

# 2003

## La situazione sociale nell'Unione europea

- In breve -



Commissione europea



# **La situazione sociale nell'Unione europea 2003**

---

**- In breve -**



# SOMMARIO

<b>Prefazione</b>	5
<b>1 Principali tendenze nell'attuale situazione sociale nell'Unione europea</b>	<b>7</b>
1.1 La situazione sociale: opportunità e sfide	7
1.2 Dinamiche della popolazione	7
1.3 Tendenze recenti dell'occupazione	8
1.4 Condizioni di vita	9
1.5 Tendenze nella distribuzione dei redditi	10
1.6 Tendenze nei paesi aderenti	11
<b>2 Salute e assistenza sanitaria nell'Unione europea</b>	<b>12</b>
2.1 La salute degli europei e l'attuale agenda europea	12
2.2 Popolazione e sanità	14
2.3 I fattori che determinano la salute delle popolazioni	15
2.4 I sistemi sanitari	18
2.5 Le sfide future poste ai sistemi sanitari	19
<b>3 La conferma della validità del modello sociale europeo</b>	<b>22</b>
<b>ALLEGATI</b>	
<b>Indicatori</b>	
Invecchiamento della popolazione	24
Migrazione e asilo	24
Risultati dell'istruzione	25
Apprendimento lungo tutto l'arco della vita	25
Occupazione	26
Occupazione dei lavoratori anziani	26
Disoccupazione	27
Disoccupazione giovanile	27
Disoccupazione di lunga durata	28
Spesa per la protezione sociale	28
Prestazioni sociali	29
Spesa per le politiche a favore del mercato del lavoro	29
Distribuzione dei redditi	30
Famiglie a basso reddito	30
Famiglie senza membri occupati e a basso reddito	31
Donne e uomini nel processo decisionale	31
Occupazione di donne e uomini	32
Retribuzione di donne e uomini	32
Aspettative di vita e salute	33
Infortuni e problemi di salute connessi all'ambiente di lavoro	33
<b>Principali indicatori sociali per Stato membro</b>	<b>34</b>
<b>Principali indicatori sociali per paese aderente / candidato</b>	<b>35</b>
<b>Punti vendita Eurostat</b>	<b>37</b>



## Prefazione

Il Rapporto sulla situazione sociale prende in esame la qualità della vita delle persone che vivono in Europa. Esso traccia un quadro globale della popolazione e delle condizioni sociali quale presupposto per lo sviluppo della politica sociale e contribuisce all'osservazione costante degli sviluppi sociali in tutti gli Stati membri.

La presente pubblicazione costituisce il riassunto del rapporto. E' diviso in due capitoli principali. Il primo capitolo traccia una panoramica delle principali tendenze sociali ed economiche in Europa, corredata di fatti e cifre. Nel secondo capitolo vi è una sintesi del tema specifico trattato quest'anno, che riguarda la questione del

come e perché sia migliorato lo stato di salute dei cittadini europei e o alcune delle potenziali sfide che si annunciano per il futuro. La pubblicazione si conclude con un breve esame del modello sociale europeo.

Come già nelle edizioni precedenti, gli allegati alla presente pubblicazione presentano una serie di indicatori sociali armonizzati per ciascuno Stato membro e, per la prima volta, anche gli indicatori corrispondenti per i paesi aderenti e per i paesi candidati. Gli indicatori forniscono una panoramica iniziale della situazione sociale e rappresentano inoltre un potente strumento per l'osservazione degli sviluppi sociali nel corso del tempo.



Anna Diamantopoulou  
Membro della Commissione  
occupazione e affari sociali



Pedro Solbes Mira  
Membro della Commissione  
economici e finanziari, Eurostat



## 1 Principali tendenze nell'attuale situazione sociale nell'Unione europea

### 1.1 La situazione sociale: opportunità e sfide

La situazione sociale si colloca fundamentalmente all'intersezione fra gli sviluppi a lungo termine dell'assetto demografico e i cambiamenti a breve e medio termine dell'economia.

Dopo cinque anni di crescita economica sostenuta, accompagnata dal miglioramento dei tassi di attività, dalla creazione di 12 milioni di posti di lavoro e dall'innalzamento di quattro punti percentuali del tasso d'occupazione, che ha raggiunto così il 64% della popolazione in età lavorativa, le prospettive appaiono attualmente meno incoraggianti. Nel 2001, il tasso di crescita economica è sceso all'1,5%, meno della metà rispetto ai livelli del 2000, e nel 2002 la ripresa è stata piuttosto fiacca. Ciò nonostante l'occupazione ha continuato a crescere, sia pure con una certa lentezza.

Nel frattempo si vanno delineando più nettamente le sfide economiche e sociali a medio termine poste alla società dall'invecchiamento della popolazione europea attualmente in corso. La crescita della popolazione europea in età lavorativa, che dura ormai da un secolo, è destinata ad arrestarsi entro breve. Tuttavia, sarà solo fra una decina d'anni che gli effetti del pensionamento delle generazioni del baby-boom saranno avvertiti appieno.

I miglioramenti strutturali conseguiti dal 1996 e il successo nell'introduzione della moneta unica hanno consentito il miglioramento della performance economica dal punto di vista monetario e finanziario, nonché una maggiore flessibilità del mercato del lavoro. Oltre ad aver, ovviamente, contribuito a migliorare le condizioni di vita, tale periodo ha aperto opportunità favorevoli all'azione politica in vari settori. Ne sono scaturite, ad esempio, nuove possibilità di affrontare problemi strutturali nel mercato del lavoro quali la disoccupazione giovanile e i bassi tassi di attività presso la popolazione femminile e i lavoratori anziani. Tali prospettive sono ulteriormente rafforzate dalle tendenze demografiche della diminuzione della popolazione in età lavorativa. I tassi di occupazione più elevati hanno determinato inoltre un alleggerimento della pressione esercitata sui sistemi previdenziali lasciando maggiori margini di manovra per la riforma delle pensioni. Un dato molto importante è che l'aumento della prosperità non si è accompagnato con un aumento delle disuguaglianze e che l'incremento dell'occupazione e la crescita economica hanno offerto nuove possibilità per far fronte a problemi persistenti di povertà e all'esclusione sociale.

Nello stesso periodo si è assistito ad un sensibile miglioramento della capacità degli Stati membri di ottenere dall'UE sostegno per la propria azione politica. La collaborazione nell'ambito della lotta all'esclusione sociale e a favore della modernizzazione dei sistemi previdenziali va ad aggiungersi ai processi già avviati nell'ambito del coordinamento macroeconomico e dell'occupazione, aprendo così nuove opportunità di dare impulso a un triangolo virtuoso di politiche economiche, sociali e dell'occupazione che si rafforzano reciprocamente.

Permangono difficili sfide da affrontare e, con l'ampliamento, se ne delineano di nuove. E' necessario intraprendere un'azione risolutiva per salvaguardare le conquiste raggiunte negli ulti-

mi cinque-sette anni e trarre vantaggio dalle opportunità create per proseguire lungo la via della crescita sostenibile e il costante miglioramento della situazione sociale<sup>1</sup>.

### 1.2 Dinamiche della popolazione

L'andamento demografico in Europa eserciterà un impatto significativo sulla situazione sociale e porrà difficili sfide all'economia europea.

#### La popolazione dell'UE sta invecchiando....

La popolazione dell'UE sta invecchiando e i tassi di dipendenza fra gli anziani sono destinati ad aumentare. Benché sia stato registrato un lieve aumento della fertilità, passata da 1,45 figli per ogni donna nel 1999 a 1,47 figli nel 2001, siamo ancora nettamente al di sotto del livello di rimpiazzamento del 2,1. L'aspettativa di vita è in aumento e la mortalità tende a concentrarsi in misura crescente nell'età anziana. Quando i nati nella fase del baby-boom avranno raggiunto l'età del pensionamento, andrà via via aumentando il numero di persone appartenenti alle classi d'età più anziane. Attualmente le persone di 65 o più anni di età rappresentano il 16% della popolazione totale, mentre quelle di età inferiore a 15 anni sono circa il 17%. Entro il 2010 le percentuali saranno, rispettivamente, del 18% e del 16%. L'incremento di maggiore rilievo si registrerà nella fascia delle persone "molto anziane" (di età superiore a 80 anni), che nei prossimi 15 anni aumenteranno all'incirca del 50%.

#### ...e, nonostante i paesi aderenti presentino una struttura demografica più giovane, questa tendenza resterà invariata anche con l'ampliamento dell'UE a 25 Stati membri

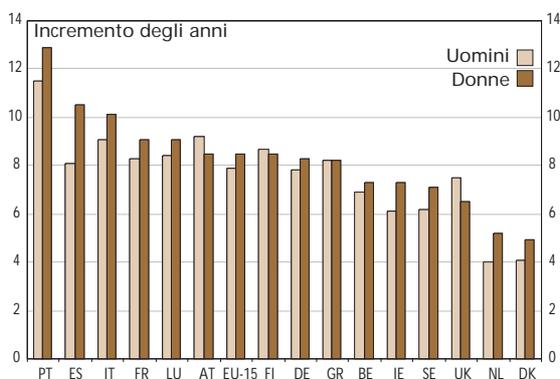
A causa degli elevati livelli di fertilità negli anni settanta e ottanta, i paesi aderenti presentano attualmente una struttura demografica più giovane rispetto agli attuali Stati membri dell'UE (la popolazione di 65 o più anni di età rappresenta il 13%, mentre i bambini di età inferiore a 15 anni il 19%). Si può dire pertanto che l'ampliamento comporterà un "ringiovanimento" dell'Unione europea. Tuttavia, tale effetto sarà di portata limitata e di breve durata. A medio e lungo termine i paesi che aderiranno all'Unione tenderanno invece a rafforzare il declino demografico dell'UE. Poiché si vanno già delineando livelli di fertilità estremamente bassi e tale tendenza è destinata a perdurare, la percentuale di bambini nella popolazione sta diminuendo rapidamente ed entro il 2020 la quota degli anziani raggiungerà i livelli degli attuali Stati membri dell'UE.

