



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 05.12.2001
COM (2001) 723 definitivo

**COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE AL CONSIGLIO, AL
PARLAMENTO EUROPEO, AL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE E
AL COMITATO DELLE REGIONI**

Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità,
qualità e sostenibilità finanziaria

INDICE

Introduzione	3
Problematiche comuni	4
1 L'impatto dell'invecchiamento demografico sui sistemi e sulle spese.....	4
2 Lo sviluppo delle nuove tecnologie e terapie	6
3 Il miglioramento del benessere e del tenore di vita	7
La diversità dei sistemi nazionali e il contributo delle politiche comunitarie	7
1 La diversità dei sistemi nazionali	8
2 Il contributo delle politiche comunitarie.....	8
Tre obiettivi a lungo termine: accessibilità, qualità, sostenibilità.....	9
1 Accessibilità.....	9
2 Qualità.....	10
3 Sostenibilità finanziaria	12
Conclusione.....	14
Allegato 1 : il contributo delle politiche comunitarie	15
Allegato 2 : sistemi di assistenza e politiche sanitarie nell'Unione	18

INTRODUZIONE

L'esistenza di una protezione di qualità contro il rischio di malattie e di dipendenza è una conquista essenziale per gli europei, che è importante conservare e adattare alle sfide del nostro tempo, in particolare a quella dell'invecchiamento demografico.

Per questo motivo il Consiglio europeo di Lisbona ha ricordato nel marzo 2000 la necessità di riformare i regimi di previdenza sociale, perché continuino a offrire servizi sanitari di qualità. Nel giugno 2001, inoltre, il Consiglio europeo di Göteborg ha chiesto al Consiglio, *"seguendo il metodo di coordinamento aperto e in base ad una relazione comune del Comitato per la protezione sociale e del Comitato di politica economica (...) [di] elaborare una relazione preliminare per il Consiglio europeo della primavera del 2002 sugli orientamenti in materia di servizi sanitari e assistenza agli anziani. I risultati dei lavori saranno inseriti negli orientamenti di massima i per le politiche economiche."* (§ 43)

In questo contesto e nello spirito delle conclusioni di Lisbona, secondo cui il metodo di coordinamento aperto è basato su partenariati fra i vari attori, nel quadro delle loro rispettive competenze, la Commissione intende contribuire con questa comunicazione alla realizzazione del mandato affidato dal Consiglio europeo di Göteborg.

L'Unione beneficia di una situazione sanitaria generale e di sistemi di assistenza eccezionali sul piano mondiale. Uno dei motivi di ciò è la generalizzazione della copertura dei rischi di malattia e invalidità, accanto ad altri fattori come l'aumento del livello di vita pro capite, il miglioramento delle condizioni e dei modi di vita o una migliore educazione sanitaria¹. Essa ha infatti permesso di proteggere gli individui contro le conseguenze finanziarie delle malattie e, contemporaneamente, di sostenere i progressi rapidi e continui della medicina e delle terapie: la previdenza sociale rappresenta quindi un fattore essenziale del funzionamento dei sistemi sanitari in generale, grazie alla sua quota determinante nella spesa sanitaria totale, che fa di questo settore della previdenza sociale il più importante in termini di spese dopo quello delle pensioni di vecchiaia e dei superstiti.

La spesa globale per la sanità è passata dal 5% circa del PIL nel 1970 a più dell'8% nel 1998 e quest'aumento è avvenuto essenzialmente prima del 1990. La spesa pubblica per la sanità ha seguito la stessa tendenza: una crescita più rapida di quella del PIL dal 1970 al 1990 (che ha fatto passare la sua quota nel PIL dal 3,9% al 6% circa) e un'evoluzione più moderata dal 1990, in particolare per effetto degli sforzi di

I rendimenti globali in materia sanitaria non sono legati direttamente al volume delle spese realizzate per la sanità e quindi per il sistema sanitario. Nel 1999, ad esempio, la Germania ha speso più del 10% del suo PIL per la sanità, il livello più alto in Europa, e l'aspettativa di vita è inferiore di due anni a quella della Spagna, che ha speso il 7%; essa è inferiore a quella degli uomini e pari a quella delle donne del Regno Unito, dove la spesa è sensibilmente inferiore (6,8 % del PIL).

contenimento delle spese effettuati in tutti i paesi. Dal 1999 la spesa per la sanità sembra tuttavia aver ritrovato un ritmo di crescita superiore al PIL in numerosi paesi².

I sistemi di assistenza sanitaria nell'Unione devono quindi affrontare una sfida: quella di raggiungere simultaneamente il triplice obiettivo dell'accesso all'assistenza per tutti, di un alto livello di qualità dell'offerta di assistenza e della sostenibilità finanziaria dei sistemi.

PROBLEMATICHE COMUNI

1 L'impatto dell'invecchiamento demografico sui sistemi e sulle spese

L'invecchiamento demografico ha due aspetti:

Una *durata di vita più lunga*³. Dal 1970 l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di 5,5 anni per le donne e di quasi 5 anni per gli uomini. Nonostante sensibili differenze (nel 1997 l'uomo svedese e la donna francese avevano un'aspettativa di vita superiore di 3 anni rispetto ai loro omologhi finlandese e irlandese), la longevità media della popolazione dell'UE è una delle più elevate del mondo e continua ad aumentare. Nel 2000 era di 74,7 anni per gli uomini nati in quell'anno e di 81,1 anni per le donne; nel 2050, secondo lo scenario di base di Eurostat, sarà rispettivamente di 79,7 e 85,1 anni. Quest'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita si traduce anche in un aumento dell'aspettativa di vita "in buona salute" o senza invalidità.

- Un *aumento della quota degli anziani*. Le persone di età superiore a 65 anni vedranno passare la loro quota nella popolazione europea dal 16,1% nel 2000 al 22% nel 2025 e al 27,5% nel 2050. La quota di anziani di età superiore a 80 anni, che nel 2000 era del 3,6%, dovrebbe raggiungere il 6% nel 2025 e il 10% nel 2050⁴.

Le conseguenze di questa evoluzione sui *sistemi sanitari* possono essere importanti, anche se sono difficili da misurare con precisione. La spesa sanitaria pro capite, infatti, aumenta fortemente dopo i 65 anni e ancor più dopo gli 80 anni. La morbidità più elevata delle persone anziane, la loro tendenza alla multimorbidità, la gravità e la cronicità maggiori delle patologie legate all'età, che possono andare fino alla dipendenza, sono fattori che possono spiegare questa ripartizione delle spese per gruppi di età. Il sistema d'informazione sanitaria, la cui creazione è prevista nella proposta pendente di programma di azione in materia di sanità pubblica, permetterà di migliorare le conoscenze su tali questioni.

