

# Politica della salute pubblica

La salute costituisce una priorità importante per i cittadini europei e vi sono questioni quali le minacce sanitarie transfrontaliere o la libera circolazione dei pazienti e del personale medico, che richiedono una risposta a livello europeo: di qui la ricerca di politiche e interventi sanitari efficaci tanto a livello nazionale quanto a livello comunitario. A partire dagli anni Novanta, quindi, l'attenzione del livello comunitario nei confronti della salute pubblica e della sanità è andata crescendo e le politiche sanitarie nazionali degli Stati membri sono state integrate da una cornice di azioni messe in campo dall'Unione europea (UE), con un salto di qualità in occasione dell'approvazione del Trattato di Amsterdam (1997).

La strategia comunitaria in materia di sanità ha iniziato a svilupparsi con l'entrata in vigore del Trattato di Maastricht (1992) e l'inserimento di un titolo denominato "Sanità pubblica". Infatti, l'art. 3 ha elevato la protezione della salute al rango di obiettivo delle politiche comunitarie e l'art. 129 ha definito un quadro per le attività comunitarie in materia di sanità pubblica. Dal 1993 sono stati lanciati una serie di programmi d'azione pluriennali in settori prioritari per la salute dei cittadini (come la ricerca sul cancro, la lotta alle malattie trasmissibili e all'Aids, il monitoraggio delle malattie da inquinamento, per citarne alcuni), tutti riguardanti misure di prevenzione e promozione della salute. Da allora, gli sforzi comunitari si sono concentrati su azioni volte ad assicurare informazione, istruzione, sorveglianza e formazione in campo sanitario, favorendo l'istituzionalizzazione della cooperazione tra gli Stati membri anche in questo settore.

Il Trattato di Amsterdam ha costituito un momento di svolta

perché ha previsto un nuovo articolo, il 152, dedicato interamente alla sanità pubblica. Nonostante l'art. 152 ribadisca che l'azione comunitaria nel settore sanitario deve rispettare le responsabilità dei paesi membri nell'organizzazione dei sistemi sanitari e nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, esso consente all'UE di sostenere gli Stati membri nel campo della salute pubblica e di intervenire direttamente in quei settori che di volta in volta vengono considerati prioritari per garantire la tutela della salute. L'UE può quindi adottare tutte le misure volte ad assicurare un livello elevato di protezione della salute umana e a incoraggiare la cooperazione tra i paesi membri appoggiando, dove necessario, la loro azione.

Le maggiori competenze e il più largo margine d'azione in campo sanitario previsti dal Trattato di Amsterdam si sono tradotti, nel 1999, nella decisione di istituire una nuova figura all'interno della Commissione europea: quella del Commissario per la salute e la tutela dei consumatori (v. Politica dei consumatori), con una responsabilità piuttosto ampia su tutte le questioni legate alla salute dei cittadini europei e ai diritti dei consumatori.

Un approccio coerente e coordinato in tema di politica sanitaria è stato definito per la prima volta a livello europeo nella strategia presentata dalla Commissione europea nel maggio 2000. Elemento essenziale di questa strategia è stato il nuovo programma comunitario nel campo della sanità pubblica che è entrato in vigore dal 1° gennaio 2003 e che per il 2003-2008 perseguiva tre obiettivi prioritari: migliorare l'informazione e la conoscenza per promuovere la sanità pubblica; accrescere la capacità di rispondere in modo rapido e coordinato alle minacce che incombono sulla salute; promuovere la sanità e prevenire le malattie tenendo conto dei determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività. Tuttavia la Comunicazione "sulla strategia in materia di sanità" del 2000 ha ribadito l'obbligo di rispettare il

Principio di sussidiarietà e di agire solo se le azioni che contribuiscono a garantire un elevato livello di protezione della salute possono essere realizzate in modo migliore a livello comunitario piuttosto che a livello dei singoli paesi membri. In linea con l'art. 152 la Commissione ha sottolineato che l'azione comunitaria non può limitare le competenze degli Stati membri in materia di gestione ed erogazione dei servizi sanitari e deve svilupparsi in quei settori in cui i singoli paesi non sono in grado di intervenire in modo efficace e/o in ambiti di dimensione transnazionale con funzioni di coordinamento delle politiche nazionali.

Partendo dalla strategia del 2000 e dal programma per la sanità pubblica 2003-2008, e considerando i risultati del processo di riflessione sulla sanità e lo sviluppo della politica dei consumatori, nell'ottobre 2007 la Commissione ha adottato un nuovo programma comunitario in materia di sanità e tutela dei consumatori per il periodo 2008-2013 e un Libro bianco (v. Libri bianchi) dal titolo *Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013*. La nuova strategia individua come priorità per i prossimi anni quattro principi fondamentali (una strategia basata su valori sanitari condivisi; la salute è il bene più prezioso; la salute in tutte le politiche; rafforzare il ruolo dell'UE in relazione alla salute mondiale) che sono alla base di tre obiettivi strategici, vale a dire: promuovere un buono stato di salute in un'Europa che invecchia; proteggere i cittadini dalle minacce per la salute; promuovere sistemi sanitari dinamici e nuove tecnologie.

