



SCHEDA TEMATICA PER IL SEMESTRE EUROPEO

SISTEMI SANITARI

1. INTRODUZIONE

I sistemi sanitari degli Stati membri dell'UE rappresentano uno degli elementi fondamentali dell'elevato livello di protezione e coesione sociale in Europa.

I sistemi sanitari dell'UE variano da uno Stato membro all'altro e rispecchiano diverse scelte sociali. Nonostante l'eterogeneità organizzativa e finanziaria, si basano sui valori comuni riconosciuti dal Consiglio dei Ministri della Sanità nel 2006¹: universalità, accesso a un'assistenza di buona qualità, equità e solidarietà.

Vi è inoltre un ampio consenso sulla necessità di garantire la sostenibilità di bilancio dei sistemi sanitari, in modo da tutelare tali principi per il futuro².

Nell'ultimo decennio i sistemi sanitari europei hanno affrontato sempre più sfide comuni di natura analoga:

- la popolazione europea sta invecchiando ed è più esposta a patologie multiple croniche, il che comporta un aumento della domanda di servizi sanitari e maggiori pressioni di bilancio;
- l'incremento dei costi delle tecnologie e medicine innovative grava sulle finanze pubbliche;
- il personale medico e sanitario non è distribuito in modo uniforme, con carenze in taluni ambiti dell'assistenza; e
- l'accesso al sistema sanitario non è omogeneo, con conseguenti disuguaglianze nella popolazione per quanto concerne i risultati sanitari.

La comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti³ ha definito una strategia per i sistemi sanitari dell'UE.

¹ Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea (2006/C 146/01).
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:IT:PDF>.

² Conclusioni del Consiglio sui sistemi sanitari e la sostenibilità di bilancio (8.11.2016):
<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/it/pdf>.

³ COM(2014) 215 final:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_it.pdf.

Un importante contributo alla strategia è stato apportato dalla relazione congiunta in materia di sistemi di assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine e di sostenibilità finanziaria, elaborata dalla Commissione europea e dal Comitato per la politica economica⁴.

Il Pilastro europeo dei diritti sociali, adottato nell'aprile 2017, stabilisce al principio 16 che ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili.

Per "diritto di accedere tempestivamente" si intende il fatto che tutti debbano poter accedere al sistema sanitario ogni qualvolta ne abbiano bisogno. A tal fine, occorre garantire una distribuzione uniforme delle strutture e del personale sanitario nel territorio, nonché ridurre i lunghi tempi di attesa.

Un'"assistenza sanitaria a costi accessibili" comporta che nessuno debba essere impossibilitato a ottenere l'assistenza necessaria a causa dei costi.

Con "assistenza sanitaria di buona qualità" si intende che l'assistenza deve essere pertinente, appropriata, sicura ed efficace.

I sistemi sanitari dell'UE sono in crescente interazione gli uni con gli altri. La direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera⁵ ha rappresentato un importante traguardo per la definizione di un quadro giuridico e di uno strumento politico per tale interazione. In particolare, la direttiva stabilisce norme chiare e fornisce informazioni attendibili ai pazienti per quanto riguarda l'accesso e il rimborso delle cure sanitarie ricevute in un altro Stato membro dell'UE.

2. INDIVIDUARE LE SFIDE

2.1. Il settore sanitario rappresenta un'importante fonte di occupazione

Il settore della sanità e dei servizi sociali è quello che ha registrato il maggiore incremento occupazionale negli ultimi anni, con oltre 2,6 milioni di nuovi posti di lavoro (dal

⁴ European Economy, Institutional Paper 37, Ottobre 2016: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en.

⁵ Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, GU L 88 del 4.4.2011.

primo trimestre del 2009 al primo trimestre del 2017). All'interno del settore sanitario e sociale, la crescita dei posti di lavoro è stata così distribuita:

- nel sottosectore "salute umana", 960 500 nuovi posti di lavoro, pari al 36% dei nuovi posti di lavoro creati nell'intero settore;
- nel sottosectore "assistenza residenziale", 946 500 nuovi posti di lavoro, pari al 35% del totale; e
- nei "servizi di assistenza sociale non residenziale", 776 700 nuovi posti di lavoro, pari al 29% del totale.

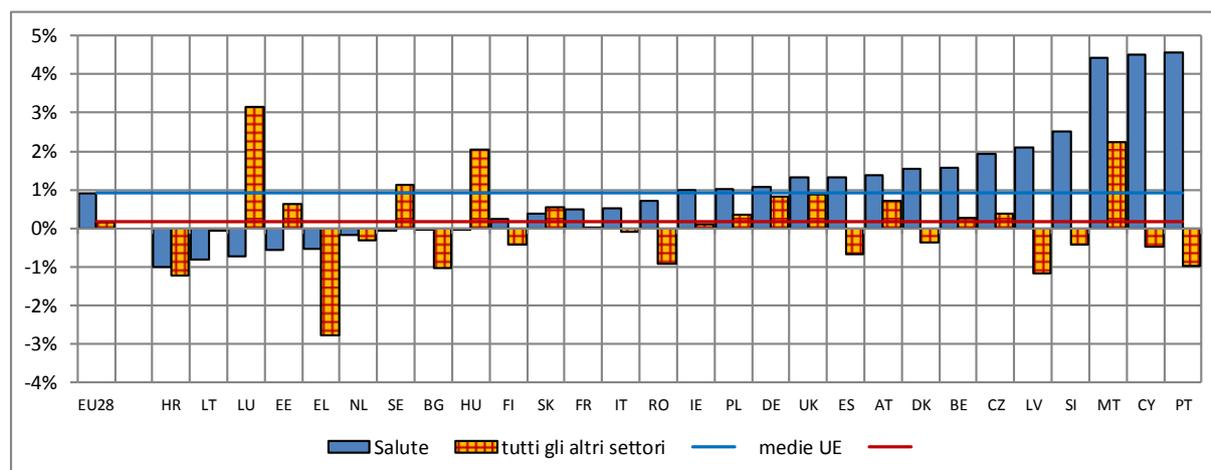
Nel primo trimestre del 2017 il "settore della salute umana e dei servizi sociali" contava un personale di 24 014 500 dipendenti, la maggior parte dei quali — 13 601 700 — impiegati nel sottosectore della "salute umana". Il sottosectore "assistenza residenziale" contava

5 066 800 dipendenti, mentre quello dei "servizi di assistenza sociale non residenziale" 5 346 000.

Tuttavia, non tutti i nuovi posti di lavoro corrispondono alla nuova domanda di assistenza sanitaria: l'invecchiamento della popolazione in Europa richiede un insieme diversificato di competenze e diversi modi di lavorare tra settori e discipline, per garantire cure efficaci.