E' difficile, comunque, valutare lo stato di salute o di morbidità di cui godranno gli anziani fra vari decenni e l'aspettativa di vita "in buona salute" delle generazioni che raggiungeranno l'età di 60 anni verso il 2030. In primo luogo, perché le spese sanitarie si concentrano nell'ultimo anno di vita, indipendentemente dall'età della persona, e perché le spese per cure intensive nell'ultimo anno sono meno elevate se la persona è molto anziana. Inoltre, l'aumento del tenore di vita e d'istruzione, che sono fattori

² Vedi grafico 1, allegato 3

³ Vedi grafico 2, allegato 3

⁴ Vedi grafico 3, allegato 3

determinanti dello stato di salute accanto al sistema sanitario stesso, contribuirà a migliorare lo stato di salute della popolazione favorendo in particolare l'adozione di modi di vita più sani e di misure preventive: l'età in cui la necessità di assistenza aumenta potrebbe così abbassarsi e i rischi di dipendenza grave dei più anziani potrebbero essere ridotti. Inversamente, gli anziani appartenenti a generazioni abituate ad un alto livello di assistenza sanitaria potrebbero esigere le cure più recenti, che hanno forti probabilità di essere anche più costose.

L'aumento degli effettivi di queste fasce di età comporta inoltre *nuove domande di assunzione delle spese di lunga durata*. I disturbi legati all'età, che possono andare fino alla dipendenza, necessitano infatti un'assistenza di lunga durata, sia in ambulatorio, sia in unità di lunga degenza e in unità di assistenza psichiatrica, che non rientrano nel sistema sanitario "classico", bensì nel settore medico-sociale. L'aumento del numero di strutture familiari più piccole e più instabili potrebbe indebolire le reti familiari di solidarietà e rendere più difficile l'offerta di assistenza e di custodia nell'ambito familiare. Di conseguenza, se il numero di persone bisognose di assistenza di lunga durata aumenta considerevolmente, tenendo conto dell'incremento del tasso di occupazione delle donne (principali prestatrici di assistenza informale), sarà necessario sviluppare un'offerta specifica. I fattori legati all'organizzazione dell'offerta hanno quindi un'importanza determinante.

La duplice natura degli effetti dell'invecchiamento si ritrova nelle stime dei suoi effetti sulla spesa pubblica realizzate per conto del Comitato di politica economica dell'Unione dai corrispondenti nazionali del gruppo di lavoro "Invecchiamento", secondo una metodologia semplice ma non priva di incertezze⁵:

- Se gli scenari di base dell'evoluzione della popolazione si riveleranno esatti, nel periodo 2000-2050 l'aumento delle spese pubbliche per *l'assistenza sanitaria* sarà compreso tra 0,7 punti (ipotesi bassa per la Danimarca) e 2,3 punti del PIL (IRL). Mentre nel 2000 le spese pubbliche sanitarie variavano dal 4,6% (UK e FIN) al 6,2% del PIL (F), nel 2050 saranno comprese tra il 5,6% (UK e NL) e l'8,2% (IRL) del PIL. Le spese per la fascia d'età da 0 a 64 anni diminuiranno in tutti i paesi (da 0,2 a 0,7 punti del PIL). In questo mezzo secolo, per la maggioranza degli Stati membri l'aumento totale sarà compreso tra 1 e 1,5 punti del PIL, non molto rispetto al livello raggiunto oggi, e solo in tre Stati membri si registrerà un aumento superiore a 2 punti del PIL (D, IRL e A).
- L'influsso delle evoluzioni demografiche sull'*assistenza di lunga durata* (con gli stessi scenari) sarebbe ancora più forte, perché i paesi interessati conoscono già modi di assunzione delle spese strutturati e quindi livelli attuali di spesa già elevati (tra l'1,5% e il 3% del PIL). Svezia, Finlandia, Danimarca, Paesi Bassi, che rientrano in questo gruppo, vedrebbero quindi l'invecchiamento demografico determinare un aumento spontaneo delle spese di assistenza di lunga durata da 1,7 a 2,5 punti del PIL, ossia quasi un raddoppio. Altri sei paesi, il quali, fuorché il Regno Unito, nel 2000 hanno speso tutti meno dell'1% del PIL per tale assistenza,

⁵ La struttura delle spese di assistenza sanitaria e di assistenza di lunga durata per fasce di età è stata combinata con le proiezioni demografiche per produrre stime delle future spese pubbliche. Come indica la relazione del gruppo di lavoro si tratta quindi più di un'"istantanea" dell'incidenza delle evoluzioni demografiche che di spese pubbliche "reali".

registrerebbero aumenti più modesti (tra 0,2 e 1 punto del PIL). Questi paesi possono però vedere le loro strutture di assunzione delle spese evolversi verso una maggiore formalizzazione, per effetto dell'aumento delle popolazioni interessate e dell'evoluzione sociale, il che comporterebbe un aumento della loro quota di spese pubbliche e PIL. Queste evoluzioni prevedibili renderanno necessario definire modalità di finanziamento appropriate, all'interno del settore malattia-invalidità, o in modo specifico (creazione di un rischio specifico "dipendenza", suddivisione delle spese fra il sistema di assistenza sanitaria e sociale, ricorso alle assicurazioni private).

In totale, l'effetto "spontaneo" dell'invecchiamento demografico potrebbe aumentare la quota delle spese pubbliche destinate alla sanità e all'assistenza di lunga durata da 1,7 a quasi 4 punti del PIL, ossia un livello di spese pubbliche che rappresenta fra il 7,5% (ipotesi bassa per I) e il 12,1% del PIL (ipotesi elevata per S), rispetto al 5,5% (I) e all'8,8% (S) del PIL nel 2000.

In generale, questo sviluppo dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza di lunga durata pone il problema delle **risorse umane**, poiché queste cure richiedono, per loro natura, personale qualificato. Questa necessità di assunzioni si presenterebbe in un contesto di stabilizzazione o di riduzione della popolazione attiva e quando il settore sanitario e sociale registra già una crescita dell'occupazione molto più vigorosa della media: fra il 1995 e il 2000, nell'Unione l'occupazione globale è aumentata del 6,8%, mentre nel settore sanitario e sociale è aumentata del 12,6%⁶.

2 Lo sviluppo delle nuove tecnologie e terapie

L'evoluzione delle tecnologie mediche, ad esempio l'utilizzazione di robot miniaturizzati nella chirurgia, di terapie genetiche, della coltura di organi o di tessuti per trapianti e di nuovi medicinali, è la seconda sfida che i sistemi nazionali dovranno affrontare, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza sanitaria⁷.

Il progresso tecnico porta alla realizzazione di prodotti e di terapie che presuppongono più R&S e tecnologia. Esso può determinare incrementi di produttività, ad esempio la riduzione della durata della degenza in ospedale per una determinata patologia o anche la riduzione dei rischi di patologie gravi grazie a trattamenti preventivi. Più frequentemente, però, il miglioramento dell'efficacia delle cure porta alla possibilità di curare patologie nuove, ad una maggiore intensità delle cure e quindi ad un aumento dei costi globali.

Effetti di domanda e di offerta contribuiscono a quest'aumento. La sanità è un settore di attività atipico, dato che l'offerta, cioè i prescrittori, determinano in larga misura la domanda, talvolta a spese di una valutazione sistematica dei benefici sanitari reali dell'innovazione e dei costi per la collettività. D'altronde i pazienti, oggi istruiti ed informati, chiedono di beneficiare degli ultimi ritrovati o terapie, o di prodotti come gli integratori alimentari con effetti supposti o presunti per la salute. Essi esercitano quindi una pressione sui prescrittori che è particolarmente sentita nei paesi in cui il

⁶ Indagine Forza di lavoro 2001, ripartizione dell'occupazione per settori di attività.

