1.503.809	-	-	650.901	-	Istituti medico-sociali misti
2.333.126	441.828	9.392.449	16.891	-	-	-	Istituti non-ospitanti
262.278	346.653	357.850	16.891	-	-	-	Centri diurni-notturni
-	-	-	-	-	-	-	Poliambulatori
2.070.848	95.175	9.034.599	-	-	-	-	Istituti medico-educativi
1.883.431	5.494.665	4.383.081	107.205	-	-	-	Cure a domicilio
151.567.913	-	682.830	-	-	-	150.262.381	Liberi professionisti
59.680.706	-	682.830	-	-	-	93.589.029	Medici
74.755.622	-	-	-	-	-	38.783.937	Dentisti
3.714.523	-	-	-	-	-	9.770.780	Fisioterapisti
656.506	-	-	-	-	-	947.635	Psicoterapeuti
12.760.556	-	-	-	-	-	7.171.000	Altri
74.392.768	1.548.851	4.173.943	-	-	678.657	47.825.359	Commercio di beni e servizi
49.737.743	-	-	-	-	-	41.820.000	Farmacie
8.114.461	-	1.949.682	-	-	-	1.195.026	Laboratori di analisi
748.531	-	-	-	-	-	814.395	Ortopedisti-audioprotesisti
4.000.927	1.548.851	2.224.261	-	-	678.657	-	Trasporti
10.862.852	-	-	-	-	-	3.360.000	Ottici
928.254	-	-	-	-	-	635.938	Altri
2.202.898	1.075.160	8.140.998	1.263.947	-	46.908	153.857	Prevenzione / Educazione sanitaria
461.747	-	11.495.863	793.163	-	384.000	-	Formazione
33.601.655	6.556.000	3.179.606	-	-	-	-	Amministrazione salute pubblica
-	-	-	-	-	-	-	Altro
427.857.048	59.667.326	152.854.567	3.394.252	-	7.484.541	202.598.659	Totale

Struttura del finanziamento pro-capite (in franchi)

Fonti del finanziamento	Svizzera		Ticino 1990	Vaud	
	1989	1990 ¹		1989	1990 ¹
Enti pubblici	942	981	1.225	1.403	1.461
Cantone(i)	622	648	685	1.093	1.139
Comuni	133	139	293	64	66
Confederazione	187	194	247	246	256
Ass. sociali	1.242	1.295	1.262	1.669	1.739
Privati	1.323	1.378	1.519	1.165	1.214
Totale	3.507	3.654	4.006	4.237	4.415

¹ per il calcolo del dato 1990 è stata applicata una percentuale uniforme di rincaro del 4.2 % sui dati CH 89 e VD 89 (Indice des prix de la santé, La vie économique, vedi citazione a pagina 20)

co (1990 TI= fr. 1'811.--; 1989 CH= fr. 1'778.-- pro capite).

Rispetto al Canton Vaud la spesa sanitaria ticinese è inferiore soprattutto per quanto attiene al costo del ricovero istituzionale (1990 TI= fr. 1'811.--; 1989 VD= fr. 2'424.-- pro-capite), il che è in parte spiegato dal fatto che il Ticino non dispone di un ospedale universitario. La spesa è invece superiore per la medicina ambulatoriale sommata a quella della farmacia (1990 TI= fr. 1'136.--; 1989 VD= 995.-- pro-capite).

Complessivamente, la parte della spesa sanitaria gestita dal settore pubblico è pari al 35% (fr. 405 milioni), mentre la differenza (fr. 743.7 milioni) lo è da quello privato.

La struttura **del finanziamento per fonti** di questa spesa (Tabella) evidenzia come enti pubblici e assicurazioni sociali finanzino ciascuno il 31% della spesa sanitaria, mentre la rimanenza (38%) è carico del settore privato.

In termini nominali il finanziamento del Cantone e dei comuni corrisponde complessivamente a fr. 978.-- per abitante (1989:

CH= fr. 755.--; VD= fr. 1'157.-- pro-capite) e quello delle assicurazioni sociali a fr. 1'262.-- (1989: CH = fr. 1'242.--; VD= 1'669.-- pro-capite). Il cittadino avrà dunque totalmente finanziato la spesa sanitaria pagando, in media, fr. 1'225.-- tramite l'imposta cantonale, comunale e federale, fr. 1'262.-- tramite i contributi pagati alle assicurazioni sociali, in particolare alle casse ammalati, e la rimanenza (fr. 1'519.--) tramite esborsi diretti e contributi versati dai datori di lavoro.

La spesa sanitaria nel 1990 in Ticino**La spesa sanitaria globale**

Per il 1990, la spesa sanitaria globale è stata stimata in Ticino a **1'148,7 milioni di franchi**, pari al **11.9%** del reddito cantonale. La ripartizione tra le diverse categorie di "fornitori di prestazioni" è illustrata nella **tabella 1**.