Non sempre vi è una corrispondenza a livello di competenze e distribuzione delle competenze nelle professioni sanitarie. Le nuove forme di erogazione dell'assistenza sanitaria, che comportano un trasferimento di competenze (ad esempio, da medici a infermieri), e una migliore integrazione possono garantire un'assistenza più sicura ed efficace a costi inferiori.

Grafico 1 – Evoluzione dei posti di lavoro nel settore della sanità e nell'insieme degli altri settori



Cambiamenti medi annuali dei posti di lavoro tra il 2009 (1° trimestre) e il 2017 (1° trimestre) nel settore della salute umana rispetto a tutti gli altri settori.
Fonte: Eurostat, Indagine sulle forze di lavoro.

I lavoratori del settore della sanità e dei servizi sociali hanno un livello di istruzione molto superiore alla media di tutti i settori. Come illustrato nell'allegato, il numero di lavoratori con un titolo di istruzione terziaria (cioè un diploma universitario o di altri istituti di istruzione superiore) è sempre più elevato nel settore sanitario e dei servizi sociali rispetto ai restanti settori dell'intera economia.

Nel 2016 la percentuale di lavoratori in possesso di un diploma di terzo livello nell'UE era pari al 33,9% per i lavoratori per l'insieme dei settori e al 43,4% per il settore della sanità e dei servizi sociali. La percentuale di lavoratori con un diploma di istruzione superiore o post-secondaria era del 48% per l'insieme degli ambiti lavorativi e del 45% nel settore della sanità e dei servizi sociali. Per completare il quadro, i lavoratori in possesso di un diploma di istruzione secondaria inferiore

erano il 17,9% per i lavoratori di tutti i settori, mentre solo l'11,5% nel settore della sanità e dei servizi sociali⁶.

Il settore della sanità e dei servizi sociali resta un settore ad alta intensità di manodopera femminile: quattro operatori su cinque sono donne e la percentuale è rimasta sostanzialmente invariata nel periodo in esame.

Un settore sanitario efficace e accessibile contribuisce anche indirettamente alla crescita economica e alla prosperità, aiutando le persone a raggiungere e a mantenere un buono stato di salute e garantendo in tal modo una più ampia partecipazione alla forza lavoro e una maggiore produttività.

2.2. Sostenibilità di bilancio dei sistemi sanitari

Il settore pubblico svolge un ruolo di primo piano nel finanziamento dei servizi sanitari. In due terzi degli Stati membri oltre il 70% della spesa sanitaria è finanziato dal settore pubblico. Questa situazione può mettere a repentaglio la sostenibilità delle finanze pubbliche, in particolare considerando l'invecchiamento della popolazione.

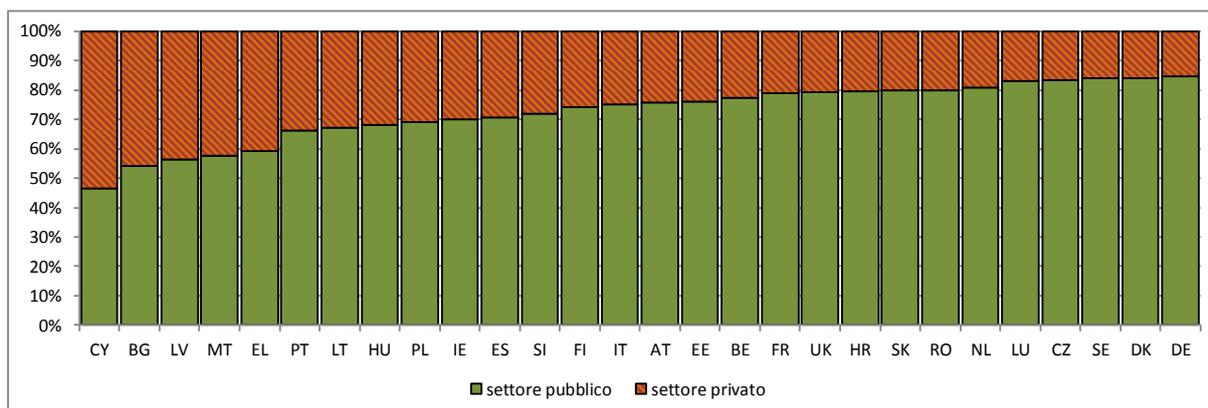
Il grafico 2 illustra le percentuali di finanziamenti pubblici e privati ai sistemi sanitari dei paesi dell'UE. Gli Stati membri in cui la percentuale di spesa sanitaria privata è relativamente elevata sono la Bulgaria (46% della spesa sanitaria totale), la Grecia (oltre il 41%), Cipro (54%), la Lettonia (44%) e Malta (43%)⁷.

Gli Stati membri in cui si osservano le quote più elevate per quanto riguarda la spesa sanitaria finanziata dai governi sono la Repubblica ceca (83%), la Danimarca (84%), la Germania (85%), il Lussemburgo (83%), i Paesi Bassi (81%) e la Svezia (84%).

⁶ L'istruzione terziaria corrisponde ai livelli ISCED 5 e 6. L'istruzione secondaria corrisponde ai livelli ISCED 3 e 4. L'istruzione secondaria inferiore (o di livello inferiore) è rappresentata dai livelli ISCED da 0 a 2).

⁷ La componente privata può essere spinta dalla domanda indotta dall'offerta e dalla relativa influenza sulle scelte dei pazienti e, di conseguenza, potrebbe sovrastimare le reali esigenze finanziarie.

Grafico 2 – Finanziamento della sanità



Spesa sanitaria per enti di finanziamento — Fonte: OCSE, Eurostat, OMS — dati dal 2016.

Il grafico 3 indica i livelli di spesa sanitaria pubblica negli Stati membri dell'UE, espressi in percentuale del PIL e in percentuale della spesa pubblica generale complessiva.

