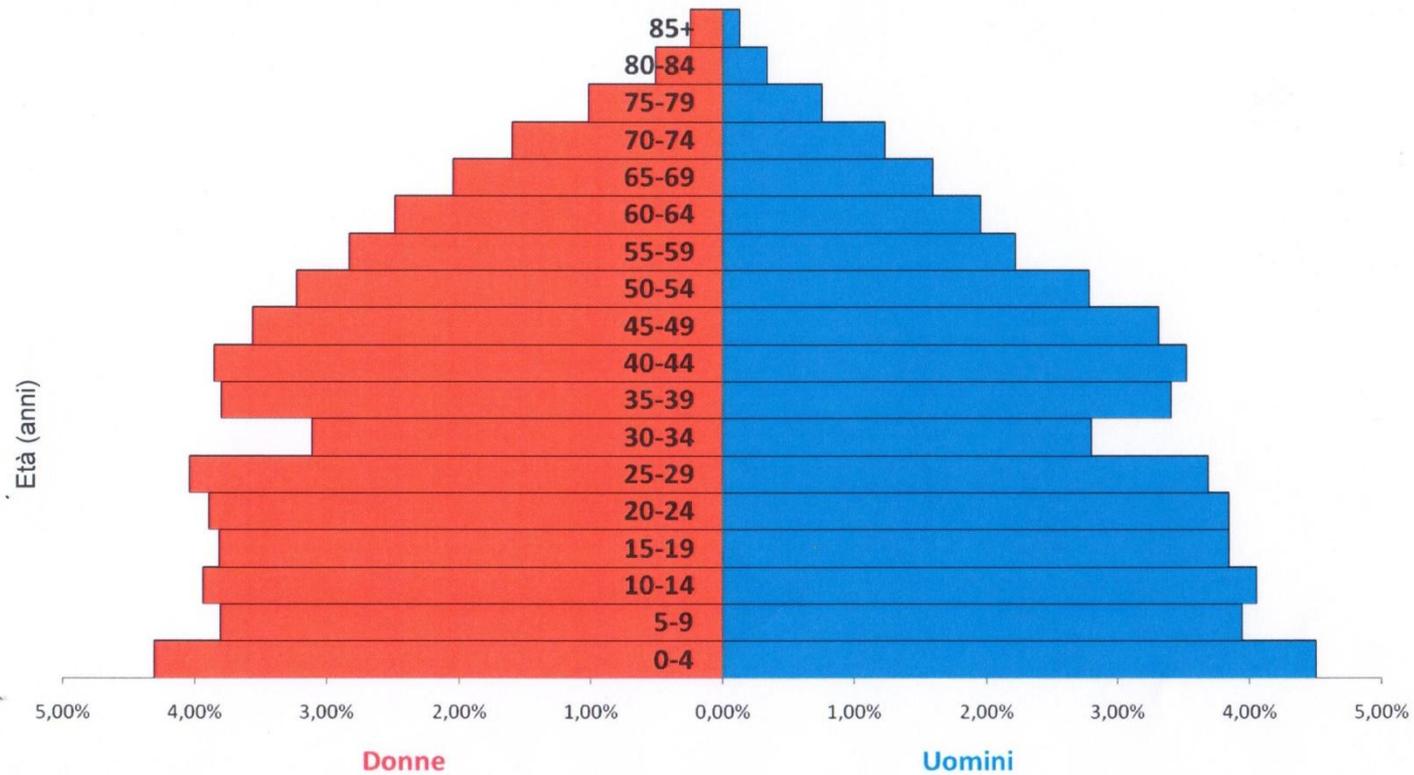


L'ORGANIZZAZIONE DELLA SANITA' IN ITALIA, LE ALTERNATIVE POSSIBILI

Prof. Gabriele Pelissero

27/03/2017

Fig.1 Piramide dell'età. Europa dei 15. Anno 1950



Fonte: Sistema Informativo di Statistica dell'OMS (WHOSIS, www.who.int)
 Dati al 16 febbraio 2010 – Elaborazione personale