⁷ Le proiezioni realizzate dal Comitato per la politica economica dell'Unione europea tengono conto dell'effetto delle tecnologie e delle loro evoluzioni in modo indiretto, attraverso diverse ipotesi di evoluzione delle spese pro capite.

medico può essere scelto liberamente. Questa pressione della domanda ha un'importanza particolare e misurabile per i medicinali, perché i ritrovati più recenti sono quasi sempre più costosi.

Queste caratteristiche del progresso tecnico sollevano la questione del suo finanziamento e dell'assunzione delle spese, poiché il suo effetto potrebbe essere paragonabile o superiore a quello dell'invecchiamento demografico. In un contesto di controllo delle spese, questo richiede lo sviluppo di meccanismi chiari, trasparenti ed efficaci di valutazione, i soli che possano garantire l'accessibilità dei nuovi prodotti o terapie. Essi dovranno tuttavia tenere conto, più che attualmente, delle necessità specifiche degli anziani di età superiore a 65 anni, che rappresentano solo una piccola parte dei pazienti soggetti a prove cliniche.

Le nuove tecnologie dell'informazione, permettendo una collaborazione tra operatori sanitari a livello europeo, offrono nuove possibilità di migliorare le valutazioni.

3 Il miglioramento del benessere e del tenore di vita

La domanda e l'offerta di assistenza sanitaria dipendono fortemente dal tenore di vita e dal livello di istruzione, che determinano a loro volta il tipo di vita condotto dagli individui. Possiamo osservare che negli ultimi 50 anni la domanda di assistenza sanitaria tende a crescere più che proporzionalmente al reddito pro capite.

Questo fenomeno ha tre conseguenze principali.

- I pazienti, meglio istruiti, possono adottare *modi di vita più sani e misure di prevenzione* che permettono, con il tempo, di evitare il ricorso a cure intensive e costose. I sistemi di assistenza sanitaria sono perciò portati ad intensificare le loro azioni di educazione e di prevenzione, nell'ambito generale delle politiche della sanità pubblica.
- I pazienti si aspettano inoltre dai sistemi di assistenza una qualità e un'efficienza sempre maggiori. Lo sviluppo delle nuove tecnologie dell'*informazione* aumenta le possibilità di cercare informazioni mediche, ma anche di ricorrere a prestazioni di servizi (consigli sulla salute, ecc.) e di acquistare prodotti, con i rischi che queste pratiche possono comportare. L'accesso più facile all'informazione, indipendentemente dalla sua qualità, permette anche il confronto con le prassi di altri paesi e determina così una maggiore mobilità transfrontaliera delle persone, dei beni e dei servizi. Questo ha conseguenze dirette sul funzionamento dei sistemi di assistenza sanitaria, per quanto riguarda sia l'offerta che le modalità di assunzione delle spese.
- Infine, i pazienti esprimono sempre più spesso il desiderio di essere considerati *partner e attori* a pieno titolo dei sistemi di assistenza sanitaria, da parte degli operatori del settore sanitario e delle autorità pubbliche. Lo dimostrano lo sviluppo di "carte dei diritti dei malati" negli ospedali e il rafforzamento dei diritti dei malati nelle legislazioni nazionali. In generale, i pazienti si aspettano una maggiore trasparenza sul funzionamento e sulla qualità dei servizi sanitari.

LA DIVERSITÀ DEI SISTEMI NAZIONALI E IL CONTRIBUTO DELLE POLITICHE COMUNITARIE

L'organizzazione dei sistemi sanitari, le loro modalità di finanziamento e la pianificazione dell'offerta di assistenza in funzione dei bisogni della popolazione rientrano nella competenza degli Stati membri. Questa viene tuttavia esercitata sempre più in un quadro generale su cui incidono da numerose politiche comunitarie⁸, il che giustifica lo sviluppo di una cooperazione europea.

1 La diversità dei sistemi nazionali

La diversità dei modi di finanziamento⁹ e di organizzazione è una caratteristica essenziale dell'Europa e quindi forma il quadro delle riforme destinate ad adattarsi all'invecchiamento e ad altri fattori di evoluzione delle spese per i servizi sanitari e l'assistenza agli anziani.

Si può osservare che il finanziamento pubblico costituisce ovunque una parte determinante nelle spese sanitarie: in Grecia, il paese in cui esso è più ridotto, rappresenta il 56% circa della spesa sanitaria e nel Regno Unito l'84%. Questa diversità ha un duplice aspetto:

- certi sistemi, soprattutto quelli organizzati come servizi sanitari nazionali, si basano su un finanziamento garantito dalla *fiscalità*, a volte nella sua totalità (NL, P, S, UK, DK, IRL). Altri sono finanziati dai *contributi sociali*, anche se si nota la tendenza a una riduzione di questi ultimi a favore delle entrate fiscali (come in Francia e in Germania).
- L'altro elemento di diversità, indipendente dal precedente, consiste nella suddivisione tra finanziamento pubblico e privato, cioè la parte della spesa sanitaria totale lasciata a carico delle famiglie ed eventualmente sostenuta da assicurazioni complementari facoltative. Essa rappresenta tra un quinto e un quarto della spesa totale nella maggioranza degli Stati membri, ma è molto bassa nel Regno Unito e in Lussemburgo (meno del 5%) e va fino al 42% in Italia e in Portogallo.

Questa parte varia spesso secondo il tipo di assistenza: in genere le spese per le cure ospedaliere sono assunte in gran parte dalla copertura di base, ma questa non comprende i medicinali, le cure dentistiche, i prodotti di ottica, per citare solo i casi più frequenti. La parte a carico degli utenti è spesso giustificata dalla volontà di rafforzare la consapevolezza dei costi delle cure. Essa rafforza comunque anche il ruolo delle assicurazioni complementari nell'accessibilità del sistema sanitario, anche per le persone meno abbienti, per le quali devono perciò essere previsti dispositivi di assunzione delle spese di questa parte complementare.

⁸ Vedere allegato 1

⁹ Vedere grafico 4, allegato 3

2 Il contributo delle politiche comunitarie

Tre politiche costituiscono dimensioni essenziali degli adattamenti e delle riforme.

