

2.42 **sottolinea** la necessità di garantire, al momento dell'attuazione della direttiva, che le organizzazioni professionali possano esercitare anche in futuro e senza restrizioni i loro attuali incarichi. Le odierne modalità di affiliazione obbligatoria impongono ai prestatori di servizi che desiderino stabilirsi in un altro Stato membro di rivolgersi direttamente alle organizzazioni competenti di tale Stato. Pertanto, al momento di creare i cosiddetti sportelli unici sarà importante tenere conto delle responsabilità e delle attribuzioni di competenze attualmente esistenti;

2.43 **è consapevole** a questo riguardo anche delle nuove sfide e dei nuovi compiti che incomberanno alle organizzazioni

professionali, soprattutto nella loro prevedibile funzione di sportelli unici o in rapporto all'elaborazione di nuovi codici di condotta a livello comunitario;

2.44 **esorta** quindi gli Stati membri, gli enti regionali e locali e tutti gli interessati ad adoperarsi tempestivamente per venire incontro alle sfide legate all'attuazione della direttiva;

2.45 **sostiene** infine la necessità di evitare ogni atteggiamento difensivo, e di cogliere invece le opportunità che si verranno a creare per i prestatori di servizi e i cittadini nei singoli Stati membri e per l'intero mercato interno.

Bruxelles, 30 settembre 2004.

Il Presidente
del Comitato delle regioni
Peter STRAUB

Parere del Comitato delle regioni in merito alla Comunicazione della Commissione - Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea e alla 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»

(2005/C 43/07)

IL COMITATO DELLE REGIONI,

viste la comunicazione della Commissione *Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea* e la 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»* (COM(2004) 301 def. e COM(2004) 304 def.),

vista la decisione della Commissione europea, del 20 aprile 2004, di consultarlo in merito a detti documenti conformemente all'articolo 265, paragrafo 1, del Trattato che istituisce la Comunità europea,

vista la decisione, presa dal proprio Presidente il 5 aprile 2004, di incaricare la commissione Politica economica e sociale di elaborare un parere in materia,

viste la comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sulla *Strategia della Comunità europea in materia di sanità* e la *Proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2001-2006)* (COM(2000) 285 def.),

vista la comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni *Potenziare la dimensione sociale della strategia di Lisbona: razionalizzare il coordinamento aperto nel settore della protezione sociale* (COM(2003) 261 def.),

vista la comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni *Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria* (COM(2001) 723 def.),

vista la proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio relativa ai servizi nel mercato interno (COM(2004) 2 def.),

vista la relazione sul Processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea, presentata il 9 dicembre 2003,

visto il proprio progetto di parere (CdR 153/2004 riv 1), adottato il 6 luglio 2004 dalla commissione Politica economica e sociale (relatrice: **Bente NIELSEN**, membro del consiglio provinciale di Århus, DK/PSE),

ha adottato all'unanimità il seguente parere in data 30 settembre 2004, nel corso della 56a sessione plenaria.

1. Punto di vista e raccomandazioni del Comitato delle regioni

IL COMITATO DELLE REGIONI

1.1 **ritiene** che le due comunicazioni in esame, riguardanti, rispettivamente, il *Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea* e il tema *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»*, costituiscano il quadro generale di una strategia globale intesa a sviluppare una visione comune per i sistemi sanitari e di protezione sociale in Europa. Le comunicazioni in esame costituiscono quindi un binomio inscindibile: il Comitato delle regioni dovrà pertanto vigilare affinché i lavori sulle iniziative e sui processi che le due comunicazioni propongono di avviare siano adeguatamente coordinati e si svolgano in parallelo;

1.2 **sottolinea** che una strategia europea per lo sviluppo di una visione comune per i sistemi sanitari e di protezione sociale non deve comportare una più ampia competenza dell'UE nel settore della sanità. Tale visione comune non deve inoltre imporre sforzi di armonizzazione né interventi di regolamentazione non trasparenti. Occorre tenere presente che il settore sanitario, in particolare la sua organizzazione e il suo finanziamento, resta di interesse e di competenza degli Stati membri: il principio della sussidiarietà deve essere rispettato;

