

Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale» (parere esplorativo)

(2011/C 44/02)

Relatrice: **Renate HEINISCH**

Con lettera del 18 settembre 2009 Margot WALLSTRÖM, allora vicepresidente della Commissione europea, ha invitato il Comitato economico e sociale europeo, conformemente all'articolo 262 del Trattato CE, a elaborare un parere esplorativo sul tema:

Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale.

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali, cittadinanza, incaricata di preparare i lavori del Comitato in materia, ha formulato il proprio parere in data 16 giugno 2010.

Alla sua 464^a sessione plenaria, dei giorni 14 e 15 luglio 2010 (seduta del 15 luglio), il Comitato economico e sociale europeo ha adottato il seguente parere con 89 voti favorevoli e 5 astensioni.

1. Raccomandazioni

1.1 Per far fronte alle *conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale*, secondo il Comitato economico e sociale europeo è necessario adottare le seguenti misure.

1.1.1 A livello nazionale:

- fare stabilmente della dimensione dell'«invecchiamento sano» una tematica orizzontale,
- rafforzare la prevenzione, promuovere la salute e l'educazione sanitaria in tutte le fasce di età,
- migliorare la qualità dei servizi sanitari e di assistenza a favore degli anziani,
- includere le cure palliative tra le prestazioni di assistenza,
- sviluppare e adeguare le forme di terapia in funzione dell'età del paziente, assicurandosi che gli studi clinici e quelli sulla comorbidità includano anche le persone anziane,
- realizzare strutture di cura e di assistenza adeguate all'età del paziente e soluzioni abitative alternative,
- valutare, grazie alla «valutazione delle tecnologie sanitarie» (*Health Technology Assessment - HTA*), la teleassistenza e le soluzioni tecnologiche, inclusa la domotica per categorie deboli (*Ambient Assisted Living - AAL*), nonché altre tecnologie della salute (ambiente di cura) che mirano a favorire una vita autosufficiente e a migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza agli anziani,
- creare un'infrastruttura capillare, decentrata e di prossimità, che permetta il contatto diretto tra gli anziani e gli operatori del settore sanitario («deistituzionalizzazione»),

- sostenere le reti regionali e locali di tutti i soggetti interessati nell'attuazione dell'obiettivo «Salute e anziani»,
- introdurre, mediante una normativa nazionale, un sistema obbligatorio che assicuri l'assistenza di lungo periodo agli anziani (ad esempio un'assicurazione obbligatoria contro la perdita dell'autosufficienza («assicurazione dipendenza»)),
- aprire i sistemi sanitari e sociali nazionali alle sperimentazioni (e in particolare ai test su modello) con conseguente valutazione, onde consentire un'evoluzione del sistema,
- rendere più flessibili i sistemi di contributo sanitario e di assicurazione complementare,
- definire e attuare strategie e politiche nazionali per l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita, a livello nazionale, regionale e comunale,
- garantire la conciliabilità di famiglia, lavoro e assistenza,
- rafforzare il volontariato,
- riconoscere l'importanza del ruolo e delle esigenze delle persone che assistono un familiare bisognoso di cure.

1.1.2 A livello europeo:

- con riferimento alle conclusioni del Consiglio Occupazione, politica sociale, salute e consumatori (Consiglio EPSCO) del 30 novembre 2009, elaborare un piano d'azione per un invecchiamento sano e dignitoso,
- stabilire delle priorità sul tema *Invecchiamento attivo, sano e dignitoso* nell'ambito della strategia Europa 2020,
- procedere alla necessaria armonizzazione della terminologia, delle definizioni, degli strumenti di valutazione, del *vadecum*, dei criteri, delle procedure, ecc. È già trascorso un ventennio da quando questo problema è emerso per la prima volta, ma fino ad oggi non è stato compiuto alcun significativo passo avanti,

