

3.11. Al momento di fissare nuovi livelli armonizzati, la Commissione dovrà cercare di osservare i livelli stabiliti nel Codex, in virtù delle norme dell'OMC introdotte alla fine degli anni '90. Ve ne sono molti che non risultano accettabili per la Comunità e andrà condotto un esame critico caso per caso. Il

Comitato desidera segnalare che il rispetto di queste esigenze internazionali non deve costringere a rendere più flessibili i requisiti comunitari e chiede alla Commissione europea di cercare di salvaguardare lo stesso livello elevato di protezione sanitaria che ha mantenuto finora.

Bruxelles, 16 luglio 2003.

Il Presidente

del Comitato economico e sociale europeo

Roger BRIESCH

Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «L'assistenza sanitaria»

(2003/C 234/11)

Il Comitato economico e sociale europeo, in data 21 gennaio 2003, ha deciso conformemente all'articolo 29, paragrafo 2, del Regolamento interno, di elaborare un parere sul tema «L'assistenza sanitaria».

La sezione Occupazione, affari sociali e cittadinanza, incaricata di preparare i lavori in materia, ha formulato il parere sulla base del rapporto introduttivo del relatore Bedossa in data 30 giugno 2003.

Il Comitato economico e sociale europeo ha adottato il 16 luglio 2003, nel corso della 401^a sessione plenaria, con 61 voti favorevoli, 5 voti contrari e 6 astensioni, il seguente parere.

1. Introduzione

1.1. La comunicazione della Commissione del dicembre 2001 ⁽¹⁾, che si colloca nel seguito delle conclusioni del Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000, e la relazione preliminare al Consiglio europeo del 2002 sollevano con forza uno degli argomenti più spinosi, dopo le pensioni, nell'ambito dell'edificazione di un'Europa sociale conforme ai valori descritti nella Carta dei diritti fondamentali.

1.1.1. Nelle nostre società la salute viene spesso definita come un bene superiore. Ciò vale a livello tanto dei cittadini e delle loro famiglie, quanto di ciascuno Stato.

— Questo concetto è ovviamente vissuto in modo diverso da ogni cittadino e le risposte degli Stati dell'Unione

europea differiscono spesso in termini di organizzazione dell'assistenza e di livelli di copertura.

— Talune sfide interessano l'insieme dell'Unione europea e devono essere ben comprese al fine di individuare soluzioni adeguate e comuni, nel rispetto della diversità attuale.

— Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la salute va considerata come uno stato globale costituito dalla salute fisica, mentale e sociale di ogni individuo.

— Il concetto di salute non può circoscriversi alle cure connesse alle diverse patologie, ma deve includere anche, in senso più lato, gli sforzi compiuti in materia di prevenzione e promozione a livello individuale e collettivo di atteggiamenti e di un ambiente migliori.

⁽¹⁾ COM(2001) 723 def.: «Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria».

— Trattandosi di un bene superiore, la salute non può essere considerata esclusivamente sotto l'angolazione di costi sociali e difficoltà economiche latenti.

Essa è un investimento e rappresenta un settore indispensabile, efficace ed utile dell'economia che produce un considerevole valore aggiunto nello sviluppo delle società e consente la crescita.

1.1.2. L'accessibilità senza discriminazione, la qualità e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, in particolare di quelli destinati agli anziani e alle categorie socialmente svantaggiate, pongono una serie di sfide e di problemi comuni prima e (*a fortiori*) dopo l'allargamento a tutti gli Stati dell'Unione, che non hanno dato risposte uniformi, pur se tutti riconoscono i principi di solidarietà, equità e universalità.

1.1.3. Nel corso degli ultimi vent'anni, in Europa, la domanda nei confronti del sistema sanitario e delle relative prestazioni è costantemente aumentata. In ogni Stato membro, le risposte sono state date a livello nazionale, in un contesto politico sempre più sensibile, se non addirittura esacerbato. Se le sfide che l'evoluzione dei sistemi sanitari pone sono comuni a tutti gli Stati membri, esse saranno ancora più impegnative per i paesi candidati nel 2004. Per tutti gli Stati membri i compiti da affrontare sono senza dubbio di grande portata, ma soprattutto sono ormai collegati tra loro.

1.2. Il progetto di parere è finalizzato al conseguimento di diversi obiettivi:

- favorire conoscenze, scambi e comparabilità tra i sistemi sanitari europei;
- sostenere l'azione delle istituzioni dell'Unione europea, specie della Commissione, nella ricerca di misure più mirate ed efficaci nel settore sanitario;
- promuovere le iniziative degli ambienti socioprofessionali degli Stati membri al fine di migliorare le politiche comuni.

