



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 20.4.2004
COM(2004) 304 definitivo

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

**Modernizzare la protezione sociale per sviluppare un'assistenza sanitaria ed
un'assistenza a lungo termine di qualità, accessibili e sostenibili: come sostenere le
strategie nazionali grazie al “metodo aperto di coordinamento”**

1. INTRODUZIONE

I sistemi di protezione sociale istituiti negli Stati membri si prefiggono l'obiettivo di garantire a tutti l'accesso ad un'assistenza di qualità. Il loro sviluppo ha permesso di ridurre considerevolmente il rischio di povertà, che in passato era spesso connesso a malattie, all'età avanzata o ad incidenti, ed ha ampiamente contribuito a migliorare notevolmente lo stato di salute delle popolazioni europee nel corso degli ultimi decenni¹. Tali sistemi costituiscono pertanto una componente essenziale del modello sociale europeo, tanto più che la qualità dell'assistenza fornita in Europa è una delle più alte al mondo.

La presente comunicazione, annunciata dalla *Relazione di primavera 2004*², mira a favorire la definizione di un quadro comune che permetta di sostenere l'impegno nazionale per la riforma e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine, per le quali è competente la previdenza sociale, grazie all'applicazione del "metodo aperto di coordinamento". La risoluzione adottata dal Parlamento europeo l'11 marzo scorso invita dal canto suo a consolidare la cooperazione in tema di sanità e assunzione degli impegni connessi alle cure a lungo termine, e chiede alla Commissione di presentare proposte in merito nella primavera 2004 così da permettere al Consiglio di applicare in questo settore il "metodo aperto di coordinamento" e di stabilire obiettivi comuni.

Questa comunicazione completa dunque quella che dà seguito alle proposte del "Processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e lo sviluppo dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea - HLPR" (nel seguito "comunicazione sulla mobilità dei pazienti"), varato su iniziativa dei commissari David Byrne e Anna Diamantopoulou, cui partecipano i rappresentanti dei ministri della sanità e della Commissione³. Queste due comunicazioni, adottate contemporaneamente dalla Commissione, presentano quindi una strategia globale finalizzata a definire una visione comune per i sistemi sanitari europei ed i sistemi della protezione sociale.

La protezione sociale permette infatti di ripartire sull'insieme della società costi che molto spesso superano i mezzi a disposizione di un singolo individuo o della sua famiglia: essa evita così che il ricorso all'assistenza possa tradursi in un impoverimento e che un reddito basso limiti seriamente l'accesso al sistema assistenziale. Tali risultati sono stati raggiunti grazie ad una vasta gamma di sistemi diversi, basati sull'assicurazione o sulla fornitura diretta di servizi, la cui responsabilità primaria è conferita dal trattato agli Stati membri. L'importanza di questa responsabilità così come la necessità di una migliore cooperazione a livello europeo sono state evidenziate in particolar modo dalle conclusioni del "Processo di riflessione di alto livello".

Già da tempo in seno all'Unione europea sono stati riconosciuti il ruolo dei sistemi assistenziali nel ridurre il rischio di povertà e di malattia, il loro contributo alla

¹ Tra il 1960 e il 2001 ad esempio l'aspettativa di vita è aumentata di 8,1 anni per gli uomini e di 8,7 anni per le donne.

² "Promuovere le riforme di Lisbona nell'Unione allargata", COM (2004) 29 def.

³ Le conclusioni del "HLPR" sono disponibili sul sito:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_en.pdf

coesione sociale e la loro funzione in fatto di occupazione nonché le conseguenze dell'invecchiamento demografico. Già nel 1992 una raccomandazione del Consiglio⁴ chiedeva infatti agli Stati membri di *“provvedere al mantenimento e, all'occorrenza, allo sviluppo di un sistema di assistenza di qualità, adeguato all'evoluzione delle esigenze della popolazione, in modo particolare quelle legate alla dipendenza delle persone anziane, all'evoluzione delle patologie e delle terapie e alla necessaria intensificazione della prevenzione”*. Nel 1999 l'assistenza sanitaria è stata identificata dal Consiglio come uno dei quattro settori della protezione sociale⁵ nei quali occorreva consolidare la cooperazione consolidata tra Stati membri.

In seguito ai Consigli europei di Lisbona e di Göteborg, che hanno dato risalto alla necessità di riformare ed adeguare i sistemi di protezione sociale, compresa l'assistenza sanitaria, per far fronte all'invecchiamento demografico e garantire la coesione sociale, la Commissione ha identificato tre orientamenti⁶ che possono rappresentare un contesto in cui inserire questa riforma. Tali orientamenti sono stati approvati dal Consiglio europeo di Barcellona nel marzo 2002⁷:

- **l'accessibilità dell'assistenza** in base a principi di universalità, equità e solidarietà per tener conto dei bisogni e delle difficoltà dei gruppi e degli individui più svantaggiati, ma anche di coloro che hanno bisogno di cure lunghe e costose;
- **l'offerta di un'assistenza di qualità** che stia al passo con la ricerca scientifica, si adegui alle diverse esigenze legate al processo d'invecchiamento e si basi su una valutazione dei vantaggi per la salute;
- provvedimenti che assicurino la **sostenibilità finanziaria** a lungo termine dell'assistenza ed una maggiore efficienza del sistema.