Fig.2 Piramide dell'età. Europa dei 15. Anno 2005

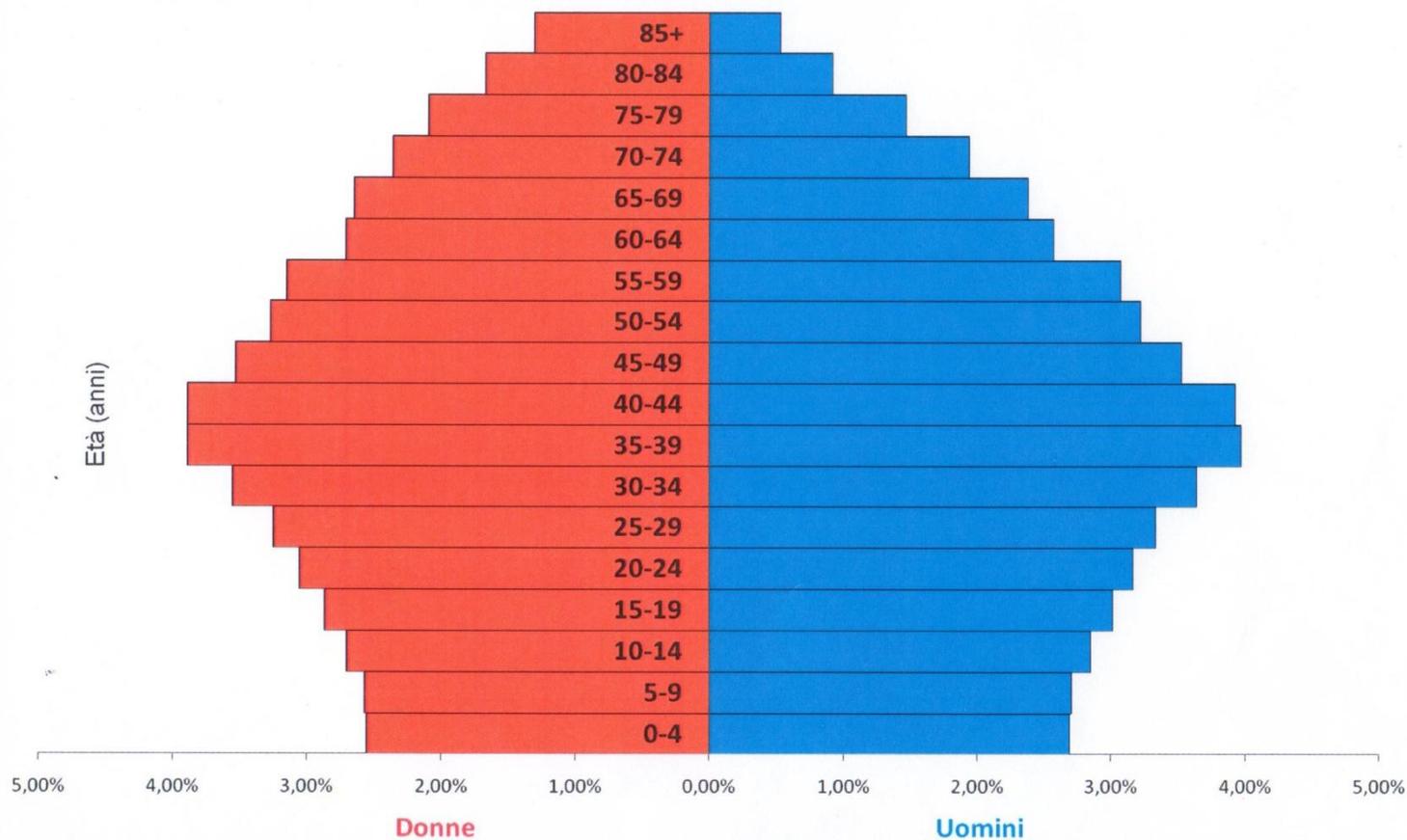
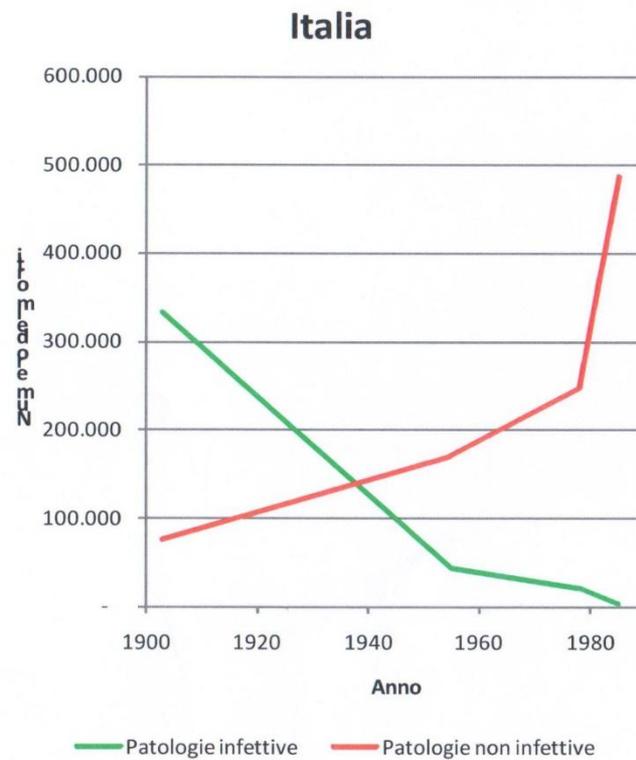
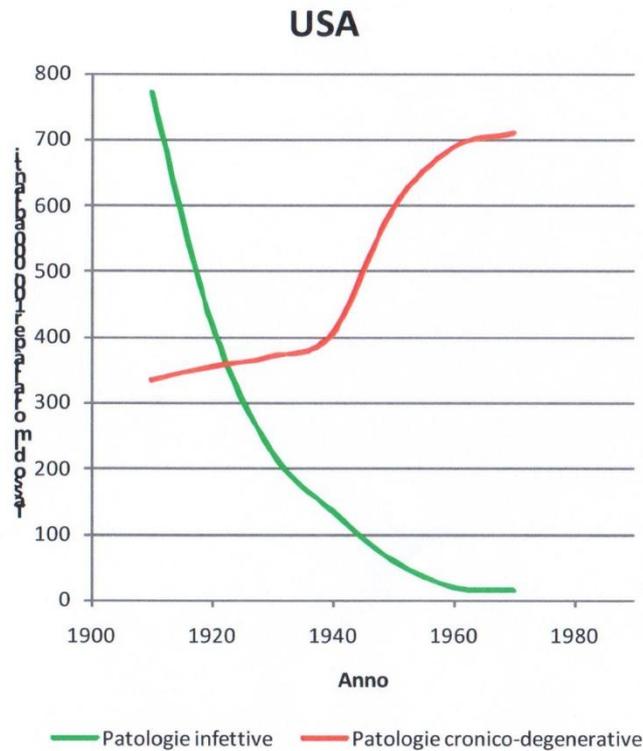


Fig.3 Andamento comparativo della mortalità per malattie infettive e non infettive