Ad ogni modo, il progetto di parere si inserisce in un quadro di sostegno e di complemento alle azioni avviate dalla Commissione europea attraverso il programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008).

1.3. Per quanto riguarda l'insieme dei paesi sviluppati, e in particolare nell'Unione europea, la quota dei consumi per la salute, espressa in termini di ricchezza nazionale, fa segnare, dopo la firma del trattato di Roma, una crescita media annua superiore del 2,2 % a quella del PIL. Rispetto al PIL, tale crescita è infatti passata dal 4 % nel 1960 ad oltre l'8 % attuale (fonte: OCSE 2002), anche se negli ultimi tempi mostra segni di rallentamento.

1.3.1. Occorre notare tuttavia che nonostante si noti un rallentamento nella crescita del rapporto spese sanitarie/PIL, l'incidenza di questa voce di bilancio rimane elevata ed in costante progressione. Facendosi interpreti di un sentimento collettivo bisogna interrogarsi se questa crescita continua sia giustificata dai risultati che garantisce alla popolazione, vale a dire se si traduce realmente nei benefici attesi sotto forma di migliore salute collettiva ed individuale. All'aumento costante delle spese non corrisponde in nessun caso una diminuzione delle disuguaglianze, in particolare socioprofessionali, in termini di qualità e durata della vita. La riduzione di tali disuguaglianze dovrebbe costituire il principale indicatore per la valutazione delle politiche sanitarie in Europa e la leva per operare i cambiamenti delle strategie che essa necessariamente richiede.

1.4. I fattori che risultano attualmente fondamentali in materia di salute pubblica sono numerosi e variano da uno Stato membro all'altro.

Si possono enumerare una decina di fattori fondamentali che hanno però un'influenza decisiva.

1.4.1. Gli effetti demografici

1.4.1.1. L'età o l'invecchiamento della popolazione sono elementi che incidono sulla spesa sanitaria.

1.4.1.2. Diversi studi recenti condotti in sette paesi industrializzati sembrano confermare che nel corso dell'ultimo decennio, i fattori demografici hanno avuto un impatto sul ritmo di progressione delle spese pari all'1 % in termini di volume. La progressione è imputabile in parti uguali alla crescita demografica globale ed all'invecchiamento della popolazione.

1.4.1.3. Anche se l'incidenza relativa di queste due componenti varia da un paese all'altro, la sua influenza è nondimeno reale. I fattori demografici quantitativi tradizionali non possono comunque essere considerati gli unici elementi di cui tenere conto.

1.4.1.4. Va considerato per esempio quello che gli esperti definiscono «l'effetto generazione». In concreto, si constata che le ultime generazioni sono abituate ad una copertura sanitaria ben più ampia che non le generazioni precedenti, le quali non hanno sempre avuto un accesso alle prestazioni equivalente a quello disponibile oggi.

1.4.1.5. Non è quindi da escludere che detti fattori abbiano un effetto di accelerazione sulle spese quando queste generazioni saranno in età più avanzata, se l'accesso alle cure è favorito in modo appropriato durante la vita attiva e sin dai primi anni di formazione iniziale.

1.4.2. L'idea di salute

1.4.2.1. Le diverse concezioni della salute esercitano inoltre un'influenza non trascurabile sulle aspettative e sui comportamenti dei beneficiari dell'assistenza. La salute è percepita come un bene assoluto, un diritto del cittadino che le autorità competenti devono tutelare, e questo implica una crescita dei costi per soddisfare tale aspettativa e il rischio di una perdita di consenso politico ogni qualvolta si voglia ridurre, per esigenze di bilancio, l'ambito dei servizi sanitari gratuiti o quasi gratuiti.

1.4.3. L'epidemiologia

1.4.3.1. La tutela della salute deve affrontare oggi nuove sfide, tenuto conto segnatamente delle nuove pandemie legate a talune affezioni contagiose o a nuove manifestazioni di malattie note non più facilmente curabili, il cui impatto sui costi e sull'organizzazione sanitaria non è facilmente quantificabile.

1.4.4. La crescita economica

1.4.4.1. Molti studi hanno evidenziato il nesso tra crescita economica ed evoluzione della spesa sanitaria: al crescere dei livelli di reddito cresce la spesa sanitaria, anche in misura più che proporzionale. Tale correlazione a livello macroeconomico non si riscontra peraltro negli andamenti congiunturali: non è stata osservata una diminuzione significativa delle spese neppure in caso di rallentamento della crescita economica.