2. ACCESSIBILITÀ, QUALITÀ, SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA: UNA SFIDA PER I SISTEMI SANITARI, UNA CHIAVE DI SUCCESSO DELLA STRATEGIA DI LISBONA

La relazione congiunta della Commissione e del Consiglio *"Sostenere le strategie nazionali per il futuro dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza alle persone anziane"* del 10 marzo 2003 ha posto in risalto come le innovazioni tecnologiche e terapeutiche, il miglioramento del benessere e dell'informazione dei pazienti nonché l'invecchiamento demografico sollevino oggi questioni nuove in merito alla capacità dei sistemi nazionali di assicurare accessibilità e qualità, e di garantire la loro sostenibilità finanziaria a lungo termine. Si tratta di aspetti comuni a tutti i sistemi, che evidenziano problemi quali le disuguaglianze e le difficoltà di accesso che persistono nonostante l'universalità garantita in linea di massima dai sistemi, l'offerta di servizi di qualità talvolta insufficiente rispetto alle esigenze della

⁴ Raccomandazione del Consiglio del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche di protezione sociale (92/442/CEE), GU L 245 del 26.8.1992, pagg. 49 – 52.

⁵ Nel 2000, la sanità rappresentava il 27,3 % delle spese relative alla protezione sociale nell'UE-15, vale a dire il secondo posto dopo le pensioni di anzianità e di reversibilità (*Fonte*: allegato statistico del progetto di *Relazione congiunta sull'inclusione sociale 2003*, SEC (2003) 1425).

⁶ COM (2001) 723 def.

⁷ § 25: *“Il Consiglio europeo prende atto della prima relazione del Consiglio in materia di assistenza sanitaria e di assistenza alle persone anziane e invita la Commissione e il Consiglio a esaminare in maniera più approfondita le questioni relative all'accessibilità, alla qualità e alla sostenibilità finanziaria in tempo per il Consiglio europeo della primavera 2003.”*

popolazione, con periodi di attesa eccessivi, e gli squilibri finanziari che si creano in taluni sistemi.

I nuovi Stati membri accentueranno tale diversità ed alcuni tratti dell'attuale UE-15. I loro principali indicatori sanitari sono in generale di livello inferiore rispetto a quelli dell'UE-15, in modo particolare per gli uomini, e le risorse destinate ai loro sistemi previdenziali risultano decisamente inferiori, nonostante una crescita continua registrata dall'inizio degli anni 90. L'invecchiamento nelle professioni sanitarie rappresenta inoltre una problematica più sentita che nell'UE-15. La "strategia di Lisbona" definisce dunque un quadro coerente per il recupero del livello e della qualità dell'assistenza, sostenuto da una gamma di strumenti diversi, tra cui il "metodo aperto di coordinamento".

Al tempo stesso l'integrazione dell'Unione determina un'interazione crescente dei sistemi assistenziali:

- l'assistenza sanitaria è stata qualificata dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia come servizio a termini del trattato cosicché i pazienti, in quanto destinatari di tale servizio, devono poter beneficiare della libera prestazione di servizi che esso garantisce⁸. La modernizzazione del regolamento 1408/71⁹ integra tale dimensione, la cui applicazione è precisata da una proposta di direttiva relativa ai servizi nel mercato interno, presentata il 13 gennaio 2004, che comprende una definizione dei servizi ospedalieri¹⁰;
- i cittadini dell'Unione fanno crescente impiego del loro diritto alla mobilità¹¹ per stabilirsi in altri Stati membri, trasferirvisi temporaneamente o addirittura per usufruirvi di assistenza sanitaria.

In concomitanza di tale interazione si è avuto a livello d'Unione lo sviluppo di politiche che incidono sui sistemi sanitari, e, più in generale, sulla salute dei cittadini europei. Tali evoluzioni tuttavia non sono mai state oggetto di alcuna strategia globale, che affronti nel contempo questioni quali lo sviluppo e la modernizzazione dell'offerta e del finanziamento dei servizi sanitari, la mobilità dei pazienti e dei professionisti in seno all'Unione allargata, la cooperazione tra regioni e sistemi sanitari, ma anche l'integrazione nelle politiche comunitarie dell'obiettivo primario, vale a dire un elevato livello di protezione della salute umana. La "*Relazione di primavera 2004*" invita pertanto a potenziare il coordinamento delle politiche nazionali per sostenere l'impegno di modernizzare e sviluppare il settore assunto da tutti gli Stati Membri, attuali e futuri. Si tratta pertanto di una **strategia globale per i sistemi sanitari**, attualmente oggetto di due comunicazioni della Commissione:

⁸ Si veda la *Relazione di sintesi sull'applicazione delle regole del mercato interno ai servizi sanitari e sull'attuazione da parte degli Stati membri della giurisprudenza della Corte*, (SEC (2003) 900).