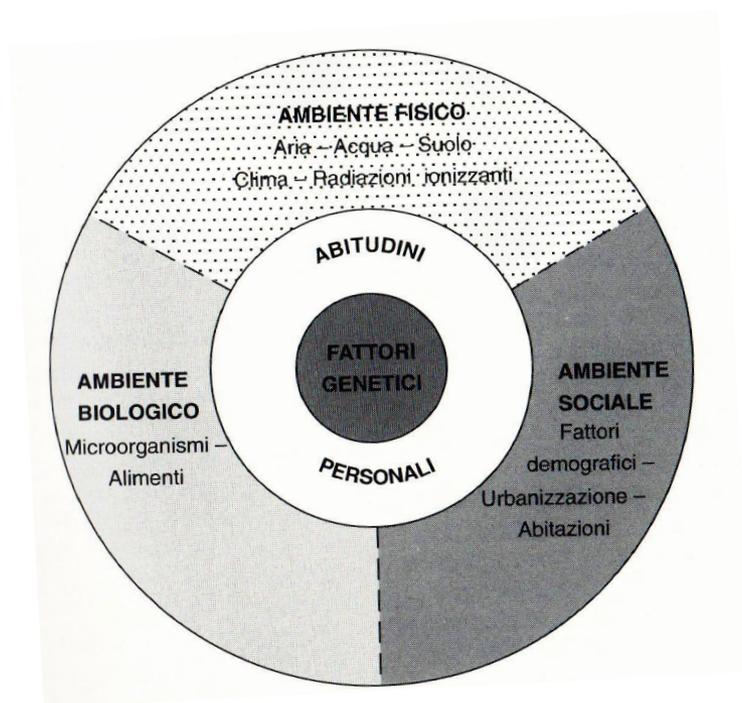


Fonte: Checcacci, Meloni, Pelissero. Igiene. Casa Editrice Ambrosiana, 1990.

Fig.4 Andamento comparativo della mortalità per malattie infettive e non infettive. USA.
Anni 1910-1970



Fonte: <http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2001/issue2/vol.79no.2.159-170.pdf>





UNIVERSITÀ
DI PAVIA





Due modelli di servizi sanitari: Bismarck vs Beveridge

È possibile ricondurre i sistemi sanitari attualmente presenti in Europa a due modelli: il modello cosiddetto Bismarck e il modello cosiddetto Beveridge. Nel primo caso siamo di fronte al sistema dell'assicurazione sociale (*social health insurance*); nel secondo caso abbiamo a che fare con i servizi sanitari nazionali (ovvero, con sistemi *tax-financed*).

Al modello Bismarck viene attribuito tale nome perché è stato introdotto in Germania nel corso degli anni Ottanta dell'Ottocento. Una prima forma di assicurazione sociale venne istituita nel 1883, per favorire la riduzione della mortalità e degli infortuni nei luoghi di lavoro. Tale assicurazione obbligatoria contro le malattie fu realizzata attraverso la creazione di "casce sociali", finanziate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori. Questo sistema di assicurazione sociale fu poi integrato da una legge del 1886, che istituì un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro e, nel 1889, da una legge per l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia.



Il modello Bismarck presenta le seguenti caratteristiche:

Finanziamento

- a contribuzione mista obbligatoria: lavoratori/datori di lavoro;
- vi sono diversi istituti (casse professionali, enti pubblici e in alcuni casi enti di diritto privato) che raccolgono i contributi e li utilizzano per remunerare le prestazioni (ambulatoriali, diagnostiche e ospedaliere) erogate dalle strutture sanitarie ai loro assicurati o aderenti.

Assegnazione e gestione delle risorse

- la gestione dei fondi viene esercitata da agenzie *no profit* costituite *ad hoc*;

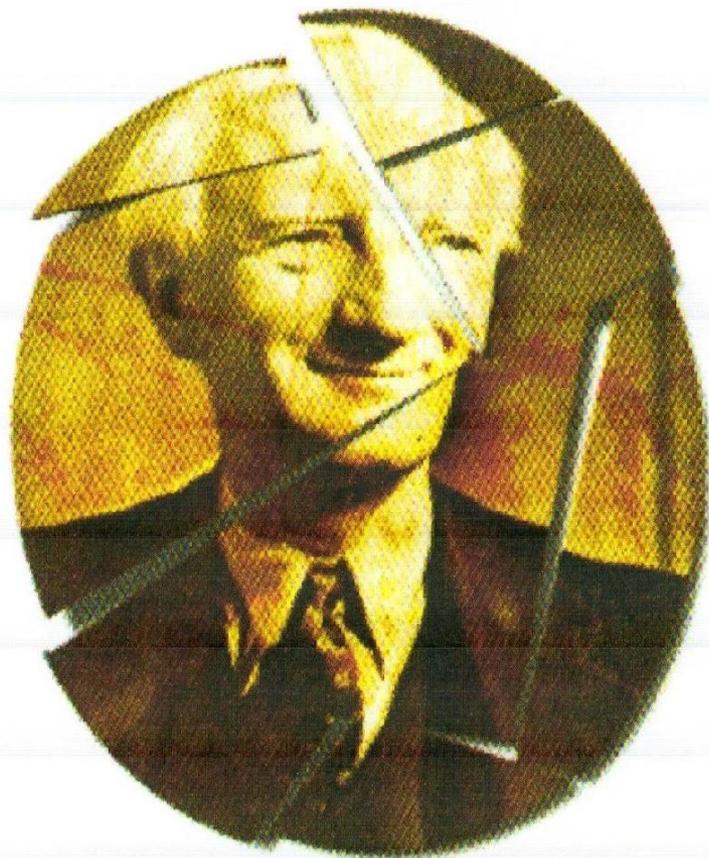


- queste agenzie negoziano e contrattano, per i servizi da fornire, con i fornitori/produttori di tali servizi;
- i fondi sono suddivisi per categoria occupazionale e spesso anche per ripartizione geografica.