1.4.4.2. Ne consegue quindi una forma di dissociazione tra la domanda sanitaria e lo stato dell'economia che non favorisce le politiche di contenimento delle spese mediche avviate negli Stati che intendono creare maggiore senso di responsabilità nelle categorie professionali del settore sanitario e nei consumatori.

1.4.5. L'organizzazione della società

1.4.5.1. L'evoluzione dei modi di vita, l'organizzazione della vita familiare, le trasformazioni del lavoro e il diffondersi della precarietà sconvolgono i riferimenti tradizionali dei sistemi sanitari.

1.4.5.2. Si assiste quindi spesso ad una crescente medicalizzazione delle problematiche sociali. Anche se l'approccio relativo a questo fattore è complesso e merita di essere sviluppato più in profondità, non bisogna trascurarlo, considerata soprattutto la richiesta di applicazione del principio di precauzione che si fa sempre più pressante nelle società europee. L'insicurezza sociale di ogni tipo (disoccupazione, precarietà, stress, discriminazioni, inquinamento...) ha un impatto crescente sulla salute e sulle spese sanitarie, nonché sulla richiesta sempre più forte di applicare il principio di precauzione.

1.4.6. Ambiente e nutrizione

1.4.6.1. Il ruolo fondamentale che l'ambiente, nella sua accezione più ampia, riveste per l'evoluzione della spesa sanitaria è stato ampiamente dimostrato.

1.4.6.2. In base a uno studio condotto a livello europeo nel quadro del programma «Inquinamento atmosferico e salute», si può comunque fin d'ora notare che anche una lievissima riduzione dei livelli d'inquinamento atmosferico produce effetti benefici sulla salute pubblica e giustifica l'attuazione di misure preventive.

1.4.6.3. Occorre inoltre tenere conto dell'incidenza di consumi a rischio quali tabacco, stupefacenti, bevande alcoliche, ecc.

1.4.6.4. La qualità dell'alimentazione costituisce una grande sfida: errate abitudini alimentari sono alla base di una serie di meccanismi che portano ad una maggiore morbilità ed anche mortalità. Queste abitudini sono per esempio la prima causa della mortalità per cancro. Questa sfida è tanto più preoccupante in quanto tocca l'intera popolazione, ed in particolare i giovani (cfr. fenomeno dell'obesità).

1.4.7. Il progresso tecnico

1.4.7.1. È nota l'ambivalenza del progresso tecnico, che può avere un'incidenza favorevole o negativa sull'evoluzione delle spese sanitarie. Ciò non può far dimenticare, comunque, che il progresso tecnico è imprescindibile.

1.4.7.2. Giova osservare che la messa a punto di una terapia è spesso suscettibile di individuare un'affezione che prima «non esisteva» per mancanza di trattamenti disponibili.

1.4.7.3. Questo fenomeno si manifesta soprattutto al momento dell'innovazione, nel settore farmaceutico come in quello di talune tecniche d'esame.

1.4.7.4. Va da sé che occorre evitare la sovrapposizione di nuove e vecchie tecniche diagnostiche o terapeutiche.

1.4.7.5. Si tratta dunque di favorire l'applicazione di tecniche appropriate ovvero la loro sostituzione con delle nuove; va comunque osservato che questa sostituzione si scontra spesso con freni socioculturali a volte generati da atteggiamenti corporativisti di coloro che lavorano nel settore sanitario.

1.4.7.6. A titolo esemplificativo, basti pensare alle tecniche radiologiche che vedono oggi coesistere la radiografia tradizionale, la TAC, la risonanza magnetica e, da tempi più recenti, la tomografia ad emissione di positroni (PET, Positron Emission Tomography).

1.4.8. I comportamenti socioculturali

1.4.8.1. I comportamenti socioculturali incidono fortemente sull'evoluzione della spesa sanitaria.

1.4.8.2. Le azioni collettive ed individuali in tale ambito riguardano soprattutto la prevenzione primaria.

1.4.8.3. I loro risultati, che lasciano incontestabili margini di manovra, sono considerevolmente migliorati in questi ultimi anni parallelamente allo sviluppo delle procedure di valutazione.

1.4.8.4. A parte il tabagismo, l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di bevande alcoliche o l'obesità, occorre notare la forte incidenza degli incidenti stradali, degli incidenti domestici e delle malattie che possono indurre in particolare comportamenti suicidi nei giovani, come pure quella degli incidenti sul lavoro e delle malattie professionali.

1.4.8.5. L'individuazione esatta di questi comportamenti che sono connessi ad un insieme di fattori individuali, familiari e sociali e generano spesso un livello di mortalità precoce è tanto più importante in quanto può portare all'elaborazione di strategie per l'eliminazione di fattori di rischio e di fattori di costo perfettamente evitabili.