#### Contemporaneamente le famiglie diventano più instabili e i nuclei familiari più piccoli ...

L'aumento dei tassi di dipendenza fra gli anziani inciderà sulla nostra capacità di far fronte alla domanda di assistenza; quest'ultima potrebbe essere ulteriormente accresciuta dagli sviluppi nelle strutture familiari. I matrimoni sono tendenzialmente meno numerosi e più tardivi, mentre aumentano i divorzi. Nel 2001 vi sono stati soltanto 5 matrimoni ogni 1.000

1 Una valutazione completa della situazione generale dell'Unione europea all'inizio del 2003 viene fornita in "La scelta della crescita: conoscenza, innovazione e posti di lavoro in una società coesiva - Relazione al Consiglio europeo di primavera, 21 marzo 2003, sulla strategia di Lisbona di rinnovamento economico, sociale e ambientale, COM(2003) 5 definitivo.

**Grafico 1 L'aumento dell'aspettativa di vita tra 1960 i 2000**



Fonte: Eurostat - Dati 2000: per l'UE-15, valori stimati. Per DE e GR, i dati si riferiscono al 1999. I dati del 1960 per DE escludono l'ex RDT.

abitanti negli attuali Stati membri dell'UE, rispetto ai quasi 8 nel 1970. Si calcola inoltre che la percentuale di divorzi per i matrimoni celebrati nel 1960 sia del 15%, mentre il dato relativo ai matrimoni officiati nel 1980 sia quasi raddoppiato, ossia pari al 28%. Si conferma ulteriormente la tendenza alla formazione di nuclei familiari più piccoli, con un maggior numero di persone che vivono sole a tutte le età. Si assiste inoltre ad un netto incremento del numero di bambini che vive con un solo adulto e alla diminuzione delle coppie con figli. Nel 2000, i minori di età compresa fra 0 e 14 anni che vivevano con un solo adulto erano il 10%, rispetto al 6% nel 1990. Le donne sono la stragrande maggioranza di questi genitori single. Anche nei paesi aderenti, con la sola eccezione della Polonia e di Cipro, le famiglie sono diventate nettamente più instabili.

**...mentre i flussi migratori vanno assumendo un ruolo sempre più importante nei cambiamenti demografici.**

Da oltre un decennio l'immigrazione rappresenta il principale fattore di crescita demografica nell'Unione europea. Attualmente l'afflusso di immigrati è consistente in tutti gli Stati membri e nel 2001 il tasso netto migratorio annuo è stato del 3,1 per 1.000 abitanti, pari all'incirca al 74% della crescita demografica totale. In alcuni paesi aderenti l'emigrazione ha avuto un notevole impatto sulla situazione demografica. In particolare, nei Paesi baltici, l'emigrazione ha determinato il calo della popolazione.

**Fra i responsabili decisionali va diffondendosi maggiore consapevolezza delle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione...**

La consapevolezza dell'invecchiamento della popolazione e dei suoi probabili effetti sulla politica sociale e dell'occupazione è aumentata considerevolmente negli ultimi anni. Gli Stati membri si sono impegnati a lavorare sulle problematiche connesse all'invecchiamento nell'ambito degli interventi a favore del risanamento delle finanze pubbliche, dell'occupazione e della previdenza sociale (ossia pensioni, servizi sanita-

ri e assistenza di lunga durata) I paesi aderenti stanno seguendo queste nuove strategie per far fronte problematiche connesse all'invecchiamento in molti settori.

**...e si cominciano ad adottare provvedimenti per affrontare i problemi tanto a livello nazionale che a livello dell'UE.**

In base a una valutazione generale degli sforzi politici attualmente in corso, si può affermare che la maggior parte degli Stati membri - e dei paesi aderenti - intende sfruttare la gamma di opportunità esistenti prima che le vaste coorti di nati nel periodo del baby boom raggiungano l'età pensionabile al fine di consentire ai propri sistemi pensionistici<sup>2</sup>, di sanità e di cure speciali di lunga durata<sup>3</sup> di continuare a perseguire i relativi obiettivi sociali e mantenere la loro sostenibilità finanziaria allorché aumenterà la pressione connessa all'invecchiamento. Sono in via di attuazione importanti riforme e molte altre sono in preparazione.

**1.3 Tendenze recenti dell'occupazione**

Benché nel 2002, per la prima volta dal 1996, si sia registrato un lieve aumento della disoccupazione, i mercati del lavoro hanno dimostrato una notevole capacità di ripresa, nonostante la generale tendenza al ribasso dell'economia. Il numero di nuovi posti di lavoro ha superato quello dei posti di lavoro perduti e il risultato netto è stato il saldo attivo dell'occupazione.

Ciò indica che l'elaborazione e l'attuazione della strategia europea per l'occupazione e il nuovo accento posto sulla promozione dell'inclusione sociale hanno aiutato l'Unione europea a imboccare la via di una crescita dell'occupazione più consistente e sostenibile, pari all'1,3% l'anno dal 1996<sup>4</sup>. Nel 2001 il tasso di occupazione è aumentato fino ad attestarsi al 64% e raggiungerà probabilmente il 64,5% nel 2002; il tasso di disoccupazione è diminuito al 7,4%, il livello più basso mai raggiunto in dieci anni, e l'incremento registrato nel 2002, fino a raggiungere il 7,6%, è stato comunque molto contenuto<sup>5</sup>.

Benché il tasso di occupazione complessivo nell'Unione allargata sia di qualche punto inferiore rispetto a quello dell'attuale Unione europea, le debolezze strutturali sono in ampia misura comuni, tanto agli Stati membri presenti che a quelli futuri. La differenza verte semmai sull'entità di tali debolezze. I compiti impegnativi ai quali i futuri Stati membri devono far fronte sono quelli di aumentare la partecipazione della forza lavoro e l'occupazione, agevolare il passaggio degli occupati dal settore agricolo e industriale al terziario senza che ciò acuisca le disparità regionali a medio termine, nonché adeguare e aggiornare le competenze della forza lavoro affinché rispondano alle esigenze delle moderne economie di mercato basate sulla conoscenza.

Per compiere ulteriori progressi verso la realizzazione dell'Agenda di Lisbona, ivi compreso l'obiettivo della piena occupazione, è necessario intraprendere un'azione risoluta volta ad aumentare la partecipazione e l'occupazione, promuovere la qualità e la produttività del lavoro e favorire la coesione sociale.

2 Progetto di una relazione congiunta della Commissione e del Consiglio in materia di pensioni adeguate e sostenibili, COM(2002) 737 definitivo  
 3 Proposta di relazione comune della Commissione e del Consiglio: Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale, COM(2002) 774 definitivo  
 4 Per una valutazione più completa dell'andamento dell'occupazione nel periodo considerato si veda: "Bilancio di cinque anni della strategia europea per l'occupazione", COM (2002) 416 definitivo.  
 5 Una proposta di strategia futura per l'occupazione che tiene conto degli attuali elementi di incertezza è contenuta in "Il futuro della strategia europea per l'occupazione (SEO): una strategia per il pieno impiego e posti di lavoro migliori per tutti" COM(2003) 6 definitivo.

**La possibilità di mantenere l'offerta di lavoro dipenderà in misura crescente dalla capacità di elevare i tassi di attività e di occupazione della popolazione femminile...**

Fra il 1996 e il 2001, il tasso di occupazione dell'UE degli uomini e delle donne è aumentato, rispettivamente, di quasi tre e cinque punti percentuali, restringendo così il divario fra i sessi che si attesta a 18 punti percentuali. Nel 2001, la disparità fra i sessi si è ridotta anche nell'ambito della disoccupazione, pur rimanendo significativo, pari a 2,3 punti percentuali. La recente diminuzione delle disparità di genere costituisce un segno incoraggiante che le disparità nei tassi di disoccupazione potrebbero essere eliminate a breve.

Benché anche nei paesi aderenti si registrino disparità di genere, la percentuale di donne nella forza lavoro è superiore rispetto a quella degli attuali Stati membri dell'UE (pari al 46% rispetto al 42%). Anche la quota delle donne che occupano ruoli dirigenziali è superiore: nei paesi aderenti le donne rappresentano il 38% dei dirigenti, mentre nell'UE sono soltanto il 34%. Inoltre, nei paesi aderenti, il lavoro part-time è meno frequente e più equamente distribuito fra i sessi: il 6% degli uomini (il 7% nell'UE) e il 9% delle donne (il 32% nell'UE) lavora part-time.

**...e dei lavoratori anziani...**

Complessivamente, nel 2001 risultava occupato il 38,5% della popolazione dell'UE di età compresa fra i 55 e i 64 anni, una percentuale nettamente inferiore all'obiettivo del 50% entro il 2010 stabilito a Stoccolma. Nel 2001, l'età media in cui i lavoratori hanno lasciato il mercato del lavoro è risultata pari a 59,9 anni. Una delle prossime sfide è innalzare tale età di circa cinque anni entro il 2010, come richiesto dal Consiglio europeo di Barcellona. I recenti sviluppi nella situazione occupazionale dei lavoratori anziani in taluni Stati membri dimostrano che la tendenza alla riduzione della presenza di questi lavoratori sul mercato del lavoro può essere contrastata intensificando gli sforzi. Benché nei paesi aderenti i tassi di occupazione delle persone di età compresa fra i 55 e i 64 anni siano ancora più bassi, negli ultimi anni si è registrata una stabilizzazione e i primi segni di miglioramento.