Ruolo dello Stato

- svolge primariamente la funzione di erogazione del sistema sanitario;
- partecipa all'erogazione del servizio con strutture proprie;
- regola sia gli enti finanziatori che gli eventuali enti erogatori del servizio (in alcuni paesi, la maggioranza degli ospedali è privata, sul piano della forma giuridica, e *no profit*);
- assicura la copertura assistenziale a coloro che non sono iscritti nei fondi assicurativi occupazionali;
- può stabilire dei livelli di reddito oltre i quali non è obbligatoria (o esclusa) l'iscrizione a un fondo (in questo caso è abituale il ricorso a forme di assicurazione privata).

I paesi europei che hanno adottato questo modello sono: Austria, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Svizzera.





Il modello Beveridge vede le sue origini nel 1942 nel Regno Unito, con la presentazione del cosiddetto Rapporto Beveridge, stilato dall'economista William Beveridge, che nel 1939 ricevette da Winston Churchill l'incarico di ridisegnare l'intero sistema di *welfare state* britannico. In questo rapporto venne introdotto il concetto di sanità pubblica per tutti i cittadini. Tali proposte vennero poi attuate nel 1948 dal laburista Clement Attlee, divenuto Primo Ministro nel 1945, con la nascita del National Health Service, per mezzo del quale i contribuenti finanziano i trattamenti medici per tutti i cittadini. Il modello Beveridge presenta le seguenti caratteristiche:



Finanziamento

- attraverso la tassazione generale;
- lo Stato finanzia direttamente le strutture e pertanto assegna loro le risorse per l'operatività.

Assegnazione/gestione delle risorse

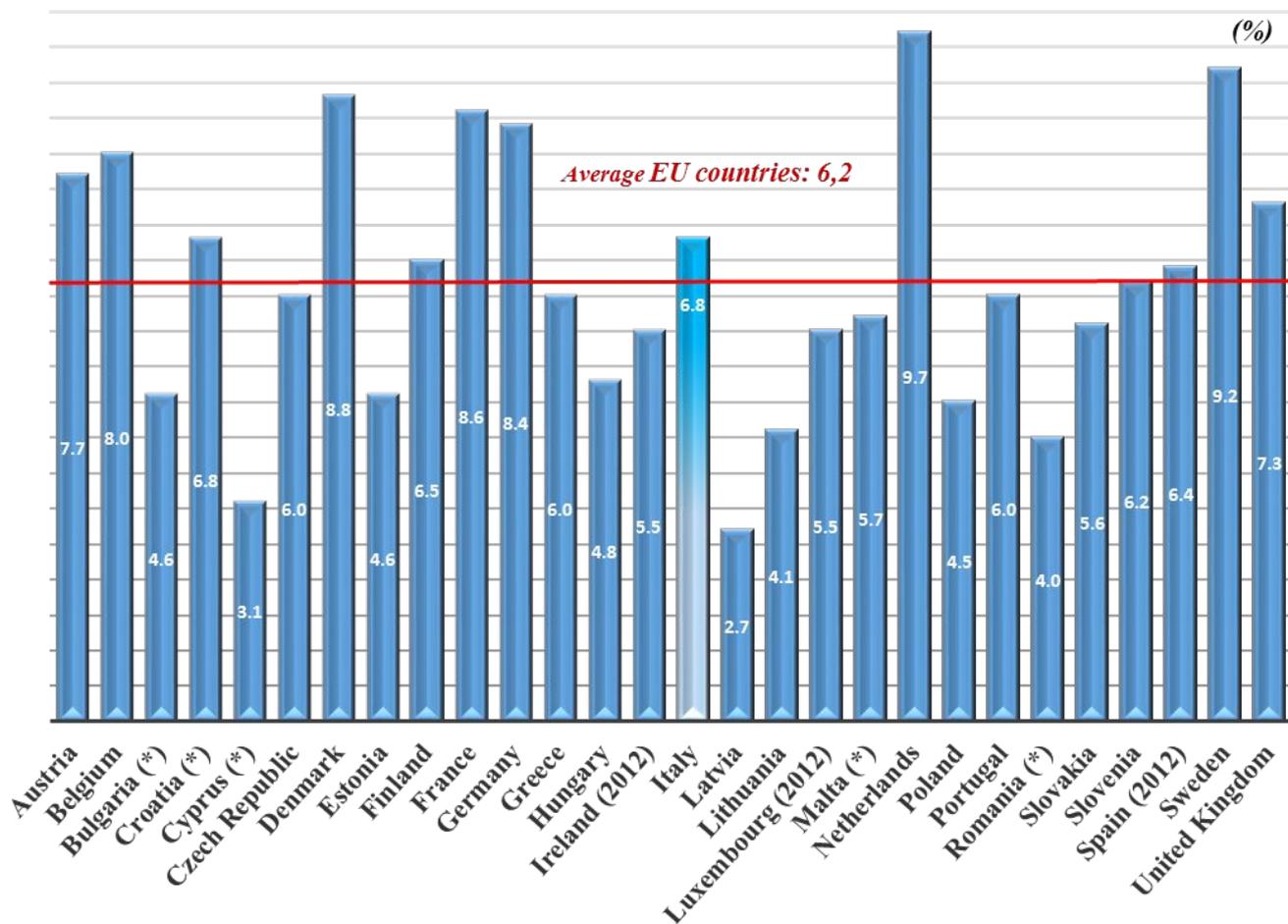
- i servizi vengono gestiti ed erogati principalmente da enti pubblici;
- le strutture sanitarie operano sulla base del budget affidato loro.

Ruolo dello Stato

- lo Stato regola ed eroga i servizi;
- le strutture sanitarie sono di proprietà statale;
- lo Stato può stabilire contratti con operatori privati, per l'erogazione dei servizi.

