

Qui ci vuole una sanità Europea

Creare un vero e proprio Servizio comune. Che integri e rafforzi le realtà nazionali. Un'utopia possibile. Partendo da quello che funziona

di MAURIZIO MARANGOLO



Quando le politiche della Commissione e del Parlamento Europeo toccano temi che incidono direttamente sulle condizioni di vita dei cittadini, l'opinione pubblica sul continente si compatta e lo spirito europeo si rafforza. Un'analisi di Eurobarometro

2025, che monitora l'opinione pubblica della Ue, ci dice che quasi tre quarti (72 per cento) degli europei ritiene che il loro Paese abbia beneficiato nel complesso dell'appartenenza all'Unione, e che essa è un luogo di stabilità e di benessere. In questo

contesto geopolitico, tuttavia, se vogliamo rafforzare l'orgoglio europeista bisogna che il governo europeo avvii processi di ulteriore unificazione partendo da argomenti che incidono profondamente sulla qualità di vita dei cittadini europei. La Sanità è certamente uno di questi e forse il più sentito dal-



Peso:14-87%,15-99%,16-100%

la maggioranza degli europei. Perciò pensiamo sia venuto il momento di lanciare l'idea, certamente visionaria, di un possibile Servizio Sanitario Europeo; idea che poi dovrebbe essere recepita dalle forze politiche realmente europeiste, elaborata e portata nelle sedi opportune. Un punto sul quale varrebbe la pena soffermarsi è ricercare i punti di convergenza e quelli di dissonanza dei diversi servizi sanitari del continente, valutarne la caratura al fine di una scelta finale sicuramente frutto di compromessi, come normale in una buona politica. Quella che segue è una disamina della situazione in diversi Paesi. Su cui ragionare per cominciare a pensare a una sanità europea.

La lezione del Covid

La politica sanitaria della Ue si fonda sull'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea che identifica i compiti dell'Unione: I) tutela e migliora la salute pubblica, II) previene malattie e pericoli per la salute, III) coordina le politiche sanitarie nazionali, che comunque hanno la responsabilità per l'organizzazione e la gestione dei propri sistemi sanitari, IV) sostiene la cooperazione fra gli Stati membri. È chiaro quindi che la Ue svolge principalmente un ruolo di coordinamento, sostegno e integrazione, ruolo che, e questo è indicativo, si è di molto rafforzato durante la pandemia di Sars-Cov 2. Per lo svolgimento dei propri compiti la Ue si avvale di tre Istituzioni e Agenzie principali: la Commissione Europea che propone la legislazione sanitaria e coordina le politiche tra gli Stati membri, l'Edcd (European Centre for Disease Control) che monitora le minacce sanitarie e coordina le risposte alle epidemie, l'Agenzia Europea per i Medicinali (Ema) che valuta e autorizza i farmaci a livello europeo.

Dopo il Covid-19 c'è stata una svolta importante che ha permesso di rafforzare la prevenzione alle emergenze sanitarie, di centralizzare gli acquisti di farmaci e vaccini e di costituire scorte strategiche europee. In sintesi, la politica sanitaria dell'Ue non sostituisce i sistemi sanitari nazionali, ma li coordina, integra e rafforza, soprattutto in caso di crisi. Dopo la pandemia l'Unione ha assunto un ruolo più attivo puntando su cooperazione, prevenzione, digitalizzazione e resilienza. Rispetto ad altre problematiche, come il lavoro, la fiscalità, e la difesa, l'ambito sanitario sembra aver raggiunto un maggior livello di integrazione, un ottimo punto di partenza per cercare di realizzare un vero e proprio Servizio Sanitario Europeo.

Per vedere come e quanto è un obiettivo possibile ho preso in considerazione le linee guida principali dei servizi sanitari di Italia, Francia, Germania, Spagna e Paesi Bassi, nonché del regno Unito che, pur non facendo più parte dell'Ue ha un Nhs che ha rappresentato un modello di riferimento per molti servizi sanitari europei. L'analisi è stata condotta principalmente per evidenziare alcuni punti fondamentali di ciascun servizio: il tipo di finanziamento, i costi in rapporto al Pil, i punti di forza e quelli di debolezza allo scopo di individuare i punti di convergenza e quelli di divergenza in modo da offrire elementi per formulare delle linee

guida comuni da adottare a livello europeo.