- La politica della sanità pubblica e la promozione di un elevato livello di protezione della salute umana (articolo 152 del trattato). La comunicazione della Commissione sulla "strategia della Comunità europea nel campo della sanità pubblica" (COM(2000) 285 def.) ha sottolineato che i servizi sanitari devono rispondere alle attese e alle preoccupazioni delle popolazioni, in un contesto caratterizzato dalle sfide dell'invecchiamento e dello sviluppo delle tecniche mediche, nonché da una maggiore dimensione transfrontaliera delle questioni sanitarie (malattie trasmissibili, sanità ambientale, maggiore mobilità delle persone, dei servizi e dei beni).
- *Il miglioramento della qualità e della sostenibilità delle finanze pubbliche.* La parte considerevole della spesa sanitaria nella spesa pubblica rende questo settore un fattore determinante nella realizzazione delle strategie basate sulla qualità e sulla sostenibilità, secondo i principi indicati negli *Indirizzi di massima per la politica economica* per il 2001 ("Privilegiare l'accumulazione di capitale fisico e umano" e "Migliorare l'efficacia della spesa grazie a riforme istituzionali e strutturali").
- *L'approfondimento del mercato interno.* La riforma dei sistemi di previdenza sociale e l'organizzazione del finanziamento sono di competenza degli Stati membri. Secondo una giurisprudenza costante della Corte di giustizia della Comunità europea¹⁰, il diritto comunitario non mette in questione la competenza degli Stati membri nell'organizzazione dei rispettivi sistemi di previdenza, ma resta il fatto che, nell'esercizio di questa competenza, gli Stati membri devono rispettare il diritto comunitario¹¹. Dal 1999 e in seguito alla comunicazione della Commissione "*Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale*" (COM(99)347 def.), viene sviluppata una cooperazione europea in materia di previdenza sociale, con la partecipazione degli attori interessati. Nelle sue conclusioni del 29 novembre 1999, il Consiglio ha perciò posto la garanzia di un livello alto e durevole di protezione della salute come uno dei quattro obiettivi prioritari della cooperazione europea. In quest'occasione, esso ha ricordato che l'azione comunitaria deve sostenere ed incoraggiare gli sforzi di riforma effettuati dagli Stati membri nell'ambito delle loro priorità nazionali.

¹⁰ Sentenze del 7 febbraio 1984, Duphar e.a 238/82, rec. p. 523, punto 16; del 17 giugno 1997, Sodemare e.a C-70/95, rec.p.I-3395, punto 27; del 28 aprile 1998, Kohll, C-158/96, rec.p.I-1931 punto 17

¹¹ Cause C-157/99 (Smits/Peerbooms) e C-368/98 (Vanbraeckel)

TRE OBIETTIVI A LUNGO TERMINE: ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, SOSTENIBILITÀ

1 Accessibilità

Per gli europei l'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto fondamentale, essenziale per la dignità umana, che deve quindi essere garantito a tutti. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea afferma che *"ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche"*¹² e che *"l'Unione riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia"*¹³.

La raccomandazione del Consiglio del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche di protezione sociale¹⁴ aveva indicato l'accesso all'assistenza sanitaria e la concessione di redditi sostitutivi di livello sufficiente alle persone costrette a interrompere il lavoro a causa di una malattia come obiettivi essenziali dei sistemi di previdenza sociale.

Si osserva tuttavia che in tutti i paesi lo stato globale di salute delle persone è legato alla loro posizione sociale, a volte in modo sensibile, secondo i dati di mortalità¹⁵. Questa situazione si spiega per il fatto che un reddito insufficiente induce le persone a ridurre il consumo di servizi sanitari, in particolare quando una parte rilevante dei costi è lasciata a carico dei pazienti (cure dentistiche o oculistiche, ecc.) e se il sistema sanitario prevede il versamento di un anticipo sulle spese. Ma essa riflette anche numerosi altri fattori, come le condizioni di vita e di alloggio, la qualità dell'impiego, i livelli d'istruzione e i tipi di vita e di alimentazione.

L'accesso alle prestazioni sanitarie dei gruppi svantaggiati e delle persone meno abbienti, ma anche i legami tra il sistema di assistenza sanitaria e gli altri attori della lotta contro l'esclusione sono quindi riconosciuti fra gli "obiettivi comuni" di lotta contro l'esclusione, adottati al Consiglio europeo di Nizza. La *Relazione comune* di valutazione dei piani nazionali d'azione per l'inclusione sociale descrive tre grandi categorie di misure in questo settore:

- Lo sviluppo della prevenzione e dell'educazione sanitaria che, anche se non concerne unicamente i meno abbienti, permette di raggiungerli più facilmente. E' il caso ad esempio dei dispositivi di PMI (protezione della maternità e dell'infanzia) della medicina scolastica e della medicina del lavoro.
- Il miglioramento dell'accesso all'assistenza, grazie al rafforzamento dell'assunzione delle spese, fino alla gratuità per le persone a basso reddito, ma anche grazie ad un migliore coordinamento tra servizi sociali e servizi sanitari.

¹² Articolo 33

¹³ Articolo 32

¹⁴ 92/442/CEE, GUCE n. L 245 del 26/08/1992 p. 0049 - 0052

¹⁵ La relazione tra la mortalità degli uomini manuali e non-manuali, di età compresa tra 45 e 59 annivaria così dall'1,71 in Francia all'1,33 in Danimarca, secondo *Ineguaglianze sociali di sanità*, Inserm-La Découverte, 2000

- La realizzazione di misure destinate a gruppi svantaggiati, come le persone che soffrono di disturbi mentali, i migranti, le persone senza fissa dimora, le persone affette da dipendenza dall'alcol o da stupefacenti, le prostitute, ecc.

2 Qualità

Beneficiare di un'assistenza sanitaria di qualità è un'esigenza condivisa da tutti gli europei e un obiettivo fondamentale della sanità pubblica. Inoltre, il ruolo determinante del finanziamento pubblico conferisce una seconda dimensione a questa esigenza di qualità, ossia i mezzi per ottenere il migliore rapporto possibile (e accettabile senza compromettere l'obiettivo di salute pubblica) tra benefici per la salute e costi derivanti dai prodotti o dalle cure. Lo sviluppo dei mezzi di informazione a disposizione del pubblico, ma anche l'approfondimento del mercato interno e la maggiore mobilità delle persone, conferiscono alla questione della qualità una dimensione transfrontaliera sconosciuta in passato.

Tuttavia, un tale approccio qualitativo è reso particolarmente complesso e delicato da due elementi:

- *La diversità dei modelli di offerta di cure.* Ad esempio, per quanto riguarda i letti ospedalieri, nel 1997 se ne contavano 465 per 100.000 abitanti in DK, ma 708 in Germania e 877 in Francia. Nel 1999 c'erano 226 medici per 100.000 abitanti in Irlanda e circa 405 medici per 100.000 abitanti in Belgio. Nel 1997 i farmacisti (operanti nel settore della vendita al pubblico) erano 46,4 in Francia, ma solo 17,5 nei Paesi Bassi¹⁶. Le strutture di assistenza di lunga durata mostrano variazioni ancora più sensibili, a seconda che i paesi conoscano o meno un'istituzionalizzazione marcata dell'assunzione delle spese. La struttura e il livello dell'offerta hanno spesso un ruolo decisivo nel determinare la domanda di assistenza (e quindi il livello delle spese).
- *L'eterogeneità delle pratiche terapeutiche.* È il caso ad esempio dei parti. La Francia e i Paesi Bassi hanno tassi di mortalità perinatale assai vicini (nel 1996, 8,2‰ e 8,4 ‰); tuttavia, mentre in Francia la grande maggioranza dei parti viene praticata in ambiente ospedaliero, nei Paesi Bassi quasi un terzo delle nascite ha luogo a domicilio (anche se il ricorso all'ospedale è fortemente aumentato da trent'anni). E' quindi difficile desumere, a priori, la « superiorità » di uno dei due metodi. Inoltre, all'interno di uno stesso paese si osservano variazioni regionali, non solo nei metodi o protocolli seguiti, ma anche nell'efficacia apparente dei servizi o delle tecniche (misurata ad esempio dalla mortalità postoperatoria).