Da un diverso punto di vista - ossia tenendo conto dell'andamento demografico attuale e futuro verso la riduzione della popolazione in età lavorativa - un elemento di grande importanza è il fatto che la maggior parte degli Stati membri disponga di notevoli riserve di forza lavoro fra le donne e i lavoratori anziani, a condizione che vengano eliminate le barriere esistenti alla loro partecipazione, consentendo in tal modo di ovviare agli effetti dell'invecchiamento della popolazione sull'offerta di forza lavoro.

**...nonché dall'entità e dalla struttura dell'immigrazione e dall'integrazione degli immigrati.**

Gli scenari demografici basati sull'ipotesi che l'immigrazione sia costante e che vengano raggiunti gli obiettivi di occupazione di Lisbona indicano che, dopo il 2010, il volume complessivo dell'occupazione negli attuali Stati membri dell'UE potrebbe calare a causa della diminuzione della popolazione in età lavorativa. Gli aumenti di produttività, pertanto, assumeranno un'importanza decisiva, ancora più che in passato, nell'assicurare il potenziale economico e sociale. Anche l'im-

migrazione rappresenterà un importante fattore a tal fine, in particolare allorché verranno sfruttate appieno le riserve di forza lavoro presenti nella popolazione in età lavorativa attuale. Ovviamente, la possibilità di trarre dall'immigrazione benefici sul piano socio-economico dipende dalla nostra capacità di assicurare la piena integrazione degli immigrati tanto sul mercato del lavoro che nel più ampio tessuto sociale delle società europee. La piena e riuscita integrazione degli immigrati può contribuire a salvaguardare la crescita economica e a rafforzare la coesione sociale.

**La crescita dell'occupazione ha anche significato la creazione di un maggior numero di posti di lavoro di qualità.**

Oltre due terzi dei nuovi posti di lavoro creati fra il 1996 e il 2001 sono posti ad elevata qualificazione: l'economia basata sulla conoscenza si trasforma così in realtà quotidiana. Oltre il 50% di tutti i posti di lavoro richiedono ormai l'uso di un computer. Infatti, dal lavoro recentemente condotto dalla Commissione risulta che nelle maggiori economie dell'UE, che presentano percentuali più elevate di posti di lavoro altamente qualificati, si registrano risultati migliori anche dal punto di vista dell'occupazione e della produttività. Restano tuttavia numerosi i posti di lavoro di bassa qualità. Benché fra i giovani e i lavoratori altamente qualificati tali posti di lavoro costituiscano spesso un'esperienza di passaggio verso un'occupazione più stabile, non si può dire lo stesso per i lavoratori anziani e per quelli non qualificati. Quando i lavoratori appartenenti a questi gruppi lavorano con contratto a termine, svolgono lavori part-time involontariamente o accedono a posti di lavoro che non offrono formazione, restano generalmente relegati in cicli di disoccupazione, inattività e occupazione non qualificata. Di qui la necessità di promuovere la mobilità ascendente verso posti di lavoro più qualificati e di migliore qualità quale elemento importante per favorire livelli di occupazione superiori e più sostenibili.

**1.4 Condizioni di vita**

Le condizioni di vita sono in continuo miglioramento dal punto di vista dei redditi e dei consumi. Negli ultimi dieci anni l'incremento medio annuo del reddito pro capite è oscillato attorno all'1,5% e il valore mediano del reddito netto annuo nei 15 Stati membri dell'UE nel 1998 era equivalente a 11.700 SPA<sup>6</sup> (Standard di potere d'acquisto). Ovviamente tale media copre notevoli disparità fra gli Stati membri e considerevoli divari anche all'interno degli Stati membri. Nella metà "settentrionale" dell'Unione sono stati registrati livelli di reddito più elevati e sono state riscontrate disparità tendenzialmente minori rispetto agli Stati membri meridionali. Inoltre i consumi medi hanno subito un netto incremento negli ultimi anni. In Germania, paese piuttosto rappresentativo fra gli Stati membri da questo punto di vista, per esempio, i consumi sono aumentati di circa il 2,6% l'anno a livello domestico.

**Le condizioni di vita si riflettono nelle percezioni che i cittadini hanno della propria qualità di vita.**

Nel 2002 gli europei si sono dichiarati molto contenti o piuttosto contenti della loro vita in generale (78% rispetto al 77% due anni prima) e all'incirca il 20% di essi (rispetto al 17% nel 2000) hanno affermato di essere molto soddisfatti. I cittadini più soddisfatti vivono in Svezia (95%) e in Danimarca (94%)

6 Misurato in standard di potere di acquisto per correggere le disparità nel potere di acquisto fra i paesi considerati.

mentre i livelli più bassi di soddisfazione vengono riferiti in Portogallo (50%) e in Grecia (49%). Come già negli anni precedenti, gli uomini sembrano essere più soddisfatti della propria vita rispetto alle donne e i giovani più degli anziani. Le variazioni nella valutazione soggettiva della qualità della vita negli attuali Stati membri dell'UE sono per lo più spiegabili in base a differenze nella valutazione soggettiva delle condizioni di salute.

Le persone con un grado d'istruzione superiore e livelli di reddito più elevati riferiscono un più alto grado di soddisfazione nel valutare le proprie condizioni di salute e la propria qualità di vita, e ciò rispecchia le disparità connesse alla condizione socioeconomica. Inoltre gli anziani giudicano generalmente le proprie condizioni di salute peggiori.

La maggior parte degli intervistati da Eurobarometro 2002 attribuisce una priorità più elevata alla spesa pubblica destinata all'assistenza sanitaria rispetto ad altri settori quali l'istruzione o l'assistenza sociale e ritiene che la qualità del sistema sanitario sia una delle tre questioni chiave che l'attuale società è chiamata ad affrontare.

### 1.5 Tendenze nella distribuzione dei redditi

Il reddito è uno dei principali fattori nel determinare il tenore di vita. Anche la distribuzione dei redditi è importante in relazione alla povertà relativa e al rischio di esclusione sociale. Il Welfare State svolge un ruolo significativo nella redistribuzione dei redditi primari riducendo le disuguaglianze e la povertà. Da una recente relazione<sup>6</sup> emerge che fra il 1980 e il 1997 sono state registrate notevoli variazioni nelle disparità di reddito riscontrabili all'interno di molti paesi e che, nella maggior parte dei casi, i divari si sono approfonditi. A questa tendenza hanno contribuito principalmente i redditi lordi e altri fattori di mercato. Dati questi precedenti dell'andamento della crescita economica, è significativo che nella seconda metà degli anni novanta le disparità in media si sono tendenzialmente ridotte.

Naturalmente ciò può essere dovuto al fatto che la recente crescita economica è stata trainata in ampia misura dall'occupazione. I lavoratori dipendenti sono i meno esposti al rischio di povertà<sup>7</sup>, a differenza dei disoccupati che sono la categoria più a rischio (il rischio di povertà per i disoccupati è di cinque volte più elevato rispetto agli occupati). Nel 1998 per i pensionati e i lavoratori autonomi la probabilità di essere esposti al rischio di povertà era doppia rispetto ai lavoratori dipendenti, per i bambini la probabilità di tre volte superiore mentre per altri gruppi di persone economicamente inattive la probabilità era di quattro volte superiore.

#### I rischi di povertà ed esclusione sociale persistono...

Nonostante gli importanti effetti redistributivi ottenuti dai sistemi di previdenza sociale, il compito di combattere la povertà e favorire l'inclusione sociale continua a rappresentare una delle principali sfide per l'Unione europea. Recenti risultati

dell'indagine di Eurobarometro indicano che un'alta percentuale di persone si considera tuttora povera, nel senso che ritiene che il proprio reddito netto sia inferiore al livello che considera assolutamente necessario. Questa misura soggettiva della povertà varia ampiamente fra gli Stati membri: dal 9% in Danimarca fino al 66% in Portogallo. Dall'indagine risulta inoltre che la durata personale della povertà tende ad essere più lunga nei paesi meridionali (14-15 anni) rispetto ai paesi settentrionali (2-3 anni). L'indagine di Eurobarometro documenta inoltre come la povertà sia strettamente connessa all'isolamento sociale e come sia fortemente influenzata da fattori quali la qualità scadente dell'occupazione, in particolare la scarsa qualificazione delle mansioni, la precarietà del posto di lavoro e la formazione insufficiente.

L'inclusione sociale è strettamente connessa all'occupazione e/o al reddito. È significativo che nella società basata sulla conoscenza le nuove tecnologie rappresentino sia un'opportunità che una minaccia per l'inclusione delle persone svantaggiate. È quanto è emerso fra l'altro dal lavoro svolto dall'ESDIS e a questo dato è stata data rilievo politico con la risoluzione del Consiglio relativa all'inclusione dell'ottobre 2001 e quella relativa all'accessibilità per le persone disabili del 2002.

#### ...con notevoli differenze fra gli Stati membri dell'UE...

I tassi di povertà variano sensibilmente fra gli Stati membri dell'UE (utilizzando come riferimento il 60% del valore mediano del reddito nazionale equivalente quale soglia di povertà). Nel 1998 la differenza fra gli Stati membri con il tasso di povertà più elevato e quelli con il tasso di povertà più basso era pari a 14 punti percentuali. Fra il 1995 e il 1998 in sei dei dodici Stati membri per i quali erano disponibili i dati relativi a questi due anni si è registrata una diminuzione dei tassi di povertà. Tuttavia, nel 1998 il tasso di povertà complessivo a livello dei Quindici risultava invariato rispetto al 1995.

In generale gli Stati membri meridionali presentano il valore mediano del reddito netto annuo equivalente SPA<sup>8</sup> più basso ed anche il più alto livello di disuguaglianza nella distribuzione del reddito secondo i dati 1998 dell'European Community Household Panel (ECHP). Gli Stati membri scandinavi presentano i livelli di disparità di reddito più bassi, mentre il valore mediano più elevato del reddito netto annuo equivalente si riscontra in Lussemburgo, Belgio e nei Paesi Bassi.