- porre l'accento sull'invecchiamento attivo, sano e dignitoso in quanto tema prioritario nell'ambito degli Anni europei 2010 (Anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale), 2011 (Anno europeo del volontariato) e 2012 (Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà intergenerazionale), nonché nel corso delle corrispondenti presidenze del Consiglio,
- includere il tema dell'evoluzione demografica nella programmazione congiunta (*Joint Programming*) della Commissione europea in materia di ricerca,
- elaborare una Carta europea dei diritti delle persone bisognose di cure e assistenza,
- costituire, in seno alla Commissione, uno specifico gruppo di lavoro interservizi sul tema *Anziani e salute* (comprensivo di «Cure mediche, assistenza, pensioni e sostenibilità finanziaria»),
- creare, in seno al CESE, una «tavola rotonda», una «categoria» o un «gruppo di studio permanente» sul tema *Invecchiamento attivo, sano e dignitoso nel dialogo intergenerazionale*, al fine di elaborare una strategia interdisciplinare in questi campi,
- inserire la gerontologia e la ricerca demografica tra le priorità dell'8° programma quadro di ricerca,
- creare un progetto *Anziani e trasmissione del sapere* nell'ambito dell'azione *Scienza e società*,
- individuare e confrontare gli obiettivi che gli Stati membri si sono prefissi in campo sanitario e il carattere vincolante di tali obiettivi,
- sostenere l'attuazione delle suddette misure da parte degli Stati membri per mezzo dei fondi strutturali e del Fondo di coesione nonché del metodo aperto di coordinamento,
- sostenere gli scambi di buone prassi in materia di soluzioni personalizzate nel campo delle TIC (tecnologie dell'informazione e della comunicazione), ad esempio nell'ambito del programma Interreg, incentivandoli grazie ai fondi strutturali,
- promuovere la valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health Technology Assessment*) a livello multinazionale per vagliare nuove soluzioni TIC che tengano conto delle esigenze degli anziani sotto il profilo dell'assistenza,
- sensibilizzare costantemente riguardo all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita nonché allo scambio e al coordinamento dei programmi europei di formazione iniziale e continua, ponendo l'accento sul tema *Terza età e salute*: dal-

l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita all'«apprendimento per una vita più lunga» (*learning for a long life*),

- creare una nuova immagine della terza età - anche nei mezzi di informazione,
- elaborare orientamenti europei sulla conciliabilità di famiglia, lavoro e assistenza.

2. Osservazioni generali

2.1 Introduzione

2.1.1 L'invecchiamento della società dell'Unione europea è una conseguenza della maggiore aspettativa di vita. Secondo le previsioni dell'Eurostat, nel 2060 la percentuale delle persone di età pari o superiore a 65 anni sul totale della popolazione sarà del 30 % rispetto al 17,1 % del 2008. Il rapporto medio tra le persone in età lavorativa (15-64 anni) e quelle di età pari o superiore a 65 anni passerà dal 4:1 di oggi al 2:1 nel 2050.

2.1.2 Tra il 2026 e il 2030 una percentuale elevata delle persone attive uscirà dal mercato del lavoro. In presenza di un tasso di natalità ridotto, ciò comporta un aumento delle persone non occupate rispetto a quelle occupate.

2.1.3 In una recente comunicazione la Commissione ⁽¹⁾ ha osservato che i governi dispongono solo di un breve lasso di tempo per attuare le misure necessarie a far fronte ai problemi connessi all'invecchiamento demografico, prima che la maggior parte dei figli del *baby boom* raggiunga l'età della pensione. Al riguardo, con lettera del 18 settembre 2009, la Commissione europea ha invitato il CESE a elaborare un parere esplorativo al fine di esaminare in quali modi gli sforzi compiuti dagli Stati membri per affrontare questo problema possano essere sostenuti mediante iniziative dell'Unione europea nel settore sanitario. Il presente parere si basa su diversi pareri già adottati dal CESE ⁽²⁾.

2.1.4 Le presidenze ceca, svedese e spagnola del Consiglio dell'UE (rispettivamente nel primo e secondo semestre del 2009 e nel primo semestre del 2010) hanno inserito l'obiettivo di garantire un invecchiamento sano, dignitoso e attivo tra le priorità delle rispettive agende.

2.1.5 La società e i responsabili del settore sanitario devono elaborare un nuovo quadro d'insieme della terza età che tenga conto dell'evoluzione demografica e rispetti la dignità degli anziani.

2.1.6 L'aumento dei costi non è determinato dall'invecchiamento della popolazione in sé, bensì da un invecchiamento connesso a stili di vita non sani. Per tale ragione nel presente parere vengono raccomandate principalmente misure finalizzate a un invecchiamento sano.

⁽¹⁾ COM(2009) 180 definitivo.

⁽²⁾ L'elenco dei pareri del CESE è disponibile on line all'indirizzo http://www.eesc.europa.eu/sections/soc/index_en.asp.

2.2 Sviluppo e innovazione dei sistemi sanitari e di protezione sociale nonché delle prestazioni sanitarie

2.2.1 L'evoluzione demografica impone un ulteriore sviluppo dei sistemi sanitari e di protezione sociale, delle prestazioni sanitarie e di altre prestazioni accessorie sotto il profilo dell'organizzazione e delle capacità dei servizi offerti: a) per rispondere adeguatamente alle esigenze degli anziani, b) per assicurarsi che tutte le persone bisognose di cure ricevano le prestazioni necessarie per mantenere la propria autonomia e la propria dignità, e c) per garantire alle persone di ogni categoria sociale, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalle condizioni economiche e dal luogo di residenza, il medesimo accesso a prestazioni sanitarie di qualità (che includano altresì la promozione della salute, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione e le cure palliative).