Numerosi studi hanno dimostrato che politiche di miglioramento della qualità, in particolare nell'ambiente ospedaliero (che rappresenta la voce più importante delle spese sanitarie), permettono di ridurre i costi derivanti dalla « non-qualità »¹⁷. La misura dei costi e dei rendimenti, le indagini sulla soddisfazione dei pazienti, la valutazione e l'accreditamento dei servizi sanitari sono mezzi necessari per spiegare e

¹⁶ Dati Eurostat, in *Cifre chiave per la salute 2000*

¹⁷ elazione dell'Agenzia francese per l'accreditamento e la valutazione della salute (ANAES - Agence française pour l'accréditation et l'évaluation en santé) *Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital* (settembre 1998).

correggere queste variazioni e migliorare così la qualità globale del sistema di assistenza¹⁸. Queste iniziative devono coinvolgere tutte le parti interessate (autorità responsabili del sistema di assistenza, professionisti della salute, organismi « paganti », comprese le assicurazioni complementari).

L'analisi comparativa dei sistemi di assistenza e delle pratiche terapeutiche, permettendo l'identificazione di "buone pratiche", è perciò di particolare utilità per migliorare la qualità dei sistemi di assistenza sanitaria e quindi l'utilizzazione ottimale delle risorse della previdenza sociale. Il futuro programma d'azione in materia di salute pubblica, che è all'esame del Consiglio e al Parlamento europeo, potrà contribuire a promuovere la qualità e le "buone pratiche" nei sistemi di assistenza sanitaria.

3 Sostenibilità finanziaria

La disponibilità di un'assistenza di qualità, che includa i progressi scientifici e tecnici e sia accessibile alla popolazione, esige un certo livello di finanziamento. Le pressioni esercitate sui costi unitari dell'assistenza e sulla domanda di salute si fanno sentire, quali che siano le forme di organizzazione dei sistemi di assistenza, ma con effetti diversi. Schematizzando, i sistemi del tipo "servizio sanitario nazionale" permettono in teoria di controllare più facilmente le spese (che sono iscritte in un bilancio), ma la pressione della domanda può determinare un allungamento delle liste di attesa¹⁹, che può rivelare una vera e propria inadeguatezza dell'offerta. Nei sistemi di assicurazione, in cui i prestatori di assistenza sono spesso indipendenti dal finanziatore, un aumento della domanda e/o dei costi determina un incremento delle spese che può a lungo andare diventare insostenibile per le finanze pubbliche, a meno di aumentare le entrate o di ricorrere a misure di contenimento delle spese che incontrano spesso l'opposizione dei professionisti interessati e soprattutto implicano la difficoltà di compiere scelte in ragione dell'entità e della diversità dei fabbisogni da soddisfare.

In quest'ambito è stato constatato, almeno fino al 1999, un notevole rallentamento del ritmo di aumento delle spese rispetto alla crescita del PIL. Dal 1999, tuttavia, le spese sanitarie sembrano aver ritrovato un ritmo di crescita superiore al PIL in numerosi paesi. Dall'inizio degli anni '90 sono infatti state intraprese numerose riforme²⁰, che utilizzano normalmente due leve, a volte combinandole, e con un'ampiezza variabile a seconda dei casi:

- la regolazione della domanda, che può avvenire tramite un aumento dei contributi (fiscali o sociali) o un aumento della quota dei costi a carico del consumatore finale (con la riduzione dei tassi di rimborso o dei copagamenti).

¹⁸ Ad esempio : « A First Class Service : Quality in the new NHS » (UK), che prevede in particolare la creazione di un « National Institute for Clinical Excellence »; istituzione di dell'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (F).

¹⁹ Il « NHS High-Level Performance Framework » (UK) comporta un indicatore che misura l'ampiezza delle liste d'attesa (« % dei pazienti in lista d'attesa durante 12 mesi o più »).

²⁰ Vedere allegato 2 per una presentazione semplificata dei sistemi di assistenza e delle riforme recenti.

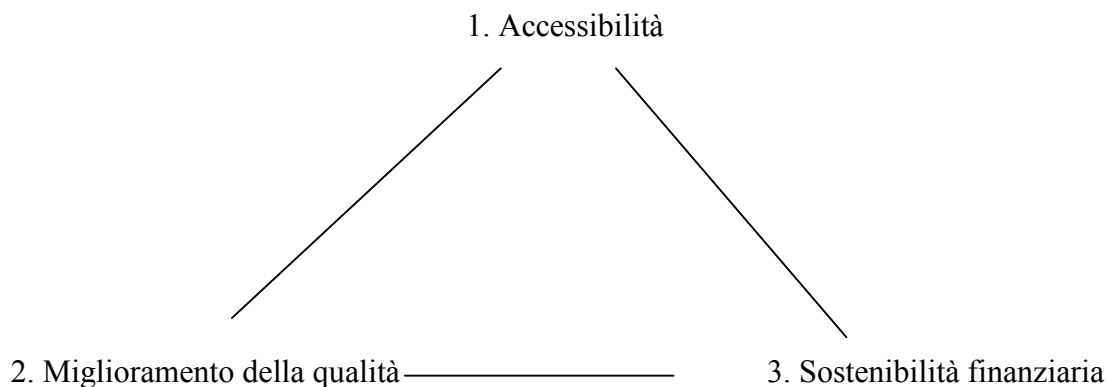
- la regolazione dell'offerta, che può essere macroeconomica (in particolare attraverso la fissazione di bilanci o di stanziamenti chiusi per i prestatori di assistenza) o mirante ad accrescere l'efficacia microeconomica dell'offerta: è l'obiettivo delle misure basate sulla messa in concorrenza organizzata dei finanziatori e/o dei prestatori di assistenza (Germania) o sulla contrattualizzazione dei rapporti tra "acquirenti" e "fornitori" di assistenza (UK).

La posta in gioco è la possibilità di distinguere l'effetto congiunturale delle misure e il loro effetto strutturale, vale a dire la loro capacità di rendere sostenibile il ritmo di evoluzione delle spese, senza compromettere la qualità del sistema di assistenza e la sua efficacia. Scambi di esperienze che permettono di stabilire bilanci delle politiche in atto sarebbero spesso da vari anni a questo riguardo utili strumenti di confronto e di progresso.

Le sfide che la maggioranza dei *paesi candidati* deve raccogliere è di un'altra dimensione. Molti paesi si sono sforzati di trasformare in profondità sia le strutture che le modalità di finanziamento del loro sistema assistenziale, in particolare la suddivisione tra finanziamento pubblico e privato, per migliorarne l'efficacia e la qualità globale. Il successo di queste riforme è tuttavia legato strettamente alla capacità di assicurare la sostenibilità finanziaria dei sistemi, che dipende a sua volta dalle riforme economiche e dal successo della transizione all'economia di mercato.