1.4.8.6. L'educazione e la prevenzione costituiscono un investimento assolutamente necessario. Se le attività di educazione e prevenzione vengono condotte secondo una logica partecipativa, che permetta alle persone e alle popolazioni, specie quelle più sensibili e più soggette ai rischi, di partecipare pienamente alla loro elaborazione, è dimostrato che i benefici economici e sanitari sono garantiti.

1.4.9. La dinamica della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie

1.4.9.1. Si tratta di fattori incontestabili ma il cui impatto varia da uno Stato membro all'altro.

1.4.9.2. La domanda di prestazioni sanitarie è sì in continuo aumento, ma non dipende sempre da un bisogno oggettivo e risulta influenzata dal livello qualitativo e quantitativo dell'offerta di cure.

1.4.10. L'impatto della protezione sociale

1.4.10.1. La domanda di garanzie sociali e mediche sempre più elevate esercita una pressione costante sulla dinamica dei sistemi di protezione sociale. Quest'ultimo fattore, strettamente connesso al precedente, è più interessato dalla domanda sanitaria (che soddisfa in misura maggiore o minore) che non dall'offerta di prestazioni.

1.4.10.2. Ogni Stato organizza il proprio sistema di protezione sociale in funzione di criteri propri.

1.4.10.3. L'aumento degli spostamenti all'interno dell'Unione europea impone una conoscenza approfondita dei vari sistemi di protezione sociale e, che si voglia o no, conduce a dei raffronti.

1.4.10.4. Numerose questioni sorgono in seguito alla libera circolazione dei pazienti, in primo luogo quella della conoscenza della situazione e delle prospettive di evoluzione.

2. Osservazioni generali

2.1. Sulla base delle constatazioni formulate ai paragrafi precedenti, il Comitato economico e sociale europeo auspica una seria e tempestiva presa di coscienza dei molteplici aspetti delle politiche sanitarie. Ritiene che la necessità di potenziare le conoscenze e la ricerca di obiettivi comuni vada integrata nel dibattito sulla Convenzione europea e debba tenere conto del processo di allargamento dell'Unione europea.

2.2. Il Comitato economico e sociale europeo è favorevole ad un programma di lavoro ambizioso e necessario su tematiche orizzontali quali:

- la valutazione dell'impatto dei diversi fattori sulla salute;
- la sanità nei paesi candidati;
- le disuguaglianze in materia di accesso alle cure sanitarie;
- l'invecchiamento e la salute;
- la promozione delle buone pratiche e dell'efficacia nel settore sanitario.

In tale spirito, il Comitato economico e sociale europeo appoggia l'iniziativa avviata dalla Commissione.

2.3. Gli aspetti trattati dalla Commissione ed il programma d'azione nel campo della sanità pubblica risultano di particolare interesse per le prossime discussioni sull'elaborazione della politica intersettoriale, la mobilità dei pazienti ed il futuro dell'assistenza sanitaria agli anziani.

2.4. Il Comitato economico e sociale europeo osserva che l'analisi comparata dei sistemi sanitari comporta complesse considerazioni strategiche, come la questione dell'invecchiamento: in ciascuno Stato membro, la questione viene impostata in funzione della struttura familiare, della mobilità degli anziani, delle tipologie di consumo sanitario, del rincaro delle tecnologie.

2.5. La qualità e l'accessibilità quanto più possibile universale dei sistemi richiedono l'attuazione di un meccanismo di protezione che ne garantisca la sostenibilità finanziaria.

2.6. Il Comitato economico e sociale europeo ritiene che siano interessate tutte le politiche, in particolare quelle economiche e sociali, che bisognerebbe tenere particolarmente conto del legame intercorrente tra sanità e occupabilità, come pure di aspetti come l'età e le pensioni; considera anche che a volte le attese non vengono soddisfatte.

Dette aspettative si basano su tre principi: il sostegno di una società civile organizzata ben informata, il principio di solidarietà, valore europeo fondamentale, ed una politica di prevenzione intelligente ed efficace.

2.7. Il coordinamento delle politiche di assistenza sanitaria sulla falsariga di quello delle politiche pensionistiche comporta molteplici problematiche, ad esempio:

- la definizione del sistema sanitario;
- il ruolo e l'importanza dei sistemi sanitari integrativi;
- la necessità di differenziare cure, salute e benessere.