Nel 1990, il 45.2% della spesa sanitaria è rappresentato dai costi degli istituti di cura (ospedali e case per anziani). Il 45.9% è imputabile alle cure ambulatoriali (medici, dentisti, farmacie, aiuto domiciliare,...). Il 6.6% corrispon-

de a spese amministrative delle assicurazioni e dello Stato, mentre l'1.15% riguarda i costi per la prevenzione.

La **figura 1** mette in evidenza l'importanza relativa dei vari settori di cura tra i quali spicca il settore degli istituti di cura e quello della farmacia (12% contro i 7.2% a livello nazionale, senza la profarmacia [7]).

La parte del settore **pubblico** nell'offerta di servizi in istituzione rappresenta ca il 65% del totale ossia 339.3 milioni di franchi.

La spesa sanitaria per settore di cura

La **figura 2** evidenzia il ruolo del settore delle **cure somatiche acute** (327.1 milioni di franchi, ossia il 63% dell'insieme dei costi dei ricoveri in istituzione), dove il peso dell'offerta pubblica è di 264.8 milioni di franchi (81% del totale relativo).

Dalla **figura 3** appare il ruolo preponderante dei costi della medicina ambulatoriale nell'offerta di servizi da parte dei liberi professionisti. Infatti, i medici rappresentano il 62% di questa offerta, il che corrisponde al 16.2% del totale del costo della salute in Ticino.

La **figura 4** indica l'importanza della farmacia (essenzialmente medicinali) nel commercio di beni e servizi (75% del totale relativo). La spesa cantonale per l'acquisto di prodotti farmaceutici è sicuramente superiore poiché all'importo delle medicine vendute nelle farmacie va aggiunto quello dei medicinali distribuiti negli istituti di cura (compresi nel costo dell'ospedalizzazione). Rammen-

Fig. 1: Ripartizione della spesa sanitaria per grandi settori di cura - Ticino 1990

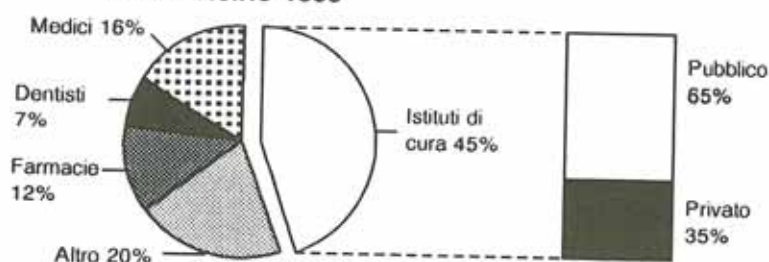


Fig. 2: Spesa sanitaria - 1990 Ospedali ed altri istituti ospitanti (519 mio fr.)

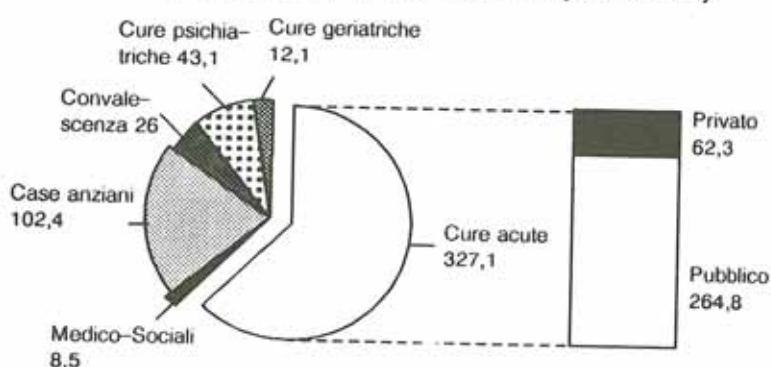


Fig. 3: Spesa sanitaria - 1990 Liberi professionisti (299,8 mio fr.)

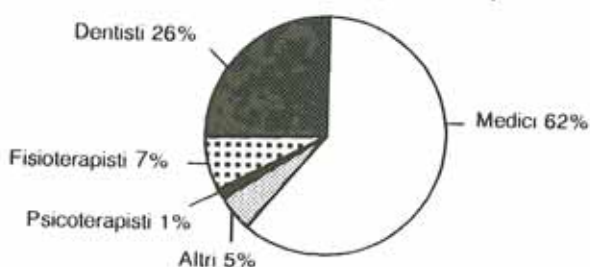
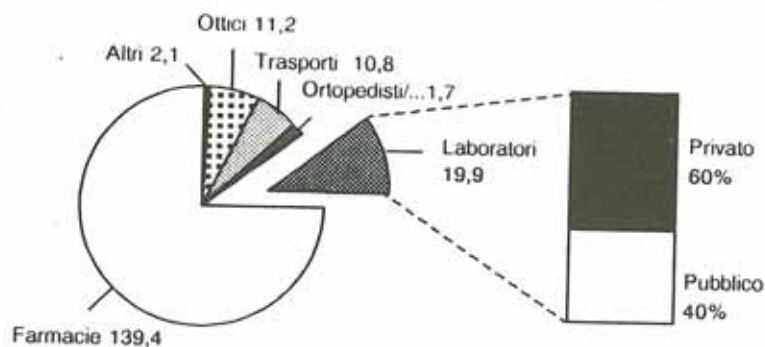