#### ...che risulterebbero ancor più marcate nei Quindici senza l'impatto redistributivo delle prestazioni previdenziali.

L'effetto redistributivo<sup>9</sup> delle prestazioni previdenziali è nettamente superiore rispetto all'effetto redistributivo ottenuto attraverso l'imposizione fiscale. Le prestazioni previdenziali riducono le disuguaglianze nella distribuzione del reddito misurate attraverso il coefficiente di Gini<sup>10</sup>, del 30-40%. La regressività delle prestazioni è piuttosto consistente in Germania, nei Paesi Bassi, in Belgio e nel Regno Unito: in questi paesi le famiglie a basso reddito percepiscono una quota relativamen-

7 Si veda "Income on the Move", relazione su distribuzione dei redditi, povertà e redistribuzione, Social and Cultural Planning Office of the Netherlands, finanziata dalla Commissione europea, DG Occupazione e affari sociali (E1 Study Series 2002), [http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/news/2002/dec/income\\_on\\_move\\_en.html](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/dec/income_on_move_en.html)

8 Il rischio di povertà viene definito come il 60% del valore mediano del reddito nazionale equivalente.

9 I risultati sono tratti da "Income on the Move" e sono riferiti principalmente ai dati ECHP 1997.

10 Il coefficiente di Gini è un indice che pone a confronto l'effettiva distribuzione dei redditi attraverso l'intera gamma dei redditi con una sorta di distribuzione teoricamente ideale in cui ciascuno detiene lo stesso reddito (Gini = 0 per cento). Un coefficiente di Gini pari al 100 per cento corrisponderebbe alla situazione in cui una sola persona detiene tutto il reddito.

te maggiore di prestazioni sociali rispetto a Finlandia, Danimarca e Svezia. Nel caso della Germania e del Regno Unito, tuttavia, la riduzione delle disuguaglianze ottenuta è piuttosto contenuta, in quanto nei paesi in questione la quota di reddito nazionale destinata alla sicurezza sociale è relativamente modesta.

Esistono numerose categorie di prestazioni sociali ed esse variano a seconda del numero di beneficiari e degli importi medi versati. L'effetto di riduzione della povertà ottenuto complessivamente da tutte le prestazioni, misurato semplicemente confrontando il reddito "prima" e "dopo la prestazione" è pari a 25 punti percentuali<sup>11</sup>. L'effetto di riduzione della povertà viene attribuito principalmente alle prestazioni pensionistiche di vecchiaia e superstiti (15 punti), mentre per quanto riguarda le prestazioni previdenziali per disoccupazione, assegni familiari, malattia e invalidità si calcola che ognuna di esse ottenga effetto equivalente di circa 3 punti percentuali.

### 1.6 Le tendenze nei paesi aderenti

Benché nella seconda metà degli anni novanta, nella maggior parte dei paesi aderenti siano stati compiuti progressi verso la progressiva eliminazione del divario di reddito rispetto agli Stati membri dell'Unione europea, le differenze continuano ad essere considerevoli. Nel 2000, in otto paesi aderenti, il PIL pro capite risultava meno della metà della media dell'UE misurata in standard di potere di acquisto.

Inoltre nei paesi aderenti sono aumentate tendenzialmente le disuguaglianze nella distribuzione del reddito. Ciò vale, in particolare, per gli otto paesi aderenti dell'Europa centrale e orientale<sup>12</sup>. Negli ultimi dieci anni nell'Europa centrale si sono accentuate notevolmente tanto la povertà che le disuguaglianze. Più recentemente la situazione si è stabilizzata. Benché attualmente la disuguaglianza e la povertà non siano più in aumento, occorre prestare ulteriormente attenzione alle conseguenze sociali del rapido aumento delle disparità nel periodo iniziale di transizione.

#### La consapevolezza di questi problemi è cresciuta...

Benché il problema della povertà figuri nell'agenda politica di tutti i paesi aderenti, minore attenzione è stata rivolta in questi paesi al più ampio concetto di esclusione sociale che comprende molteplici forme di deprivazione. Ciò nonostante il tema dell'esclusione sociale ha acquisito un maggiore rilievo politico negli ultimi anni, spesso quale riflesso dell'azione politica dell'UE. I principali fattori che determinano l'esclusione sociale sono la disoccupazione e la disgregazione familiare. In molti paesi aderenti, la possibilità di assicurare risorse e redditi adeguati attraverso la protezione sociale e l'occupazione risulta problematica. Inoltre appare difficile affrontare i problemi connessi all'esclusione sociale basandosi sulla copertura e le prestazioni fornite dai regimi di assistenza sociale.

#### ...e si sono estese le possibilità di ottenere sostegno dalla collaborazione con l'UE.

L'importanza di affrontare questi problemi è stata sottolineata recentemente attraverso l'adozione da parte del Consiglio, nel dicembre 2002, di nuovi e adeguati obiettivi dell'UE di lotta alla povertà e all'esclusione sociale. Nel corso delle revisioni sono stati rafforzati gli obiettivi adottati per la prima volta al Consiglio europeo di Nizza del 2000, ponendo tuttavia maggiormente l'accento sulla dimensione di genere, sulle difficoltà poste dall'immigrazione e sull'importanza di stabilire obiettivi nazionali di riduzione del numero di persone a rischio di povertà e di esclusione sociale. Sulla base di detti obiettivi si procederà alla stesura di una seconda generazione di piani d'azione nazionali biennali contro la povertà e l'esclusione sociale che dovrebbero essere elaborati da tutti gli Stati membri entro luglio 2003. L'intento è quello di mettere a frutto e consolidare i progressi compiuti attraverso il metodo di coordinamento aperto nell'ambito della lotta alla povertà e all'esclusione sociale introdotto con il Consiglio europeo di Lisbona del 2000.

L'ampliamento dell'UE da 15 a 25 Stati membri rappresenta ormai una prospettiva immediata, che induce a prevedere significativi mutamenti della situazione sociale complessiva nell'Unione. Le sfide politiche connesse all'esclusione sociale, alla povertà e alla disuguaglianza in generale, ivi comprese le disparità nelle condizioni di salute, sono destinate ad aumentare. Le disparità regionali e i problemi relativi alla coesione sociale si aggraveranno. Pertanto, poiché il divario fra gli Stati membri aumenterà notevolmente, si avvertirà maggiormente l'esigenza di disporre di strumenti di collaborazione per colmare in modo costruttivo tali differenze.

11 Questa cifra illustra l'ordine di grandezza, tuttavia dal momento che ci sono altre variabili che influenzano le due situazioni, non è possibile attribuire la differenza tra i due coefficienti di Gini solo all'effetto delle prestazioni sociali.

12 Commissione europea, "Garantire il successo dell'ampliamento", Documento di strategia e relazione della Commissione europea sui progressi fatti da ciascuno dei paesi aderenti verso l'adesione, p. 13

## 2 Salute e assistenza sanitaria nell'Unione europea

### 2.1 La salute degli europei e l'attuale agenda europea

Il tema specifico trattato nel rapporto di quest'anno è quello della salute. La salute e la qualità dell'assistenza sanitaria sono aspetti ai quali i cittadini europei attribuiscono la massima importanza (Eurobarometro 2002). Il presente rapporto prende in esame le attuali condizioni di salute degli europei e individua i principali fattori che influiscono sulla loro salute.

Benché il settore sanitario svolga un ruolo decisivo ai fini della cura delle malattie e del mantenimento della buona salute, lo stato generale di salute dei cittadini è determinato in misura significativa dalle condizioni socioeconomiche e ambientali e dallo stile di vita. L'organizzazione dei servizi sanitari e dell'assistenza di lunga durata varia notevolmente fra i vari paesi dell'Unione europea. Accanto alle differenze, tuttavia, si evidenziano anche sostanziali analogie e - come dimostra il rapporto - gli Stati membri sono chiamati ad affrontare, attualmente e in futuro, fondamentalmente le stesse sfide nell'ambito della politica sanitaria.

Due di tali sfide si profilano con particolare evidenza. Da un lato, la continua necessità di ottimizzare il rapporto costo-efficacia dei sistemi sanitari a fronte di forti elementi di mutamento strutturale quali l'invecchiamento e le nuove tecnologie mediche. Dall'altro lato, gli ampi margini di manovra per sviluppare maggiori sinergie fra le politiche sanitarie e altre politiche in grado di influenzare i fattori ambientali e socioeconomici che incidono sulla salute.

#### La salute è ricchezza

Lo stato di salute dei cittadini rappresenta un fattore importante ai fini della capacità produttiva della società e i miglioramenti sul fronte della salute possono migliorare le potenzialità di crescita<sup>13</sup>. Migliori condizioni di salute, infatti, possono consentire di elevare la produttività, prolungare la durata della vita lavorativa e ridurre i costi (diminuendo il numero di assenze per malattia, la necessità di ricorrere a terapie, la disabilità, ecc.).<sup>14</sup>

I sistemi sanitari sono un aspetto centrale dei sistemi di protezione sociale degli Stati membri. Essi, pertanto, costituiscono uno dei temi su cui verte la nuova collaborazione<sup>15</sup> sulla modernizzazione e il miglioramento della previdenza sociale che rientra nella più ampia strategia di Lisbona. L'accessibilità, la qualità e la sostenibilità sono stati definiti obiettivi comuni che gli Stati membri intendono perseguire nell'ambito delle loro politiche sanitarie. La funzione di salvaguardia del reddito svolta dai sistemi di protezione sociale concorre evidentemente anche a preservare la salute dei cittadini. I sistemi pensionistici, per esempio, contribuiscono notevolmente a preservare la salute dei cittadini anziani

offrendo loro la possibilità di mantenere un tenore di vita sufficiente al termine dell'attività lavorativa.