2.8. Altri aspetti presi in considerazione dal Comitato economico e sociale europeo sono i seguenti:

- per alcuni, la problematica delle cure sanitarie, servizi d'interesse generale, comporta inevitabilmente una riflessione sulla sua definizione dell'assistenza sanitaria come «servizio d'interesse generale»; occorre in particolare determinare le conseguenze pratiche di tale definizione.
- L'assistenza sanitaria richiede personale appositamente formato ed altamente qualificato; l'importanza delle professioni al servizio degli anziani impone l'attuazione di programmi di formazione lungo tutto l'arco della vita.

- La sostenibilità finanziaria di queste politiche sanitarie implica, in modo permanente o ricorrente, l'ampliamento del campo di riflessione; in un prossimo futuro esso dovrà includere la disponibilità delle risorse e la loro destinazione.

2.9. Questi interrogativi vengono espressi in modo diverso da un paese all'altro a seconda delle tradizioni politiche e socioculturali. Constatate queste differenze non significa sminuire l'importanza delle sfide cui tutti gli Stati devono far fronte o la necessità di individuare approcci comuni agli scambi, alle conoscenze e alle soluzioni.

3. Sfide e problematiche

Val la pena sottolineare l'interesse del tema «Assistenza sanitaria per gli anziani: sostenere le strategie nazionali finalizzate ad un grado elevato di protezione».

L'argomento è di evidente attualità e merita una riflessione strategica da parte delle istituzioni dell'UE.

3.1. L'opportunità di questa riflessione poggia su diversi imperativi strategici:

- le difficoltà ricorrenti delle autorità pubbliche nazionali a ridurre le disuguaglianze in materia di salute tra le diverse categorie della popolazione e le diverse regioni, a tenere sotto controllo la spesa sanitaria a prescindere dalla natura, dall'organizzazione e dal funzionamento dei sistemi sanitari.
- L'assenza di vere competenze comunitarie in materia di regimi di sicurezza sociale (ad eccezione dei regolamenti di coordinamento (CEE) n. 1408/71 e seguenti) come pure di politica sanitaria condotta in ciascuno Stato membro, non può giustificare il mantenimento di un'indifferenza concettuale e politica su queste problematiche, soprattutto alla luce delle osservazioni sopra formulate.
- La prospettiva dell'adesione di 10 nuovi Stati nel 2004 dovrebbe indurre i 15 Stati membri attuali ad esaminare e seguire in modo più rigoroso la problematica dell'assistenza sanitaria.
- L'evoluzione della giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee ha favorito nel corso del tempo una maggiore libertà d'accesso alle prestazioni in base a criteri extranazionali.

— L'aumento esponenziale della libera circolazione delle persone, dei pazienti, del personale sanitario, favorito dallo sviluppo economico e dalla crescente integrazione dei mercati nazionali, a beneficio del mercato unico europeo, giustifica anch'esso questa riflessione.

3.2. L'articolo 137 del Trattato di Nizza autorizza le istituzioni dell'UE ad adottare direttive comunitarie solo su prescrizioni minime in materia di protezione sociale ed applicando la regola dell'unanimità.

Davanti alle sfide decisive che i problemi sanitari rappresentano per l'Unione europea, per la sua coesione, la sua capacità di diventare l'economia basata sulla conoscenza più competitiva al mondo, è compito del Comitato favorire lo sviluppo di una consapevolezza di tali sfide.

3.2.1. Per quanto riguarda la libera circolazione dei pazienti, la giurisprudenza della Corte di giustizia mostra un'evoluzione significativa nel tempo creando, in pratica, un diritto alla libera circolazione dei pazienti e dei malati alla luce delle libertà fondamentali sancite nei trattati comunitari, superando le forti differenze dei sistemi sanitari e d'assicurazione malattia nazionali.

3.2.2. Questa logica è illustrata dal fatto che la Comunità europea ha avviato da oltre tre anni la revisione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (articolo 22) ed intende includere il settore sanitario negli articoli 49 e 50 del Trattato relativi alla libera prestazione dei servizi.

3.2.3. Altro esempio è la recente sentenza della Corte di giustizia (causa C-326/00 IKA contro Vasileios Ionnidis) sull'obbligo che incombe ad uno Stato membro di provvedere alle spese mediche di un pensionato che soggiorna momentaneamente in un altro Stato membro, senza vincolare detta copertura ad autorizzazione e condizioni. Le motivazioni del giudizio sono chiare: un paziente, anche affetto da malattia cronica, deve poter essere curato, quando si reca in un altro Stato.

3.3. La mobilità non riguarda soltanto i pazienti ma anche il personale sanitario. L'evoluzione dei sistemi sanitari mette in luce il rischio che si verifichi una carenza di personale medico e paramedico.

3.3.1. Questo rischio è sempre maggiore. Alcuni Stati riescono a mantenere l'offerta facendo sempre più ricorso a personale (medici, infermieri) provenienti da paesi in cui tale manodopera è ancora eccedentaria.