1.3 **ricorda** che in molti Stati membri i responsabili della sanità e dell'assistenza sanitaria sono gli enti locali e regionali. Il Comitato delle regioni, e le regioni che hanno competenze in questi settori, desiderano quindi partecipare e contribuire alla definizione di una strategia europea comune in materia di sanità, e devono poter avere voce in capitolo nella strategia comunitaria globale in merito. Il punto di vista del Comitato delle regioni va tenuto in particolare considerazione per quanto riguarda le decisioni e le iniziative in merito alle funzioni ed alle competenze degli enti locali e regionali nel quadro della sanità e dell'assistenza sanitaria;

1.4 **confida** che gli enti locali e regionali vengano coinvolti nella realizzazione delle iniziative avviate per definire una strategia europea comune globale nel settore della sanità, ad esempio per quanto riguarda la messa a punto degli indicatori sanitari e l'analisi comparativa (*benchmarking*). Il Comitato

ritiene pertanto che «del gruppo di riflessione di alto livello in materia di servizi sanitari e di assistenza medica» debbano far parte anche rappresentanti degli enti locali e regionali. Tale gruppo dovrà assistere la Commissione in diversi compiti di importanza fondamentale, quali ad esempio la definizione dei diritti e dei doveri dei pazienti, la condivisione delle capacità inutilizzate tra i sistemi sanitari, la cooperazione transfrontaliera, l'individuazione di centri di riferimento europei e il coordinamento della valutazione delle nuove tecnologie sanitarie. Il Comitato delle regioni invita pertanto la Commissione a garantire che in tale gruppo siano rappresentati anche gli enti locali e regionali;

1.5 **reputa** di importanza fondamentale, per far fronte alle sfide comuni attuali e future in materia di sanità, rivolgere particolare attenzione ai nuovi Stati membri. Per ridurre il divario e gli squilibri tra i vari Stati membri e per consentire loro di avvicinarsi gradualmente alla fascia alta della «classifica UE», è infatti necessario innanzitutto sostenerne con decisione gli interventi nel settore della sanità ed appoggiarne gli sforzi intesi a conseguire una migliore condizione sanitaria.

Mobilità dei pazienti e sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea (COM(2004) 301 def.)

2. Punto di vista e raccomandazioni del Comitato delle regioni

IL COMITATO DELLE REGIONI

2.1 **si compiace** del fatto che, per garantire un elevato livello di protezione della salute umana nella definizione di tutte le politiche e attività comunitarie (articolo 152, paragrafo 1, del Trattato), la Commissione riconosca la necessità di un più forte coinvolgimento nel processo decisionale di coloro che detengono responsabilità in materia di salute, sanità e assistenza sanitaria. È essenziale che la valutazione globale dell'impatto delle nuove politiche tenga conto degli effetti delle iniziative comunitarie, e che tale valutazione comprenda anche un'analisi dell'interazione tra, da una parte, la legislazione comunitaria e il suo impatto sugli organi responsabili della sanità nei vari Stati membri, e, dall'altra, gli obiettivi delle politiche sanitarie nazionali. Visto che in molti Stati membri la responsabilità in materia di sanità, sistemi sanitari e assistenza sanitaria compete agli enti locali e regionali, il Comitato raccomanda vivamente un maggiore coinvolgimento di tale livello amministrativo;

2.2 **ritiene** quindi essenziale fare chiarezza su ciò che comporta il diritto, garantito ai cittadini dalla legislazione comunitaria, di ricorrere all'assistenza sanitaria in altri Stati membri e di ottenere il rimborso delle spese sostenute secondo le modalità descritte nella proposta di direttiva sui servizi del mercato interno e nel regolamento 1408/71 sul coordinamento dei regimi di sicurezza sociale;

2.3 **invita** la Commissione, per quanto riguarda l'equiparazione dell'assistenza sanitaria alla prestazione di servizi descritta nella direttiva sui servizi nel mercato interno, a garantire che i servizi sanitari non siano soltanto oggetto di un processo di «mercattizzazione», fondato su prospettive di guadagni economici, ma che si ispirino invece anche a criteri che tengano conto dello stato di salute del singolo cittadino, dell'andamento delle cure mediche e della qualità della vita;