⁹ Proposta di regolamento (CE) del Consiglio relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (COM (1998) 779 def.); Proposta modificata di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio vertente sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (COM (2003) 596 def.; Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo in applicazione dell'articolo 251, paragrafo 2, secondo comma del trattato CE relativa alla posizione comune approvata dal Consiglio in vista dell'adozione di un regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (COM (2004) 44 def.).

¹⁰ COM (2004) 2 def.

¹¹ *Piano d'azione della Commissione in materia di competenze e di mobilità*, COM (2002) 72 def.

- La presente comunicazione propone una serie di obiettivi comuni, miranti a sviluppare e modernizzare l'offerta ed il finanziamento dei servizi sanitari, che permetterebbero agli Stati membri di definire la propria strategia nazionale e di beneficiare delle esperienze e del "buon esempio" altrui. Questo coordinamento delle politiche nazionali andrebbe a completare i tre grandi settori della previdenza sociale – pensioni, inserimento sociale e "*Make work pay*" – che dal 2000 sono oggetto di un coordinamento consolidato.
- Alle raccomandazioni adottate dal "Processo di Riflessione di Alto Livello" (HLPR) fa seguito una comunicazione, che presenta così un insieme di proposte concrete, riguardanti numerosi settori, che consentono di integrare l'obiettivo di un alto livello di protezione della salute umana, proclamato dal Trattato, nelle politiche comunitarie. Essa propone di istituire un "comitato di cooperazione in tema di servizi sanitari e di cure mediche" che costituirebbe l'istanza operativa di tale integrazione.

D'altronde, l'offerta ed il finanziamento all'assistenza sanitaria e all'assistenza a lungo termine rappresentano elementi chiave della strategia di modernizzazione economica e sociale messa a punto a Lisbona nel marzo 2000, per tre ragioni complementari:

La **coesione sociale** è rafforzata dall'accesso ad una assistenza di qualità, fondata sull'universalità, l'equità e la solidarietà. Il migliore accesso ad una assistenza è riconosciuto quale mezzo necessario a mobilitare il potenziale di manodopera dell'Unione, nella prospettiva di una diminuzione della sua popolazione attiva. A tale proposito ricerche condotte recentemente¹² mostrano che la politica sanitaria dovrebbe essere considerata uno strumento delle politiche attive in tema di occupazione, in quanto consente di potenziare la capacità d'inserimento sociale e professionale dei disoccupati. Eppure, come mostra il progetto di *Relazione congiunta sull'inclusione*¹³, i gruppi più svantaggiati sono soggetti a problemi di salute più gravi e più frequenti: ad esempio, il 16 % del quintile di reddito inferiore dichiara di essere in cattiva salute, contro il 7 % del quintile superiore¹⁴. Ora, queste persone incontrano spesso maggiori difficoltà di accesso all'assistenza, che si tratti di tempo di attesa, di costi di trattamento elevati rispetto al loro reddito, di procedure amministrative complesse, e, più in generale, di una prevenzione insufficiente (individuazione, vaccinazione).

In secondo luogo, nel 2002 il settore dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine¹⁵ rappresentava circa il 10 % dell'**occupazione** complessiva nell'Unione dei 15, e dal 4,1 % al 7,1 % nei nuovi Stati membri. Con 1,7 milioni di nuovi posti di lavoro creati nell'UE-15 tra il 1997 e il 2002, esso è anche il secondo settore creatore di occupazione. Per essere in grado di raccogliere le sfide derivanti dalle evoluzioni demografiche e dai progressi tecnologici, è fondamentale poter disporre di un numero sufficiente di professionisti, e di garantire loro posti di lavoro

¹² Brenner, H., "*Unemployment and public health*" – Relazione definitiva ordinata dalla Commissione europea, maggio 2002.

¹³ COM (2003) 773 def.

¹⁴ Nel 2000. Fonte: *indicatori comuni di povertà e di esclusione sociale*, Eurostat, ECHP UDB versione dicembre 2002.

¹⁵ Cfr. *Occupazione in Europa 2003*, pagina 37. L'indagine sulla forza lavoro include l'assistenza, tutti i servizi cosiddetti "sociali", compresa la presa in carico dei bambini, nonché i servizi veterinari.

di qualità. L'invecchiamento della manodopera diventerà peraltro un problema particolarmente grave. Nel 2002 in seno all'UE-15 e all'UE-25 l'11 % della manodopera impiegata nel settore sanitario aveva un'età compresa tra i 55 e i 64 anni, e tale proporzione era ancora più elevata per i medici¹⁶. In particolare, un'ampia proporzione dei dipendenti del settore (il 27 % sia nell'UE-15 che nell'UE-25) rientra nella fascia d'età compresa tra i 45 e i 54 anni, un dato che consente di prevedere uno "choc demografico" di grande portata negli anni a venire. Questi pensionamenti si verificheranno all'interno di un contesto di invecchiamento generale, il che significa che il settore sanitario e dei "servizi sociali" vedrà la concorrenza di altri settori per l'assunzione di nuovi dipendenti.