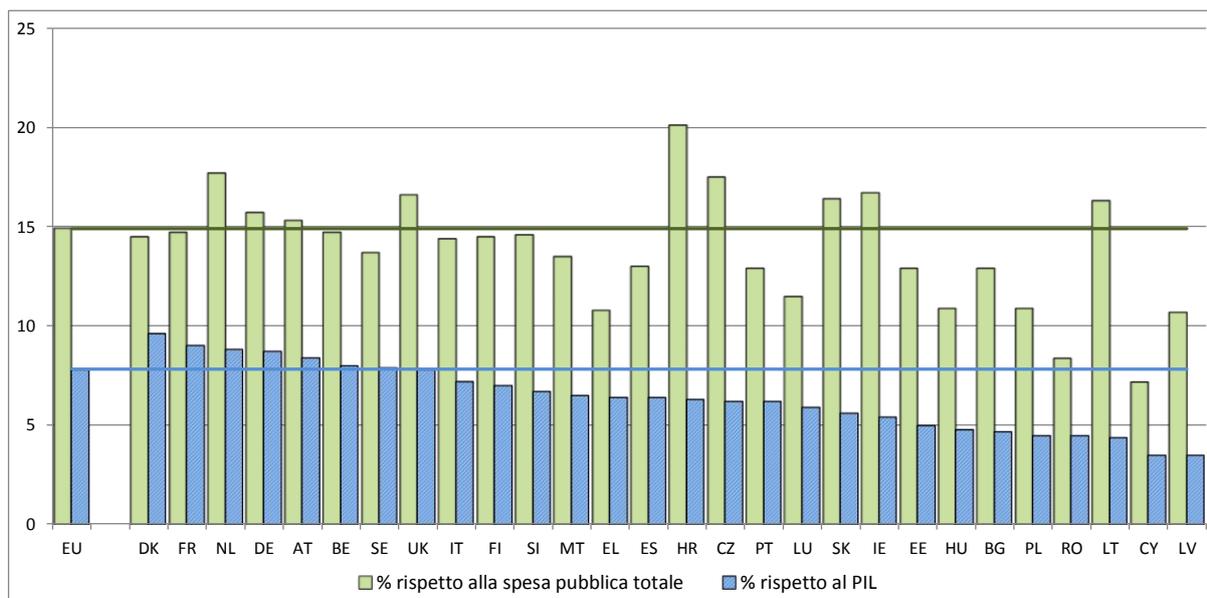
Nel 2015 la spesa sanitaria pubblica ammontava al 7,8% del PIL dell'insieme dell'UE. In otto Stati membri il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL è pari o superiore alla media ponderata dell'UE: Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Regno Unito. Gli Stati membri con la quota più bassa di spesa sanitaria pubblica sono stati Cipro e la Lettonia (3,5%), mentre si sono osservate percentuali inferiori al

5% in Bulgaria, Estonia, Lituania, Ungheria, Polonia e Romania.

In media, nel 2015 la spesa pubblica per la sanità ammontava nell'UE al 15% della spesa pubblica totale. Gli Stati membri che registravano percentuali superiori alla media dell'UE erano la Repubblica ceca, la Germania, la Croazia, l'Irlanda, la Lituania, i Paesi Bassi, l'Austria, la Slovacchia e il Regno Unito, mentre quelli con percentuali inferiori alla media erano Cipro (7,2%) e la Romania (8,4%), seguiti dalla Grecia, dalla Lettonia, dall'Ungheria, dalla Polonia (tutti sotto l'11%) e dal Lussemburgo (11,5%)⁸.

⁸ Tuttavia, alcuni Stati membri hanno previsto meccanismi di recupero per molti ambiti della spesa sanitaria e, di conseguenza, il livello registrato di spesa pubblica potrebbe sottostimare il livello effettivo.

Grafico 3 – Spesa sanitaria pubblica



Spesa sanitaria pubblica in % della spesa pubblica complessiva e del PIL

Fonte: Eurostat, Divisione statistica delle Nazioni Unite, dati del 2013 o più recenti — Calcoli a cura dei servizi della Commissione.

La spesa sanitaria pubblica è tra le voci di spesa con il più rapido e maggiore incremento per i governi.

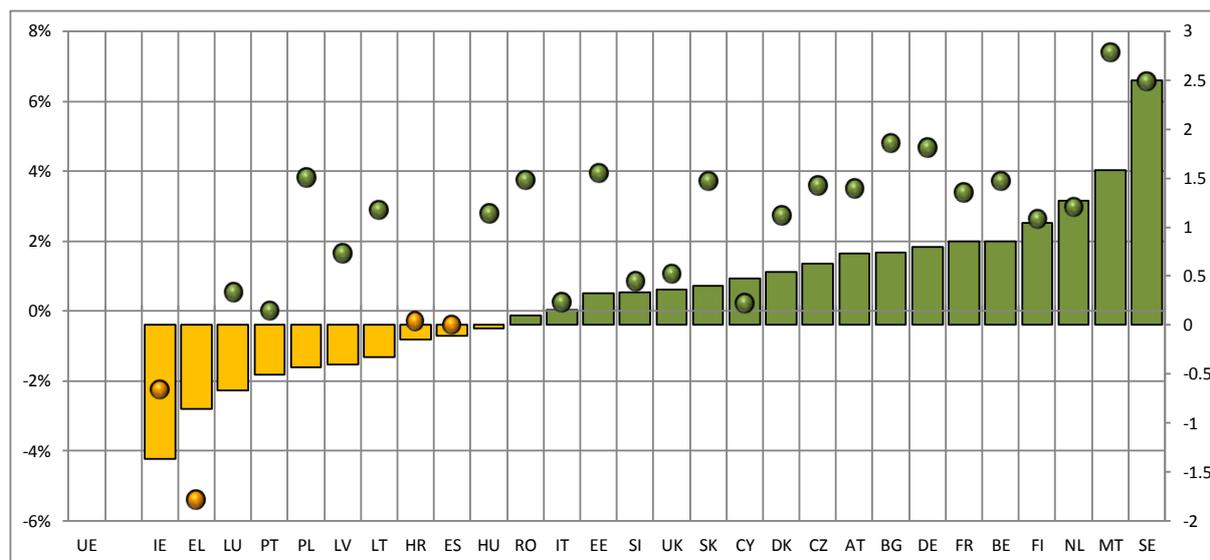
Il grafico 4 illustra l'aumento della spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL tra il 2008 e il 2014 (in punti percentuali). Il grafico illustra altresì l'incremento medio annuo della spesa pubblica reale pro-capite per la salute nello stesso periodo, indicato dalle sfere.

La combinazione di queste due misure permette di avere una migliore comprensione della spesa sanitaria pubblica. Le variazioni dei livelli di spesa sanitaria sul PIL sono infatti il risultato dell'andamento congiunto sia della spesa sanitaria pubblica che del PIL.

Un aumento relativo della spesa sanitaria in percentuale del PIL può effettivamente essere l'effetto netto di una diminuzione di entrambe le misure, con il PIL in maggior calo rispetto alle spese (e viceversa). I valori pro capite forniscono quindi ulteriori informazioni per valutare le tendenze: se la spesa sanitaria aumenta in percentuale del PIL e diminuisce in termini pro capite, è probabile che il PIL del paese si stia riducendo più rapidamente rispetto alla spesa sanitaria.

I percorsi di crescita dovrebbero essere analizzati assieme ai valori iniziali. Un valore iniziale inferiore o superiore alla media può comportare una diversa interpretazione di aumenti e riduzioni della spesa sanitaria.

Grafico 4 – Aumento della spesa sanitaria pubblica in % del PIL e pro capite



Aumento della spesa sanitaria pubblica in % del PIL (2008-2014, p.p., scala di valori a destra) e aumento medio annuo sulla spesa sanitaria pubblica reale pro capite (sfere, 2008-2014, scala di valori a sinistra).