3.3.2. Taluni indizi sembrano dimostrare la precarietà di questo equilibrio e la possibilità di una crisi di disponibilità di personale sanitario nell'Europa dei quindici. Finora, però, non è stato condotto praticamente alcuno studio sul probabile status quo che risulterà dall'ampliamento dell'Europa a 25 Stati.

3.4. Questa prospettiva impone una strategia concertata ed organizzata, finalizzata a analizzare e ad anticipare i problemi, a favorire la mobilità del personale in questione senza peraltro destabilizzare i sistemi nazionali dei nuovi membri dell'Unione.

Nondimeno, il prevedibile problema della carenza di personale sanitario specializzato non potrà risolversi solo promuovendo la mobilità transfrontaliera. Per far fronte in modo costante alla domanda di personale nel settore sanitario servono misure di accompagnamento che rendano tale scelta professionale attraente e ne scoraggino l'abbandono. Fra tali misure deve figurare altresì una costruttiva definizione della qualità sul posto di lavoro, come pure iniziative di qualificazione e di promozione della trasparenza dei percorsi professionali.

3.4.1. All'allargamento dell'UE è collegato un problema per il settore sanitario che deriva dal rischio che taluni Stati membri non considerino lo sviluppo dei rispettivi sistemi sanitari una priorità nazionale.

3.4.2. Esiste un rischio di *dumping* sociale e sanitario. In tale situazione si potrebbe verificare una fuga di personale sanitario e di pazienti verso gli Stati membri meglio organizzati in campo sanitario. Gli esempi abbondano. Fermo restando il principio della libera circolazione, gli Stati membri dotati di sistemi sanitari meno sviluppati o meno efficienti, dovrebbero compiere sforzi finanziari, organizzativi e qualitativi in modo da adeguare la propria politica sanitaria nazionale a quella del resto dell'Unione.

3.5. Dinanzi a queste sfide, viste la loro complessità e l'incidenza sui costi, le autorità pubbliche e i responsabili della gestione sanitaria sembrano privi di possibilità di intervento.

3.5.1. Nessuno Stato membro dell'Unione può pretendere di avere risolto questi problemi. Tutti i paesi devono perseguire un obiettivo comune: elaborare un metodo di gestione e di valutazione delle esigenze sanitarie fondato su principi coerenti e sulla flessibilità.

3.5.2. L'invecchiamento demografico è un dato inconfutabile. Stando agli esperti, esso comporta un aumento incompressibile della spesa sanitaria compreso tra lo 0,7 e l'1,5 % all'anno, a seconda delle situazioni nazionali e delle modalità della copertura sanitaria. Occorre elaborare apposite politiche per evitare che settori della popolazione vengano a trovarsi in una situazione di incapacità e di dipendenza.

3.6. Il consumo delle prestazioni e dei prodotti medici farà registrare poco a poco delle alterazioni e la sua pressione sui costi complessivi crescerà.

Di conseguenza, le future riforme sanitarie, che vanno promosse, devono incentrarsi sulla prevenzione, la promozione della salute e lo sviluppo della medicina di base.

3.6.1. Di fronte a tali complessi e costosi problemi organizzativi ed economici, gli sforzi devono indirizzarsi ad un uso più razionale delle risorse e a nuovi approcci nell'assistenza sanitaria. Occorre favorire servizi di prossimità polivalenti e coordinati sull'intero territorio. Una cultura di coordinamento tra attori ed operatori sanitari è necessaria. Anche le cure a domicilio — servizio di prestazioni infermieristiche, geriatria, cure a domicilio — sono settori prioritari.

3.6.2. Le strutture ospedaliere tradizionali vanno riformate. Occorre quindi promuovere una rete articolata di servizi che vanno dall'ospedale generale alle cure più specializzate. In questo spirito, sono indispensabili cooperazioni interregionali e transfrontaliere. Talune sperimentazioni sono già in atto ed è opportuno incoraggiarle.

3.6.3. Infine, l'evoluzione dei sistemi sanitari passa per una dinamica delle professioni e delle competenze. Il riconoscimento di nuove specializzazioni mediche non può concepirsi senza una razionalizzazione delle discipline mediche ed una valorizzazione delle professioni paramediche.

3.7. Per quanto riguarda la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, bisogna notare il persistere di marcate differenze concettuali, quantitative e qualitative tra i diversi sistemi.

3.7.1. Nelle politiche degli Stati membri dell'Unione europea, l'elaborazione e l'applicazione del concetto di «piattaforma garantita» di prestazioni e prodotti sanitari diventano poco a poco una realtà.