Fig. 4: Spesa sanitaria - 1990 Commercio di beni e servizi (186,1 mio fr.)



tiamo che in Ticino non esiste la **profarmacia** (distribuzione di medicinali attraverso il medico libero professionista) che rappresenta circa il 18% della vendita di medicinali in Svizzera.

Il finanziamento del settore sanitario

La **tabella 2** illustra i vari flussi di finanziamento che dagli enti finanziatori giungono ai vari settori di cura. Si può rilevare, per esempio, che il 42,1% dei mezzi a disposizione degli ospedali provengono dalle casse malati, mentre il 24,2% arriva dal Cantone.

D'altra parte, le casse malati indirizzano il 36,7% dei loro finanziamenti al settore ospedaliero, mentre il 52,6% è versato al settore dei liberi professionisti e del commercio di beni e servizi.

Il 72,9% dei versamenti del Cantone per la salute è destinato al settore degli istituti di cura, mentre il 2,9% va all'aiuto domiciliare.

Le **figure 5, 6 e 7** riassumono i dati globali del finanziamento del settore sanitario cantonale.

Si può osservare che il 38% dei costi della salute è direttamente a carico delle economie domestiche, mentre le casse malati finanziano in realtà il 26% della spesa sanitaria, una volta dedotti i contributi ricevuti dagli enti pubblici.

Il 56% del finanziamento pubblico arriva dal Cantone mentre i Comuni ne assumono il 24%.

Alcuni dati a confronto

Attraverso una elaborazione particolare dei dati forniti dal Canton Vaud [6] e dall'Ufficio federale di statistica [7] si è cercato di valutare l'importanza della spesa sanitaria in Ticino, confrontandola

Tab. 2: Fonti di finanziamento (in franchi)

	Costo sociale	Finanziamento		LAINF		Ass. militare		Ass. invalidità	
		Casse malati	%		%		%		%
<i>Fonti di finanziamento</i>									
Istituti sanitari ospitanti	519.162.376	173.304.005	39,5	12.145.683	47,2	4.167.910	48,8	4.586.627	18,5
%		33,4		2,3		0,8		0,9	
- Ospedali	382.253.827	161.042.723	36,7	11.011.807	42,8	3.928.149	46,0	3.951.333	15,9
%		42,1		2,9		1,0		1,0	
- Altri istituti ospitanti	136.908.549	12.261.282	2,8	1.133.876	4,4	239.761	2,8	635.294	2,6
%		9,0		0,8		0,2		0,5	
Istituti non-ospitanti	13.422.406	224.021	0,1	-	-	-	-	1.014.091	4,1
%		1,7		-		-		7,6	
Cure a domicilio	13.050.641	1.182.259	0,3	-	-	-	-	-	-
%		9,1		-		-		-	
Liberi professionisti	299.841.934	130.385.512	29,7	12.309.545	47,8	1.346.982	15,8	3.549.152	14,3
%		43,5		4,1		0,4		1,2	
Commercio di beni e servizi	186.147.852	100.372.081	22,9	1.299.310	5,0	447.135	5,2	3.235.107	13,0
%		53,9		0,7		0,2		1,7	
Prevenzione / educazione sanitaria	13.166.357	436.446	0,1	-	-	-	-	-	-
%		3,3		-		-		-	
Formazione	13.134.773	-	-	-	-	-	-	-	-
%		-		-		-		-	
Amministrazione salute pubblica	75.739.892	32.402.631	7,4	-	-	-	-	-	-
%		42,8		-		-		-	
Altro	15.025.558	-	-	-	-	2.578.126	30,2	12.447.432	50,1
%		-		-		17,2		82,8	
Totale	1.148.691.789	438.306.955	100,0	25.754.538	100,0	8.540.153	100,0	24.832.409	100,0

¹ La colonna privati diversi corrisponde alla somma delle colonne diversi e perdite, della tabella 1