Casa nostra

Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano è stato istituito con la Legge 833 del 1978 che ha sostituito il precedente sistema mutualistico e ha come fondamento giuridico l'articolo 32 della Carta Costituzionale che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nel corso degli anni ha subito alcune riforme, la più importante delle quali è stata la modifica del titolo quinto della Costituzione che ha rafforzato il ruolo delle Regioni. I principi fondamentali su cui si basa sono tre: "Universalità", nel senso che tutti hanno diritto alle cure, "Uguaglianza" che garantisce che non vi sia nessuna discriminazione nell'accesso ai servizi, e "Equità" che sancisce la priorità ai bisogni sanitari e non alla capacità di reddito.

Dal punto di vista organizzativo il Ssn è articolato su tre livelli: a) Livello statale in cui lo Stato definisce i Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), stabilisce il Piano Sanitario Nazionale, e ripartisce alle Regioni il Fondo Sanitario Nazionale. b) Livello regionale in cui le Regioni organizzano e gestiscono i servizi sanitari, programmano la rete ospedaliera, e controllano le Aziende Sanitarie. c) Livello locale in cui operano le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, i Policlinici Universitari e gli Irccs.

Il finanziamento avviene principalmente tramite la fiscalità generale (Irpef e Iva), l'Irap regionale e i ticket sanitari come quota di partecipazione del cittadino. Punti di forza sono: la copertura universale, l'elevata qualità professionale, i buoni risultati in termini di aspettativa di vita, la solidarietà del sistema. I punti di debolezza, invece, sono: il divario nella applicazione dei Lea fra le varie Regioni, in particolare fra quelle del Centro-Nord e quelle del Sud e Isole (come attesta l'ultimo rapporto [Gimbe](#)), la lunghezza delle liste d'attesa legate soprattutto alla carenza di personale sanitario, conseguenza quest'ultima anche del sottofinanziamento rispetto alla media Ue (in Italia è il 6,2 per cento del Pil).

Due riforme sono necessarie: bisogna rafforzare la sanità territoriale modificando il rapporto di lavoro dei Medici di Medicina Generale e puntando sulle Case e Ospedali di Comunità, e bisogna incrementare la Sanità digitale con la digitalizzazione dei Servizi, l'uniformità del Fascicolo Sanitario Elettronico, e l'implementamento della telemedicina.

Oltraipe



Il Servizio Sanitario Francese è stato istituito di fatto nel 1945 con l'istituzione della "Sécurité Sociale", è considerato uno dei più efficienti ed universalistici in Europa fondato sul principio della copertura sanitaria universale, garantendo l'accesso alle cure a tutti i residenti legali in Francia. La Sécurité Sociale, su cui si basa il servizio sanitario è un modello di assicurazione sociale obbligatoria che gestisce l'assicurazione sanitaria attraverso l'Assurance Maladie, il tutto supervisionato e regolamentato dal Ministère de la Santé.

I principi su cui si basa sono: a) Universalità che assicura la copertura per tutti i residenti; b) Solidarietà per cui il finanziamento è basato sui contributi proporzionali al reddito; c) Libertà di scelta: i pazienti possono scegliere il proprio medico; d) Qualità di cure grazie a un forte investimento in strutture e personale. Il tutto è finanziato principalmente tramite i contributi sociali su salari e redditi, sui contributi fiscali (Contribution Sociale Généralisée) e attraverso un ticket sanitario moderato. In ogni caso la spesa sanitaria rappresenta circa l'11-12 per cento del Pil. Inoltre, la Francia garantisce assistenza anche alle categorie svantaggiate (basso reddito, disoccupati, pensionati indigenti, stranieri residenti regolari) attraverso una copertura sanitaria solidale e un Aide Médicale de l'Etat per persone senza documenti. Ogni cittadino sceglie il proprio medico di riferimento

che, a sua volta, coordina l'accesso agli specialisti. Il paziente paga la visita e viene rimborsato dall'Assurance Maladie per circa il 70 per cento, la parte restante può essere coperta da assicurazioni complementari private. Le strutture sanitarie comprese dal sistema sono: gli ospedali pubblici, le cliniche private convenzionate, gli studi medici privati, e i centri specialistici. I principali ospedali universitari fanno capo all'Assistance Publique-Hopitaux de Paris. Punti di Forza sono l'alta qualità delle strutture ospedaliere, l'accesso universale, una buona aspettativa di vita, una forte prevenzione e campagne vaccinali. Punti di debolezza, invece, sono: l'aumento della spesa pubblica, la carenza di personale medico e infermieristico nelle aree rurali, lunghi tempi di attesa per alcune specialità, la forte pressione sul personale sanitario.