2.2.2 In proposito occorre considerare non soltanto le esigenze degli anziani nei confronti dei sistemi sanitari e sociali, ma anche la responsabilità personale che ciascuno deve assumersi tempestivamente e preventivamente in relazione al proprio processo di invecchiamento, e quindi le esigenze della società nei confronti delle persone che invecchiano.

2.2.3 Per sostenere l'assistenza sanitaria e le cure a lungo termine per tutti gli anziani con l'ausilio delle politiche dell'Unione, l'UE dovrebbe individuare e confrontare gli obiettivi che gli Stati membri si sono prefissi in campo sanitario⁽³⁾ e il carattere vincolante di tali obiettivi. Allo stesso tempo occorre verificare in che misura la prevenzione e la promozione della salute costituiscano già adesso parte integrante dei sistemi sanitari.

3. Osservazioni specifiche

3.1 Settori che meritano particolare attenzione

3.1.1 Prevenzione

3.1.1.1 L'uomo invecchia costantemente fin dalla nascita. È quindi importante trascorrere - nei limiti del possibile - l'intera vita in buone condizioni. È essenziale che la vita inizi bene e finisca bene. Un invecchiamento sano inizia ben prima del raggiungimento dell'età pensionabile ed è condizionato, tra l'altro, dalle condizioni di vita e di lavoro nonché dalla disponibilità di risorse. Se si prende coscienza di questo dato di fatto, allora l'esigenza di un invecchiamento responsabile appare del tutto logica⁽⁴⁾. Un invecchiamento responsabile esige un apprendimento durante l'intera esistenza dell'interessato. A tal fine si devono elaborare nuove strategie e politiche di apprendimento lungo tutto l'arco della vita a livello nazionale, regionale e locale nel campo dell'educazione sanitaria e includervi tutti i tipi di apprendimento (formale, non formale e informale). Ciò include tutte le fasi dell'apprendimento, dall'istruzione prescolare alla formazione permanente. Un mantenimento responsabile della propria salute mediante la partecipazione attiva a misure di prevenzione (alimentazione, attività fisica, stile di vita sano, evitare fattori di rischio, ecc.), la promozione della salute e l'educazione sanitaria contribuiscono a far sì che gli anziani

rimangano il più a lungo possibile in casa propria e nel proprio ambiente sociale. Occorrono inoltre un esame e una valutazione costanti del ruolo della tecnologia in proposito.

3.1.1.2 Nell'ambito dei sistemi sanitari è necessario rafforzare la prevenzione. Questa può non solo consentire alle persone di rimanere attive più a lungo sul mercato del lavoro, ma anche agevolarne la capacità di adattamento a tale mercato. Una buona protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori e il miglioramento dell'ergonomia sul posto di lavoro possono offrire un contributo sensibile al prolungamento di una vita lavorativa in buona salute, il che - a sua volta - consente di far fronte anche alla sfida demografica.

3.1.1.3 Adeguando le attività delle persone al mutare della loro età e quindi delle loro capacità e dei loro bisogni (ad esempio facendole passare da attività esecutive ad attività preparatorie, ma anche di consulenza e accompagnamento o financo di avviamento/pianificazione, ecc.), si può rendere possibile tale estensione della vita lavorativa. Ciò significa inoltre un'integrazione più duratura degli anziani nei contesti sociali e socioeconomici, e dunque la prosecuzione dello stimolo che spinge a mantenersi attivi. In tal modo il prolungamento della vita in buona salute può tradursi in un maggior numero di anni di vita gratificante e anche produttiva. Ciò implica naturalmente che, per avviare e proseguire i processi testé delineati, devono essere disponibili misure di qualificazione e di accompagnamento appropriate (apprendimento lungo tutto l'arco della vita, qualificazione professionale - compresa la certificazione delle capacità professionali acquisite nel corso della vita lavorativa, ecc.). Le imprese devono prevedere misure di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e degli infortuni in modo da offrire condizioni di lavoro salubri.

3.1.1.4 Dopo il pensionamento l'integrazione all'interno della società e nel contesto socioculturale assume un'estrema importanza: infatti, ovviando all'isolamento sociale si previene la depressione. Proprio gli anziani sono in condizione di sfruttare le proprie capacità e la propria esperienza sul piano relazionale, ad esempio attraverso il volontariato, un mondo cui è però auspicabile avvicinarsi già in età giovanile.