Il conto sanitario del Canton Ticino 1990

Privati diversi ¹	%	Comuni	%	Cantone	%	Confederazione	%	Totale	
<i>Fonti di finanziamento</i>									
167.788.486	38,5	44.550.822	74,7	111.405.797	72,9	1.213.046	35,7	519.162.376	Istituti sanitari ospitanti
32,3		8,6		21,5		0,2		100,0	%
71.337.846	16,4	37.198.655	62,3	92.570.268	60,6	1.213.046	35,7	382.253.827	- Ospedali
18,7		9,7		24,2		0,3		100,0	%
96.450.640	22,2	7.352.167	12,3	18.835.529	12,3	-	-	136.908.549	- Altri istituti ospitanti
70,4		5,4		13,8		-		100,0	%
2.333.126	0,5	441.828	0,7	9.392.449	6,1	16.891	0,5	13.422.406	Istituti non-ospitanti
17,4		3,3		70,0		0,1		100,0	%
1.883.431	0,4	5.494.665	9,2	4.383.081	2,9	107.205	3,2	13.050.641	Cure a domicilio
14,4		42,1		33,6		0,8		100,0	%
151.567.913	34,8	-	-	682.830	0,4	-	-	299.841.934	Liberi professionisti
50,5		-		0,2		-		100,0	%
75.071.425	17,2	1.548.851	2,6	4.173.943	2,7	-	-	186.147.852	Commercio di beni e servizi
40,3		0,8		2,2		-		100,0	%
2.249.806	0,5	1.075.160	1,8	8.140.998	5,3	1.263.947	37,2	13.166.357	Prevenzione / educazione sanitaria
17,1		8,2		61,8		9,6		100,0	%
845.747	0,2	-	-	11.495.863	7,5	793.163	23,4	13.134.773	Formazione
6,4		-		87,5		8,0		100,0	%
33.601.655	7,7	6.556.000	11,0	3.179.606	2,1	-	-	75.739.892	Amministrazione salute pubblica
44,4		8,7		4,2		-		100,0	%
-	-	-	-	-	-	-	-	15.025.558	Altro
-		-		-		-		100,0	%
435.341.589	100,0	59.667.326	100,0	152.854.567	100,0	3.394.252	100,0	1.148.691.789	Totale

Fig. 5: Spesa sanitaria in TI – 1990. Finanziamenti diretti (1.148,7 mio di franchi).

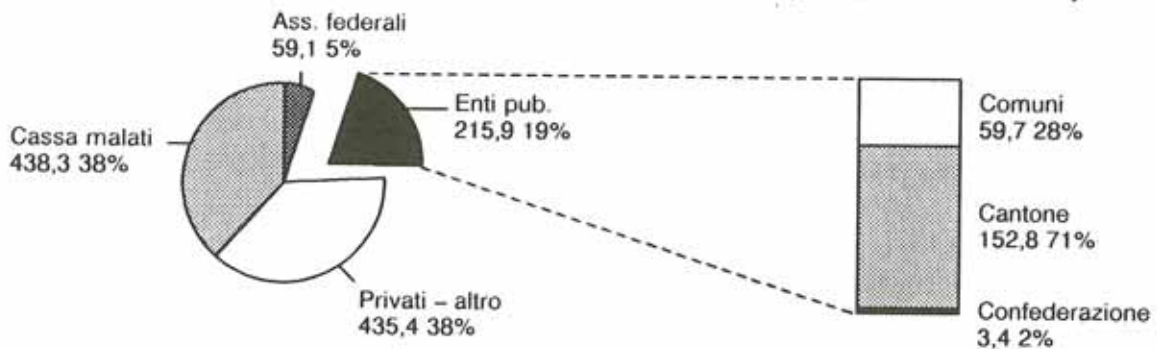
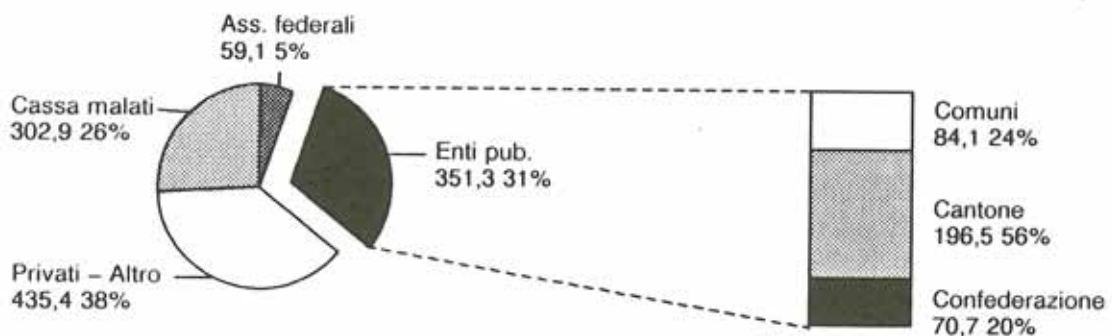


Fig. 6: Spesa sanitaria in TI – 1990. Finanziamento per fonti (1.148,7 mio di franchi).



con quella relativa a questi due sistemi sanitari.