Fonte: banca dati dell'OMS "Salute per tutti" – Calcoli a cura dei servizi della Commissione.

Le pressioni per l'aumento della spesa sanitaria resteranno.

In base alla relazione sull'invecchiamento del 2015, da oggi al 2060 è previsto un ulteriore aumento nella dotazione del PIL per la spesa sanitaria pubblica. I principali fattori responsabili dell'aumento sono:

- aumento del reddito e aspettative maggiori nei confronti di sistemi sanitari di elevata qualità;
- invecchiamento della popolazione; e
- progressi tecnologici.

In base allo scenario di riferimento delineato dal gruppo di lavoro sull'invecchiamento demografico, la spesa pubblica per la salute aumenterà nell'UE di 0,9 punti percentuali del PIL fino al 2060 (grafico 5), mentre secondo lo scenario di rischio dello stesso gruppo di lavoro si stima un aumento medio della spesa pari a 1,6 punti percentuali del PIL entro il 2060 (Allegato)

Uno degli obiettivi fondamentali dell'UE è garantire la sostenibilità delle finanze pubbliche, anche in una prospettiva a medio e lungo termine. Per molti paesi dell'UE, i rischi in termini di sostenibilità per le finanze pubbliche sono correlati in larga misura all'impatto previsto della spesa pubblica legata all'invecchiamento

sull'assistenza sanitaria e sull'assistenza a lungo termine.

Oltre alle sfide poste in termini di bilancio, i sistemi di assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine incontrano, in molti casi, numerosi problemi strutturali comuni connessi a una distribuzione e un uso non efficienti delle risorse nei vari settori funzionali di spesa. Secondo le stime dell'OCSE, un quinto della spesa sanitaria è destinato a elementi che apportano un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone e che, in alcuni casi, comportano persino risultati sanitari peggiori in termini di salute. La spesa per l'assistenza sanitaria potrebbe essere notevolmente inferiore, senza arrecare pregiudizio alle prestazioni del sistema sanitario o ai risultati sanitari⁹.

Ulteriori problemi riguardano:

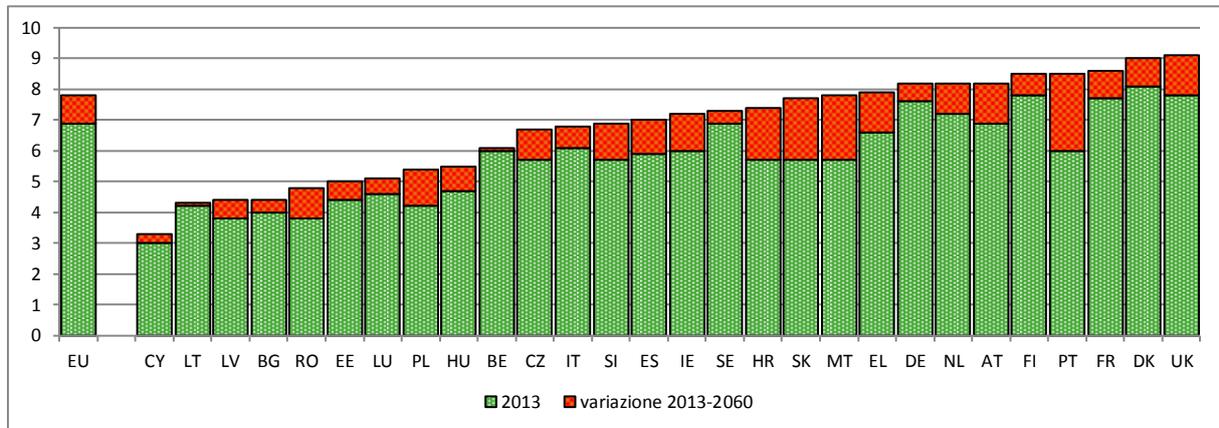
- le ineguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria;
- i frequenti scostamenti di bilancio;
- le pressioni di bilancio concorrenti esercitate da vari ministeri;
- cambiamenti delle priorità politiche;
- la frode o la corruzione; e

la mancanza di informazioni sul proficuo uso degli investimenti nei sistemi di assistenza sanitaria e assistenza a lungo

⁹ OCSE; Tackling Wasteful Spending on Health; Gennaio 2017 – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>.

termine.

Grafico 5 – Scenario di riferimento e spesa prevista nell'assistenza sanitaria nei paesi dell'UE nel periodo 2013-2060. Scenario di riferimento del gruppo di lavoro sull'invecchiamento demografico



Fonte: Relazione 2015 sull'invecchiamento - Servizi della Commissione

2.3. L'accesso a un sistema sanitario efficace contribuisce alla coesione sociale

Le principali barriere per l'accesso all'assistenza sanitaria derivavano dall'impossibilità di pagare e/o dalla scelta di non pagare per beni e servizi medici. In alcuni paesi si riscontravano problemi per quanto riguarda i tempi di attesa o la distanza dalle strutture sanitarie. I tempi di attesa possono essere dovuti a molteplici ragioni, tra cui l'assegnazione insufficiente o inadeguata delle risorse o scelte attive di gestione dei decisori del sistema sanitario.

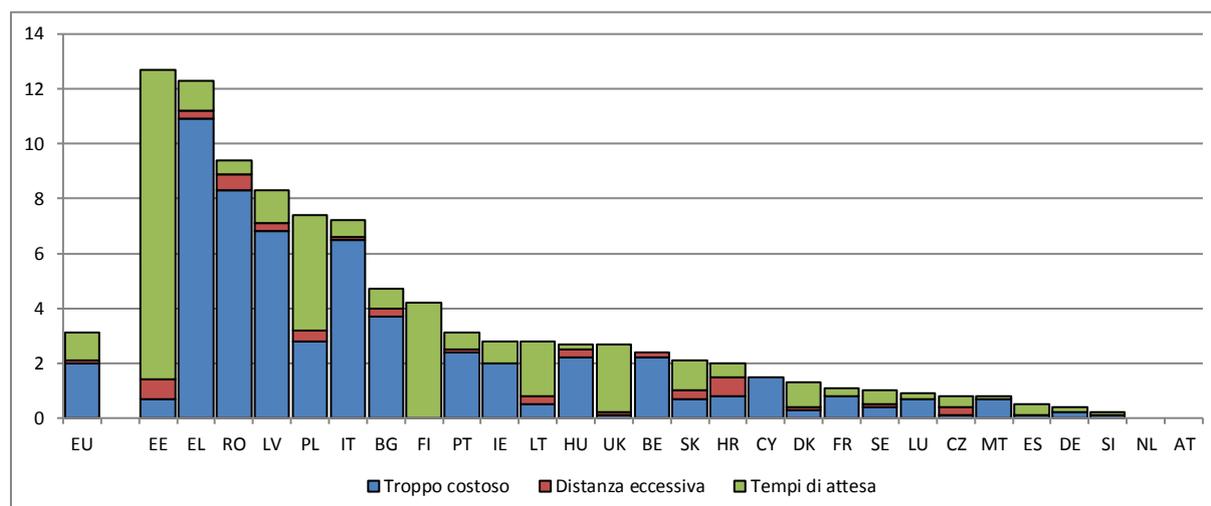
L'accesso all'assistenza sanitaria potrebbe essere ostacolato altresì

da una disponibilità insufficiente di infrastrutture sanitarie e personale medico-sanitario.