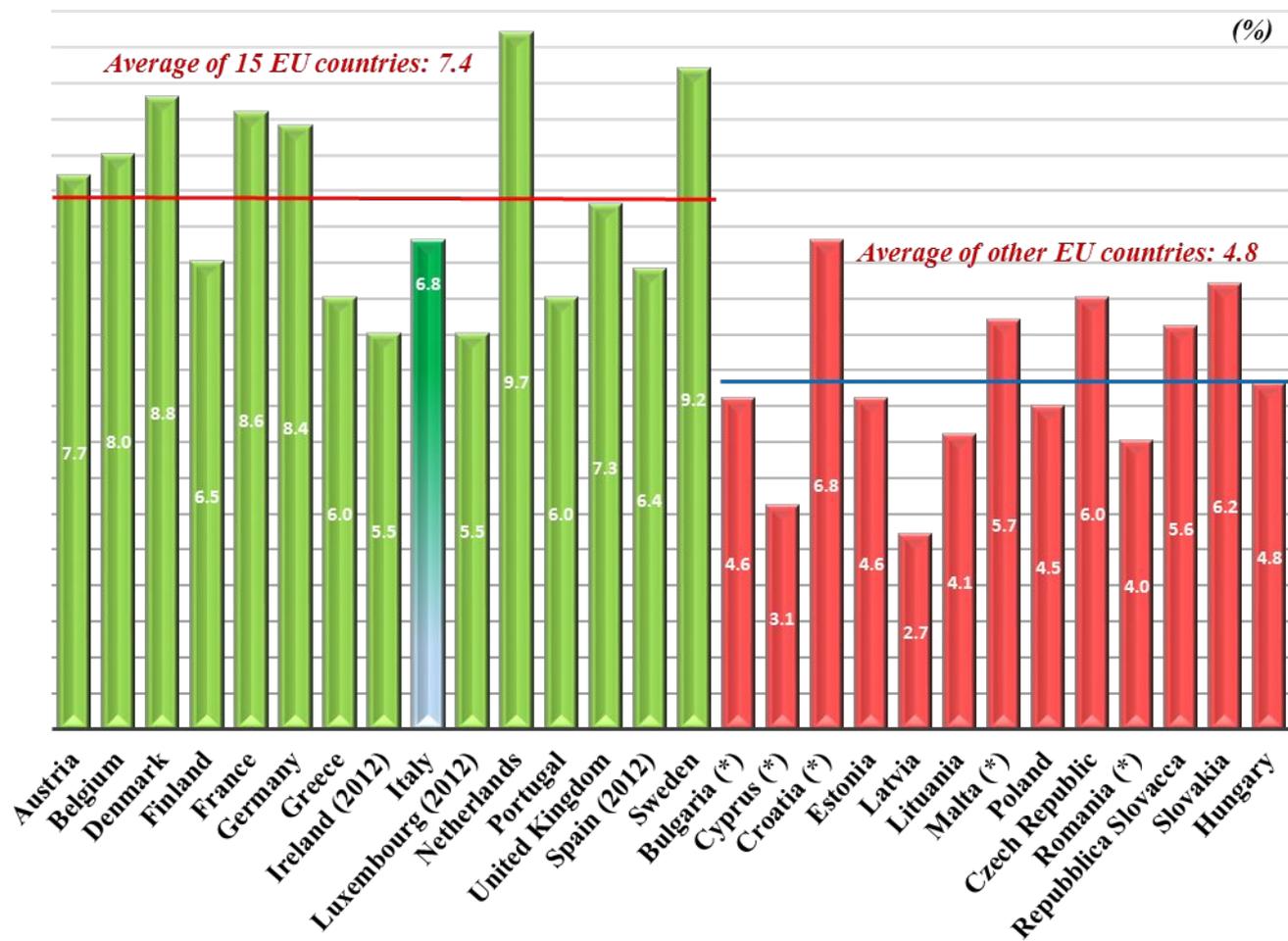
I paesi europei che hanno adottato questo modello sono: Danimarca, Finlandia, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Italia, Norvegia, Portogallo, Spagna, Svezia.

Fig. 5 – Amount of public healthcare spending in relation to the GDP, 2013 – EU countries



Source: OECD Health Data, October 2015; (*) Eurostat

Fig. 6 – Amount of public healthcare spending in relation to the GDP, 2013 – EU countries



Source: OECD Health Data, October 2015; (*) Eurostat

Fig. 7 - Amount of total healthcare spending in relation to the GDP

% Values	Total Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	16.4	16.4	16.4
Japan	10.0	10.1	10.2
Germany	10.7	10.8	11.0
France	10.7	10.8	10.9
Italy	8.8	8.8	8.8
United Kingdom	8.5	8.5	8.5
Canada	10.3	10.2	10.2
Average of G7 countries (*)	10.8	10.8	10.9
Australia	8.6	8.8	-
Austria	9.9	10.1	10.1
Belgium	10.1	10.2	10.2
Denmark	10.2	10.4	10.4
Finland	8.2	8.5	8.6
Greece	9.7	9.1	9.2
Iceland	8.6	8.7	8.7
Ireland	8.0	8.1	-
Luxembourg	6.8	6.6	-
Holland	10.5	11.0	11.1
New Zealand	9.7	9.8	9.5
Norway	8.8	8.8	8.9
Portugal	9.5	9.3	9.0
Spain	9.0	8.9	-
Sweden	10.6	10.8	11.0
Switzerland	10.6	11.0	11.1
Turkey	5.0	5.0	5.1
Average of European OECD countries (*)	9.2	9.2	9.5
Average of all OECD countries (*)	9.6	9.6	10.0

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.