Uno degli ambiti in cui maggiore è stato l'impegno dell'Unione europea è quello riguardante la mobilità dei pazienti. La disponibilità di servizi sanitari di elevata qualità rappresenta infatti una priorità per i cittadini europei e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea all'art. 35 ha annoverato tra i diritti quello alle cure sanitarie. Cooperazione non significa soltanto lo spostamento dei

pazienti da un paese all'altro, ma anche la mobilità dei professionisti sanitari nonché la creazione di strutture sanitarie più complesse, la messa in rete dei centri di riferimento o il trasferimento delle buone prassi. Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (eHealth – assistenza sanitaria on line) sono in grado di sostenere la mobilità o la continuità delle cure e di rendere possibili le cure transfrontaliere senza che il paziente o il professionista sanitario debbano lasciare il proprio paese. Tuttavia le cure sanitarie transfrontaliere spesso sono state ostacolate dall'incompatibilità delle disposizioni dei paesi interessati e dalla mancanza di un quadro giuridico trasparente e di una struttura europea per la cooperazione.

La Corte di giustizia delle Comunità europee (v. Corte di giustizia dell'Unione europea), con le sue sentenze, è stata tra i principali protagonisti in questo ambito. Essa ha stabilito che quando i servizi sanitari vengono prestati dietro retribuzione, essi devono essere considerati servizi ai sensi del trattato (v. anche Trattati) e quindi soggetti all'applicazione delle relative disposizioni sulla Libera circolazione dei servizi. Inoltre, le misure che subordinano il rimborso delle spese sostenute in un altro Stato membro a una preliminare autorizzazione vanno considerate come ostacoli alla libera prestazione dei servizi, sebbene tali impedimenti possano essere giustificati da motivi d'interesse generale. Basandosi su una serie di sentenze, la Giurisprudenza della Corte di giustizia delle comunità europee ha definito i seguenti principi: tutte le cure, a eccezione di quelle ospedaliere, a cui un cittadino ha diritto nel proprio Stato membro possono essere prestate in qualsiasi altro Stato membro senza una autorizzazione preliminare ed essere rimborsate fino al livello del rimborso previsto nell'ambito del sistema a cui egli ha diritto; le cure ospedaliere a cui un cittadino ha diritto nel proprio paese membro possono essere prestate in qualsiasi altro paese membro, purché il cittadino abbia ottenuto un'autorizzazione preliminare dal sistema sanitario

da cui dipende. Questa autorizzazione può essere concessa qualora il sistema da cui dipende il cittadino non possa fornire le cure entro un termine accettabile, tenendo presenti le condizioni di salute dell'interessato. Le cure saranno rimborsate almeno fino all'importo previsto nell'ambito del sistema da cui dipende il cittadino.

Tuttavia, vista la rilevanza del tema e le incertezze che ancora permangono relativamente all'applicazione della normativa comunitaria (v. anche Diritto comunitario) sui servizi sanitari, l'orientamento della Commissione è che l'azione della Comunità economica europea dovrebbe articolarsi lungo due pilastri principali: la certezza giuridica, con particolare riferimento al problema dell'applicazione delle sentenze della Corte europea di giustizia, a partire innanzitutto dalle cure transfrontaliere; il sostegno agli Stati membri in quei settori in cui un'azione a livello europeo offra un valore aggiunto alle iniziative sanitarie nazionali. A questo scopo la Commissione ha avviato alla fine del 2006 un'ampia consultazione sulle questioni da affrontare mediante un'azione comunitaria nel settore dei servizi sanitari.

Accanto alla Commissione europea e alla Corte europea di giustizia, anche il Parlamento europeo ha costantemente promosso lo sviluppo di una politica coerente in materia di sanità pubblica. Il Parlamento europeo si è in particolare adoperato per rafforzare la politica sanitaria mediante pareri e relazioni d'iniziativa su questioni importanti quali, ad esempio, l'introduzione di una tessera sanitaria europea, l'assistenza ai malati terminali, l'introduzione di una carta europea per i bambini ricoverati in ospedale, la ricerca nel settore delle biotecnologie, la sicurezza per quanto riguarda la fornitura di sangue per trasfusioni e altri scopi medici.

Infine un impulso importante allo sviluppo di una politica sanitaria europea è derivato anche dall'avvio, nel 2005, del processo di razionalizzazione del Metodo aperto di

coordinamento (MAC) nel campo della protezione sociale e dell'inclusione. Al MAC nel campo dell'inclusione sociale e delle pensioni è stato aggiunto il processo di coordinamento per l'assistenza sanitaria e l'assistenza a lungo termine e i tre processi sono stati riuniti in un unico processo triennale (ma con rapporti annuali per valutare i progressi compiuti) con procedure semplificate. Grazie al Metodo di coordinamento aperto è stato quindi possibile individuare obiettivi comuni (accesso per tutti, qualità e sostenibilità delle cure sanitarie), indicatori condivisi e arrivare alla stesura di rapporti (per il periodo 2006-2008) che monitorino i progressi compiuti nel settore sanitario nei diversi paesi.

Anche se l'intervento dell'UE in campo sanitario riguarda prevalentemente la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e le azioni di integrazione e coordinamento delle politiche dei paesi membri nel caso di emergenze sanitarie di carattere transnazionale e sebbene l'UE non si occupi direttamente di politica sanitaria, il ruolo di primo piano dell'UE nell'ambito della politica sanitaria è stato sottolineato nel Trattato di riforma approvato dai capi di Stato e di governo a Lisbona il 19 ottobre 2007, ribadendo l'impegno a rafforzare l'importanza politica della salute.

*Franca Maino (2007)*