Made in Germany

Il Servizio Sanitario Tedesco è certamente il più blasonato di tutti in quanto ha origine dalla legge sull'assicurazione malattia obbligatoria voluta nel 1883 dal cancelliere von Bismark. Adotta un sistema misto pubblico-privato finanziato principalmente tramite l'Assicurazione Sanitaria Obbligatoria (Gkv) che copre circa il 90 per cento della popolazione. È obbligatoria per i lavoratori sotto una certa fascia di reddito, i contributi sono proporzionali al reddito e pari al 14-15 per cento dello stipendio diviso fra datore di lavoro e dipendente. Accanto c'è l'Assicurazione Privata accessibile ai liberi professionisti, ai dipendenti con reddito elevato e ai funzionari pubblici; il premio assicurativo

è basato su età e rischio sanitario, garantisce servizi spesso più rapidi e dà una maggiore libertà di scelta. In ogni caso il servizio sanitario copre: le cure primarie e quelle specialistiche, i ricoveri ospedalieri, le cure preventive, la riabilitazione, la salute mentale, la maternità, e con una assicurazione separata anche l'assistenza a lungo termine. In linea di massima il principio fondamentale è legato al fatto che chi guadagna di più paga di più.

Complessivamente la spesa sanitaria è la più alta d'Europa: circa il 12 -13 per cento del Pil. Tutto il sistema è decentralizzato. Il Governo Federale definisce il quadro normativo e supervisiona tutto il sistema tramite il Ministero della Salute. I Lander sono responsabili della pianificazione ospedaliera e gestiscono tutte le strutture pubbliche. Le Casse Mutue in competizione fra loro raccolgono i contributi e rimborsano le prestazioni. Tutti i servizi vengono erogati dagli ospedali con il più alto numero di posti letto per abitante in Europa (pubblici, privati no-profit e for-profit), dai medici di base, e dalle farmacie. Punti di forza sono l'alta qualità delle cure, i tempi di attesa relativamente brevi, la libertà di scelta del medico, l'ampia copertura e una forte rete ospedaliera. Punti di debolezza: costi molto elevati, complessità amministrativa, carenza di personale sanitario e una forte differenza fra assicurati pubblici e privati.

Sanidad spagnola

La sua istituzione risale al 1986 con la Ley General de Sanidad che estende la copertura sanitaria a tutta la popolazione; nel 2003 viene rafforzato il coordinamento fra Stato e Comunità autonome. Come caratteristica generale il servizio spagnolo è Universalistico in quanto copre tutti i residenti, è finanziato principalmente dalla fiscalità generale, ed è decentrato con ampie competenze attribuite alle comunità autonome; situazione molto simile a quella italiana. Prima fonte di finanziamento sono le imposte generali (Iva, Irpef, imposte societarie) e i trasferimenti statali alle Regioni. In questo modo Madrid garantisce l'accesso gratuito, anche se prevede un ticket moderato e basato sul reddito per i farmaci, e pagamenti diretti per alcune prestazioni non essenziali.

La spesa sanitaria rappresenta circa il 9-10 per cento del Pil. Operativamente il servizio è articolato su tre livelli: statale (Ministerio de Sanidad) che definisce la normativa generale, coordina il sistema, garantisce equità fra le Regioni, e stabilisce il "catalogo comune" delle prestazioni, simile ai nostri Lea. C'è poi il livello Regionale delle comunità autonome, in tutto 17, che gestiscono gli ospedali e centri sanitari, assumono il personale, organizzano i servizi sanitari, gestiscono i bilanci regionali. Infine, a livello locale sono gestiti i centri di



assistenza primaria e il coordinamento territoriale. Esiste anche una forte sanità privata che interessa il 20-25 per cento della popolazione; è usata principalmente per ridurre i tempi di attesa ed è convenzionata con il pubblico in alcune, non tutte, le Regioni.

Tre sono i livelli di assistenza: a) primaria, che è il pilastro del sistema, costituita da Medici di famiglia e pediatri, infermieri, prevenzione e vaccinazioni e gestione delle malattie croniche; b) specialistica e ospedaliera che include: ospedali pubblici, centri specialistici, alta tecnologia, chirurgia ed emergenza-urgenza; c) farmaceutica che garantisce una ampia copertura, prevede un ticket dal quale sono esclusi i pensionati con un tetto massimo mensile.

Punti di forza sono universalità della copertura, buona qualità clinica, forte assistenza primaria, alta aspettativa di vita, efficacia nei costi. Punti di debolezza, invece, sono: liste di attesa per visite specialistiche e interventi, disuguaglianze fra Regioni, carenza di personale in alcune aree.