Un indicatore utilizzato comunemente per illustrare le barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria è rappresentato dall'autopercezione delle esigenze di cure mediche insoddisfatte da parte dei pazienti¹⁰. L'indicatore è ormai integrato nel quadro di valutazione della situazione sociale, una delle componenti del pilastro sociale.

In quattro paesi europei su cinque meno del 5% della popolazione ha segnalato casi di esami medici necessari ma non effettuati. Ma in alcuni paesi, la percentuale di persone che segnalano casi di questo tipo era di gran lunga superiore¹¹

Grafico 6 – Segnalazioni personali di esami medici necessari ma non effettuati a causa di costi, tempi di attesa o distanza dai servizi.



Fonte: EU-SILC (2015)

¹⁰ Le segnalazioni personali riguardanti le esigenze di cure mediche insoddisfatte si basano sulla percezione individuale riguardo alla necessità di un esame o di un trattamento sanitario, non ricevuto o richiesto per i seguenti tre motivi: "ragioni finanziarie", "tempi di attesa" e "distanza eccessiva". I problemi segnalati nell'ottenimento dell'assistenza sanitaria in caso di malattia, spesso riflettono ostacoli significativi nell'accesso all'assistenza.

¹¹ Con specifico riferimento alla Grecia, la drastica riduzione delle retribuzioni e l'aumento della disoccupazione nell'ambito di un sistema di assicurazione sanitaria frammentato, caratterizzato da una debole redistribuzione, hanno comportato una notevole diminuzione della copertura sanitaria e dell'ammissibilità all'assistenza sanitaria pubblica. In base ai dati, prima della crisi in Grecia si registrava un ricorso eccessivo ai servizi sanitari (come si evince dall'elevato livello di pagamenti diretti), cosa divenuta insostenibile con l'avvento della crisi. La copertura universale è stata introdotta dalle successive riforme del 2014 e 2016. I dati disponibili non consentono ancora di definire l'impatto delle riforme sulle esigenze insoddisfatte.

Le disparità autopercepite nell'accesso a un'assistenza sanitaria di buona qualità riguardano tutta l'UE, nonostante il consenso tra Stati membri sul principio comune dell'equità dei sistemi sanitari. Le barriere poste all'accesso equo all'assistenza sanitaria possono essere di diversa natura e includono fattori finanziari, amministrativi, geografici, giuridici, culturali e organizzativi.

L'autopercezione delle esigenze di cure mediche insoddisfatte deve essere valutata anche in base a misurazioni obiettive dell'uso dell'assistenza sanitaria e delle spese correlate, come ad esempio, il livello di spesa pubblica, privata e diretta per l'assistenza sanitaria¹², che fornisce altresì informazioni sulla protezione finanziaria della popolazione contro i rischi di malattie e sull'uso attuale dei servizi sanitari.

Fornire un accesso universale sostenibile a un'assistenza di elevata qualità richiede una maggiore efficienza ed efficacia della spesa sanitaria, in un contesto di aumento della domanda e di risorse limitate. La sfida consiste nell'identificare metodi economicamente vantaggiosi per finanziare, organizzare ed erogare l'assistenza sanitaria e per ottenere risultati sanitari migliori utilizzando le risorse disponibili in modo più razionale.

I tagli trasversali della spesa, finalizzati a realizzare risparmi a breve termine e che non mirano al rapporto costo-efficacia del sistema, potrebbero portare a un aumento della spesa a medio e a lungo termine.

In particolare, molti Stati membri ritengono che la sfida consista nel migliorare l'accesso a farmaci accessibili. In effetti, nei prossimi anni è prevista

l'immissione in commercio di numerosi nuovi farmaci, che comporterà un incremento del fabbisogno di finanziamenti rispetto all'ultimo decennio.

La natura dei nuovi farmaci sta subendo una graduale evoluzione. Le innovazioni si basano su biofarmaci complessi e costosi e sono rivolte a gruppi di popolazione sempre più mirati. I finanziatori dei sistemi sanitari, sia pubblici che privati, si trovano dinanzi al crescente problema della sostenibilità finanziaria in vista del numero crescente di farmaci di questo tipo.

In Europa si registrano ancora morti troppo premature. Nel 2014 si sono registrati nell'UE 1,69 milioni di decessi di persone di meno di 75 anni, dei quali circa 562 034 possono essere considerati prematuri, avendo potuto essere evitati con le conoscenze e tecnologie mediche a disposizione. A infarti e ictus sono attribuibili nel complesso quasi la metà delle morti evitabili.

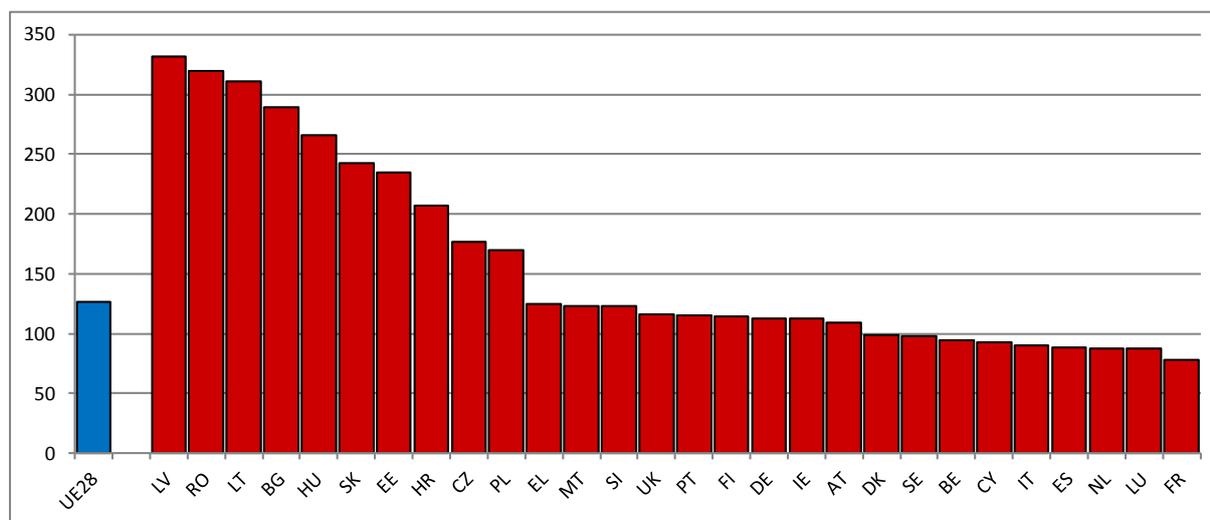
Il concetto di mortalità riconducibile al sistema sanitario si basa sull'idea che alcune morti (per specifici gruppi di età e determinate patologie) potrebbero essere "evitate". In altri termini, ci sono casi in cui il decesso non si sarebbe verificato a quel momento se fosse esistito un servizio sanitario rapido ed efficace.