Una migliore qualità dell'occupazione sarà pertanto indispensabile per prevenire i ritiri prematuri dal mercato del lavoro, segnatamente per coloro che occupano i posti di lavoro più stressanti e faticosi e per i lavoratori con più di 55 anni, ma anche al fine di favorire nuove assunzioni. Il miglioramento della produttività e dell'efficienza dei prestatori di assistenza, si rivelerà altresì una sfida chiave per lo sviluppo sostenibile del settore in questione. La "e-sanità", il cui sviluppo è promosso dal Piano d'azione *eEuropa 2005*¹⁷, assume qui un ruolo essenziale, nel campo dell'informazione, come nella prevenzione, in una migliore offerta di assistenza e nella formazione perenne dei professionisti¹⁸.

L'**invecchiamento demografico** avrà altri due effetti sul settore sanitario e della presa in carico delle persone anziane: l'aumento del numero delle persone con più di 65 anni (+64 % tra il 2002 e il 2050, secondo lo scenario di base di Eurostat) e l'aumento del numero delle persone di più di 80 anni (che passeranno da 14,8 a 37,9 milioni nello stesso periodo). Tali evoluzioni, che testimoniano innanzitutto il miglioramento dello stato di salute degli Europei, significano anche un numero maggiore di patologie legate all'età e fanno emergere la questione dell'assistenza a lungo termine. Effettivamente, all'invecchiamento della popolazione si accompagna un numero crescente di persone anziane che vivono sole, per via di una mobilità delle proprie famiglie, nonché a causa di un incremento del tasso di occupazione delle donne, principali prestatrici di "assistenza informale". La risposta alle esigenze di questa popolazione passa pertanto attraverso lo sviluppo di un'offerta diversificata, che comprende l'assistenza a domicilio, che sarà sempre più la scelta di una maggioranza di persone ed istituzioni specializzate, e che porterà anche ad un coordinamento rafforzato tra prestatori che spesso operano isolatamente (servizi di terapia intensiva, cure primarie, servizi sociali).

Per poter raccogliere tali sfide, la riforma dei sistemi di protezione sociale deve essere perseguita in maniera integrata e coordinata. La Comunicazione della Commissione *Rafforzamento della dimensione sociale della strategia di Lisbona: razionalizzazione del coordinamento nel campo della protezione sociale*¹⁹ ha mostrato che l'assistenza sanitaria e l'assistenza agli anziani dovevano rappresentare

¹⁶ Nel 2001 tale proporzione passava ad esempio dall'11,7 % per l'Inghilterra al 21,7 % per la Repubblica ceca e al 33,2% per la Danimarca. Si veda anche la relazione della Commissione sulla situazione sociale nel 2003.

¹⁷ Comunicazione della Commissione "*eEuropa 2005: una società dell'informazione per tutti*", COM (2002) 263 def.

¹⁸ Si veda la comunicazione della Commissione: "*e-sanità – migliorare l'assistenza sanitaria fornita ai cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo della e-sanità*", COM (2004) XXX

¹⁹ COM (2003) 261 def.

uno dei settori dove è necessario che si applichi la “razionalizzazione” dei processi di coordinamento in tema di protezione sociale, o “streamlining”. Tale “razionalizzazione” contribuirà a potenziare i messaggi politici a favore della modernizzazione dei sistemi e a garantirne la coerenza con gli altri processi di coordinamento rientranti nella “strategia di Lisbona”.

Ne conseguirà:

- una maggiore coerenza con i processi esistenti in tema di protezione sociale (riforma delle pensioni, inclusione sociale), e con quelli legati a numerosi soggetti di interesse comune²⁰. Nel quadro della razionalizzazione di tali processi, un compito essenziale sarà quello d’identificare questioni che potrebbero costituire obiettivi d’insieme per tutti i settori della protezione sociale, come le questioni legate alla dimensione di genere, al ruolo dell’assistenza sanitaria volta a garantire un invecchiamento attivo o al ruolo dei sistemi di protezione sociale in rapporto agli incentivi all’occupazione.
- un rafforzato coordinamento con altri processi politici: la strategia europea per l’occupazione, in particolare nell’ambito delle sfide relative all’invecchiamento della manodopera impiegata in questi settori; ed i “grandi orientamenti di politica economica”. Per merito della razionalizzazione, le questioni legate alla sanità e all’assistenza a lungo termine dovrebbero riflettersi meglio nella strategia di Lisbona, conformemente all’importanza che queste rivestono agli occhi dei cittadini. Come previsto dalla relazione di primavera 2004, la Commissione esaminerà entro il 2005 le modalità d’integrazione della sanità pubblica nella strategia di Lisbona, ed il suo contributo alla crescita e allo sviluppo sostenibile.
- In questo contesto, il "metodo aperto di coordinamento" rappresenterà uno strumento flessibile, rispettoso delle diverse situazioni e competenze nazionali, e dunque particolarmente adatto alla specificità dei sistemi di assistenza sanitaria in seno a tutti i settori della protezione sociale;
- Gli obiettivi comuni, in cui centrale è l’assistenza sanitaria, offriranno un quadro politico globale per le riforme, migliorandone la trasparenza e mettendo in luce le sfide comuni ai sistemi sanitari;
- Il metodo aperto di coordinamento contribuirà a coinvolgere numerosi attori del settore, segnatamente le parti sociali, le professioni sanitarie ed i rappresentanti dei pazienti, il cui ruolo è in progressiva affermazione;
- Gli scambi di esperienze consentiranno di migliorare la conoscenza dei diversi attori in merito alle possibili riforme. Gli indicatori comuni sosterranno tali scambi;
- Da ultimo, il "metodo aperto di coordinamento" favorirà un approccio globale e integrato a problemi incontrati attualmente dai diversi sistemi, stabilendo uno stretto legame con i diversi strumenti e le diverse politiche interessate dal settore.