CONCLUSIONE

I sistemi di assistenza sanitaria nell'Unione e nei paesi candidati devono far fronte ad una sfida: raggiungere simultaneamente il triplice obiettivo dell'accesso all'assistenza per tutti, di un alto livello di qualità dell'offerta di assistenza e della sostenibilità finanziaria dei sistemi.



1. Garantire l'accesso di tutti a un'assistenza di qualità. Gli anziani che necessitano di un'assistenza di lunga durata rappresentano qui un problema specifico, tanto per il finanziamento, quanto per l'adattamento dell'offerta di assistenza, in particolare in materia di istituzionalizzazione dell'assistenza di lunga durata.
2. Rafforzare la trasparenza e la qualità dei sistemi assistenziali, in particolare sviluppando la valutazione delle tecniche, dei prodotti sanitari e delle strutture di assistenza.
3. Proseguire le riforme intraprese al fine di rendere sostenibile il ritmo di evoluzione delle spese, nel contesto di politiche miranti a migliorare la qualità delle finanze pubbliche e a garantire un finanziamento adeguato dell'assistenza sanitaria.

Per raggiungere questi obiettivi, **la cooperazione di tutti gli attori del sistema sanitario** è un'esigenza fondamentale, che si tratti delle autorità pubbliche, degli operatori della sanità, degli organismi di protezione sociale, degli organismi di assicurazione complementare, degli utenti e dei loro rappresentanti. Questo è spesso difficile a causa degli interessi e delle logiche diverse, o divergenti, di questi attori.

Allegato 1 : il contributo delle politiche comunitarie

LIBERA CIRCOLAZIONE DELLE MERCI (ARTICOLO 28).

I beni sanitari sono merci la cui libera circolazione non può essere ostacolata se non per ragioni imperative di interesse generale, riguardanti ad esempio la protezione della salute o la necessità di mantenere l'equilibrio finanziario dei regimi, riconosciuto necessario per un'offerta di assistenza di qualità. Questi ostacoli, in particolare il rifiuto del rimborso di un prodotto sanitario acquistato in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione, devono essere motivati e proporzionati all'obiettivo perseguito.

LIBERA CIRCOLAZIONE DELLE PERSONE (ARTICOLI 18, 39, 42 E 43).

Per promuovere il diritto alla libera circolazione delle persone, il regolamento 1408/71 coordina i sistemi di previdenza sociale legali degli Stati membri, compresi i regimi di assistenza sanitaria. Nel contesto della libera circolazione dei lavoratori dipendenti e autonomi, applicata anche al settore dell'assistenza medica, numerose direttive prevedono inoltre il riconoscimento reciproco dei diplomi dei medici e degli altri professionisti del settore sanitario definendo i requisiti essenziali della loro formazione iniziale.

LIBERA PRESTAZIONE DI SERVIZI (ARTICOLI 49 E 50).

La Corte di giustizia ha stabilito che l'assistenza sanitaria, ambulatoriale e ospedaliera, è un servizio, il che significa che la prestazione transfrontaliera di questi servizi può essere limitata solo per ragioni imperative di interesse generale, riguardanti ad esempio la protezione della salute o la necessità di mantenere l'equilibrio finanziario dei regimi, riconosciuto necessario per un'offerta di assistenza di qualità. Questi ostacoli, in particolare il rifiuto del rimborso dell'assistenza sanitaria offerta in uno Stato membro diverso da quello di affiliazione, devono essere motivati e proporzionati all'obiettivo perseguito.

FUNZIONAMENTO DEL MERCATO INTERNO (ARTICOLO 95)

Organizza il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative che hanno per oggetto la realizzazione e il funzionamento del mercato interno, in particolare in materia di prodotti sanitari (prodotti farmaceutici, dispositivi medici) e l'assicurazione malattia complementare.

CONCORRENZA (ARTICOLI 85 E 86).

Le casse malattia o gli organismi che provvedono alla gestione del servizio pubblico di previdenza sociale svolgono una funzione di carattere esclusivamente sociale, se la loro attività è basata sul principio della solidarietà nazionale e non ha scopo di lucro e se le prestazioni erogate sono stabilite dalla legge e indipendenti dall'importo dei contributi. La loro attività non è quindi economica e perciò gli organismi che ne sono incaricati non costituiscono imprese ai sensi degli articoli 85 e 86 del trattato²¹.

²¹

Cause congiunte C-159/91 e C-160/91 (Poucet e Pistre)

Tuttavia se attività del settore dell'assistenza sanitaria possono essere qualificate attività economiche ai sensi del trattato, si applicano le relative norme.

COORDINAMENTO DELLE POLITICHE ECONOMICHE (ARTICOLO 99)

Le conseguenze economiche e di bilancio dell'invecchiamento della popolazione sono esaminate nel quadro della procedura di sorveglianza multilaterale. In questo contesto, gli *Indirizzi di massima per le politiche economiche* per il 2001 adottati dal Consiglio europeo di Göteborg il 15 giugno 2001, sottolineano che *"gli Stati membri devono realizzare strategie ambiziose per rispondere alle sfide economiche e di bilancio poste dall'invecchiamento delle popolazioni. Le misure da prendere nel quadro di queste strategie potrebbero consistere in particolare nella riforma dei sistemi delle pensioni, dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani."* I lavori sugli aspetti economici e di bilancio dell'invecchiamento della popolazione sono sostenuti dal comitato per la politica economica.

COOPERAZIONE TRA GLI STATI MEMBRI E COORDINAMENTO DELLA LORO AZIONE IN MATERIA DI PROTEZIONE SOCIALE (ARTICOLO 140)

L'articolo 2 del trattato stabilisce che *"la Comunità ha il compito di promuovere nell'insieme della Comunità, mediante l'instaurazione di un mercato comune e di un'Unione economica e monetaria e mediante l'attuazione delle politiche comuni (...) un elevato livello di occupazione e di protezione sociale."* In quest'ambito, la comunicazione *"Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale"* (COM (99) 347 def.) ha fatto della garanzia di un livello elevato e sostenibile di protezione della salute uno dei quattro obiettivi principali di una cooperazione europea in materia di protezione sociale. Nelle sue conclusioni del 29 novembre 1999, il Consiglio ha approvato gli obiettivi contenuti in questa comunicazione e ha invitato a sviluppare una cooperazione europea in questo settore, in cui l'organizzazione dei sistemi nonché le loro modalità di finanziamento rientrano nella competenza nazionale.

SANITÀ PUBBLICA (ARTICOLO 152)

Il trattato stabilisce che l'obiettivo di un elevato livello di protezione della salute umana deve essere inserito nella definizione e realizzazione di *tutte le politiche e azioni* della Comunità. In materia di sanità pubblica, il ruolo della Comunità è quello di completare le politiche nazionali, di favorire la loro cooperazione e di appoggiare la loro azione, in materia di miglioramento della salute pubblica, di prevenzione delle malattie umane e di riduzione dei rischi per la salute umana. La comunicazione della Commissione sulla strategia comunitaria in materia di sanità²² indica come la Comunità contribuirà a svolgere i compiti principali che si pongono ai sistemi di assistenza e a rispondere alla preoccupazione dei cittadini di vedere la propria salute protetta in modo efficace. Un nuovo programma di azione comunitaria sosterrà questa strategia per il periodo 2001-2006. L'azione della Comunità in questo settore rispetta pienamente la responsabilità degli Stati membri per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica.