Pur con tutti i limiti dovuti alle differenze metodologiche nell'affrontare questo genere d'esercizio (vedi cap. Confronti intercantionali e internazionali), è interessante rilevare la diversa struttura dei costi - **figura 8** - e del finanziamento - **figura 9**.

Preponderante appare il settore degli istituti di cura nella spesa sanitaria del canton Vaud, mentre il settore della farmacia occupa un posto tutt'altro che indifferente in quella del Cantone Ticino.

La differenza tra la spesa media annua per abitante a livello svizzero (3'507 .- franchi) e ticinese (4'006 franchi) sembra essere spiegata, oltre che dal maggiore consumo di cure ambulatoriali e

di farmacia in Ticino, da una certa sottovalutazione a livello federale di alcune voci di spesa, chiaramente identificate in Ticino (formazione, trasporti urgenti, aiuto domiciliare, ...), ma non specificate a livello svizzero.

Per il Canton Vaud risulta molto importante il finanziamento a carico del Cantone e delle assicurazioni sociali, mentre il settore privato e i Comuni contribuiscono con uno sforzo minore alla spesa sanitaria.

La **tabella 3** tenta un confronto con alcuni paesi occidentali partendo dai pochi dati disponibili e paragonabili forniti dall'OCDE [11]. E' molto problematico questo genere di confronto poichè le definizioni alla base delle statistiche scelte sono spesso diverse e

magari contraddittorie: i dati per la Svizzera ne sono una illustrazione.

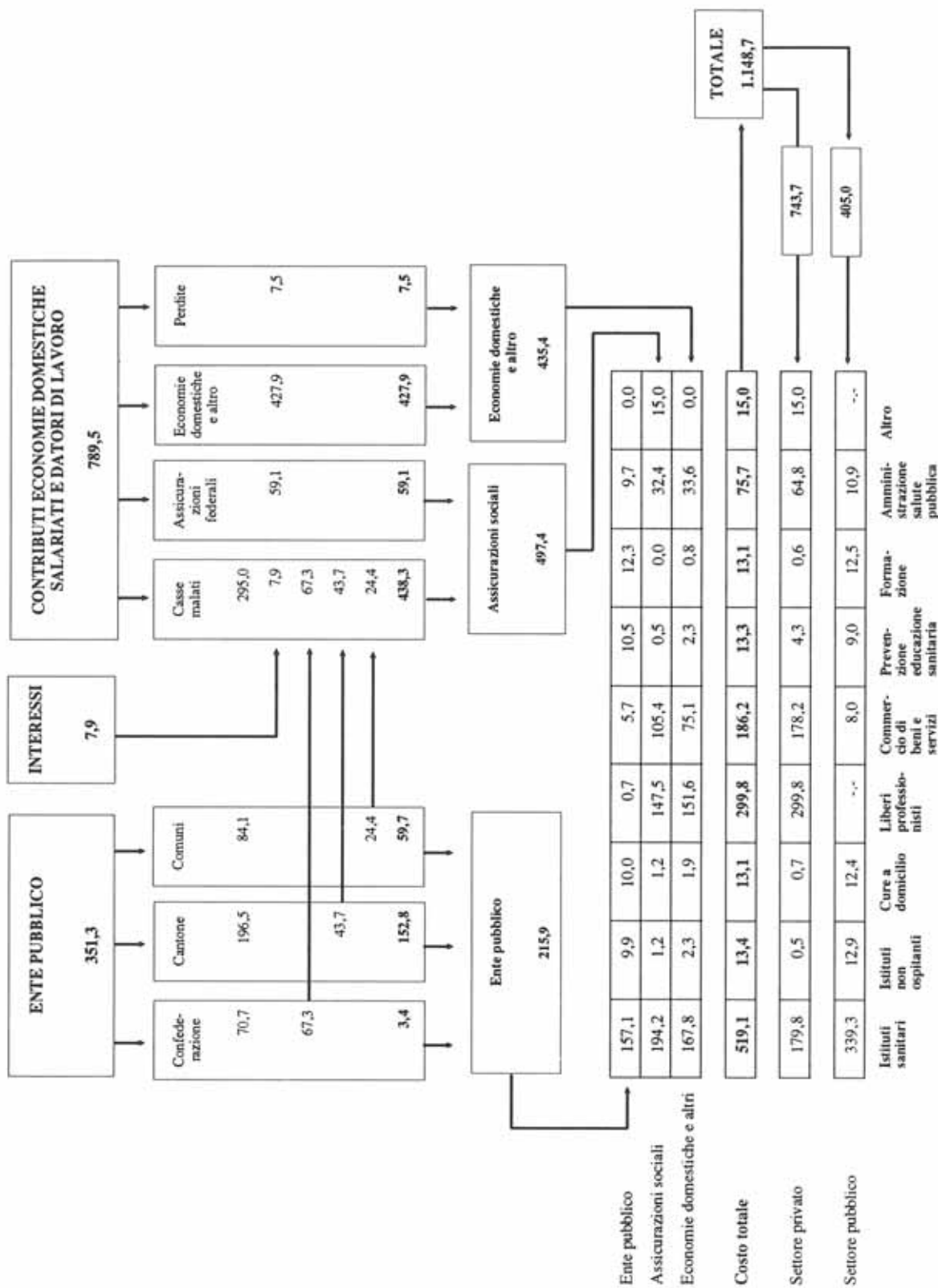
Mentre la percentuale calcolata sul prodotto interno lordo (PIL) non pone problemi insuperabili a livello di economie nazionali, a livello cantonale è stato necessario ripiegare sulla stima del reddito cantonale, il che spiega in parte le differenze costatate tra spese svizzere e cantonali.