²⁰

L’accessibilità dell’assistenza è ad esempio una tematica importante delle politiche di inclusione sociale (si veda il progetto di relazione congiunta 2003, op. cit.); l’invecchiamento incide sulla sostenibilità sociale e finanziaria dei regimi pensionistici.

3. OBIETTIVI COMUNI PER LO SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI

La diminuzione del rischio di povertà legato alla malattia, agli incidenti o all'età, nonché il notevole miglioramento dello stato di salute degli Europei, sono risultati fondamentali per i sistemi di protezione sociale. Essi devono continuare a fornire assistenza di qualità, accessibile su base universale - vale a dire per tutta la popolazione - e di solidarietà - vale a dire senza alcun legame con il livello di ricchezza, sulla base di contributi collettivi -, e sostenibili dal punto di vista finanziario. Accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria formano pertanto un **insieme globale e integrato**. Inoltre, una chiave dello sviluppo e della riforma dei sistemi risiede nella loro capacità di istituire un **governo efficiente, fondato sull'inclusione e sulla responsabilizzazione degli attori in questione - tra cui le parti sociali, le autorità regionali e locali, i pazienti e la società civile - ed il coordinamento tra prestatori di assistenza, organismi finanziatori, ONG e poteri pubblici**. A livello europeo, sarebbe in tal modo auspicabile che le parti sociali settoriali potessero fornire un contributo concreto agli sforzi di riforma.

Alla luce degli orientamenti, approvati nel marzo 2002 dal Consiglio europeo di Barcellona, e sulla base della *Relazione congiunta* adottata dalla Commissione e dal Consiglio nel marzo 2003, la Commissione propone pertanto obiettivi comuni successivi finalizzati a sostenere lo sviluppo dei sistemi in seno all'Unione allargata.

3.1. Garantire l'accesso all'assistenza: universalità, equità, solidarietà

Un notevole successo dei sistemi sanitari europei è stato quello di rendere accessibile a tutti un'assistenza di qualità elevata. Tali sistemi devono continuare a prevenire il rischio di povertà o di esclusione sociale legato alla malattia, agli incidenti o all'età avanzata, sia per i beneficiari dell'assistenza che per le loro famiglie. Tale copertura universale deve basarsi sulla solidarietà, secondo le modalità proprie a ciascun sistema. Nello specifico, tale solidarietà deve giocare a favore di coloro che dispongono di un reddito basso e di coloro il cui stato di salute necessita di terapie pesanti, lunghe o costose, comprese le cure palliative e l'accompagnamento delle persone in fin di vita. Tuttavia, esistono particolari difficoltà di accesso per taluni gruppi o individui, che ne compromettono la capacità d'inserimento a livello sociale e professionale. Peraltro, squilibri nella ripartizione regionale dell'offerta di assistenza, o un'offerta insufficiente in rapporto alle esigenze, comportano tempi di accesso all'assistenza smisuratamente lunghi. Le difficoltà di assunzione e gestione di alcune categorie di personale portano a risultati analoghi. I sistemi sanitari devono pertanto sviluppare un'offerta di assistenza sufficiente e adeguata alle esigenze della popolazione.

Obiettivi:

Garantire l'accesso ad una assistenza di qualità, fondata sui principi di universalità, equità e solidarietà.

Prevenire il rischio di povertà o di esclusione sociale legato alla malattia, agli incidenti, all'invalidità o all'assistenza resa necessaria dall'età avanzata, sia per i beneficiari dell'assistenza che per le loro famiglie.

