

L'ASSISTENZA *Dopo il Covid sale l'aspettativa di vita ma preoccupano stili di vita e clima*

Salute in Europa serve investire contro le disparità

di MARIA FRANCESCA ASTORINO

Le più recenti battute sulla questione salute in Europa sono un avvicinarsi di discussioni sull'accesso alle cure da parte dei cittadini che lascia, talvolta, col fiato sospeso. Non si dimentichi che, quando si parla di salute, l'OMS sottolinea: "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattia o infermità".

Un concetto positivo e multidimensionale che va ben oltre la mancanza di patologie. Salute vuol dire anche la capacità degli individui di adattarsi, autogestirsi e affrontare le sfide del quotidiano. Un concetto su cui riflettere ampiamente e che rimette in discussione l'intera situazione sanitaria nel contesto europeo.

A tal proposito, qual è oggi lo stato dell'arte tra sistemi pubblici e privati nei diversi Paesi europei? Chi assicura le cure "migliori"? E la tendenza generale è al miglioramento o al declino del diritto alla salute?

Due modelli, tanti ibridi. In Europa convivono sostanzialmente due archetipi del sistema sanitario: sistemi a finanziamento pubblico (Beveridge-style - es. Regno Unito, paesi Scandinavi) e sistemi a basi assicurative statalizzate o miste (Bismarck-style - es. Germania, Francia, Paesi Bassi). In molti Stati (Italia, Spagna) la componente pubblica garantisce l'accesso di base, mentre il settore privato coesiste offrendo tempi d'attesa più rapidi, servizi premium o integrazioni assicurative. La divisione "pubblico vs privato" non è però netta: in pratica la gran parte dei sistemi europei sono ibridi, con forte ruolo pubblico nella copertura di base e parti private lungo la filiera (diagnostica, cure elettive, assicurazioni integrative). Analizzando nel dettaglio, nei sistemi di tipo Beveridge la

maggior parte dei servizi è finanziata con tasse generali: lo Stato decide budget e priorità; l'accesso è teoricamente universale. Nei sistemi Bismarck la copertura deriva da assicurazioni sociali obbligatorie - i cittadini (e i datori di lavoro) versano contributi che finanziano prestazioni definite dai contratti collettivi e dalla regolazione pubblica.

Da un punto di vista di erogazione dei servizi, la cura può essere fornita da strutture pubbliche, enti non profit o da provider privati accreditati. Anche in sistemi "pubblici" è comune che cliniche private erogino prestazioni per conto del sistema nazionale tramite contratti o convenzioni. L'integrazione che arriva dal settore privato coinvolge più livelli: come fornitore (diagnostica, specialistica, ricoveri privati), come assicuratore (polizze complementari che coprono servizi esclusi o riducono i tempi d'attesa) e come fonte di investimenti (infrastrutture e tecnologia).

C'è equità e possibilità di scelta in questi modelli? I sistemi con forte componente pubblica tendono a ga-



Peso: 100%

rantire maggiore equità d'accesso e protezione finanziaria (meno spesa out-of-pocket), mentre i sistemi con peso maggiore dell'assicurazione privata offrono più opzioni di scelta e, in molti casi, maggiore rapidità per prestazioni non urgenti.

Tuttavia, maggiore scelta può tradursi in disuguaglianze: chi può pagare ottiene tempi d'attesa inferiori e accesso a servizi extra. Quindi, da un punto di vista di efficienza e controllo dei costi, i sistemi pubblici prosperano quando sanno coordinare acquisti e priorità (es. acquisto centralizzato di farmaci), ma possono soffrire di burocrazia e lunghe liste d'attesa.

La combinazione di pubblico e privato si traduce in esperienze molto

diverse a seconda del luogo e del livello socio-economico: in molti paesi il cittadino di città con assicurazione complementare vive tempi d'attesa brevi e scelta ampia; chi vive in aree rurali o non può permettersi integrazioni paga il conto con tempi più lunghi e accesso limitato a servizi specialistici. Coesistono inoltre fenomeni come la dual practice (medici che lavorano contemporaneamente nel pubblico e nel privato), che può migliorare l'offerta ma anche incentivare la "fuga" verso attività a pagamento.