Ovviamente, l'effetto ottenuto dagli investimenti nel settore sanitario non dipende soltanto dall'entità degli investimenti ma anche da come, dove e quando vengono stanziati le risorse. Il rendimento sugli investimenti per un migliore stato di salute può essere particolarmente elevato - fra l'altro - se gli sforzi sono diretti a favore di gruppi sociali o di regioni nei quali lo stato medio di salute è compromesso o particolarmente minacciato. Le disuguaglianze nelle condizioni di salute sono connesse a disuguaglianze di più ampia portata nella società. Le persone povere ed escluse sono particolarmente soggette a problemi di salute. Le politiche degli Stati membri volte a combattere la povertà, a ridurre le disuguaglianze e a promuovere l'inclusione sociale, così come la nuova collaborazione europea su queste problematiche influiscono positivamente sullo stato di salute delle fasce più povere della popolazione, migliorando altresì il livello di coesione sociale della società.

In base a quanto sin qui esposto, la salute e l'assistenza sanitaria si situano all'intersezione fra la strategia europea per l'occupazione e gli sforzi intrapresi dall'Unione per modernizzare e migliorare la protezione sociale.

Le condizioni per acquisire buone condizioni di salute e per ricevere cure adeguate ed efficaci in caso di malattia sono migliorate in misura sostanziale nell'Unione europea negli ultimi decenni. Ciò è dovuto agli sforzi pubblici e privati compiuti attraverso investimenti diretti finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria. Tuttavia, benché i sistemi sanitari svolgano un ruolo decisivo nel combattere e prevenire le malattie, anche altre politiche che riguardano i fattori ambientali e socioeconomici che influiscono sulla salute, quali il lavoro e le condizioni di lavoro, esercitano un impatto significativo sullo stato di salute attuale e futuro dei cittadini.

13 Una valutazione di tale relazione su scala mondiale viene fornita nella relazione della Commissione su macroeconomia e salute - presieduta da Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. OMS, Ginevra.

14 An American review of the scientific literature of the last decade leads to the conclusion that in the US workers with good health earn 15% to 30% more than workers in poor health: Jack Hadley (2002): *Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

15 Proposta della Commissione per un rapporto congiunto Commissione-Consiglio per delle pensioni adeguate e sostenibili, COM(2002) 737 finale. Ed anche, proposta per un rapporto congiunto Commissione-Consiglio sulle cure sanitarie e le cure per gli anziani: *Sostenere le strategie nazionali per assicurare un alto livello di protezione sociale*, COM(2002) 774 finale.

### L'agenda politica europea in materia di sanità

Gli sviluppi politici del decennio scorso hanno contribuito a porre in primo piano le questioni connesse alla salute nell'agenda europea.

Nel Trattato di Maastricht (1993), per la prima volta è stata fornita una base giuridica alla sanità pubblica (art. 129). Incoraggiando la cooperazione fra gli Stati membri, la prevenzione delle malattie e misure di incentivazione. Viene esclusa qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari. In risposta a questi nuovi obblighi, La Commissione ha presentato la sua "Comunicazione relativa al quadro di azione nel campo della sanità pubblica"<sup>16</sup> che si basa sull'adozione di otto programmi in materia di sanità pubblica. Il valore aggiunto a livello dell'UE viene conferito attraverso il sostegno agli sforzi intrapresi negli Stati membri e la diffusione di "informazioni relative alle buone prassi" al fine di rafforzare le disposizioni in materia di tutela della salute in tutti i paesi della Comunità.

Alla fine degli anni '90 la struttura generale della politica in materia di sanità è cambiata. Il Trattato di Amsterdam ha esteso i poteri della Comunità in materia di sanità pubblica. L'articolo 129 è stato modificato attraverso l'aggiunta di una serie di nuove disposizioni ed è diventato l'Articolo 152. Secondo questo Articolo, le azioni nell'area della sanità pubblica dovrebbero: contribuire ad assicurare il raggiungimento di un alto livello di protezione della salute; migliorare la salute; prevenire le malattie; prevenire le fonti di pericolo per la salute ed assicurare che tutte le politiche comunitarie proteggano la salute.

In questo contesto, nel maggio 2000 la Commissione ha proposto una nuova strategia per la salute<sup>17</sup>, che promuove un approccio integrato all'azione comunitaria nell'ambito della salute. Un elemento chiave di questa strategia era una proposta di un nuovo programma di Azione Comunitaria in tema di sanità pubblica<sup>18</sup>. Il programma si concentrerà su tre principali tipi di azione:

- il miglioramento dell'informazione e della conoscenza sanitaria per lo sviluppo della sanità pubblica;
- il rafforzamento della capacità di risposta rapida e co-ordinata a serie minacce alle salute;
- mirare le azioni per promuovere la salute e combattere le malattie.

Inoltre, la Commissione ha creato un Foro europeo di discussione sulla salute che riunisce le organizzazioni europee pertinenti. Infine, il sesto Programma di Ricerca prevede ricerca orientata all'azione politica nell'area della politica sociale, ed in particolare per l'implementazione dell'Agenda Sociale Europea.<sup>19</sup>

La competenza in materia di erogazione e finanziamento dell'assistenza sanitaria spetta agli Stati membri. Tuttavia tale competenza non pregiudica l'applicazione a questo ambito di

libertà fondamentali - quali la libera prestazione di servizi, la libera circolazione dei prodotti medicali o la libera circolazione dei lavoratori - nonché di altre politiche comunitarie. Inoltre il tema della salute costituisce una questione trasversale nell'Agenda sociale europea e un elemento importante nella strategia dell'UE per uno sviluppo sostenibile, due aspetti importanti della strategia di Lisbona. L'assistenza sanitaria, inoltre, è diventata un elemento di cui tenere conto ai fini della mobilità transfrontaliera e del miglioramento della qualità delle finanze pubbliche.

Nel compito di assicurare un'assistenza sanitaria sostenibile e di elevata qualità è stato individuato uno dei principali ambiti nei quali promuovere una più stretta cooperazione tra gli Stati membri. Nel giugno 2001, al Consiglio europeo di Göteborg, è stato chiesto al Comitato per la protezione sociale e al Comitato di politica economica, di esaminare le sfide poste dall'invecchiamento della società e di elaborare una relazione preliminare per il Consiglio europeo della primavera del 2002<sup>20</sup> sugli orientamenti in materia di servizi sanitari e assistenza agli anziani. In tale relazione si giunge alla conclusione che a causa delle tendenze demografiche, tecnologiche e finanziarie in atto, i sistemi sanitari e di assistenza di lunga durata nell'Unione europea devono affrontare una serie di sfide incentrate sulla necessità di assicurare: l'accesso all'assistenza per tutti, indipendentemente dal livello di reddito o di ricchezza; un grado elevato di qualità dell'assistenza; la sostenibilità finanziaria dei sistemi di assistenza.

Questo triplice obiettivo di vasta portata è stato approvato dal Consiglio in una relazione preliminare sugli orientamenti in materia di servizi sanitari e assistenza agli anziani presentata al Consiglio europeo di Barcellona nella quale si sottolineava fra l'altro che tutti i sistemi sanitari nell'Unione europea si basano sui principi di solidarietà, equità e universalità. Il Consiglio europeo di Barcellona ha invitato la Commissione e il Consiglio ad esaminare più approfonditamente le questioni relative all'accesso, alla qualità e alla sostenibilità finanziaria. Sulla scorta di un questionario sottoposto agli Stati membri, la Commissione ha proposto una relazione comune sulle strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale<sup>21</sup>. Visto che l'assistenza sanitaria rappresenta una quota cospicua della spesa pubblica, la sostenibilità dei sistemi sanitari e le riforme per farvi fronte sono importanti.

La salute e la sicurezza sul lavoro è una delle principali dimensioni della politica sociale europea. La salute sul lavoro non è soltanto l'assenza di infortuni o malattie professionali ma implica uno stato di benessere fisico, morale e sociale che è importante ai fini della qualità del lavoro e della produttività della forza lavoro. E' stata elaborata una nuova strategia comunitaria sulla salute e la sicurezza sul lavoro per il periodo 2002-2006, tenendo conto dei mutamenti nella società e nel mondo del lavoro<sup>22</sup>. La strategia adotta un approccio globale al benessere sul lavoro, basato su misure di prevenzione e sulla costituzione di partenariati fra tutte le parti interessate negli ambiti dell'occupazione, della salute e della sicurezza.

16 Novembre 1993.

17 COM (2000) 285 finale del 16.5.2000

18 GU L 271/1 del 9.10.2002, Decisione 1786/CE

19 Si veda il programma specifico per la ricerca, lo sviluppo tecnologico e la dimostrazione: Integrare e Rafforzare l'Area della Ricerca Europea (2002-2006).

20 Basata sulla relazione COM(2001) 723 definitivo: "Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria".

21 COM(2002) 774 final,

22 COM(2002) 118 definitivo: "Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006".

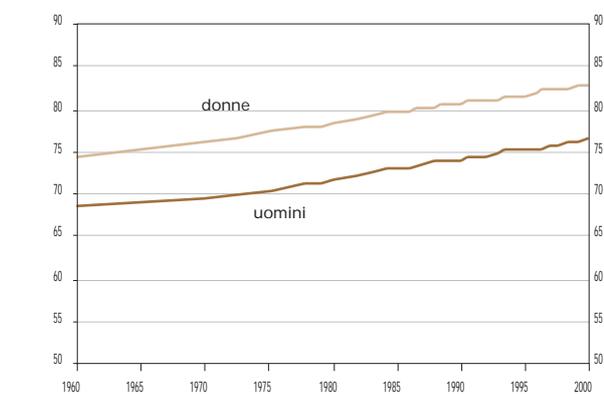
## 2.2 Popolazione e sanità

### In tutti gli Stati membri dell'UE lo stato di salute dei cittadini è migliorato negli ultimi decenni...

Le condizioni medie di salute dei cittadini dell'UE stanno migliorando. Nel 2000 l'aspettativa di vita media alla nascita negli attuali Stati membri era di 78 anni (75 per gli uomini e 81 per le donne), superiore all'aspettativa di vita negli Stati Uniti (74 anni per gli uomini, 80 per le donne) ma inferiore a quella del Giappone (78 anni per gli uomini, 84 per le donne).