In particolare, sulla base delle specificità proprie ad ogni sistema, gli Stati membri convengono di:

- offrire a tutta la popolazione assistenza di qualità adeguata alle esigenze. Particolare attenzione verrà rivolta, inoltre, alle persone che necessitano di cure lunghe o costose, alle persone e ai gruppi con particolari difficoltà di accesso – come le minoranze etniche e i migranti – e alle persone a basso reddito.
- garantire l'accessibilità, finanziaria e fisica, dei sistemi di assistenza per i disabili.
- offrire una presa in carico adeguata delle persone anziane, in particolare attraverso un coordinamento potenziato tra i servizi di assistenza sociale, le cure primarie, i servizi ospedalieri e le istituzioni specializzate.
- promuovere i dispositivi di cure palliative e di accompagnamento delle persone in fin di vita.
- ridurre, dove necessario, gli squilibri regionali nell'offerta dell'assistenza.
- ove necessario, sviluppare delle strutture adatte, dotate di personale qualificato, per aumentare l'offerta e ridurre i tempi di accesso ai trattamenti, particolarmente quando questi comportano danni alla salute e alla qualità della vita dei pazienti. Nel quadro di una politica di coesione economica e sociale, è possibile fornire un aiuto allo sviluppo delle infrastrutture, specialmente quelle ospedaliere: le istanze competenti per i fondi strutturali, in particolare il FEDER ed il Fondo di coesione, dovranno esaminare come tale sostegno possa essere impiegato appieno nelle regioni eleggibili.
- promuovere la gestione di risorse umane in modo da affrontare le conseguenze dell'invecchiamento demografico nel settore dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine, in particolar modo prevenire o compensare la mancanza in alcune categorie di personale grazie a un buon investimento per la formazione iniziale e continua e al miglioramento della qualità dell'occupazione, compresa quella della salute e della sicurezza sul lavoro. Il contributo del Fondo Sociale Europeo va pienamente impiegato in questo ambito. La comunicazione sulla mobilità dei pazienti completa inoltre questo obiettivo attraverso la proposta di promuovere la mobilità transfrontaliera dei professionisti sanitari e di migliorare la conoscenza dei flussi in questione.
- prendere in considerazione, nell'insieme di tali misure, i problemi specifici che uomini e donne possono incontrare, in particolare in tema di politiche di gestione delle risorse umane e di promozione della qualità dell'occupazione.

3.2. Promuovere la qualità dell'assistenza

Offrire accessibilità e qualità deve continuare ad essere uno degli obiettivi prioritari dei sistemi europei. Tuttavia oggi è diventato molto più complesso raggiungere questo obiettivo, rispetto a quando sono stati creati tali sistemi, in particolare per due motivi essenziali:

- L'impatto del progresso tecnico continua ad essere incerto, segnatamente nel contesto di una società che sta invecchiando. Può in effetti migliorare l'efficacia del sistema di assistenza, aumentare l'aspettativa di vita in buona salute e aumentare i costi, soprattutto quelli per i nuovi farmaci. D'altra parte, l'aumento del livello di istruzione, in particolare per i "baby boomers" che iniziano ad

andare in pensione, ha gli stessi effetti potenziali: favorisce i comportamenti più sani e la prevenzione, ma fa aumentare al contempo la richiesta di cure, soprattutto innovatrici.

- L'offerta di assistenza è oggi più ricca, varia e complessa di quanto non lo fosse al momento dell'introduzione dei sistemi di assistenza. Le risorse globali investite nella sanità riflettono una scelta politica, e tale investimento avrà un impatto positivo sull'economia a lungo termine. Tuttavia, nel contesto di risorse pubbliche limitate, l'investimento in un qualsiasi settore ha necessariamente conseguenze sugli altri settori²¹. Le risorse, ampiamente pubbliche, investite nella sanità devono essere quindi impiegate nel modo più efficiente ed efficace possibile al fine di migliorare la sanità.

Questi cambiamenti, accentuati dal processo di invecchiamento, richiederanno in misura sempre maggiore di valutare la qualità e il beneficio reali per le persone e per la salute dei farmaci, trattamenti o modalità di presa in carico disponibili. Per attuare questo, occorre un approccio preventivo, che permetta di migliorare il "benessere" globale, nonché un'efficace gestione del sistema di assistenza, basata su un coordinamento potenziato fra tutti gli attori e la loro responsabilizzazione nella gestione delle risorse e dell'offerta assistenziale.

Obiettivo:

Promuovere un'assistenza di qualità per migliorare lo stato di salute e la qualità di vita delle persone

In particolare e sulla base delle specificità di ogni sistema, gli Stati membri dovranno provvedere a:

- Promuovere pratiche e trattamenti che apportino benefici effettivi per la salute e per la qualità della vita, sulla base di un progresso scientifico adeguato. I costi e i benefici dei farmaci, dei materiali e dei trattamenti devono essere valutati secondo procedure proprie ai sistemi nazionali in questione, anche attraverso lo sviluppo di una cooperazione europea in questo settore.
- Integrare la dimensione di genere nella definizione delle politiche sanitarie e di prevenzione, al fine di prendere meglio in considerazione le problematiche specifiche degli uomini e delle donne e migliorare l'efficacia della loro presa in carico.
- Garantire un elevato livello di formazione iniziale e continua dei professionisti, nel quadro di una formazione perenne.
- Sviluppare politiche sanitarie e di sicurezza sul lavoro che siano fondate sulla prevenzione dei rischi e che permettano di garantire posti di lavoro di migliore qualità a tutti i lavoratori, in particolare ai lavoratori di età avanzata, al fine di