Gli Stati europei utilizzano vari strumenti per mitigare gli svantaggi: regolazione dei prezzi, tetti alla

spesa privata rimborsabile, limiti ai co-pagamenti, accreditamento rigoroso dei provider privati, contratti di performance, e politiche di investimento nella sanità territoriale (medicina di base, prevenzione).

Chi "assicura" le cure migliori?

Provando a leggere le classifiche internazionali, emergono paesi che costantemente ottengono risultati elevati su accesso, qualità e prevenzione: Paesi Bassi, alcuni paesi nor-

dici, Svizzera e Francia compaiono frequentemente ai vertici nei confronti internazionali. Rapporti come quello del Commonwealth Fund indicano Paesi come Paesi Bassi e Regno Unito fra i top-performer nelle metriche prese in considerazione nella loro edizione 2024. Tuttavia, la "migliore" sanità dipende molto dall'indicatore: la Svizzera eccelle per dotazione e scelta privata, i Paesi nordici per equità e prevenzione, la Francia per coordinamento ospedale-territorio. Non esiste quindi un vincitore netto universale: la qualità è multidimensionale.

L'Europa orientale e i Paesi del Sud affrontano ancora gap marcati: minor spesa pro capite, più limitata disponibilità di personale sanitario, e tassi più alti di mortalità evitabile. In numeri: a livello UE i decessi evitabili rimangono elevati (oltre il milione annuo di morti considerati evitabili o trattabili nelle fasce sotto i 75 anni), segno che prevenzione e presa in carico primaria sono aree dove molti Paesi hanno margine di miglioramento.

Un tema ricorrente nei rapporti recenti è la carenza di personale sanitario e la sua distribuzione irregolare: l'invecchiamento della forza lavoro, burnout post-pandemia e flussi migratori interni al continente rendono la carenza di medici e infermieri uno dei problemi strutturali. L'Ocse e le analisi specifiche per l'Europa segnalano che, nonostante investimenti, la domanda di assistenza (specialmente per cronici e LTC - long-term care) cresce più rapidamente dell'offerta. Questo impatta

tempi di attesa, qualità percepita e resilienza di ospedali e cure primarie.

Dopo i crolli di mortalità legati al picco di Covid, alcuni indicatori so-

no tornati a migliorare: l'aspettativa di vita nell'UE ha recuperato parte del terreno perduto e, secondo dati recenti, è in aumento rispetto all'anno precedente (valore complessivo UE intorno agli 81-82 anni). Questo suggerisce che la capacità di risposta e la resilienza dei sistemi europei non siano scomparse.

Accanto ai segnali positivi ci sono trend allarmanti: il ritorno di malattie prevenibili per calo di coperture vaccinali, l'impatto crescente degli eventi climatici (ondate di calore) sulla mortalità, e l'enorme carico di malattie non trasmissibili correlate a stili di vita e all'industria alimentare/alcol/tabacco.