Fig. 8 - Amount of public healthcare spending in relation to the GDP

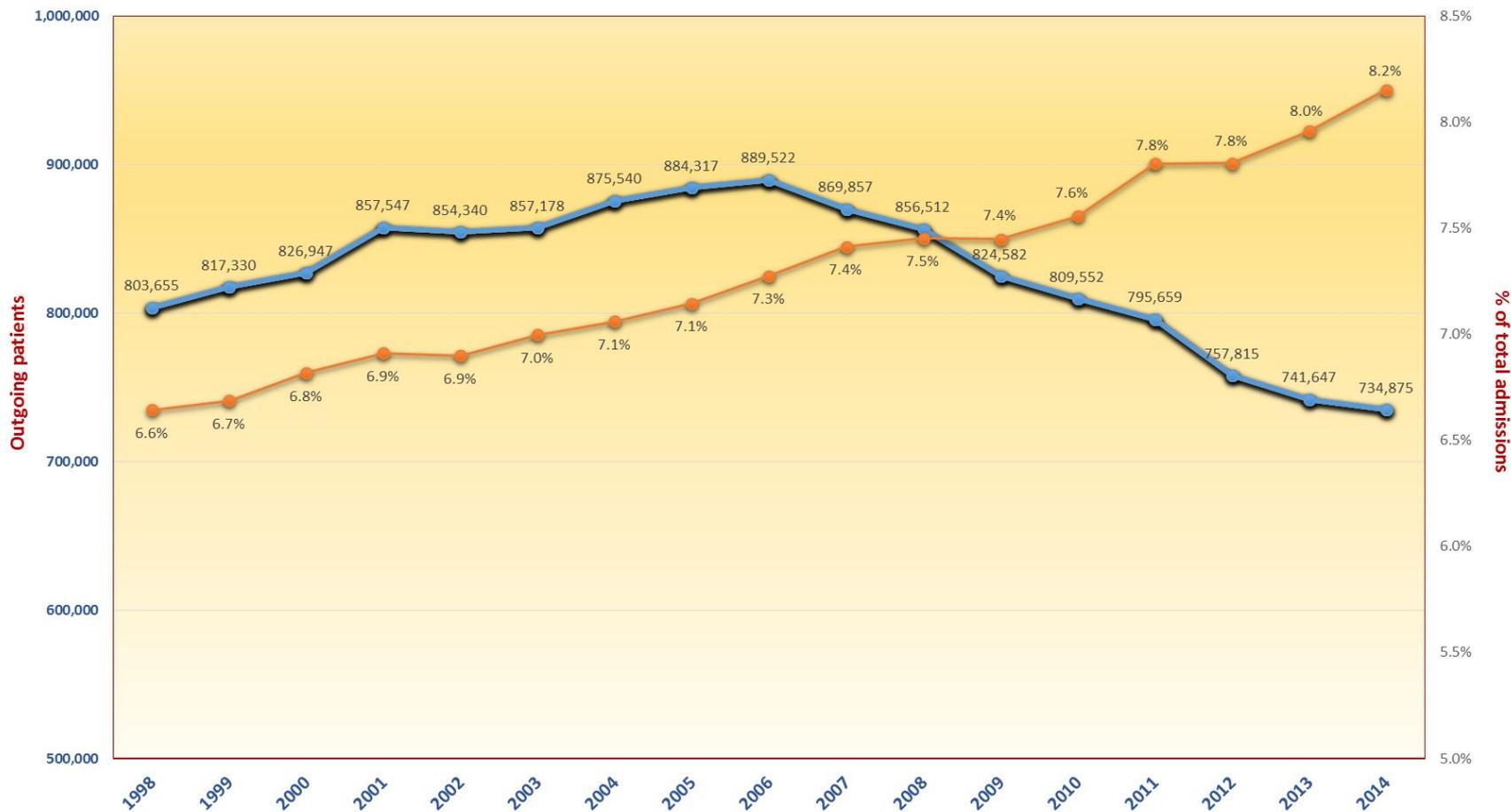
% Values	Public Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	7.9	7.9	7.9
Japan	8.2	8.3	8.5
Germany	8.1	8.2	8.4
France	8.4	8.5	8.6
Italy	6.8	6.8	6.8
United Kingdom	7.4	7.3	7.3
Canada	7.2	7.2	7.2
Average of G7 countries (*)	7.7	7.7	7.8
Australia	6.0	5.9	-
Austria	7.5	7.7	7.7
Belgium	7.8	7.9	8.0
Denmark	8.7	8.8	8.8
Finland	6.1	6.4	6.5
Greece	6.7	6.2	6.0
Iceland	7.0	7.0	7.1
Ireland	5.5	5.5	-
Luxembourg	5.7	5.5	-
Holland	9.1	9.6	9.7
New Zealand	7.8	7.9	7.6
Norway	7.4	7.4	7.6
Portugal	6.4	6.1	6.0
Spain	6.6	6.4	-
Sweden	9.0	9.1	9.2
Switzerland	6.8	7.1	7.3
Turkey	4.0	3.9	4.0
Average of European OECD countries (*)	7.1	7.1	7.4
Average of all OECD countries (*)	7.2	7.2	7.5

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.



Fig. 9 – Patient mobility over time, 1998 - 2014



Source: processing by AIOP - data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998 - 2014