²¹

Secondo l'*OECD-Healthcare 1996* le spese sanitarie aumentano dello 0,5 % mentre la ricchezza aumenta dell'1 %. Secondo lo studio condotto dal Comitato di politica economica dell'Unione europea pubblicato nel 2001, a causa dell'effetto "spontaneo" dell'invecchiamento demografico la quota delle spese pubbliche destinate alla sanità e all'assistenza di lunga durata potrebbe registrare un aumento compreso tra 1,7 e 4 punti del PIL.

contribuire alla riduzione della mortalità prematura (prima dei 65 anni) e all'aumento della durata della vita senza gravi invalidità.

- Stanziare le risorse umane e finanziarie per le regioni, per i servizi e per le diverse tipologie di assistenza in funzione delle effettive esigenze, in modo da ottenere il migliore impatto possibile sulla salute e sulla qualità di vita dei beneficiari. La comunicazione sulla mobilità dei pazienti completa tale obiettivo, proponendo l'identificazione di "centri di riferimento" e promuovendone la messa in rete.
- Promuovere forme di amministrazione che favoriscano la capacità di adattamento dei sistemi alle necessità, in particolar modo grazie ad un coordinamento efficace tra le parti interessate (bilanci pubblici, assicuratori, professioni sanitarie, strutture ospedaliere, istituzioni ed organismi di prevenzione, compresi gli istituti scolastici, autorità regionali e locali interessate nei sistemi sanitari, pazienti e cittadini).
- Definire i diritti dei pazienti e delle loro famiglie, così come le modalità di coinvolgimento della società civile organizzata. La comunicazione sulla mobilità dei pazienti completa tale obiettivo proponendo di raccogliere e migliorare l'informazione disponibile in tema di diritti degli individui e di regolamenti europei e nazionali di presa in carico dell'assistenza.

3.3. Garantire la sostenibilità finanziaria per un'assistenza accessibile e di qualità

Continuare ad offrire assistenza accessibile e di qualità, senza ridurre il finanziamento di altri settori o politiche prioritarie, è una sfida importante per tutti gli Stati Membri, attuali e di nuova istituzione, che devono confrontarsi con la necessità di garantire un adeguato finanziamento del loro sistema sanitario, al fine di offrire prestazioni di qualità pur adattandosi alle nuove esigenze, in particolare quelle legate all'invecchiamento e ai progressi tecnologici. Una quota considerevole delle spese sanitarie e di assistenza agli anziani è finanziata dai bilanci pubblici, che sono soggetti alle richieste del patto di stabilità e di crescita. Al fine di assicurare la disponibilità di risorse pubbliche sufficienti a soddisfare le esigenze del sistema sanitario, occorre che gli Stati Membri beneficino di posizioni di bilancio sicure e sostenibili. La riduzione accelerata dei debiti pubblici e l'aumento dei tassi di occupazione costituiscono strumenti importanti per contribuire alla sostenibilità delle finanze pubbliche.

In tale contesto, da molto tempo gli Stati membri attuano misure o riforme destinate a garantire l'equilibrio finanziario dei sistemi, fondate su diversi strumenti: i tassi di rimborso, per responsabilizzare o orientare la domanda; i prezzi e i volumi degli atti, per controllare determinati prodotti o prescrizioni; la fissazione dei bilanci, in particolare all'interno del settore ospedaliero; lo sviluppo di strumenti di pilotaggio basati su obiettivi sanitari, sui risultati ottenuti e le patologie trattate, su una maggiore responsabilità dei professionisti e dei finanziatori nella gestione delle risorse; la definizione di nuovi equilibri tra le diverse possibili modalità di finanziamento, in particolare allo scopo di consolidare la responsabilità degli attori in questione. Non esiste un'unica soluzione per rispondere a questa sfida: la ricerca della sostenibilità finanziaria dovrebbe pertanto continuare a far leva su una combinazione di questi diversi strumenti.

In generale, gli Stati Membri devono adottare misure appropriate per assicurare un'accurata gestione del finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria, anche di lunga durata, concentrandosi sul bisogno di migliorare la qualità e l'efficienza delle spese pubbliche.

Obiettivo:

Assicurare la sostenibilità finanziaria a lungo termine di assistenza accessibile a tutti e di qualità.