3.7.2. Di conseguenza, si potrebbe promuovere un'iniziativa europea volta ad individuare le prestazioni, i prodotti sanitari ed i protocolli terapeutici connessi alle principali patologie ai fini della valorizzazione e di un «riconoscimento reciproco». In tal modo si attribuirebbe maggiore priorità al finanziamento pubblico e si accrescerebbe l'efficacia dei sistemi sanitari.

3.7.2.1. L'imperativo di garantire a tutta la popolazione un accesso ampio e generale alle cure, una piattaforma di diritti e prestazioni, comporterebbe andare al di là della mera riforma degli standard minimi attualmente previsti dalla legislazione europea. Ne va della credibilità dello sviluppo dell'UE, dell'allargamento e della stabilità dei sistemi nazionali.

3.7.3. Questo metodo di valutazione della copertura sanitaria sarebbe compatibile con il mantenimento di una logica di solidarietà e farebbe maggiormente appello alla responsabilizzazione diretta del personale sanitario e dei pazienti.

3.7.4. Per cure meno prioritarie, che non rientrano nella logica della sanità pubblica, si constata lo sviluppo delle assicurazioni integrative ⁽¹⁾.

3.8. Date le molteplici sfide cui devono far fronte i sistemi sanitari, il Comitato economico e sociale europeo dovrebbe raccomandare la creazione di uno strumento di osservazione, di analisi e di scambi sulle politiche sanitarie nazionali. Ciò rispetta pienamente i principi fondamentali dei trattati, in particolare il principio della complementarità e quello della competenza nazionale. È un' impostazione che completa le azioni messe a punto di recente dalla Commissione europea.

3.9. Per quanto riguarda il miglioramento della qualità delle prestazioni, si potrebbe prevedere un *Benchmarking*. La maggior parte delle riforme avviate nell'UE lascia trasparire la preoccupazione delle autorità pubbliche e dei responsabili della gestione sanitaria di potenziare l'efficacia dei sistemi ospedalieri e di mettere in atto procedure di riconoscimento e di certificazioni di qualità delle cure.

3.9.1. Quest'iniziativa va oltre le differenze concettuali ed organizzative dei sistemi sanitari nazionali.

3.9.2. L'uso di strumenti comunitari intelligenti in materia di etichettatura, misure della qualità, valorizzazione delle tecnologie e delle terapie innovative con riferimento a criteri medico-economici andrebbe incoraggiato.

3.9.3. Nello stesso spirito, l'Unione deve poter garantire alla popolazione poli d'eccellenza sanitari ed ospedalieri che non siano appannaggio delle sole nazioni più ricche.

⁽¹⁾ Cfr. parere del Comitato sul tema «L'assicurazione malattia integrativa» — GU C 204 del 18.7.2000.

4. Le responsabilità politiche

4.1. Se l'organizzazione ed il finanziamento dei sistemi sanitari dipende dalle politiche interne degli Stati, tre problematiche si pongono a livello dell'Unione europea:

4.2. L'articolo 152 del trattato CE relativo alla sanità pubblica garantisce un livello elevato di tutela della salute umana. Tuttavia, pur riguardando la salute pubblica ed in particolare tutti i problemi di prevenzione, risulta meno incisivo in termini di politica sanitaria.

4.3. Se le regole del mercato interno impongono alle politiche nazionali di conformarsi alle disposizioni comunitarie, limitazioni spesso giustificate esistono negli Stati che non hanno ancora riconosciuto la libera circolazione delle persone, dei beni e dei servizi in questo settore.

4.4. La sostenibilità delle finanze pubbliche e l'impatto della spesa sanitaria sulla spesa pubblica degli Stati sono elementi disciplinati dal Patto di stabilità e di convergenza.

5. Proposte del Comitato economico e sociale europeo

5.1. Tenuto conto delle competenze rispettive degli Stati e dell'Unione europea, delle problematiche che si pongono e dei numerosi soggetti coinvolti, il Comitato economico e sociale europeo propone tutta una serie di misure fondate sull'impiego del metodo aperto di coordinamento, nel cui ambito si possono trovare gli obiettivi e i principi per un approccio all'assistenza sanitaria ed alle cure protratte nel tempo per gli anziani:

5.1.1. scambio di informazioni costante e elaborazione di tabelle in cui si presentano attività, obiettivi e principi di tutti i paesi dell'Unione europea.

5.1.2. Politica occupazionale forte e sostenuta: le persone che lavorano nel settore sanitario non sono presenti in modo omogeneo nel territorio; occorre prendere iniziative a livello locale e nazionale per accrescere l'offerta senza attendere che sorga la domanda. È in particolare urgente arrivare ad una versione definitiva della direttiva sul riconoscimento reciproco dei diplomi e delle qualifiche.