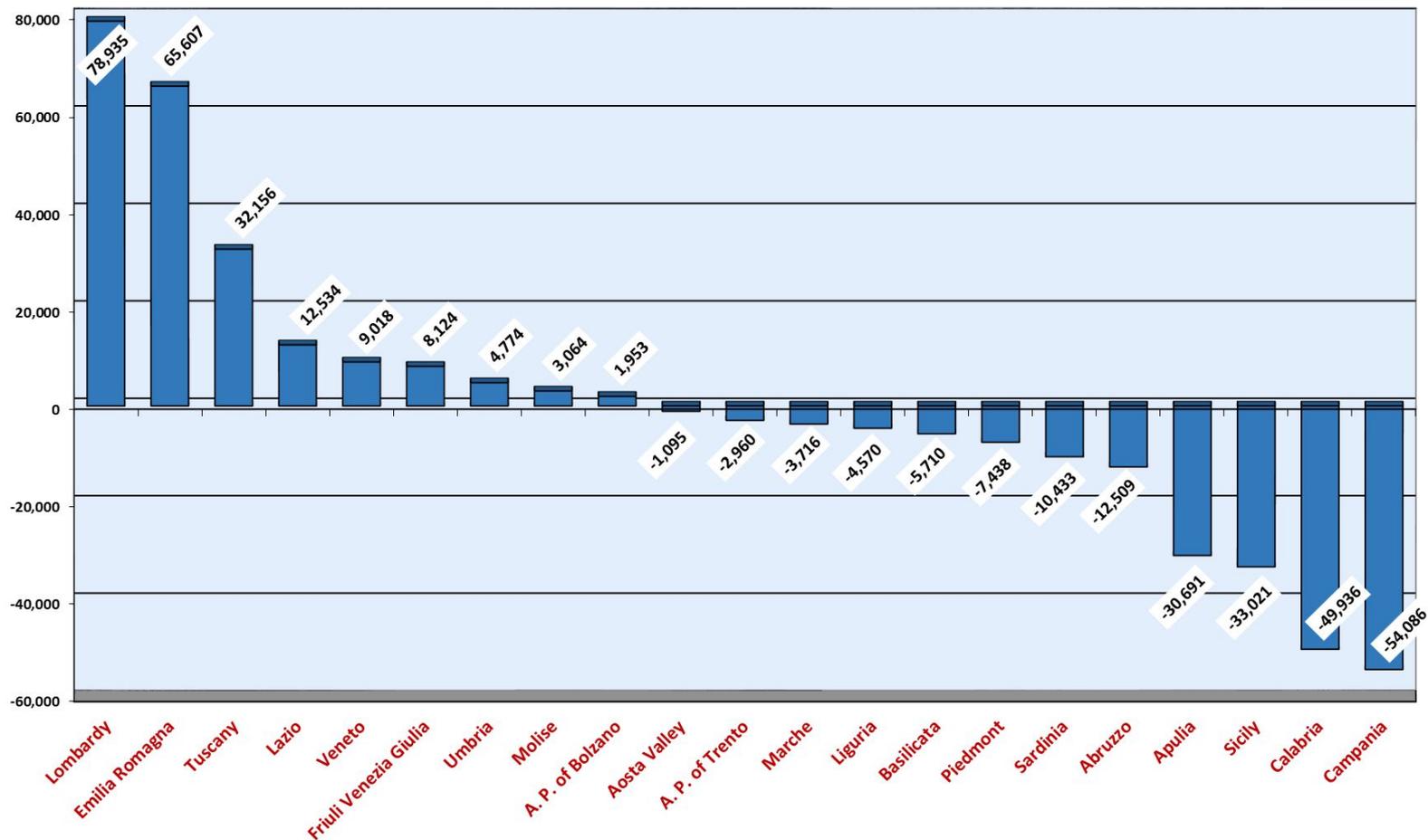
Note: ordinary and day ospital admissions

Fig. 10 - Interregional patient mobility, economic value

<i>Regions</i>	<i>Credits (€)</i>	<i>Debits (€)</i>	<i>Balance (€)</i>
- Piedmont	221,644,341	247,830,761	-26,186,420
- Aosta Valley	11,378,280	21,025,321	-9,647,041
- Lombardy	870,717,736	336,757,469	533,960,267
- A,P, of Bolzano	42,272,452	24,055,547	18,216,905
- A,P, of Trento	46,608,306	63,437,907	-16,829,601
- Veneto	316,283,493	240,926,951	75,356,542
- Friuli Venezia Giulia	107,624,334	74,180,462	33,443,872
- Liguria	141,779,246	193,549,029	-51,769,783
- Emilia Romagna	563,403,114	235,425,416	327,977,698
- Tuscany	317,543,277	166,328,821	151,214,456
- Umbria	95,768,065	92,472,747	3,295,318
- Marche	104,082,335	150,228,269	-46,145,934
- Lazio	293,903,797	495,479,255	-201,575,458
- Abruzzo	103,701,556	174,416,736	-70,715,180
- Molise	85,962,775	60,240,731	25,722,044
- Campania	138,347,509	408,750,552	-270,403,043
- Apulia	116,008,426	303,273,625	-187,265,199
- Basilicata	68,004,156	106,800,319	-38,796,163
- Calabria	29,563,395	281,250,249	-251,686,854
- Sicily	82,083,681	243,765,454	-161,681,773
- Sardinia	18,636,333	89,200,107	-70,563,774
Bambin Gesù	194,528,552	1,120	194,527,432
ACISMOM	39,551,689		39,551,689
	4,009,396,848	4,009,396,848	-

Source: C.I.P.E. – NHF allocation

Fig. 11 - Debit and credit balances in the mobility matrix, 2014



Source: processing by AIOP - data from the Ministry of Health: mobility matrix, 2014
 Note: ordinary and day ospital admissions

Fig. 12 - Region deficits 2014

<i>Regions</i>	<i>Operating loss (mln. of €)</i>	<i>Per capita (€)</i>
- Piedmont	-47	-10.59
- Aosta Valley	3	23.33
- Lombardy	-10	-1.00
- A.P. of Bolzano	7	13.57
- A.P. of Trento	0	0.00
- Veneto	-30	-6.09
- Friuli Venezia Giulia	-6	-4.88
- Liguria	73	45.86
- Emilia Romagna	-1	-0.22
- Tuscany	4	1.07
- Umbria	-15	-16.73
- Marche	-78	-50.22
- Lazio	-545	-92.84
- Abruzzo	-37	-27.74
- Molise	37	117.56
- Campania	-279	-47.53
- Apulia	-15	-3.67
- Basilicata	-2	-3.46
- Calabria	-65	-32.82
- Sicily	-41	-8.05
- Sardinia	277	166.48
North	-11	-0.40
Center	-634	-52.52
South	-125	-5.97
Italy	-770	-12.67