3.1.2 Prestazioni sanitarie

3.1.2.1 Al giorno d'oggi si annette un'importanza sempre maggiore all'offerta di prestazioni sanitarie incentrate sui pazienti e alla garanzia del coinvolgimento di questi ultimi nello sviluppo e nella modulazione di tali prestazioni.

3.1.2.2 Con l'età aumenta l'incidenza delle malattie croniche (diabete, malattie reumatiche e patologie cardiache), delle malattie degenerative del sistema nervoso (demenza e morbo di Alzheimer), dell'apparato muscolo-scheletrico e degli occhi, ma anche del cancro. Ciò pone particolari esigenze nei confronti delle figure professionali del settore sanitario, in termini diagnostici e terapeutici e per l'assistenza sanitaria nel suo insieme.

3.1.2.3 Si devono sviluppare servizi sanitari in grado di garantire cure integrate e personalizzate, incentrate sul paziente.

⁽³⁾ Cfr. l'Osservatorio europeo sui sistemi sanitari e le politiche sanitarie <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/activities/research-studies-and-projects>.

⁽⁴⁾ «Signore, insegnaci a contare i nostri giorni e giungeremo alla sapienza del cuore» (Salmi 90,12).

3.1.2.4 Occorre promuovere una formazione migliore e più specifica degli operatori sanitari: questi ultimi (medici, farmacisti, paramedici), come pure i ricercatori, devono avere maggiore dimestichezza con le caratteristiche specifiche della medicina geriatrica. Inoltre occorre potenziare in tal senso la formazione iniziale e quella continua. Chi esercita professioni sanitarie dovrebbe inoltre ricevere una formazione specifica sull'importanza delle misure di promozione e prevenzione della salute in età avanzata (ad esempio prevenire le cadute, nutrirsi in modo sano, ecc.).

3.1.2.5 Le forme di terapia vanno sviluppate e adattate in funzione dell'età del paziente: malattie multiple (multimorbilità), modificazioni del metabolismo in età avanzata e la frequente compresenza di più terapie impongono una precisa conoscenza delle interferenze tra gli organi e gli apparati nel corpo degli anziani. A sua volta ciò richiede una gestione particolare dei farmaci, nonché la scelta e l'adattamento di questi ultimi e del loro dosaggio in base al metabolismo degli anziani. Un'assistenza personalizzata nelle farmacie pubbliche, compreso l'esame delle interazioni tra i farmaci, nonché la disponibilità in tali farmacie di TIC efficaci in grado di fornire informazioni sui farmaci e le loro interazioni, possono contribuire a minimizzare il rischio di effetti collaterali indesiderati e a ottimizzare le possibilità di successo del trattamento.

3.1.2.6 Promuovere il contatto diretto e continuo tra anziani, operatori sanitari e personale di assistenza agli anziani è tanto più importante quanto più gli anziani sono bisognosi di cure, per garantire l'efficacia delle terapie ed evitare l'isolamento e la depressione.

3.1.3 Prestazioni di assistenza

3.1.3.1 La qualità dell'assistenza dovrebbe essere garantita, resa verificabile e sottoposta a valutazione grazie all'adozione di standard minimi. Si dovrebbe elaborare una Carta europea dei diritti delle persone bisognose di cure e assistenza che preveda, tra l'altro, la tutela contro la violenza in occasione delle prestazioni assistenziali. Vi possono contribuire nuove tecnologie (ad esempio la domotica per categorie deboli (*Ambient Assisted Living* – AAL)) che permettono di condurre una vita autosufficiente. Tuttavia, le eventuali nuove tecnologie devono essere valutate in maniera appropriata e non devono condurre in alcun caso a nuove disuguaglianze nelle cure e nell'assistenza fornite a livello nazionale.

3.1.3.2 Agli anziani va riconosciuto il «diritto alla riabilitazione prima ancora che all'assistenza». L'assistenza istituzionalizzata non deve essere un percorso a senso unico: gli anziani devono poter ritornare a casa dopo le cure. Le attuali strutture assistenziali e di cura non soddisfano ancora abbastanza tale esigenza.