2.4 **raccomanda** che la Commissione, nella sua opera intesa ad ampliare e a migliorare l'informazione sui diritti che la legislazione comunitaria garantisce ai cittadini, rispetti la facoltà dei singoli Stati membri di stabilire regole circa i diritti e i doveri in materia di copertura sanitaria nel quadro dei rispettivi sistemi di sicurezza sociale, e tenga conto della diversità delle condizioni che disciplinano i vari servizi in ciascuno Stato membro;

2.5 **ritiene** inoltre che non ci si debba limitare a rassicurare e ad informare i cittadini sui diritti loro garantiti dalla legislazione comunitaria: si deve infatti anche esaminare più attentamente la possibilità di garantire loro un sistema ricettivo e accessibile, in modo tale che tutti i gruppi di pazienti possano avvalersi dei diritti e delle possibilità a loro disposizione. La possibilità di avvalersi dei diritti garantiti dalla legislazione comunitaria dovrà essere garantita ad un maggior numero di gruppi di pazienti vulnerabili, quali, ad esempio, gli anziani che vivono in solitudine ed i pazienti che soffrono di patologie psichiche. Ciò presuppone, ad esempio, che le informazioni siano accessibili ai cittadini, e che esse siano seguite da adeguati servizi di consulenza e di orientamento nei singoli Stati membri;

2.6 **invita** a far sì che, nel mettere a punto le iniziative, si garantisca, a livello transfrontaliero, tanto la condivisione tra i sistemi sanitari delle capacità inutilizzate quanto l'erogazione delle cure sanitarie, assicurando altresì che le norme comunitarie sul riconoscimento delle qualifiche professionali e la relativa semplificazione, tuttora in corso, evitino che la ripartizione del personale medico e sanitario tra gli Stati membri risulti inadeguata, ad esempio a detrimento dei nuovi Stati membri;

2.7 **si compiace** del fatto che la Commissione riconosca l'importanza di una valutazione strutturata e globale delle tecnologie sanitarie, che getti solide basi per la valutazione e la documentazione in merito alle apparecchiature, alle tecniche ed ai prodotti sanitari;

2.8 **ritiene** che una cooperazione strutturata e coordinata a livello europeo in materia di scambi di esperienze, di condivisione delle conoscenze e di sviluppo delle tecnologie sanitarie possa presentare un notevole valore aggiunto per gli Stati membri;

2.9 **ritiene** che l'accesso a dati validi e ad informazioni di qualità elevata sia essenziale affinché gli Stati membri possano definire le pratiche migliori e raffrontare i rispettivi standard, e che esso rappresenti quindi anche un presupposto necessario per molte delle iniziative che si propongono di attuare. La creazione di un quadro di riferimento per sviluppare un sistema di raccolta di dati e informazioni a livello europeo dovrebbe, come indica la Commissione, avvenire in collaborazione con altri operatori del settore ed essere coordinata con le iniziative avviate dall'OCSE e dall'OMS. Spetta ai singoli Stati membri attuare misure e lanciare iniziative in materia, sulla base dei dati e delle informazioni comparabili;

2.10 **ritiene** che la Commissione dovrebbe fare di più per garantire che gli enti locali e regionali responsabili della sanità e dell'assistenza sanitaria vengano coinvolti e partecipino alla cooperazione in materia di servizi sanitari e cure mediche, nonché alle attività del gruppo istituito al riguardo.

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» (COM(2004) 304 def.)

3. Punto di vista e raccomandazioni del Comitato delle regioni

IL COMITATO DELLE REGIONI

3.1 **accoglie con favore** l'intendimento globale della comunicazione, che mira, attraverso il metodo aperto di coordinamento, a promuovere la definizione di un quadro comune volto a coadiuvare gli Stati membri nei loro sforzi intesi a ristrutturare e sviluppare l'assistenza sanitaria e le cure a lungo termine fornite nel quadro della protezione sociale;

3.2 **condivide** i tre orientamenti individuati dalla Commissione, cioè l'accessibilità dell'assistenza in base a principi di universalità, equità e solidarietà, l'offerta di un'assistenza sanitaria di qualità e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari nel lungo periodo;