L'aspettativa di vita alla nascita non è soltanto un indicatore sociale ma anche un importante indicatore economico. Dall'analisi degli aspetti macroeconomici e della salute risulta che allo stato di salute è riconducibile una buona parte delle differenze riscontrabile nei tassi di crescita economica.<sup>23</sup>

**Grafico 2** Aspettativa di vita, uomini e donne. UE-15, 1960-2000



Fonte : Eurostat

Il dato relativo all'aspettativa di vita è andato aumentando nel corso del ventesimo secolo: mentre nei primi 60 anni del secolo sono stati raggiunti i 25 anni di aumento, negli ultimi 40 anni sono stati conquistati altri 8 anni<sup>24</sup>. L'aspettativa di vita maschile è aumentata, passando da 68 anni nel 1970 a 75 nel 2000<sup>25</sup>. Nello stesso periodo l'aspettativa di vita femminile è aumentata di 6 anni: da 75 anni nel 1970 a 81 nel 2000.

L'aspettativa di vita inferiore per gli uomini è dovuta a tassi superiori di mortalità maschile a tutte le età, un fenomeno ben noto in tutti gli Stati membri ed anche nella maggioranza degli altri paesi del mondo. Queste differenze fra i sessi, benché condizionate da fattori biologici, sono attribuibili principalmente a cause sociali e a determinati modelli di comportamento che rientrano in quello che viene sì può definire "lo stile di vita maschile". Ora che il comportamento degli uomini e delle donne nell'UE si va uniformando l'aspettativa

di vita maschile e femminile cominciano a convergere. E' quanto è già stato constatato a livello dei Quindici (in cui l'aspettativa di vita alla nascita fra il 1990 e il 2000 è aumentata di 2,5 anni per gli uomini e di 2 anni per le donne), in tutti gli Stati membri ad eccezione di Grecia, Spagna, Lussemburgo e Portogallo.

A causa dell'aumento dell'aspettativa di vita, associato alla diminuzione della fertilità, la popolazione dell'UE sta progressivamente invecchiando: l'invecchiamento demografico significa che il numero di anziani è in aumento mentre la percentuale di persone in età lavorativa (di età compresa fra i 15 e i 64 anni) è destinata a diminuire. Queste tendenze demografiche avranno ripercussioni economiche e sociali in vari ambiti, fra i quali quelli dei sistemi sanitari e di assistenza.

Una delle tendenze demografiche più importanti ai fini dell'erogazione dell'assistenza sanitaria è l'aumento della fascia di età delle persone molto anziane (di età superiore a 80 anni), che aumenterà di 8 milioni fra il 2010 e il 2030, con un incremento pari al 44%, ossia una crescita superiore a quella prevista per la popolazione anziana in generale. Attualmente la maggioranza di queste persone molto anziane è bisognosa di assistenza e di cure che sono fornite in maniera formale od informale; quest'ultime spesso vengono fornite a livello domiciliare dai propri familiari, soprattutto negli Stati Membri del Sud dell'Unione Europea. In futuro, data la diminuzione delle dimensioni dei nuclei familiari, la capacità delle famiglie di assolvere ai crescenti compiti di assistenza potrebbe ridursi, e di pari potrebbero assumere un ruolo via via più importante i prestatori di assistenza formale e informale. Il processo d'invecchiamento presenta una spiccata dimensione di genere: la grande maggioranza delle persone molto anziane sarà costituita da donne. Con il progressivo invecchiamento della popolazione i problemi di salute delle donne assumeranno dunque un peso molto più determinante nei percorsi di malattia da curare e affrontare.

### ... e ciò determina nuovi percorsi di mortalità e morbilità.

Dato il generale prolungamento della durata della vita, la mortalità e la morbilità stanno progressivamente spostandosi verso età più avanzate. Le principali cause di morte sono le malattie cardiovascolari (che provocano circa il 40% di tutti i decessi), il cancro (25% di tutti i decessi), le malattie a carico dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente, nonché cause esterne come gli infortuni (compresi gli incidenti automobilistici)<sup>26</sup> e gli avvelenamenti. Una morte su cinque è dovuta a malattie prevenibili. Un tale percorso generale varia tuttavia a seconda del sesso e, soprattutto, dell'età. Negli ultimi decenni la mortalità nel primo anno di vita è diminuita in tutti gli Stati membri e i livelli attuali sono fra i più bassi del mondo. Tuttavia, dato il permanere di differenze negli attuali livelli di mortalità infantile fra i vari gruppi sociali e le aree geografiche, sono auspicabili ulteriori miglioramenti.

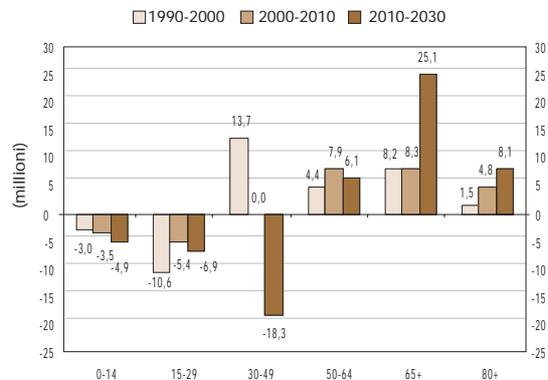
23 Rapporto della Commissione su macroeconomia e salute - presieduta da Jeffrey D. Sachs (2001): *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. OMS Ginevra (p 24): "In particular, each 10 percent improvement in life expectancy at birth is associated with a rise in economic growth of at least 0.3 to 0.4 percentage points per year, holding other growth factors constant".

24 La natura dell'indicatore spiega in parte questo rallentamento. Per un determinato anno, l'aspettativa di vita corrisponde all'età media che un neonato possa raggiungere se i tassi di mortalità di tale anno vengono mantenuti. Poiché il numero totale di anni di vita persi da una persona che muore nel primo anno di vita è molto più elevato rispetto agli anni persi da una persona che muore, ad esempio, a 65 anni, l'aspettativa di vita è più sensibile alla riduzione della mortalità infantile che non all'aumento della longevità in età più avanzata.

25 L'aumento dell'aspettativa di vita per la popolazione maschile, tuttavia, ha subito una battuta d'arresto nella seconda metà degli anni ottanta e all'inizio degli anni novanta in alcuni Stati membri meridionali a causa dell'aumento della mortalità dovuta all'AIDS e a incidenti automobilistici, che colpiscono in particolare i giovani di sesso maschile.

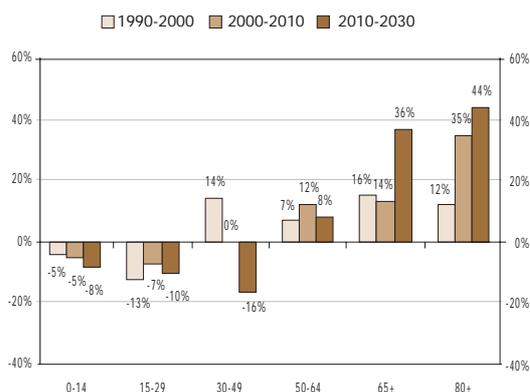
26 Fonte: Eurostat. Vedi anche il rapporto della DG Salute e Protezione del Consumatore su "Lo stato di salute della Popolazione Europea" EC 2001.

**Grafico 3 Mutamenti demografici (in milioni) per classe di età, UE-15**



Nota: B:1995, DK: 1996, EL: 1997, E, F, IRL, I, S,UK, EU: 1998  
Fonte: Eurostat

**Grafico 4 Mutamenti demografici (in %) per classe di età, UE-15**



Fonte: Eurostat

Considerando che i tassi di mortalità infantile sono attualmente molto bassi, l'ulteriore aumento dell'aspettativa di vita dipenderà dalla riduzione della morbilità e della mortalità nelle età più avanzate.

Le principali cause di morbilità sono le malattie neuro-degenerative (come il morbo di Alzheimer e la demenza), gli infortuni, le patologie cardiovascolari, le malattie muscolo-scheletriche e il cancro<sup>27</sup>. Poiché la maggior parte di queste malattie presenta una correlazione positiva con l'età, è prevedibile che l'invecchiamento della popolazione influirà direttamente sui percorsi di morbilità e sulla domanda di assistenza sanitaria. Anche i disturbi psichici vanno assumendo un'importanza crescente. Nell'UE circa un quarto dei nuovi sussidi per invalidità viene assegnato per malattie mentali.

**Lo stato di salute sta cambiando anche nei paesi aderenti e nei paesi candidati.**

Gli standard sanitari stanno migliorando anche nei paesi aderenti, essi sono generalmente di livello inferiore rispetto a quelli vigenti negli attuali Stati membri. La situazione varia notevolmente a seconda se si tratti di paesi aderenti o paesi candidati: fra essi Malta e Cipro si collocano al primo posto (con standard equivalenti o persino migliori di alcuni degli attuali Stati membri), seguiti dalla Slovenia, mentre la situazione sanitaria più scadente si riscontra nei paesi baltici, in Romania, Bulgaria e Turchia. Ciò si riflette in tassi di mortalità infantile più elevati e in una aspettativa di vita inferiore, nonché nella più alta incidenza di malattie non infettive (in particolare patologie cardiovascolari e cancro), di malattie infettive (fra cui, in taluni paesi, alcune malattie sessualmente trasmesse e tubercolosi) nonché di morti violente.