3.1.3.3 Sviluppare strutture di cura e di assistenza adeguate all'età del paziente e soluzioni abitative alternative: è necessario un passaggio senza traumi e reversibile tra salute/malattia/assistenza/vita sociale, che in caso di bisogno permetta agli anziani di ricevere prestazioni sanitarie e di assistenza di buona qualità, ma anche di restare il più a lungo possibile in un ambiente «normale», ossia intergenerazionale. Ciò richiede un buon coordinamento tra le cure sanitarie e l'assistenza. Nel contempo, accanto alle strutture per le cure a lungo termine, occorre anche prevedere un maggior numero di strutture - ambulatoriali e

residenziali - di assistenza per anziani («strutture Hospice») e più strutture per la medicina palliativa e di accompagnamento delle persone in fin di vita, e deve essere promossa una «cultura delle cure palliative».

3.1.3.4 A tal fine è necessario realizzare un'infrastruttura capillare, decentrata e di prossimità per assicurare l'assistenza domiciliare («deistituzionalizzazione»). Occorre promuovere la realizzazione di un'infrastruttura non istituzionale di assistenza che copra tutti i servizi necessari (cure ambulatoriali, assistenza a domicilio, piccoli servizi ausiliari). Tale progetto deve tradursi in un'organizzazione a livello regionale e in un miglior finanziamento strutturale per garantire la presenza di istituti e strutture adeguate non solo nelle città, ma capillarmente anche nel resto del territorio.

3.1.3.5 Una società si valuta in base al modo in cui essa tratta i suoi anziani. E, nel rapporto con gli anziani e nella loro cura, il volontariato ha assunto una particolare importanza. In futuro ogni cittadino dovrà assumersi, in funzione delle sue possibilità, la responsabilità per i malati, i disabili e gli anziani, ma dovrà anche poter contare su una retribuzione per il proprio impegno.

3.1.4 Attività di ricerca nei settori citati

Il tema dell'evoluzione demografica dovrebbe essere incluso nella programmazione congiunta (*Joint Programming*) della Commissione europea in materia di ricerca. In relazione ai progetti *WhyWeAge* e *Futurage* del 7° programma quadro, nell'8° programma quadro bisognerebbe accordare la priorità alla gerontologia (lo studio della vecchiaia e dei processi di invecchiamento) e alla ricerca demografica. Inoltre, sarebbe opportuno includere l'area tematica «Anziani e trasmissione del sapere» nell'azione «Scienza e società». Al riguardo è inoltre necessario coltivare i seguenti ambiti di ricerca.

3.1.4.1 Ricerca in materia di prevenzione

- Quali misure di prevenzione consentono di progredire nel settore del mantenimento della salute sul lavoro?
- Quali sono le conseguenze a lungo termine di determinati stili di vita sullo stato di salute in generale e sulle singole malattie?
- In quali modi i diversi stili di vita legati al genere, alla cultura e all'esperienza della migrazione incidono sull'invecchiamento sano?
- In quali modi si possono evitare cadute e fratture ossee?
- Quali misure preventive favoriscono il mantenimento delle capacità fisiche, sensoriali, cognitive e sociali?
- In quali modi si può promuovere un approccio responsabile alla propria salute e al proprio processo di invecchiamento? (promuovere comportamenti salutari, incoraggiare gli anziani ad avvalersi delle misure e delle offerte disponibili per mantenersi sani).
- In quali modi si possono motivare le persone a modificare i propri comportamenti per adattarsi meglio al contesto sociale?

3.1.4.2 Ricerca in materia di patologie e terapie

- Riguardo all'epidemiologia e all'eziologia delle malattie connesse all'età, per migliorare le possibilità di prevenzione,
- in riferimento al processo di invecchiamento biologico, dalla nascita al decesso,
- in relazione alle malattie multiple e croniche, al cancro, alle patologie cardiache, reumatiche e dell'apparato muscolo-scheletrico, ai disturbi che riducono l'acuità visiva (cataratta, ecc.), alle malattie neurodegenerative come l'Alzheimer, ecc. Al riguardo occorre provvedere anche al miglioramento delle capacità diagnostiche, in modo da consentire diagnosi precoci e il rapido avvio di una terapia,
- in relazione alle possibilità di trattamento degli anziani riguardo alle malattie legate all'età: i processi biochimici che incidono sull'assorbimento, sul metabolismo e sull'efficacia dei farmaci nonché su questi ultimi e il loro dosaggio devono essere compresi meglio e tenuti in considerazione nel corso della terapia. Spesso al riguardo mancano i fondamenti terapeutici, in quanto gli esperimenti clinici e i test dei farmaci sono perlopiù condotti solo su adulti in giovane età.