3.3 **ritiene** che la definizione di un quadro comune globale e il rispetto degli orientamenti possano contribuire a far fronte a sfide future quali l'invecchiamento demografico, i persistenti problemi di accessibilità rappresentati dalle disparità di accesso ai servizi e alle cure sanitarie, lo scapito tra la qualità dei servizi offerti e le esigenze dei cittadini e gli squilibri finanziari tipici di alcuni sistemi;

3.4 **sottolinea** che il processo relativo alla definizione di indicatori e di criteri di analisi comparativa (*benchmarking*) deve svolgersi nel pieno rispetto della responsabilità degli Stati membri in materia di erogazione e gestione dei servizi sanitari, tenendo conto delle diverse e talvolta divergenti condizioni di ciascuno Stato membro. È estremamente importante che, per quanto possibile, questi indicatori siano elaborati a partire da dati già accessibili. Un numero eccessivo di indicatori potrebbe comportare un aumento inaccettabile del carico di lavoro per gli enti locali e regionali.

3.5 **sottolinea**, in relazione a quanto sopra, che in numerosi Stati membri i servizi sanitari e l'assistenza sanitaria sono finanziati dagli enti locali e regionali, ai quali, inoltre, fanno spesso capo responsabilità primarie nel campo dell'educazione e della prevenzione sanitarie e dei servizi di assistenza domiciliare, utili ad evitare o ridurre il ricorso al ricovero nelle strutture di cura: per questo motivo, e per coerenza con i principi del metodo aperto di coordinamento, tali enti locali e regionali devono essere associati all'elaborazione di piani d'azione nazionali e alla definizione di indicatori e criteri di analisi comparativa;

3.6 **invita** ad assicurare che alcuni degli indicatori da definire abbiano anche carattere qualitativo: in effetti, indicatori prettamente quantitativi difficilmente possono rispecchiare valori «non misurabili», come ad esempio la cura degli anziani, la promozione della qualità della vita, ecc. La qualità dei servizi sanitari va quindi vista in funzione non solo del rapporto costi-benefici, ma anche delle diverse condizioni di assistenza e cura che caratterizzano i servizi stessi;

3.7 **desidera** inoltre richiamare l'attenzione sul fatto che la definizione di questi indicatori e l'attuazione di criteri di analisi comparativa in merito all'applicazione del metodo aperto di

coordinamento devono anche tener conto delle diverse condizioni di partenza dei vari Stati membri;

3.8 **invita** la Commissione a promuovere lo sviluppo delle reti di scambio di esperienze e la diffusione delle buone pratiche, cosa che rappresenta una componente importante del metodo aperto di coordinamento;

3.9 **si compiace** che si tenga altresì debitamente conto dell'importanza che anche altre politiche rivestono per la salute e la sanità, e ritiene che un più efficace coordinamento dei processi politici in altri settori, tra cui quello della politica occupazionale, risulterà utile per realizzare gli orientamenti indicati. Il Comitato reputa quindi positivo che ci si concentri sulla necessità di investire nella formazione generale e continua del personale sanitario, in virtù del principio della formazione permanente, nonché sulla messa a punto delle politiche in materia di sanità e di sicurezza sul luogo di lavoro, per migliorare la qualità dell'occupazione. Ciò può contribuire, in prospettiva, a trattenere il personale nel settore dell'assistenza sanitaria, nonché, si auspica, a facilitare le procedure di selezione, presupposto imprescindibile per far fronte alle sfide comuni costituite dall'invecchiamento demografico e dalla crescente carenza di personale;

3.10 **ritiene** che una maggiore attenzione verso i gruppi emarginati (anziani che vivono in solitudine, minoranze etniche e gruppi a basso reddito, ecc.) sia essenziale per realizzare gli orientamenti sull'universalità e l'equità dell'accesso ai servizi sanitari. A questo proposito è necessario, appoggiando gli sforzi di cambiamento degli Stati membri, sviluppare meccanismi di aiuto a favore di questi gruppi emarginati, in modo tale da ridurre le disuguaglianze delle condizioni di salute. La messa a punto di tali meccanismi di supporto presuppone la partecipazione e la mobilitazione di tutti gli attori interessati.

Bruxelles, 30 settembre 2004.

Il Presidente
del Comitato delle regioni
Peter STRAUB