In particolare e sulla base delle specificità di ogni sistema, gli Stati membri dovranno provvedere a:

- Sviluppare politiche di prevenzione e di orientamento all'ingresso delle filiere di cura che permettano di ridurre il continuo ricorrere ad una pesante presa in carico, in particolare per quel che riguarda l'assistenza ospedaliera e le cure intensive, e rafforzare a questo scopo il coordinamento tra tutti i prestatori di cure (primarie, ospedaliere, servizi sociali locali). Questo obiettivo completa così l'azione intrapresa nell'ambito del programma di azione comunitario per la sanità,²² che sostiene l'iter di prevenzione con il fine specifico di migliorare lo stato di salute e di ridurre le spese future per l'assistenza sanitaria.
- Raggiungere un ritmo sostenibile di evoluzione delle spese, per mezzo di misure appropriate alla situazione e alle specificità di ogni sistema come, ad esempio, incentivi adeguati per i prestatori di assistenza e per i pazienti, o misure promozionali di nuovi trattamenti o di nuovi prodotti che riducano i costi pur offrendo lo stesso servizio;
- Assicurare un finanziamento adeguato del sistema, al fine di rispondere alle nuove esigenze legate all'invecchiamento, al cambiamento della società, e al progresso tecnologico;
- Offrire assistenza con il miglior rapporto costi-benefici possibile grazie, in particolare, ad una valutazione dell'apporto effettivo per la salute dei farmaci, delle procedure o delle modalità di presa in carico, e ad un finanziamento basato sull'attività e sui bisogni reali;
- Migliorare l'efficienza del sistema grazie soprattutto al decentramento, alla responsabilizzazione, e al coinvolgimento dei diversi attori (autorità pubbliche, locali e regionali, istituzioni di previdenza sociale e altri finanziatori, professioni sanitarie e strutture ospedaliere, pazienti) nella gestione delle risorse e dell'offerta assistenziale.

4. LE PROSSIME TAPPE

L'organizzazione e le modalità di finanziamento del settore sanitario e della presa in carico delle persone anziane è innanzitutto competenza di ciascuno Stato membro

²²

Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) - Dichiarazioni della Commissione - GU n. L 271 del 09/10/2002.

che deve, nell'esercizio di tale competenza, rispettare le libertà fondamentali e le regole definite dal Trattato. Il valore aggiunto del "metodo aperto di coordinamento" consiste pertanto nel permettere l'individuazione di sfide comuni e nel sostenere gli sforzi di riforma intrapresi dagli Stati membri.

Sulla base della presente comunicazione sarebbe auspicabile giungere ad un accordo sugli "obiettivi comuni" nel 2004. Gli Stati membri, compresi quelli di recente adesione, dovrebbero presentare, prima del prossimo "Vertice di Primavera" del marzo 2005, delle "relazioni preliminari" sulle sfide raccolte dai rispettivi sistemi a livello nazionale, sulle riforme in corso e sugli orientamenti politici a medio termine. Tali relazioni dovrebbero essere corredate di dati statistici e, all'occorrenza, di una lista degli obiettivi, che in questa fase preliminare sarebbe necessariamente breve.

In seguito sarebbero oggetto di un'analisi da parte della Commissione, finalizzata a prendere in considerazione il parere ed il contributo degli Stati membri al momento di fissare "obiettivi comuni" del processo di protezione sociale "razionalizzato". Tale "razionalizzazione" darà luogo, nel 2006, ad una prima serie di "strategie di sviluppo e di riforma" dell'assistenza sanitaria e di lunga durata, per il periodo 2006 - 2009. Le conclusioni dell'esame di dette strategie saranno poi presentate all'interno della *Relazione congiunta sulla protezione sociale e sull'inclusione sociale* prevista per il 2007.

Tenuto conto della diversità dei temi e delle sfide affrontate dagli "obiettivi comuni", il comitato di protezione sociale e le altre istanze competenti (comitato per l'occupazione, comitato di politica economica, futuro "*gruppo di alto livello in materia di servizi sanitari e di assistenza medica*", la cui istituzione è proposta dalla comunicazione sulla mobilità dei pazienti adottata parallelamente dalla Commissione) dovrebbero stabilire relazioni di cooperazione stretta, comprendenti principalmente l'elaborazione di un programma di lavoro, con la funzione di individuare i soggetti di competenza di ciascuno.

Per quanto riguarda gli indicatori, la Commissione proporrà di iniziare, nel 2004, ad identificare possibili indicatori per questi obiettivi, e le "relazioni interinali" della Primavera 2005 contribuiranno a tale compito, fornendo una serie di dati a livello nazionale. Questo consentirà di stilare un primo quadro comparativo delle differenti situazioni nazionali e di valutarne il progresso in rapporto agli obiettivi enunciati. Tale operazione dovrà basarsi su azioni intraprese da diversi anni nel quadro del programma di azione in tema di vigilanza sulla sanità,²³ nonché del programma di azione in tema di sanità, nella prospettiva di creare un prototipo del futuro sistema comunitario di vigilanza sulla sanità. Esso si baserà anche sui lavori dell'Eurostat in tema di statistiche di salute. Infine, occorrerà altresì avviare una cooperazione con organizzazioni internazionali, quali l'OCSE e l'OMS.

²³

Decisione n. 1400/97/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 30 giugno 1997 per l'adozione di un programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1997-2001) GU n. L 193 del 22/07/1997.