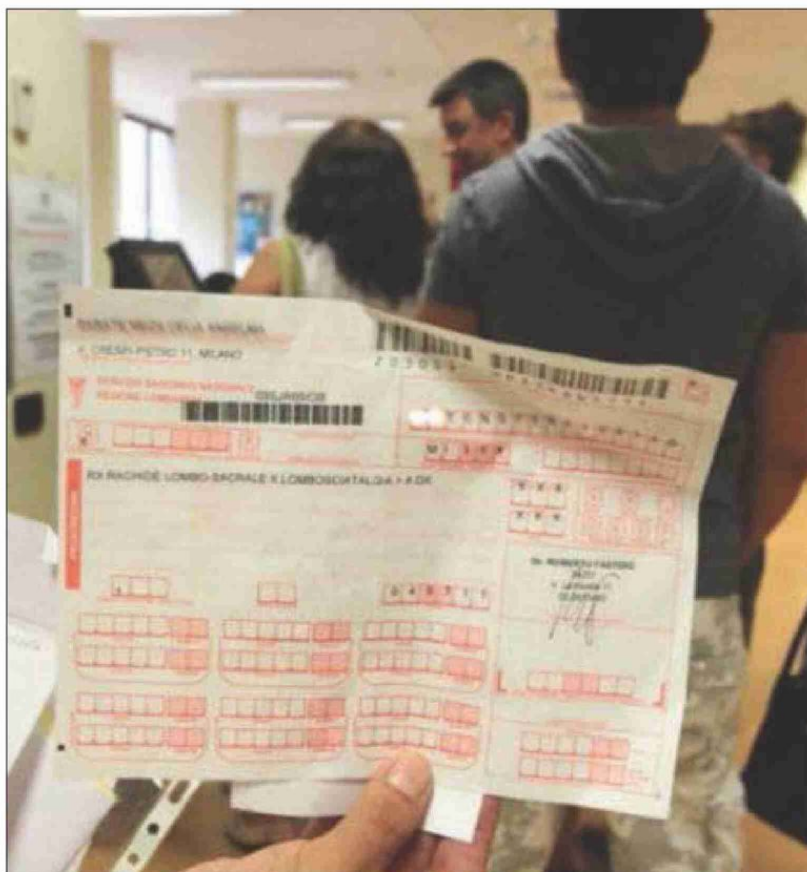
In che direzione andiamo, declino o rinascita? La risposta è duplice. C'è una tendenza alla rinascita in termini di ripresa di alcuni indicatori vitali (aspettativa di vita, molti servizi riattivati) e nell'innovazione (telemedicina, integrazione digitale). Ma c'è anche il rischio concreto di decadimento se i problemi strutturali non vengono affrontati: carenza di personale, disuguaglianze regionali, gap di prevenzione e vulnerabilità agli shock climatici o pandemici possono erodere diritti e accesso nel medio termine. La traiettoria futura dipenderà dalle scelte politiche: investire in medicina territoriale, formazione e remunerazione del personale, sistemi di sorveglianza vaccinale e politiche di sanità pubblica proattive può spingere verso una vera rinascita.

*La divisione
pubblico/privato
non è netta: i sistemi
sono spesso ibridi*

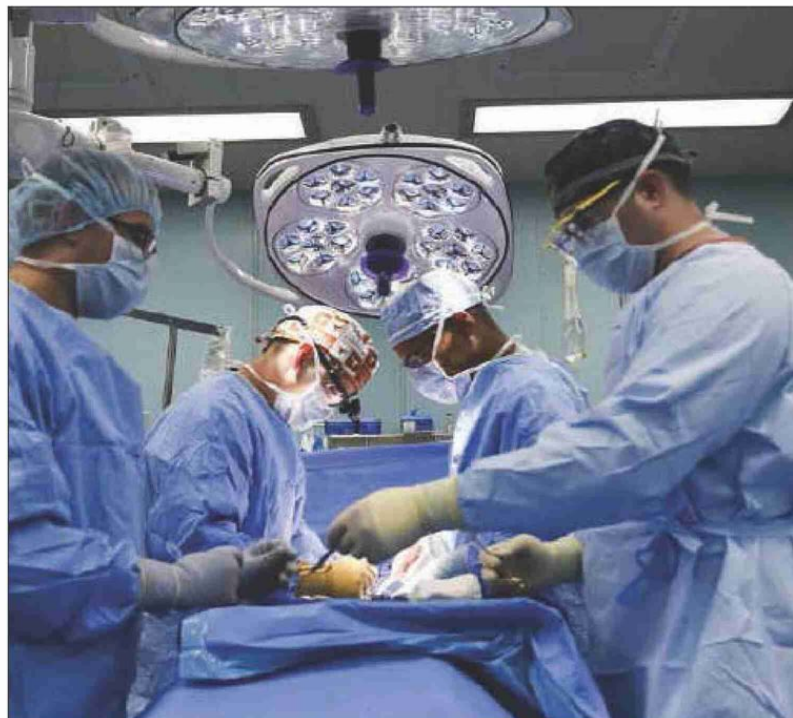
*È allarme
sulla carenza
di personale
e sua distribuzione*



Peso: 100%



Pazienti in fila per la richiesta di prestazioni sanitarie pubbliche



Una sala operatoria



Peso: 100%