3.1.4.3 Ricerca in materia di assistenza

- In quali modi si possono sviluppare nuove tecnologie che corrispondano alle esigenze degli anziani?
- Quali sono gli ambienti di cura e le forme di prestazione ottimali?
- In quali modi è possibile migliorare la qualificazione e le condizioni di lavoro degli operatori sanitari, anche alla luce delle nuove tecnologie?
- In che modo le soluzioni tecniche (ad esempio la robotica) contribuiscono ad agevolare i compiti dei familiari che assistono un anziano e a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari, senza pregiudicare l'integrità e la dignità della persona assistita?
- In quali modi si può adeguare l'offerta di cure alle esigenze e alle necessità degli anziani che ne hanno bisogno?
- Quali nuove iniziative possono contribuire allo sviluppo e al sostegno dell'assistenza domiciliare? Tra queste rientrano anche il sostegno economico e il riconoscimento sociale dei familiari che si prendono cura dell'anziano (prevedendo ad esempio la possibilità di accordi fra datori di lavoro e lavoratori per una riduzione temporanea dell'orario di lavoro per prestare assistenza, riconoscimento del servizio prestato ai fini previdenziali, assegno di assistenza e così via).
- Quali sono le nuove possibilità offerte per la modulazione delle cure, la terapia del dolore e le cure terminali al fine di garantire una morte dignitosa?

3.1.4.4 Ricerca sui sistemi sanitari

- La ricerca nel settore della salute pubblica dovrebbe rivolgere l'attenzione sia ai sistemi sanitari e alle cure a lungo termine, sia all'integrazione dei servizi, ed elaborare una «tabella di marcia» per la ricerca sull'invecchiamento. È necessario valutare se i sistemi sanitari e di protezione sociale degli Stati membri sono pronti ad affrontare le sfide dell'evoluzione demografica. Quale valore assume, ad esempio, la prevenzione? Qual è la percentuale della spesa sanitaria impiegata per la prevenzione? Quante persone vengono assistite a domicilio o all'interno di strutture?
- Quante risorse vengono risparmiate grazie al lavoro e alle cure prestati da volontari, e quanto lavoro non retribuito viene prestato a casa e in particolare dalle donne?
- La ricerca sull'impatto che determinati trattamenti sanitari hanno sulla qualità e/o la durata della vita (*health-outcome*) e l'HTA risultano necessarie soprattutto in relazione all'utilizzo di nuove tecnologie e dell'eHealth nel trattamento e nella cura degli anziani, prima dell'introduzione di tali tecnologie. Queste tecnologie sono all'altezza delle aspettative nella pratica? Le fasce più deboli della popolazione traggono vantaggi da queste tecnologie?
- In collaborazione con gli Stati membri dovrebbero essere effettuati studi clinici e socioeconomici sull'efficacia ed efficienza degli investimenti per il miglioramento del servizio sanitario e di assistenza a favore degli anziani.
- In quali modi è possibile migliorare le interfacce tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali?

3.1.5 Sviluppo di nuove tecnologie

3.1.5.1 A fronte degli oneri indotti dall'evoluzione demografica esiste però un notevole potenziale: si tratta in particolare di nuovi prodotti e servizi destinati a una società che invecchia. Il «fattore economico età» può diventare un motore per l'economia, in grado di trainare la crescita e l'occupazione nel settore dei servizi medico-sanitari, delle nuove tecnologie, dei farmaci, dei prodotti e delle tecnologie mediche, ma anche del turismo e del settore «wellness». In base alle stime della Commissione, tale evoluzione può avere effetti considerevoli sulla spesa per l'assistenza sanitaria: secondo le proiezioni, entro il 2060 nell'UE la spesa sanitaria pubblica aumenterà di 1,5 punti percentuali del PIL. Occorrerebbe sviluppare e immettere sul mercato nuovi prodotti e nuovi servizi. L'ammontare del valore da essi creato sarà influenzato dai volumi di mercato, dal prezzo e dal livello del valore aggiunto.

3.1.5.2 Mentre per il «mercato primario della sanità» i possibili risparmi di spesa costituiscono una priorità, e quindi saranno decisivi per stabilire se l'AAL troverà spazio nel catalogo delle prestazioni a carico, a seconda dei casi, delle casse malattia o assistenziali, in questo campo il «mercato secondario della sanità» può agire in modo notevolmente più libero e flessibile. Al riguardo occorre sviluppare modelli operativi sostenibili - anche sul piano dei costi - che si finanzino mediante vendite, affitti o leasing. Nel contempo, occorre fare in modo di evitare che questo «mercato secondario della sanità» crei delle disuguaglianze.