²²

COM (2000) 285 def. del 22 maggio 2000

RICERCA E SVILUPPO TECNOLOGICO (TITOLO XVIII)

Il quinto programma quadro di ricerca e sviluppo dedica una delle sue 23 azioni chiave ai problemi medici e sociali dell'invecchiamento e delle invalidità legate all'età. Uno dei settori di ricerca trattati in quest'azione chiave riguarda l'efficacia e la competenza dei servizi di assistenza sanitaria e agli anziani, nonché le modalità di finanziamento comparate dell'assistenza di lunga durata e delle pensioni.

Inoltre, il quarto e quinto programma quadro di ricerca e sviluppo hanno sostenuto lo sviluppo di strumenti elettronici per la gestione di prove cliniche, l'inserimento di dati a distanza, l'accesso alla letteratura scientifica, lo sviluppo di riferimenti medici e l'assicurazione qualità. Nel quadro del quinto PQRS vengono realizzati progetti di ricerca sull'adattamento di questi strumenti ai bisogni specifici degli anziani.

Allegato 2 : sistemi di assistenza e politiche sanitarie nell'Unione

	Totale spesa sanitaria	Spesa pubblica	Spesa pubblica generale	Spesa di previdenza sociale	Spesa privata	Spese vive	Assicurazione privata sulla salute	Tendenze recenti
A	8,2	72,1	39,4	60,6	27,9	16,6	7,1	Nessun bilancio globale fisso per l'assistenza sanitaria
B	8,8	71,3	n/a	N/A	28,7	n/a	n/a	Bilancio fissato annualmente dal Governo
D	10,3	75,8	8,4	91,6	24,2	12,8	7,1	Nessun bilancio globale fisso per l'assistenza sanitaria
DK	8,4	82,2	100	0	17,8	16,2	1,6	Bilancio negoziato annualmente e fissato dai governi centrali e locali
E	7	76,8	88,3	11,7	23,2	n/a	n/a	Bilancio fissato annualmente
EL	8,4	56,3	n/a	n/a	43,7	n/a	n/a	Bilancio fissato annualmente
F	9,3	76,2	3,3	96,7	23,8	10,1	12,6	Bilancio obiettivo fissato dal Parlamento dalla riforma costituzionale del 1996; "Copertura sanitaria universale" per famiglie a basso reddito
FIN	6,8	75,7	80,2	19,8	24,3	20	2,6	Nessun bilancio globale fisso per l'assistenza sanitaria
I	7,9	76,8	99,9	0,1	27,7	24,1	n/a	Bilancio fissato annualmente
IRL	6,8	72,3	91	9	23,2	11,4	8,3	Spese limitate nei fondi e fissate dal Governo
L	6,1	92,9	11,5	88,5	7,1	7,1	n/a	Bilancio obiettivo dal 1994
NL	8,7	68,5	6	94	31,5	8	17,5	Bilancio obiettivo fissato per un periodo quadriennale
P	7,7	66,9	n/a	n/a	33,1	n/a	n/a	Bilancio fissato annualmente su basi storiche

	Organizzazione		Tendenze e riforme recenti		
	Servizi a contratto	Servizi integrati	Ospedali	Medici	Prodotti farmaceutici
<i>La maggioranza dei paesi</i>			<i>Copagamenti; fissazione di bilanci preventivi; sviluppo di finanziamenti basati sulle attività</i>	<i>Copagamenti; restrizione del numero di medici</i>	<i>Copagamenti; controllo dei prezzi; liste positive e negative dei prodotti;</i>
BE	Tutti i servizi		Bilanci preventivi per i costi di alloggio e biologia	Pagamento per i servizi; libera scelta del medico	Obiettivi di spesa
DK	Molti ospedali, medici generici e specialisti al di fuori degli ospedali, dentisti, farmacie	Alcuni ospedali provinciali	Bilanci preventivi	Pagamento per i servizi e imposte	Obiettivi di spesa; prezzi di riferimento
DE	Tutti i servizi		Bilanci preventivi	Pagamento per i servizi; libera scelta fra medici dei sussidi malattia; bilancio indicativo	Prezzi di riferimento
GR	Farmacie, cliniche private, molti dentisti, medici privati	Dottori e ospedali	Bilanci preventivi	Pagamento per i servizi (medici privati) e salario (NHS)	
ES	Medici specialisti, ospedali, 60% dei medici generici	Farmacie, dentisti cliniche private	Bilanci preventivi combinati con pagamenti basati sull'attività	Pagamento del salario o imposta	Bilancio fisso; tetti per spese di promozione
FR	Tutti i servizi		Bilanci preventivi globali, con organizzazione del pagamento basato sull'attività	Pagamento per i servizi; libera scelta del medico; obiettivi globali della spesa; orientamenti medici non vincolanti (RMO)	Obiettivi di spesa; obiettivo di reddito per le società; tasse sulle spese di promozione; sviluppo di elementi generali; orientamenti pratici
IE	Cliniche private, medici generici, farmacie	Ospedali pubblici, specialisti	Bilanci preventivi e misure di gruppo relative alla diagnosi	Imposta più pagamento per il servizio (per servizi speciali); riferimento; bilancio indicativo	
IT	Cliniche private, medici generici e specialisti, farmacie	Ospedali pubblici, specialisti	Pagamento basato sull'attività	Pagamento del salario o imposta, più pagamento per i servizi (per servizi speciali); riferimento	Bilancio fisso; prezzi di riferimento
LU	Tutti i servizi		Bilanci preventivi combinati con pagamenti basati sull'attività	Pagamento per i servizi; libera scelta del medico	

NL	Tutti i servizi		Bilanci preventivi funzionali basati su attività	Imposta (basso reddito) o pagamento per servizio (reddito elevato); riferimento; controllo delle ricette	Farmacisti pagati a un tasso promiscuo; prezzi di riferimento
AT	Tutti i servizi		Bilanci preventivi combinati con pagamenti basati sull'attività	Pagamento per i servizi combinato con imposte; libera scelta fra i medici dei sussidi malattia	
PT	Cliniche private, medici in zone rurali, farmacie, molti dentisti, laboratori	Medici generici, alcuni specialisti, ospedali pubblici	Bilanci preventivi globali basati su attività	Salario; riferimento	
FI	Ospedali, farmacie, assistenza privata, pazienti esterni	Centri sanitari	Acquisto di pacchetti di servizi ospedalieri, organizzazione di prezzi basati su DRG	Pagamento del salario o imposte	
SE	Ospedali, farmacie, cliniche private, dentisti	Centri sanitari, farmacie, dentisti	Pagamenti preventivi basati su DRG, combinati con controlli di prezzo, volume e qualità	Pagamento del salario; pagamento per i servizi per medici privati	Prezzi di riferimento; tasse sulle spese di promozione
UK	Ospedali pubblici, medici generici, molti dentisti, farmacie	Servizi di assistenza comunitari	Contratti annuali legati all'attività fra l'acquirente e il fornitore	bilanci fissi (medici generici azionari); pagamento di salari o imposte per i medici con il primo contratto; riferimento; controllo delle ricette	Farmacisti pagati su una base promiscua; promozione di elementi generici; controllo dei profitti; tetti per le spese di promozione