**I livelli di disabilità in futuro saranno più legati ai rischi di vecchiaia.**

Una caratteristica della vita umana è che il numero di deficit funzionali di tutti i tipi tende ad aumentare con l'età. Vari elementi, quali malattie, stili di vita a rischio, infortuni e fattori socioeconomici, concorrono a creare un "processo debilitante" che progredisce col passare del tempo. Non sorprende dunque, che i giovani rappresentino soltanto il 5% delle persone disabili, mentre le persone in età lavorativa siano il 46% e il restante 49% delle persone che si dichiarano disabili siano di età superiore a 60 anni (dati dal Panel delle famiglie della Comunità europea - ECHP). Parallelamente all'aumento dell'aspettativa di vita aumentata anche la prevalenza di deficit visivi e uditivi, nonché la prevalenza di patologie neurologiche quali il morbo di Alzheimer e la demenza. Tuttavia l'andamento futuro dei fattori di rischio il numero di anziani bisognosi di cure e di assistenza non è necessariamente destinato ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione.

**2.3 I fattori che determinano la salute delle popolazioni**

**L'andamento delle condizioni di salute dipende per lo più dalle condizioni ambientali...**

I cittadini europei sono esposti a fattori di rischio per la salute presenti nel loro ambiente fisico, connessi per lo più ai modelli di vita prevalenti e all'uso intrinseco delle risorse. La salute umana dipende dalla disponibilità di alimenti di qualità, dalla qualità dell'acqua, dell'aria e degli alloggi. Essa risente inoltre dell'inquinamento acustico, della congestione del traffico, degli incidenti e di reti fognarie inadeguate. La rapida urbanizzazione ha comportato problemi particolari in molti centri urbani, provocando l'inquinamento atmosferico e determinando condizioni di alloggio inaccettabili. Altri problemi di salute sono dovuti alla contaminazione dell'acqua e

27 Fonte: Eurostat. Vedi anche il rapporto della DG Salute e Protezione del Consumatore su "Lo stato di salute della Popolazione Europea" EC 2001.

Grafico 5 Fattori determinanti sulla salute<sup>28</sup>



degli alimenti che possono provocare malattie contagiose. Tuttavia, questi effetti negativi vengono costantemente combattuti attraverso interventi urbani di ripristino, miglioramento delle infrastrutture e monitoraggio degli agenti inquinanti nonché attraverso misure rafforzate di sicurezza alimentare che hanno contribuito a ridurre la prevalenza.

Negli ultimi dieci anni l'inquinamento atmosferico nelle aree urbane dell'Europa centrale e orientale è diminuito grazie all'adozione di numerosi provvedimenti tecnici e anche a causa della stagnazione economica. Tuttavia, le condizioni di alloggio continuano ad essere nettamente al di sotto degli standard occidentali e i problemi dovuti al traffico si fanno sempre più pressanti.

#### ...e da fattori socio-economici...

Lo stato di salute è chiaramente correlato allo status socio-economico. Tale concetto viene generalmente definito attraverso una serie di indicatori interconnessi, quali lo stato occupazionale il sesso e i livelli d'istruzione, di reddito e di ricchezza. Per il singolo individuo lo status socio-economico determina accesso alle risorse sociali e materiali nonché di esposizione a fattori di rischio per la salute.

A livello individuale l'istruzione sembra in grado di aumentare le capacità sociali, estendere le opportunità individuali, sviluppare la fiducia in sé stessi, migliorare le competenze e le capacità e favorire l'adozione di uno stile di vita più sano, aumentando la consapevolezza dei fattori di rischio. Secondo Eurobarometro, soltanto il 50% delle persone con un grado d'istruzione inferiore alla scuola secondaria superiore giudica il proprio stato di salute "buono" o "ottimo", contro il quasi 75% delle persone con un'istruzione di livello universitario.

Anche l'occupazione e la disoccupazione hanno importanti effetti sulle condizioni di salute. È stato riscontrato che tassi elevati di disoccupazione o bassi tassi di disoccupazione, associati ad un elevato livello di ricchezza nazionale, sono associati a una riduzione significativa dei tassi di mortalità entro un determinato lasso di tempo<sup>29</sup>. Inoltre da numerosi studi

condotti a livello individuale risulta una correlazione positiva fra disoccupazione e malattia o disabilità, sia di tipo fisico che mentale. È più probabile che i disoccupati riferiscano cattive condizioni di salute e consultino i medici. Il rischio di mortalità è più elevato per le persone disoccupate che non per le persone che hanno un impiego fisso. Fra i giovani disoccupati si riscontrano tassi di suicidio più elevati. Tuttavia, le reti sociali o i "posti di lavoro informali" possono, in qualche misura, mitigare l'impatto negativo della perdita del posto di lavoro. Questo effetto "cuscinetto" è più consistente in alcuni Stati membri.

L'occupazione esplica generalmente un effetto positivo sulla longevità e la salute, a condizione che si tratti di lavori di elevata qualità. È stato dimostrato che i lavori di bassa qualità creano specifici problemi di salute professionali (quali, infortuni, lesioni e malattie professionali). Fra i principali problemi di lavoro connessi all'attività lavorativa le malattie muscolo-scheletriche figurano al primo posto, seguite dallo stress e, al terzo posto, dalle malattie polmonari e cardiovascolari. Fattori quali il settore di attività e il tipo di occupazione, nonché il tipo di contratto (ad es. lavoro a termine) o di orario di lavoro (es. turni), l'età e il sesso influiscono sulla prevalenza e l'incidenza delle varie malattie. Benché le donne rappresentino il 46% della forza lavoro, la quota femminile delle malattie professionali è del 18% superiore alla media, anche se ciò riflette le differenze negli orari di lavoro.

I costi connessi al lavoro di bassa qualità sono considerevoli. Le spese di assistenza sanitaria per la prevenzione e la cura dovrebbero essere considerate in relazione al numero di giornate di lavoro perse a causa di infortuni sul lavoro e malattie professionali e alla conseguente perdita di produzione e di reddito. Complessivamente, nell'UE gli infortuni e i problemi di salute legati al lavoro hanno determinato la perdita di 500 milioni di giornate lavorative nel periodo 1998-1999.

Nei paesi aderenti una più alta percentuale di lavoratori ritiene che la propria salute e sicurezza siano messi a repentaglio dal lavoro: il 40% rispetto al 27% dell'UE<sup>30</sup>. In questi paesi si segnala un livello più elevato di problemi di salute connessi all'attività lavorativa, in particolare uno stato generale di affaticamento e disturbi muscolo-scheletrici. I sistemi sanitari e di sicurezza nei paesi aderenti dovranno essere adeguati alla legislazione europea. In molti di questi paesi il tripartismo è poco diffuso e pertanto continua a risultare difficile assicurare che i lavoratori e i datori di lavoro possano contribuire a migliorare il sistema.

#### ...nonché dalla diffusione e dalla qualità delle reti sociali.

Il sostegno sociale è un fattore importante per la salute ed assume un ruolo decisivo per assicurare buone condizioni di salute ai due estremi del ciclo della vita. Le reti sociali - formate da familiari, parenti, conoscenti e amici - contribuiscono a salvaguardare e migliorare lo stato di salute degli individui. Esse possono agevolare l'accesso alle cure mediche e ai servizi sanitari, fornire una grande quantità di assistenza informale e contribuire a mitigare l'impatto di eventi negativi.

28 Questo schema è sviluppato sulla base dello studio di Dahlgren e Whitehead. (vedi Dahlgren e Whitehead: Politiche e strategie per promuovere l'uguaglianza sociale nella sanità, Institute for Future Studies, Stoccolma, 1991).

29 Prof. H. Brenner: "Unemployment and public health", Commissione europea, DG Occupazione.

30 Survey on working conditions in the candidate countries, 2001 - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions,

In tutti gli Stati membri la famiglia continua a rappresentare il fondamentale ambito di assistenza e sostegno tanto per i bambini che per gli adulti e il ruolo da essa svolto nell'erogazione dell'assistenza viene considerato importante e positivo. Attualmente il 6% degli europei dedica una parte cospicua del proprio tempo a fornire assistenza informale di lunga durata rivolta ad anziani o ad adulti in età lavorativa malati o disabili. Sulla capacità futura delle famiglie di offrire assistenza di lunga durata influiranno l'andamento dei tassi di attività delle donne e la crescente instabilità delle strutture familiari. In tutti gli Stati membri si rileva una tendenza alla riduzione della dimensione dei nuclei familiari e alla crescita del numero di persone che vivono sole. Dalle proiezioni per gli attuali Stati membri dell'UE risulta che entro il 2020 il 46% delle persone di età superiore a 85 anni vivrà sola e che esse saranno per l'80% donne. Ne consegue che probabilmente un numero crescente di persone anziane avrà bisogno di prestazioni di assistenza formale nonostante si registri un calo costante dei tassi di disabilità fra gli anziani.

L'attuazione di strategie volte a promuovere comportamenti che promuovano la salute richiede l'ampia partecipazione di una vasta gamma di soggetti. Al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica e di diffondere una maggiore conoscenza dei fattori di rischio per la salute occorre un'azione concertata ed equilibrata a livello delle amministrazioni pubbliche, delle comunità e dei singoli individui. Inoltre, le potenzialità dell'azione comunitaria da parte di organizzazioni non governative, gruppi locali e altri soggetti stano assumendo un ruolo crescente e dovrebbero ricevere la dovuta attenzione.

### **Le recenti tendenze dell'esclusione sociale pongono nuove sfide in vista della riduzione delle disuguaglianze nell'ambito della salute.**

Nei paesi poveri sembra esserci una chiara associazione fra livello di reddito e mortalità. Il livello più elevato di reddito è spesso correlato a migliori condizioni di salute. Tale rapporto risulta meno evidente in paesi più ricchi, in cui i pattern di mortalità sembrano associati a disparità di reddito. Ciò è dovuto principalmente al fatto che il basso reddito e la povertà sono associati a condizioni di vita e di lavoro di cattiva qualità e a uno stile di vita scadente. Nella maggior parte degli Stati membri è senz'altro più probabile che le persone povere definiscano il proprio stato di salute come cattivo o pessimo nella maggioranza degli Stati Membri e che riferiscano un grado più elevato di isolamento sociale, minore sostegno potenziale e minore disponibilità di assistenza informale.