L'indicatore relativo alla mortalità evitabile è utilizzato nell'ambito globale delle valutazioni delle prestazioni dei sistemi sanitari, per fornire indicazioni sulla qualità e sui risultati delle politiche sanitarie.

La percentuale di decessi evitabili, attraverso un'assistenza sanitaria ottimale, rispetto al totale di decessi di persone al di sotto dei 75 anni nel 2013 varia significativamente da uno Stato membro all'altro.

¹² Per spese dirette si intendono i pagamenti per beni e servizi effettuali dai singoli utenti utilizzando il reddito principale o i risparmi della famiglia, in caso di pagamento al momento dell'acquisto di un bene o della fruizione di un servizio, senza rimborso o nell'ambito di un sistema stabilito di condivisione dei costi. Questo indicatore potrebbe essere influenzato anche dalle scelte del paziente. Per ora la comparabilità dei dati a livello transfrontaliero resta limitata, per il livello di precisione con cui è stato attuato il sistema dei conti sanitari (SCS) nei paesi dell'UE.

Grafico7 – Mortalità riconducibile al sistema sanitario



Fonte: Banca dati Eurostat (2014)

3. INDIVIDUAZIONE DELLE LEVE STRATEGICHE PER AFFRONTARE LE SFIDE

La comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti propone una strategia UE che prevede una serie di meccanismi di cooperazione, al fine di sostenere le riforme nazionali. L'obiettivo perseguito è migliorare le prestazioni dei sistemi sanitari nell'UE. Tra i meccanismi previsti rientrano, tra altri, la valutazione delle tecnologie sanitarie (VTS), la sanità elettronica (eHealth) e digitale, la valutazione delle prestazioni del sistema sanitario, la pianificazione del personale, le reti di riferimento europee, ecc.¹³.

La cooperazione è intesa a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari, per garantire la sostenibilità dei bilanci e un accesso a servizi sanitari di buona qualità per tutti.

La relazione congiunta di Commissione e CPE sui sistemi sanitari e di assistenza a lungo termine e la sostenibilità finanziaria (2016) identifica una serie di settori in cui i miglioramenti potrebbero accrescere l'efficacia in termini di costi dei sistemi

sanitari a medio e a lungo termine, nonché la loro sostenibilità nel lungo periodo.

Le opportune leve strategiche sono presentate qui di seguito.

Migliorare la governance dei sistemi.

- 1) Rafforzare la cooperazione tra le autorità responsabili delle politiche di bilancio e sanitarie e avvalersi di un'ampia gamma di strumenti di pianificazione del bilancio per sostenere efficienza, trasparenza e responsabilità.
- 2) Predisporre tecnologie informatiche e strategie di gestione dei dati, per sostenere il monitoraggio e la *governance* e rafforzare la lotta contro la corruzione, la frode e la malversazione delle risorse pubbliche.
- 3) Condurre in modo sistematico e formalizzato valutazioni *ex-ante* ed *ex-post* delle riforme, basate su dati fattuali, e mettere in atto la valutazione delle prestazioni del sistema sanitario.
- 4) Definire chiaramente il ruolo delle autorità pubbliche nella fornitura di servizi di assistenza a lungo termine al fine di integrare i servizi medici e sociali attraverso un quadro giuridico e migliorare l'efficienza amministrativa.

¹³ https://ec.europa.eu/health/home_en.

5) Migliorare l'adeguatezza e la qualità delle risorse umane del settore sanitario, adattandone la programmazione alle esigenze, adeguando gli incentivi, valutando la possibilità di reclutare medici all'estero e definendo una pianificazione a lungo termine.

Promuovere la sostenibilità e l'efficacia di finanziamenti e spesa

6) Garantire che i pacchetti di servizi sanitari finanziati con fondi pubblici siano basati su criteri di efficacia in termini di costi e di equità e che i sistemi di condivisione dei costi sostengano il contenimento della spesa pubblica, assicurando nel contempo l'accesso.

7) Definire meccanismi di remunerazione e acquisto per promuovere l'efficienza e l'equità.

8) Discostare i sistemi sanitari dal modello tradizionale incentrato sulle strutture ospedaliere, attribuendo un ruolo di maggior importanza al cosiddetto "gatekeeping" (primo filtraggio delle domande di assistenza da parte dei medici di medicina generale) e al rinvio all'assistenza primaria, nonché promuovendo le cure coordinate e integrate.

9) Accrescere la sostenibilità delle cure ospedaliere, attraverso il miglioramento degli accordi di finanziamento, la riduzione dei costi operativi e il rafforzamento del confronto tra prestazioni ospedaliere e delle analisi comparative.

10) Potenziare l'uso economicamente efficiente e l'accessibilità economica dei medicinali, promuovendo gli appalti pubblici e i farmaci generici e biosimilari¹⁴, adeguate politiche di controllo dei prezzi e un uso razionale dei medicinali.

11) Valutare ulteriori meccanismi di cooperazione transnazionale, per affrontare i problemi di disponibilità e

¹⁴ Un *farmaco generico* è un prodotto farmaceutico equivalente a un medicinale già autorizzato (il "farmaco di riferimento"), che contiene gli stessi principi attivi del farmaco di riferimento. Un *farmaco biosimilare* è molto simile in tutte le caratteristiche essenziali a un farmaco biologico già brevettato.

accessibilità dei farmaci nei paesi dell'UE, tra i quali meccanismi di regolamentazione appropriati a livello di UE e accordi di appalto congiunto.

12) Garantire l'adozione di decisioni sulla copertura basate su VTS (valutazione delle tecnologie sanitarie) ed economicamente vantaggiose sotto il profilo delle tecnologie nuove ed esistenti, anche attraverso la cooperazione tra Stati membri.

Migliorare accesso, qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria

13) Rafforzare le politiche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie: promuovere campagne sui fattori di rischio, sviluppare iniziative integrate che coinvolgano più settori e parti e allineare i piani finanziari ai termini fissati dalle politiche.

14) Aumentare l'accessibilità a un'assistenza di buona qualità, riducendo i tempi di attesa e l'onere finanziario delle famiglie per la spesa sanitaria, inclusi i pagamenti informali.