Salute e tulipani

Il servizio sanitario olandese è entrato in vigore dal 2006 con l'introduzione di un modello di assicurazione sanitaria universale obbligatoria. Il sistema si articola su tre pilastri principali. Innanzitutto c'è l'assicurazione sanitaria di base obbligatoria: ogni residente deve stipulare a proprie spese una polizza presso una compagnia privata autorizzata che offre una copertura standard stabilita dal Governo. Il premio mensile è a carico del cittadino, anche se tale contributo è proporzionale al reddito e la scelta della compagnia è libera in una lista di autorizzate; prevede una franchigia annuale obbligatoria che, generalmente, è compresa fra i 350 e 400 euro.

Esiste, comunque, un'assistenza, coperta da apposita legge e finanziata dalla tassazione generale, che riguarda gli anziani non autosufficienti, le gravi disabilità, e le cure residenziali permanenti. Così come esistono assicurazioni complementari facoltative che coprono servizi non compresi dall'assicurazione di base: le cure dentistiche per adulti, la fisioterapia aggiuntiva, la medicina complementare, la possibilità di essere ricoverati in camere private. Il fulcro del sistema sanitario è rappresentato dal medico di famiglia che funziona come filtro obbligatorio per accedere agli specialisti; senza la sua indicazione l'assicurazione non rimborsa determinate prestazioni. Da notare che il medico di famiglia è un libero professionista (non dipendente dal sistema) che ha un contratto con le assicurazioni e viene remunerato con una quota capitaria più un compenso per le prestazioni effettuate.

La rete ospedaliera è costituita per lo più da enti privati senza scopo di lucro, fortemente regolamentati dal ministero della Salute e in concorrenza fra loro. La spesa sanitaria, il 10-11 per cento del Pil, generalmente considerata elevata ma sostenibile in base al livello economico della popolazione, permette di offrire buoni indicatori di qualità e tempi di attesa

generalmente inferiori alla media europea. Punti di forza sono la copertura universale obbligatoria, l'elevata qualità delle cure, il forte ruolo della medicina territoriale, un sistema competitivo regolamentato; il che garantisce un alto grado di soddisfazione dei cittadini. Punti di debolezza, invece: negli ultimi anni i premi assicurativi sono aumentati, la complessità dell'amministrazione, c'è una pressione crescente sul personale sanitario per contenere i costi di gestione. Nel complesso il Servizio sanitario olandese rappresenta un modello di assicurazione universale obbligatoria regolamentata particolarmente efficiente e garante di equità e universalità.

Il National Health Service

Il sistema del Regno Unito, attivato nel 1948, uno dei modelli più noti al mondo di sanità universalistica finanziata dalla fiscalità generale, è uno dei pilastri del welfare britannico. Principi fondanti sono l'Universalità (accesso a tutti i residenti), la Gratuità poiché

nessun pagamento diretto è dovuto per la maggior parte dei servizi, e il finanziamento tramite la tassazione generale. È un sistema decentralizzato composto da quattro sistemi distinti: quello inglese, quello scozzese, quello delle isole e quello nord-irlandese, ognuno con autonomia amministrativa e gestionale. La spesa sanitaria è pari a circa il 10-11 per cento del Pil e ha come principale fonte la fiscalità generale, in parte poi ci sono contributi previdenziali. Il budget complessivo è stabilito dal governo centrale. Il servizio garantisce gratuitamente le visite mediche, i ricoveri ospedalieri, gli interventi chirurgici e le emergenze. Sono invece a carico, parziale, del cittadino: i farmaci con un ticket fisso, le cure dentistiche, e gli occhiali.

I servizi sono così organizzati: c'è l'assistenza primaria costituita dal Medico di base (General Practitioner) che è il primo punto di accesso al servizio ed è l'unico a poter prescrivere l'accesso agli specialisti. L'assistenza secondaria, invece, comprende gli ospedali pubblici, le cure specialistiche e gli interventi chirurgici. Un ulteriore livello è quello dell'assistenza terziaria, rappresentata dai centri di alta specializzazione e dai trattamenti complessi come l'oncologia avanzata, i trapianti. E infine ci sono servizi complementari: la salute mentale, le ambulanze, le cure domiciliari, molto sviluppate, gli screening e la prevenzione comprese le vaccinazioni. Punti di forza sono una elevata equità e universalità di accesso, i costi amministrativi relativamente bassi, la forte attenzione alla medicina preventiva. Punti di debolezza: lunghe liste d'attesa, carenza di personale sanitario e una pressione finanziaria crescente, soprattutto dopo la pandemia di Covid che ha richiesto di ampliare rapidamente la capacità degli ospedali e ha accelerato sulla digitalizzazione e sulla telemedicina.