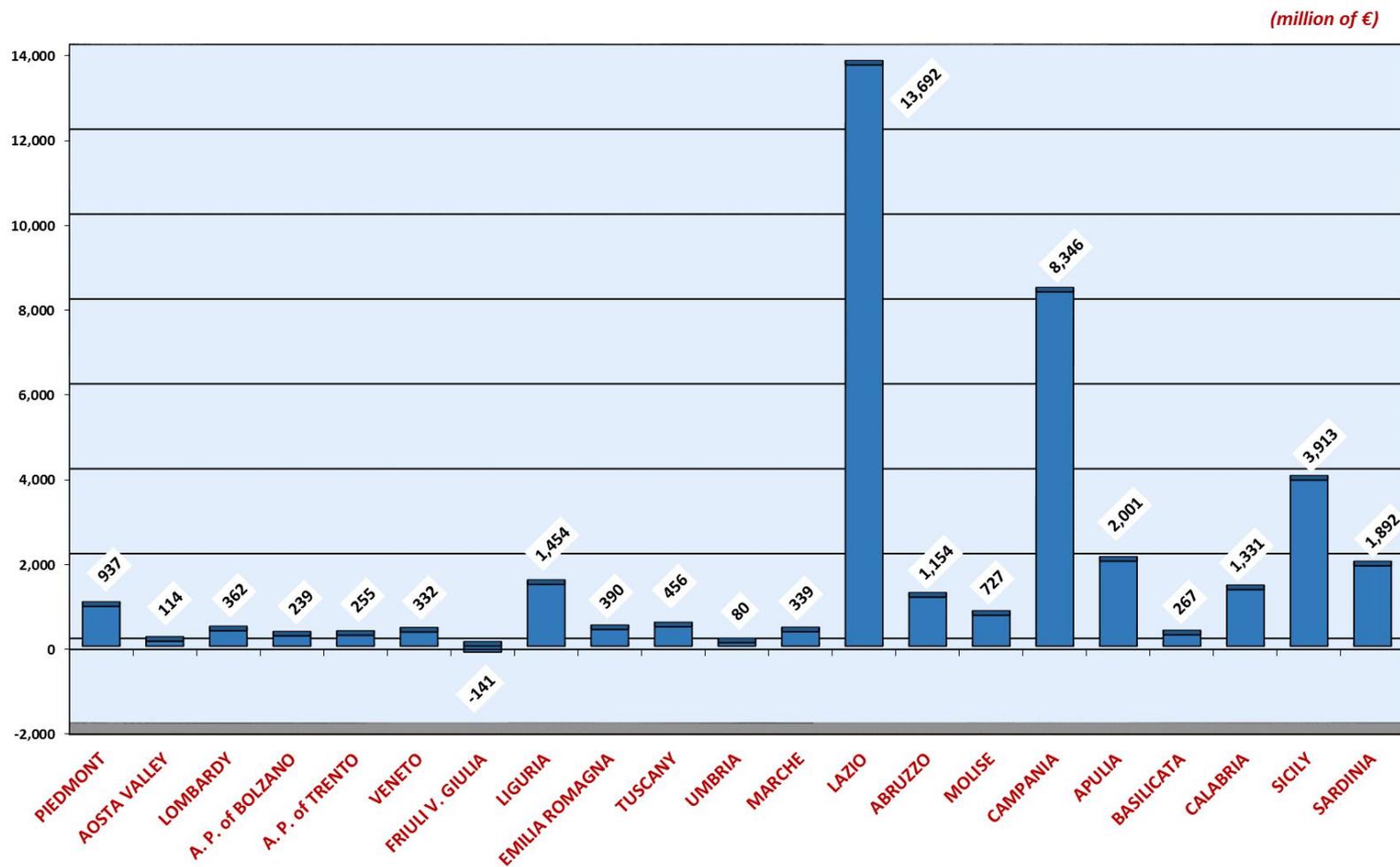
Source: processing by OASI Report 2015 – Cergas Bocconi

Fig. 13 -National Health Fund, per capita amount 2014

<i>Regions</i>	<i>Total amount (€)</i>	<i>Per capita amount (€)</i>
- Piedmont	7,831,271,875	1,727.33
- Aosta Valley	214,669,749	1,658.60
- Lombardy	17,822,409,503	1,786.63
- A,P, of Bolzano	890,761,555	1,769.20
- A,P, of Trento	904,953,905	1,701.42
- Veneto	8,612,962,833	1,748.42
- Friuli Venezia Giulia	2,220,371,521	1,759.67
- Liguria	2,846,321,835	1,702.15
- Emilia Romagna	8,151,011,134	1,805.71
- Tuscany	6,808,192,261	1,772.46
- Umbria	1,591,126,886	1,736.64
- Marche	2,689,703,329	1,703.79
- Lazio	9,914,128,033	1,698.58
- Abruzzo	2,259,592,545	1,680.47
- Molise	578,715,400	1,813.67
- Campania	9,535,733,714	1,685.27
- Apulia	6,803,165,664	1,686.67
- Basilicata	963,569,770	1,665.99
- Calabria	3,134,961,320	1,604.25
- Sicily	8,518,824,047	1,700.76
- Sardinia	2,815,362,668	1,690.86
Bambin Gesù	194,527,432	
ACISMOM	39,551,689	
	105,341,888,668	1,733.09

Source: C.I.P.E. – NHF allocation

Fig. 14 – Regional cumulated deficits, 2001 - 2013



Source: processing by OASI Report 2014 - Cergas Bocconi

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**