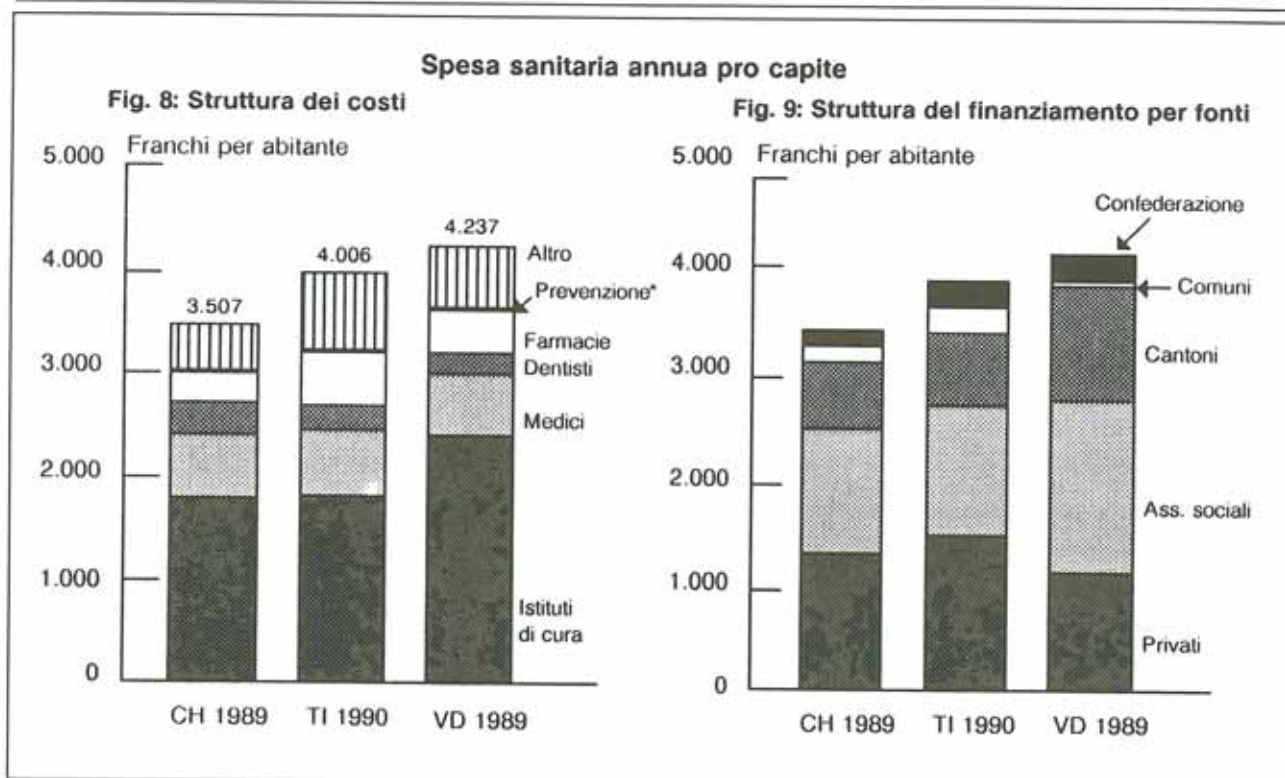
Notiamo tuttavia come, dopo gli Stati Uniti, la Svizzera, a parità di potere d'acquisto (\$PPA), è sicuramente il sistema sanitario europeo più costoso.