5.1.3. Promozione generalizzata degli indicatori di qualità dell'assistenza: buone pratiche delle tecniche, certificazione del personale, omologazione degli impianti.

5.1.4. Sostegno di una politica d'informazione e di comunicazione generalizzata sui sistemi in vigore, le strutture esistenti, le politiche seguite.

5.1.5. Creazione di una carta europea di assicurazione malattia che preveda la libera circolazione e la conoscenza dei diritti acquisiti, in particolare per le fasce più svantaggiate o per gli anziani ⁽¹⁾.

5.2. In questo caso, l'attuazione del metodo aperto di coordinamento per l'assistenza sanitaria non è ancora prevista.

5.2.1. Detta attuazione in tempi rapidi è una necessità.

Le sue finalità potrebbero essere le seguenti:

— l'ammodernamento dei sistemi nazionali attraverso lo sviluppo di un programma di assistenza sanitaria di qualità,

— l'aumento della cooperazione tra gli Stati membri.

Questa cooperazione deve permettere di definire obiettivi comuni, possibilmente in materia di assistenza medica e di cure per gli anziani, che devono tradursi in piani nazionali d'azione e nell'elaborazione regolare di una relazione di sintesi.

5.2.2. In tale contesto, la scelta di indicatori pertinenti deve consentire di valutare le politiche seguite; le sfide individuate nel 2001 (accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria) devono tenere conto delle proiezioni demografiche, dell'aumento del numero di anziani e della diminuzione progressiva dell'orario di lavoro.

5.2.3. Il metodo aperto di coordinamento, se ben applicato, deve mettere in grado di reagire all'impatto del diritto comunitario sui sistemi nazionali di assicurazione malattia, ed in particolare di integrare i nuovi possibili sviluppi della giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee, riguardanti cause ancora in corso.

5.2.4. Il metodo aperto di coordinamento dovrà trovare una risposta alle seguenti questioni:

a) quali potrebbero essere le prossime tappe di questo processo in materia di assicurazione malattia?

b) Possono prevedersi scambi di buone pratiche in materia di accreditamenti, valutazioni o prescrizioni, la messa a punto di standard di qualità, la definizione delle condizioni per una vera equivalenza delle qualifiche, un riconoscimento reciproco delle pratiche?

⁽¹⁾ Cfr. la comunicazione della Commissione relativa all'introduzione della carta europea di assicurazione malattia — COM(2003) 73 def.

- c) In materia di riduzione dei costi, quali possono essere i vantaggi degli scambi di buone pratiche, considerata la diversità dei sistemi nazionali?
- d) Che progressi sono stati compiuti nella definizione dell'indicatore di qualità per le strutture e le pratiche?
- e) Come migliorare la politica di messa a disposizione dei prodotti sanitari prestando maggiore attenzione all'imperativo dell'innovazione, alla necessità dei paesi in via di sviluppo di accedere a prodotti indispensabili per lottare contro piaghe come l'AIDS (cfr. i prossimi dibattiti dell'OMC e l'applicazione degli accordi di Doha), e lottare più efficacemente contro gli sprechi?
- f) Il coordinamento delle norme nazionali in materia di commercio di medicinali a livello transfrontaliero non deve comportare l'abbassamento del livello dei servizi di distribuzione e di assistenza tecnica nei singoli Stati membri.

Per attuare il metodo aperto di coordinamento, renderlo visibile e credibile, e dargli una solida base, il Comitato economico e sociale europeo giudica essenziale una struttura agevole, flessibile ed efficace, incaricata di una serie di azioni prioritarie indicate nel presente parere.

6. Conclusioni

Il Comitato economico e sociale europeo intende intervenire nel settore sanitario nel rispetto del quadro politico e giuridico comunitario in vigore. Ritiene necessario sviluppare a livello europeo gli strumenti della «intelligenza» collettiva degli europei al di là dei dibattiti sul futuro dei sistemi di sicurezza sociale nazionali. Il Comitato economico e sociale europeo constata l'esigenza di una volontà politica per favorire la conoscenza delle realtà sanitarie e valorizzare l'eccellenza delle pratiche innovative nel settore medico e sociale. Per questo motivo intende proporre la creazione di organismi efficaci in modo da garantire a tutti i cittadini dell'Unione europea un diritto fondamentale: l'accesso ad una migliore salute.

Bruxelles, 16 luglio 2003.

Il Presidente

del Comitato economico e sociale europeo

Roger BRIESCH