3.1.5.3 La raccolta e lo scambio di conoscenze circa le conseguenze sociali ed economiche dell'introduzione di tecnologie nel campo dell'assistenza sanitaria andrebbero incoraggiati, ad esempio facendo tesoro dei progetti pilota avviati nel quadro del programma per la competitività e l'innovazione ed attualmente in corso. Nel contempo, bisognerebbe sostenere anche lo scambio di pratiche ormai sperimentate nel campo delle TIC riguardo a soluzioni per una migliore qualità della vita degli anziani, ad esempio nel contesto del programma Interreg e con l'impiego dei fondi strutturali. Nel quadro di una ricerca siffatta è opportuno valutare queste tecnologie consultando gli utilizzatori, specie riguardo alla loro praticità e ai loro vantaggi.

3.1.5.4 Pur contribuendo a un deciso aumento delle spese, lo sviluppo tecnologico e i metodi di diagnosi e trattamento precoci sviluppati di recente, rappresentano anche un progresso tecnico proficuo che a lungo termine permette di contenere i costi. Un ruolo di maggiore rilievo dovrebbe essere affidato all'HTA, al fine di stabilire la portata e la presa in carico dei costi delle prestazioni sanitarie e di assistenza. Un utilizzo e una gestione efficaci delle nuove tecnologie sono perciò decisivi ai fini dello sviluppo futuro della spesa. Le nuove tecnologie, tuttavia, non possono e non devono sostituire il contatto diretto tra gli anziani e il personale incaricato delle cure o dell'assistenza e devono essere accessibili sul piano dei prezzi.

3.1.6 Sostenibilità finanziaria

3.1.6.1 In quasi tutti gli Stati membri le prestazioni di assistenza e cura degli anziani sono finanziate dai sistemi di protezione sociale, il che presuppone un finanziamento sostenibile e sicuro dei singoli sistemi di sicurezza sociale.

3.1.6.2 La necessità di assistenza espone ancora al rischio di impoverimento, e ciò vale in particolare per i pensionati con una pensione modesta o comunque a basso reddito. In Europa sono in molti a non potersi permettere un'assistenza adeguata nella terza età. Per questo motivo è necessario introdurre in tutti gli Stati membri dell'Unione europea, in funzione dell'organizzazione dei rispettivi sistemi di protezione sociale (sistemi di assicurazione sociale o finanziati dal gettito fiscale), delle coperture assicurative delle spese di assistenza, mentre le assicurazioni già esistenti devono essere adeguate alle sfide dell'evoluzione demografica nei prossimi decenni, onde garantire che ogni cittadino abbia accesso alle prestazioni assistenziali conformemente alla normativa UE, alle disposizioni giuridiche e alle prassi dei singoli Stati membri e alle necessità individuali. Questa copertura assicurativa dovrebbe applicarsi non solo alle prestazioni residenziali, ma anche a quelle ambulatoriali.

3.1.6.3 Il trasferimento di una parte delle cure a lungo termine sull'assicurazione sanitaria privata deve avvenire in maniera ponderata e di concerto con le parti interessate, onde evitare che questa tendenza complichino l'accesso a tali servizi. Anche in futuro gli Stati membri dovrebbero assicurarsi che gli anziani abbiano un «accesso universale» all'assistenza primaria e alla prevenzione. Si tratta di un obiettivo ambizioso che esige la mobilitazione di tutti gli strumenti di finanziamento disponibili: i sistemi di protezione sociale previsti dalla legge nonché i meccanismi complementari.

3.1.6.4 Nuove strutture per il rimborso dei costi dovrebbero permettere anche ai soggetti che sono lontani congiunti di ricevere l'assegno di assistenza per le cure prestate a persone non autosufficienti. Si badi, però, che la qualità dell'assistenza deve comunque essere garantita anche in questi casi! Inoltre, in ana-

logia con il congedo di maternità, dovrebbe essere introdotto anche un congedo per assistenza. A livello politico vanno elaborate in via prioritaria, e di concerto con le parti sociali nel quadro del dialogo sociale (ad esempio nel caso del congedo parentale), soluzioni che consentano di conciliare famiglia, lavoro e assistenza.

3.1.6.5 La pressione finanziaria sul sistema di protezione sociale può essere ridotta puntando su una serie di misure a livello nazionale, ad esempio mediante un più ampio utilizzo di farmaci generici, una riduzione dell'imposta sul valore aggiunto sui farmaci e negoziazioni sui prezzi con l'industria farmaceutica.

3.2 Reti locali: «la realtà più piccola è la più efficace e la più vicina al cittadino»

3.2.1 Gli anziani possono, ciascuno secondo il proprio stato di salute, dare ancora molto alla società. Per ragioni personali o di lavoro, nelle famiglie di oggi sono sempre più rari i casi di convivenza tra persone di più generazioni. In questo settore soggetti privati o pubblici a livello comunale possono intervenire per colmare una lacuna mediante strutture locali: le strutture che offrono servizi di interesse generale devono essere infatti coordinate a livello regionale o locale per garantire un buon livello di sostegno e di aiuto.