Le indicazioni principali

Le **Indicazioni principali**, tenuto conto dei limiti metodologici rilevati sopra, che risultano da questa prima analisi della spesa sani-

Il settore sanitario in Ticino nel 1990 - Spesa sanitaria in milioni di franchi





Tab. 3: Spesa sanitaria - confronto con alcuni sistemi sanitari

		Conto sanitario		Dati OCDE 1989 [11]		F	I	D	GB	S	USA
		TI 1990	VD 1989	CH 1989	CH						
Spesa sanitaria pro capite	\$PPA ¹	[1.642]	[1.736]	[1.437]	1.347 ³	1.276	1.050	1.223	844	1.343	2.345
	fr.	4.006	4.237	3.507	[3.287]						
In % PIL ²		11,9	12,1	9,5	7,6	8,8	7,6	8,2	5,8	8,7	11,7
% Istituti		45,2	57,2	50,7	45	44,4	48,3	ND	ND	ND	46,5
% Medici		16,2	13,2	18,7	ND	12,6	ND	16,7	ND	ND	18,8
Finanziamento											
% sett. pubblico		30,5	33,1	26,8							

Note:

ND: non disponibile

¹ In US\$. Tiene conto dei diversi poteri d'acquisto nei paesi a confronto. Tra [] i valori calcolati a partire dal tasso di cambio OCDE.

² PIL: Prodotto Interno Lordo. Nel 'Conto sanitario' si è ricorso al reddito cantonale, rispettivamente nazionale (inferiore del 15% ca. al PIL Svizzero).

³ Il dato OCDE 1989 è stato stimato da quella organizzazione prima che apparisse il rapporto citato sub [7].

Fonte: OCDE [11] e DOS, Sezione sanitaria

taria cantonale, possono essere così riassunte:

a) **il settore sanitario ticinese incide in misura importante sul reddito cantonale (11.9%).**

Esso merita pertanto attenzione in specie trattandosi di un settore dove l'offerta può facilmente influenzare il consumo. Ciò è in particolare dovuto ad un'informazione influenzata dai produttori di

prestazioni, beni e servizi sanitari, all'importanza individuale e sociale attribuita all'obiettivo dello scambio (la malattia), ma soprattutto all'automatismo della presa a carico delle prestazioni da par-

te di un terzo pagante o garante. Considerato come l'ente pubblico si assume circa il 30% del totale della spesa sanitaria e come un'altro 30% ca. è assunto dalle assicurazioni sociali, riteniamo che il controllo della spesa sanitaria e della sua evoluzione nel tempo nonché la verifica dell'adeguatezza in rapporto ai bisogni sanitari della popolazione sia un obiettivo prioritario per l'immediato futuro [16]. Esso dovrebbe avere quale premessa indispensabile l'istituzione di un **sistema coordinato e integrato di statistica sanitaria** come previsto dall'articolo 3 lett. l) della nuova legge sanitaria.

b) **dal confronto** con la spesa sanitaria nazionale e quella del Canton Vaud risulta (con le cautele espresse prima) segnatamente che:

- il settore del **ricovero istituzionale** (ospedali, cliniche, case anziani) sembra, dal punto di vista dei costi, adeguato e conforme alla spesa media nazionale anche se il Ticino ha un costo per gli istituti di cura degli ammalati acuti inferiore a quello dei Cantoni dotati di ospedali universitari. D'altra parte bisogna pure tener presente la necessità di dotare gli istituti ticinesi di mezzi supplementari proprio per la nostra lontananza dai centri universitari;
- al contrario, la somma dei costi del settore della **medicina ambulatoriale** e di quello della **farmacia**, è più alta del corrispondente valore medio nazionale e di quello del Canton Vaud. Questa situazione merita di essere ulteriormente appro-

Spesa sanitaria pro-capite

	Ticino 1990		Svizzera 1989		Vaud 1989	
	franchi	%	franchi	%	franchi	%
Spesa totale	4.006	100,0	3.507	100,0	4.237	100,0
Spese mediche e farmaceutiche	1.136	28,4	909	25,9	995	23,5
Istituti di cura	1.811	45,2	1.778	50,7	2.424	57,2

fondita, considerate le particolarità del nostro Cantone (densità delle farmacie, effetto frontiera, ecc.).

- c) una **terza indicazione** discende dalla constatazione che i costi conosciuti della prevenzione rappresentano l' 1.15% della spesa sanitaria. In questi costi sono comprese le attività dello Stato, quali campagne di promozione della salute (0.3%), medici e dentisti scolastici (0.3%), il laboratorio d'igiene (0.2%), ed i sussidi ad associazioni diverse (0.35%). Sulla base di queste percentuali appare auspicabile un potenziamento dell'attività di prevenzione [18, 19, 20, 21 e 22], come proposto nel 1989 dalla Commissione sanitaria del Gran Consiglio in sede di stesura del rapporto sul progetto di nuova legge sanitaria [17]. Non sono per contro calcolabili (perché è impossibile, per ora, fare una estrapolazione) i costi in prestazioni mediche, medicine, altre prestazioni di liberi professionisti e attività diverse che non hanno come obiettivo la cura di una malattia acuta o cronica, ma la conservazione di un buono stato di salute.