15) Tenere conto delle esigenze dei gruppi vulnerabili, in particolare mediante politiche di bilancio e protezione sociale pertinenti, la cooperazione intersettoriale nell'erogazione dei servizi di assistenza e la fornitura di servizi attenti alle sensibilità culturali.

16) Fornire alle persone bisognose di cure livelli di assistenza adeguati, promuovendone e valutandone la qualità e l'efficacia.

17) Promuovere una vita indipendente e sostenere l'erogazione di servizi sanitari e di assistenza a lungo termine a domicilio e in collettività, piuttosto che in strutture istituzionali, ove opportuno.

18) Promuovere un invecchiamento sano e prevenire il decadimento delle facoltà fisiche e mentali delle persone affette da malattie croniche.

4. ANALISI TRASVERSALE DELLA SITUAZIONE DELLE POLITICHE

Diversi Stati membri hanno introdotto e attuato misure di ampio respiro per

accrescere l'accesso ai servizi sanitari, garantendo al tempo stesso la qualità e la sostenibilità del sistema.

In Bulgaria, Estonia, Malta, Austria e Polonia sono state attuate importanti riforme per rafforzare l'assistenza primaria e migliorare il coordinamento con l'assistenza ospedaliera e specializzata. In aggiunta, la Svezia ha altresì stanziato più fondi per potenziare l'accessibilità dei servizi sanitari.

Cipro ha intrapreso una ridefinizione del sistema sanitario per estenderne l'accesso all'intera popolazione e ridurre i pagamenti onerosi a carico del paziente.

Il Portogallo ha messo in atto nel 2016 e 2017 una serie di riforme significative, intese a garantire una copertura sanitaria universale.

La Bulgaria ha adottato misure volte ad accrescere l'assistenza ambulatoriale laddove la scarsa copertura di servizi medici ambulatoriali complica l'accesso al sistema sanitario per parte della popolazione.

L'Austria ha introdotto un nuovo sistema di raggruppamenti omogenei per diagnosi (ROD) per i pagamenti nei settori ambulatoriali degli ospedali, al fine di alleviare il reparto di degenza e di promuovere l'uso di servizi di *day-hospital* e ambulatoriali.

La Lettonia e la Polonia hanno avviato riforme intese ad accrescere la disponibilità del personale medico e sanitario,

mentre l'Ungheria e la Romania hanno intrapreso una prima serie di azioni per aumentare la retribuzione del personale medico e sanitario.

Lettonia, Polonia, Portogallo e Romania hanno annunciato l'elaborazione di misure volte ad attrarre medici e infermieri nelle regioni periferiche o rurali.

Lettonia e Malta hanno ridotto i tempi di attesa e la Romania ha riorganizzato parte del sistema di cure ambulatoriali.

Italia, Malta, Portogallo e Slovenia hanno sviluppato e messo in atto soluzioni informatiche per ridurre i tempi di attesa dei servizi sanitari.

Spagna, Italia, Portogallo e Slovacchia stanno attuando riforme che prevedono la centralizzazione degli appalti, la diffusione dei farmaci generici e lo sviluppo di organismi per la VTS. L'obiettivo ultimo è accrescere l'accesso ai farmaci e garantirne un uso efficace in termini di costi.

La Lettonia e la Romania hanno messo in atto piani per migliorare i meccanismi di responsabilità e trasparenza nei sistemi sanitari.

Il ciclo "Stato della salute nell'UE"¹⁵ presenta informazioni fattuali sulle politiche sanitarie in Europa. In particolare, i profili sanitari per paese presentano analisi più dettagliate della situazione in ciascuno Stato membro.

La relazione di accompagnamento prende le mosse dalle risultanze dei profili per paese e pone l'accento sulle ripercussioni in termini di politiche trasversali.

Data: 26.9.2017

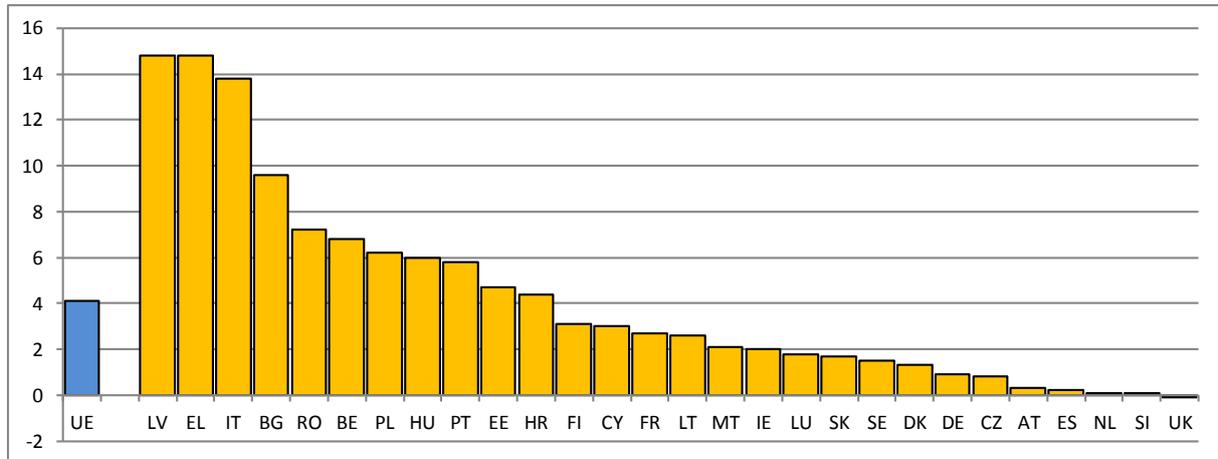
¹⁵ https://ec.europa.eu/health/state/summary_it.

5. RISORSE UTILI

- Comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti (COM(2014) 215 final)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_it.pdf.
- Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability — European Economy, Institutional paper 37, Ottobre 2016; DG Affari economici e finanziari e comitato per la politica economica
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Stato della salute nell'UE: profili sanitari per paese
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_it
- Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle, Pubblicazione OCSE, Parigi
https://ec.europa.eu/health/state/glance_it
- Scheda tematica per il semestre europeo sulla Sostenibilità delle finanze pubbliche
- Banca dati dell'OMS "Health for all"
- Banda dati dell'OCSE sulla Sanità
- Strumento di dati ECHI della Commissione europea
https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_it
- Parere del gruppo di esperti sui modi efficaci di investire nella salute "Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects"
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf
- Parere del gruppo di esperti sui modi efficaci di investire nella salute "Access to health services in the European Union"
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Parere del gruppo di esperti sui modi efficaci di investire nella salute "Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems"
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- Relazione del gruppo di esperti dell'UE sulla valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari "So What? Strategies across Europe to assess quality of care"
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
- Relazione del gruppo di esperti dell'UE sulla valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari "Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe"
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