Fonte: Assistenza sanitaria e contenimento dei costi nell'UE, op.cit.; Commissione europea

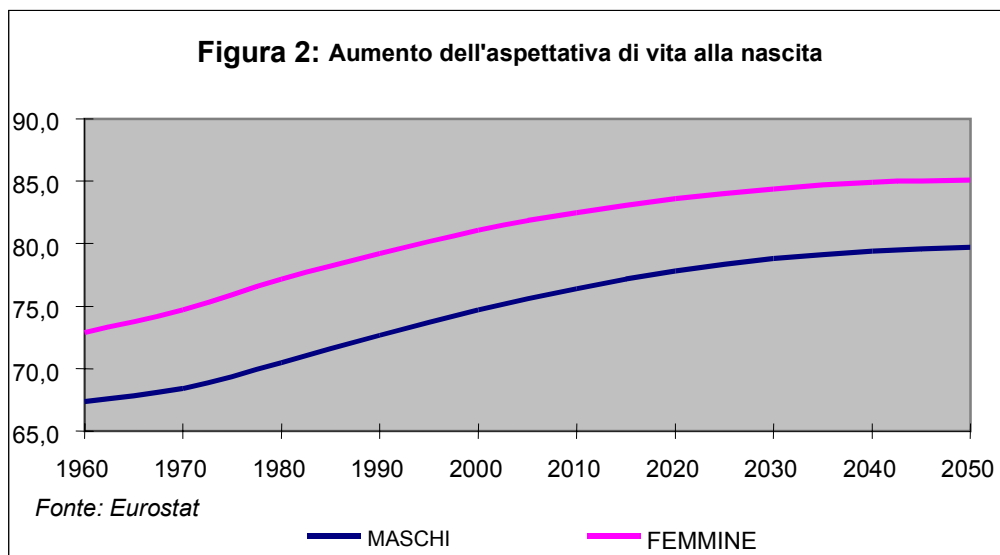
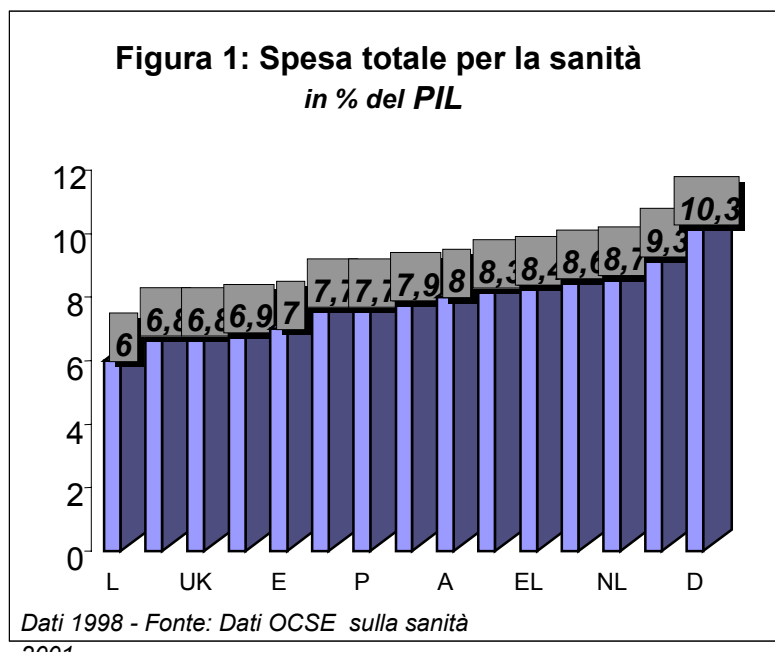


Figura 3: Invecchiamento della popolazione UE

Fonte: Eurostat, indicatori strutturali della popolazione (1960-1990), proiezione dello scenario di base

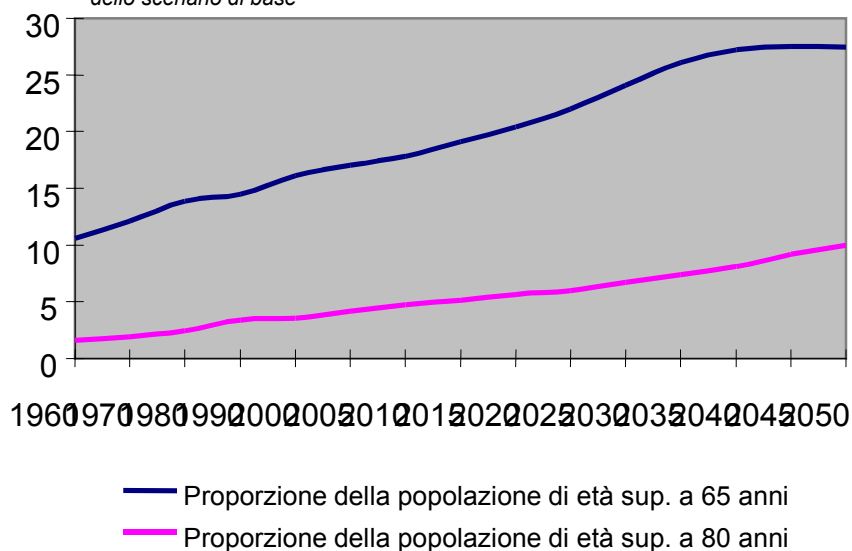
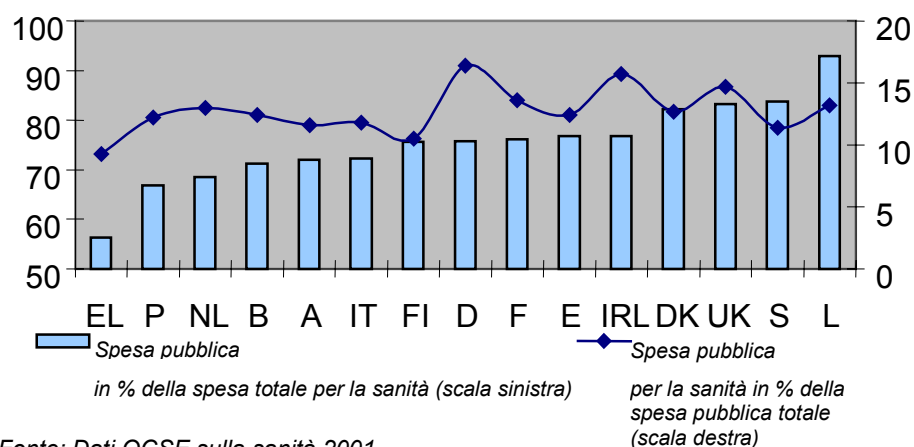


Figura 4: Spesa pubblica per la sanità



Fonte: Dati OCSE sulla sanità 2001