Bibliografia consultata



- [1] Cantons de Vaud, Berne et Tessin, *Projet intercantonal sur les indicateurs de santé (PROMES), 1987-1989*. Rapport. BLANC T., CASABIANCA A., BOUTAT A., KOEHN V., TINTURIER G., Etude PROMES. Projet-pilote "Caractéristiques des services de santé". Synthèse et recommandations, Lausanne, décembre 1989.
- [2] BOUTAT A., BLANC T., CASABIANCA A., KOEHN V. *Méthodes de conception et d'analyse des statistiques sanitaires*, document de travail, Lausanne, décembre 1989.
- [3] EGGLI Y., BOUTAT A., *Le système d'information vaudois: cadre général*, Cah. Rech. Doc. IUMSP n. 67, Lausanne, 1991.
- [4] ECOEUR Y. *Médecine ambulatoire et caisses-maladies*. Statistique de 1982 à 1990. Cantons de BE, FR, TI, VD, US, NE, GE et JU. Cahiers de recherche et de planification sociales, IDHEAP, Lausanne, 1992.
- [5] Eco'Diagnostic Analyses, *Dépenses de santé dans le Canton de Vaud en 1989*, document de travail, Genève, août 1991.

- [6] Service de la Santé Publique (SSP), Service Cantonal de recherche et d'informations statistiques, Service des assurances sociales et de l'hospitalisation, Eco-Diagnostic Analyses, Genève, Fédération Vaudoise des Caisses maladies, *Comptes de la santé, dépenses et cotisation des caisses maladies dans le Canton de Vaud en 1989*, SSP, Lausanne, 1991.
- [7] Ufficio federale di statistica, *I costi della salute nel 1989*, Comunicato stampa, Berna, gennaio 1992.
- [8] Office fédéral de la statistique, Section de la Santé, *Statistiques des coûts du système de la santé*, document provisoire, Berne, octobre 1991.
- [9] Administration fédérale des Finances, *Finances publiques en Suisse 1989*, Berne, 1991.
- [10] FREI A., HILL S. *Le système suisse de santé*, Krebs SA, Bâle, 1990.
- [11] ECO-SANTE OCDE, *Analyse comparative des systèmes de santé*, logiciel, CREDES, OCDE, Paris, 1991.
- [12] Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Service des statistiques, des Etude et des Systèmes d'Information (SESI), *Comptes nationaux de la santé*. La Documentation Française, Paris-Cedex, Rapport, mars 1988.
- [13] Commission d'experts pour la statistique des établissements hospitaliers, *Rapport final*, Berne, 1986.
- [14] ROSSINI S. *Introduction théorique et méthodologique à l'élaboration du budget social de la Suisse*. Cahiers de l'IDHEAP no. 74, mai 1991.
- [15] SOMMER JH., GUTZWILLER F., *Economie et efficacité du système suisse de Santé*, H. Huber, Berne 1986.
- [16] DOMENIGHETTI G. *Challenges for information systems for health policy development: the canton experience in Switzerland*. In: The process of health policy development, World Health Organization, Copenhagen, 1992, pp. 172-196.
- [17] *Rapporto della Commissione sanitaria sul progetto di nuova legge sanitaria*. Bellinzona 1989 (pag. da 2 a 6 e 21).
- [18] DEVER GEA. *An epidemiological model for health policy analysis*. Social Indicator Research 1976; 2:465-77.
- [19] McKEOWN T. *The role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- [20] GOLDMANN L., COOK E.F. *The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle*. Annals of Int. Med. 1984; 101: 825-836.
- [21] MCKINLAY J.B., MCKINLAY S.M., BEAGLEHOLE R. *A review of the evidences concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States*. Int. J. Health Serv. 1989; 19:181-208.
- [22] KOCHER G., *Perspectives d'avenir de notre système de santé publique: réformes ou pure rhétorique?*, Vie économique, 1990; 3:10-15 (in particolare grafico e commento a pagina 14). ♦

Note:

¹Indice des prix de la santé, La Vie économique, citato a pagina 97 e 98 del rapporto annuale "Statistique de l'assurance-maladie 1990", edito dall'UFAS nel maggio 1992.

²A prima vista, sembrerebbe che la sola spesa per la farmacia spieghi circa i 2/3 di tale differenza (1990: TI= fr. 486.--; 1989 CH= fr. 252.--; 1990: (indicizzato 2 %) CH= fr. 257.--). Tuttavia nel resto della Svizzera spesso i medici possono fornire direttamente i medicinali ai loro pazienti, motivo per cui è necessario, per un confronto, sommare i costi della medicina ambulatoriale con quella per l'acquisto di medicinali.

³In settembre un incontro tra i nostri rappresentanti e quelli del Canton Vaud e dell'Ufficio federale di statistica ha iniziato una collaborazione per cercare di armonizzare le metodologie e le nomenclature.