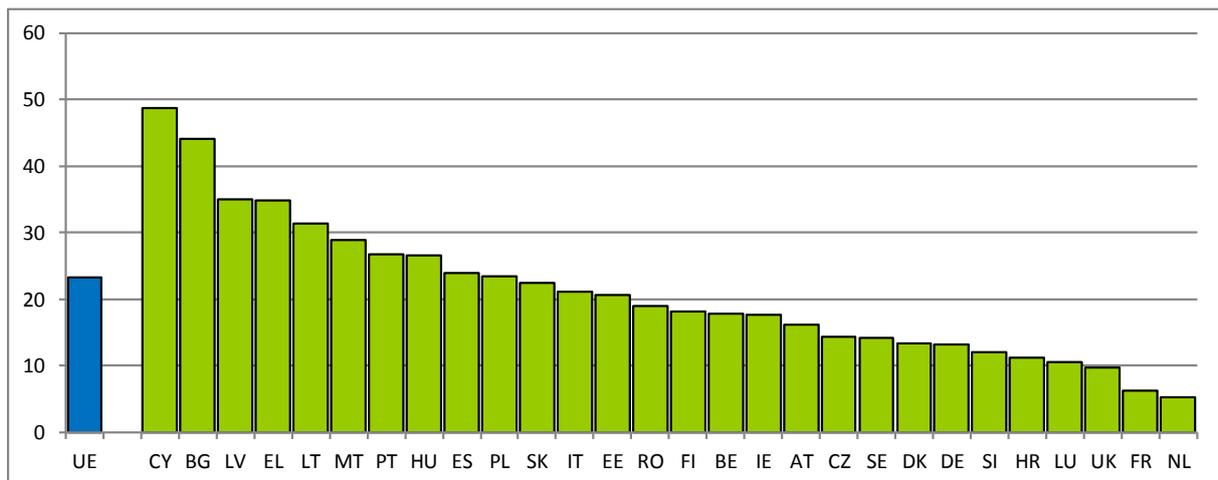
ALLEGATO

Grafico A: Divario di reddito tra i quintili ¹⁶ per quanto riguarda l'autopercezione delle esigenze di cure mediche insoddisfatte da parte dei pazienti, 2015



Fonte: Eurostat, EU-SILC. Nota: tutte le ragioni; differenze espresse in punti percentuali.

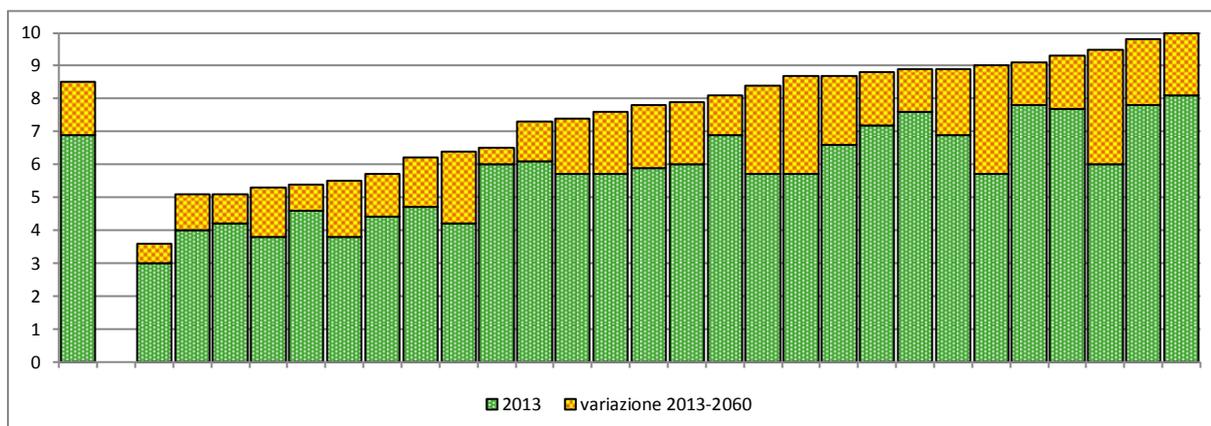
Grafico B: Spesa diretta delle famiglie in % della spesa sanitaria corrente totale, 2014 o dato più recente disponibile



Fonte: WHO HfA-DB

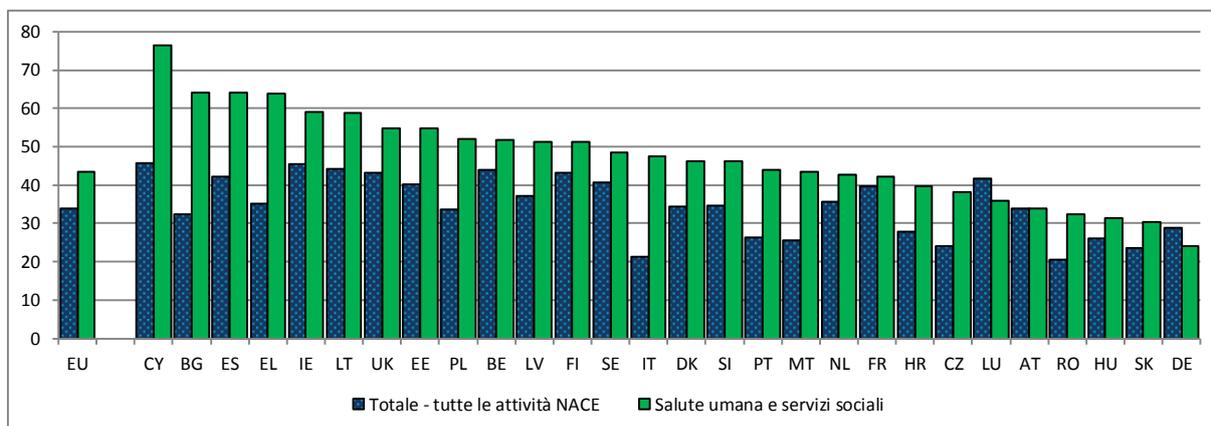
¹⁶ La differenza (divario) tra la percentuale della popolazione dal quintile di reddito inferiore (q1) e il quintile di reddito superiore (q5) che autopercepisce esigenze di cure mediche insoddisfatte negli ultimi 12 mesi. Il primo quintile rappresenta il 20% della popolazione con il reddito più basso e il quinto quintile il 20% della popolazione con il reddito più alto.

Grafico C: Spesa prevista per l'assistenza sanitaria nei paesi dell'UE nel periodo 2013-60, scenario di rischio delineato dal gruppo di lavoro sull'invecchiamento demografico



Fonte: Relazione 2015 sull'invecchiamento - Servizi della Commissione

Grafico D: Livello di istruzione della forza lavoro



Occupazione di lavoratori in possesso di un diploma di terzo livello in percentuale dell'occupazione totale nel settore sanitario e dell'assistenza sociale e in tutti i settori, 2016 - Fonte: Eurostat