MAURIZIO MARANGOLA
Oncologo.
Ha guidato per molti anni come direttore l'Unità operativa di Oncologia Medica presso l'Ospedale Santa Maria delle Croci di Ravenna. Ha partecipato alla nascita dell'Istituto Romagnolo per lo studio dei tumori di Meldola

1 Spagna
Il Consiglio della Salute pubblica spagnolo, il Cins, riunito in sessione plenaria a Madrid

2 Paesi Bassi
Una operatrice sanitaria allo Albert Schweitzer Hospital di Dordrecht

La pandemia ha dimostrato che mettere insieme le forze e avere schemi condivisi protegge

NUMERI

72%

Il sondaggio
Sono gli europei che ritengono che il proprio Paese abbia beneficiato nel complesso di appartenere all'Ue

3

Agenzie europee
La Commissione Europea; l'Agenzia europea per i medicinali e l'Ecdc per il controllo delle malattie

6.2%

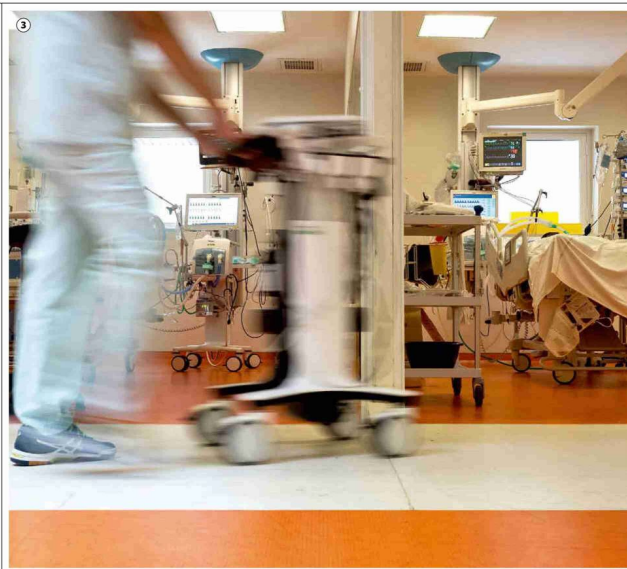
Pil
In Italia la spesa sanitaria pubblica si attesta attorno al 6.2%. Al di sotto della media Ocse ed europea

Ogni sistema ha punti di forza e debolezza. Analizzarli servirà a fare una sintesi



IL CONFRONTO

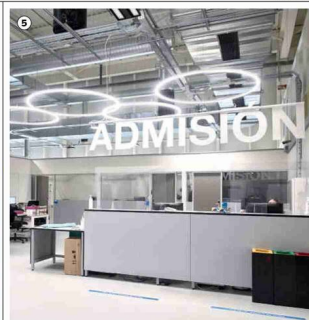
Paese	Modello del Sistema Sanitario	Finanziamento principale	Copertura e accesso	Servizi Sanitari forniti
Italia	Servizio Sanitario Nazionale	Prevalentemente da Fiscalità generale	Copertura Universale per residenti; cure urgenti per irregolari	Medici di base, Ospedali, Prevenzione, Farmaci con ticket, emergenze-urgenze
Francia	Sistema misto: Assicurazione Sanitaria Nazionale integrata	Contributi Obbligatorii sociali + Spesa pubblica	Copertura universale per contribuenti e residenti, rimborso percentuale delle prestazioni	Ambulatori, Ospedali, specialisti, farmaci e servizi a lungo termine
Germania	Assicurazioni Sociali obbligatorie	Contributi assicurativi e compartecipazione	Copertura quasi universale tramite casse malattia	Medici di base, Ospedali pubblici e privati convenzionati, specialisti
Spagna	Servizio Sanitario Nazionale	Fiscalità generale + contributi regionali	Copertura universale per residenti	Cure primarie, ospedali, prevenzione, emergenze
Olanda	Assicurazione Sociale obbligatoria	Assicurazione sanitaria privata obbligatoria + contributo	Copertura universale	Medici di base, ospedali pubblici e privati, farmaci
Regno Unito	National Health Service	Finanziamento tramite fiscalità generale	Copertura universale	Medici di base, ospedali pubblici, Specialistica, Emergenza



3
Francia
Un reparto di terapia intensiva al Centre hospitalier universitaire de Pointe-à-Pitre, Caraibi francesi

4
Germania
L'ospedale tedesco di Chemnitz

5
Madrid
L'accettazione all'ospedale Isabel Zendal di Madrid



Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.