3.2.2 Le reti locali, ad esempio, sono piattaforme costituite da soggetti pubblici locali, parti sociali, ONG e responsabili del settore sanitario, che rendono possibile la cooperazione e il coordinamento dei servizi. Tali iniziative offrono altresì buone possibilità di sostegno da parte dei fondi strutturali e del Fondo di coesione. L'Europa dovrebbe porre in evidenza i modelli di «buone prassi», come ad esempio le iniziative per il sostegno dell'«impegno civile» e delle iniziative personali nel campo dell'«assistenza e cura a domicilio».

3.2.3 Anche le cosiddette «case intergenerazionali» sono una nuova forma di scambio tra generazioni al di fuori della famiglia. Sotto lo stesso tetto si svolgono le attività di asili, circoli giovanili e circoli per anziani ⁽⁵⁾.

3.2.4 Devono poi essere previsti ulteriori servizi, quali l'assistenza diurna e notturna (specie per i malati di demenza senile).

3.3 La politica europea della salute

3.3.1 I sistemi sanitari degli Stati membri devono rispondere alle sfide dell'evoluzione demografica e, in questo senso, vanno rafforzati. Al riguardo occorre considerare che, anche dopo l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, l'organizzazione e la gestione dei sistemi sanitari continuano a figurare tra i compiti e le responsabilità degli Stati membri, mentre le istituzioni dell'UE possono unicamente sostenere gli Stati membri nello svolgimento di tali incarichi. I sistemi sanitari degli Stati membri sono estremamente diversi tra loro sotto il profilo dell'organizzazione (accanto a sistemi statali organizzati sulla base del modello Beveridge - servizio sanitario nazionale -, del modello Bismarck - sistema mutualistico - o di modelli misti, si trovano anche assicurazioni private), dello sviluppo, del potenziale economico, nonché delle istanze e aspettative nei loro confronti. Come previsto anche dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione, è però necessario garantire il diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie.

⁽⁵⁾ <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de>.

3.3.2 Il metodo aperto di coordinamento può contribuire ad organizzare e guidare in modo più efficiente la politica in materia di salute. La collaborazione dovrebbe concentrarsi sullo scambio di esperienze e sulla presentazione di esempi pratici in relazione ai tre settori principali dell'«accesso», della «qualità» e della «sostenibilità finanziaria a lungo termine».

3.3.3 Anche con riguardo alla politica sociale, in base al principio di sussidiarietà la competenza primaria rimane in capo agli Stati membri. L'UE può però contribuire mediante misure di sostegno, come interventi integrativi o incentivi alla cooperazione tra Stati membri. In ambito sociale il metodo aperto di coordinamento si rivela uno strumento utile per migliorare la protezione sociale in base ai principi dell'accesso, dell'adattamento e della sostenibilità.

3.3.4 Il tema *Invecchiamento attivo, sano e dignitoso* deve diventare una priorità della strategia Europa 2020, grazie all'elaborazione di un piano d'azione. Ciò esige una collaborazione ancora più intensa e costante con le direzioni generali della Commissione. Dovrebbe pertanto essere costituito uno specifico gruppo di lavoro interservizi «Anziani e salute» che affronti i temi «Cure

mediche, assistenza, pensioni e sostenibilità finanziaria». Esso dovrebbe rafforzare la prevenzione, promuovere la salute e l'educazione sanitaria e il radicamento di questi principi operativi in tutti i settori d'intervento dell'UE, nonché servire d'esempio per gli Stati membri.

3.3.5 All'interno del CESE il tema *Invecchiamento attivo, sano e dignitoso* dovrebbe continuare a essere trattato costantemente nell'ambito del dialogo intergenerazionale, per mezzo di una «tavola rotonda», di una «categoria» o di un «gruppo di studio permanente», al fine di elaborare una strategia demografica interdisciplinare.

3.3.6 L'attuazione di misure nazionali da parte degli Stati membri dovrebbe essere sostenuta dall'UE con le risorse dei fondi strutturali e del Fondo di coesione.

3.3.7 Infine, il CESE tiene a ribadire la necessità sia di un costante sostegno all'apprendimento lungo tutto l'arco della vita nell'ambito di «terza età e salute» a livello europeo, sia dello sviluppo di una strategia specifica per l'attuazione di questo principio a livello nazionale, regionale e locale.

Bruxelles, 15 luglio 2010

Il presidente
del Comitato economico e sociale europeo
Mario SEPI