Il basso reddito e la povertà possono comportare maggiori difficoltà di accesso all'assistenza preventiva (consulti medici) e alle terapie (ad esempio, cure mediche e ospedalizzazione) e medica di qualità sufficiente, quali ad esempio trattamento, comunicazione e follow-up. Le persone di reddito più elevato ricorrono con maggiore frequenza a prestazioni specialistiche mentre le persone a basso reddito tendono a usufruire dell'assistenza di medici generici<sup>31</sup>. Le prestazioni sanitarie supplementari connesse alle disparità di reddito assumono particolare rilievo allorché la povertà è presente anche nella socie-

tà. Dal punto di vista politico, ciò significa che la lotta alla povertà e l'eliminazione delle barriere che impediscono l'accesso ai sistemi sanitari sono questioni di grande importanza ai fini della salvaguardia della salute.

### **Le nuove sfide riguardano gli effetti dei diversi stili di vita sulla salute...**

Lo stile di vita influisce notevolmente sullo stato di salute. Una serie di gravi problemi di salute che si va diffondendo su scala epidemica sono connessi a stili di vita inadeguati in relazione all'alimentazione, all'attività fisica, nonché all'abuso di alcolici, fumo e droghe illegali che potrebbero essere evitati attraverso campagne di promozione della salute pubblica ed azioni preventive

Il tabacco rappresenta il principale fattore di rischio, e, secondo l'ultimo rapporto dell'OMS<sup>32</sup>, determina circa il 12% del totale delle malattie e degli infortuni. Il fumo di tabacco è associato a una vasta gamma di malattie, alcune delle quali mortali, (come i tumori e le malattie cardiovascolari e respiratorie) che avrebbero potuto essere evitate. Un terzo dell'attuale popolazione totale dell'UE dichiara di fumare regolarmente. Nei Quindici la prevalenza di fumatori è più elevata fra gli uomini rispetto alle donne (il 40% degli uomini e il 28% delle donne) e il dato è tendenzialmente in aumento, soprattutto fra le giovani donne. Dai dati raccolti in Danimarca risulta che il cancro polmonare, collegato all'elevato consumo di tabacco della popolazione femminile, è una delle cause dell'aspettativa di vita relativamente bassa delle donne danesi.<sup>33</sup>

Ai problemi connessi all'alcool e alla pressione arteriosa viene attribuito il 9-10% di DALY<sup>34</sup>, mentre i problemi connessi al colesterolo e alla massa corporea viene attribuito il 6-7% dei DALY per entrambi i sessi. I modelli di nutrizione inadeguata, ossia le abitudini alimentari sbagliate, comportano importanti conseguenze dal punto di vista socio-economico, contribuendo tanto sul versante dei deficit della salute che su quello dei costi economici e sociali. Dai dati Eurostat risulta che circa il 17% degli adulti nell'UE è in soprappeso e quasi il 6,5% è obeso. Soprappeso o obesità comportano un aumento del rischio di alcune malattie croniche, fra le quali le malattie cardiovascolari, taluni tipi di tumori e il diabete mellito di tipo II. L'obesità è in aumento, soprattutto fra i bambini.

### **...soprattutto fra i giovani...**

Gli interventi tesi a migliorare le condizioni di salute rivolti ai giovani hanno segnato il passo rispetto a quelli rivolti alla società in generale e i giovani, in particolare di sesso maschile, attualmente presentano tassi di mortalità relativamente elevati connessi a comportamenti e stili di vita. L'abuso di droghe, compreso l'abuso di alcool, è spesso alla base del numero eccessivo di decessi fra i giovani dovuto a cause esterne, principalmente a incidenti automobilistici per i giovani uomini di età compresa fra i 15 e i 30 anni, ma anche di altri tipi di morti violente, come il suicidio; quest'ultimo rappresenta la seconda causa di morte fra i giovani di sesso maschile. Inoltre, l'uso di sostanze illegali si concentra per lo più fra

31 The issue of access to high quality healthcare also for all vulnerable groups was discussed in the Joint Report on Social Inclusion agreed at Laeken in December 2001,

32 World Health Report - 2002: Reducing risks, promoting healthy life.

34 Fonte: Eurostat. Vedi anche il rapporto della DG Salute e Protezione del Consumatore su "Lo stato di salute della Popolazione Europea" EC 2001.

34 The DALY or Disability-Adjusted Life Year is a measure to quantify the burden of disease, which takes into account years of life lost due to premature mortality and years lived with a disability of specified severity and duration, One DALY (lost) is thus one lost year of healthy life,

i giovani adulti, prevalentemente di sesso maschile nelle aree urbane: il tasso di prevalenza fra i giovani adulti è infatti all'incirca doppio rispetto a quello degli adulti in generale. Inoltre, il comportamento sessuale, per esempio le gravidanze indesiderate ed il rischio di malattie trasmesse sessualmente, sono un problema rilevante per la salute dei giovani.

#### ...e nei paesi aderenti.

Il consumo di tabacco comporta gravi problemi e il numero di fumatori è in aumento fra i giovani e le donne. Il consumo di alcool è un altro fattore legato allo stile di vita che influisce su molte cause di mortalità. E' probabile che l'alcool vada considerato un fattore significativo nel determinare il maggior numero di casi di morte cardiaca improvvisa<sup>35</sup> e di cirrosi segnalato nei paesi dell'Europa centrale e orientale dei paesi aderenti rispetto a quello registrato nell'UE. In generale i tassi di mortalità dovuti a infortuni, soprattutto incidenti automobilistici, annegamenti e incendi, nonché a omicidi e suicidi, sono più elevati in questi paesi e ciò può essere in parte attribuito all'abitudine a far uso di alcool.

## 2.4 I sistemi sanitari

### I sistemi sanitari concorrono a determinare gli esiti sanitari e forniscono un importante contributo all'economia di tutti gli Stati membri...

I sistemi sanitari sono importanti per combattere le malattie e contribuiscono in misura significativa a determinare gli esiti sanitari. Inoltre il peso del settore sanitario e dell'assistenza di lunga durata è considerevole tanto in termini economici che occupazionali. In media l'occupazione nel settore dei servizi sanitari e sociali dei quindici Stati membri dell'E rappresenta circa il 10% dell'occupazione complessiva. Il settore sanitario è inoltre un settore economico molto dinamico e in rapida evoluzione, che presenta importanti potenzialità di concorrere ulteriormente alla crescita dell'economia e delle opportunità di occupazione. Il settore dei servizi sanitari e sociali ha contribuito per il 18% alla creazione netta di posti di lavoro nell'UE nel periodo 1995-2001<sup>36</sup>.

### ...che, nonostante le marcate differenze nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, sono chiamati a far fronte alle stesse sfide.

Negli Stati membri si rilevano notevoli differenze nelle modalità di organizzazione, regolamentazione, finanziamento, erogazione e utilizzo dei servizi sanitari. Tuttavia i problemi che i sistemi sanitari devono affrontare sono alquanto simili. L'invecchiamento della popolazione rappresenta una sfida comune particolarmente importante. Assicurare a tutti l'accesso a servizi sanitari e ad un'assistenza di lunga durata sostenibili e di qualità anche al culmine dell'invecchiamento della popolazione viene generalmente considerato come l'obiettivo comune attualmente perseguito dagli Stati membri nelle loro politiche sanitarie.

### Gli Stati membri destinano ingenti risorse all'assistenza sanitaria...

Nel 1999 la quota del PIL destinata alla spesa sanitaria totale è stata compresa fra il 10,3% in Germania e il 6,1% in Lussemburgo e si è assestata in media attorno all'8,4%. Attualmente la spesa sanitaria più elevata in termini di quota del prodotto interno lordo si registra in Germania, seguita da Francia e Belgio. Negli Stati Uniti la spesa sanitaria totale ha raggiunto il 13% del PIL nel 2000, con una quota pubblica pari al 44%<sup>37</sup>. In Canada i dati sono più simili alla media dell'UE: la spesa sanitaria rappresenta il 9,1% del PIL e la quota pubblica è pari al 71%.

I sistemi sanitari in Europa dipendono da un insieme di fonti di finanziamento di diverso tipo. La maggior parte delle risorse in tutti gli Stati membri viene fornita dal finanziamento pubblico (pari al 75% in media) ottenuto attraverso il gettito fiscale e contributi assicurativi previdenziali. La spesa privata (oneri a carico degli utenti e assicurazioni malattia private) rappresenta meno del 30% della spesa sanitaria totale, se si eccettuano Grecia, Italia e Portogallo. La quota dei pagamenti diretti a carico degli utenti all'interno della spesa sanitaria complessiva nell'UE ha subito un lieve incremento negli anni novanta. Nel 1998 la media UE risultava pari al 16% e la parte più significativa era composta dalla spesa sanitaria privata rispetto alle prestazioni delle assicurazioni malattia private. In Italia e in Portogallo la quota di pagamenti diretti a carico degli utenti rispetto alla spesa sanitaria totale è superiore al 30%. Contrariamente alle aspettative, sembra che il progressivo spostamento verso fonti di finanziamento privato non abbia limitato la generale crescita della spesa sanitaria.

#### ...e all'assistenza di lunga durata.

E' difficile stabilire sia i costi che le tendenze nazionali per l'assistenza di lunga durata (o terziaria). Ciò in quanto questo tipo di servizio spesso dipende da varie strutture pubbliche e, nella maggior parte dei casi, viene finanziato da più di un bilancio, generalmente dal bilancio relativo alla sanità e da quello relativo ai servizi sociali. Le stime più attendibili disponibili sulla spesa pubblica destinata all'assistenza di lunga durata indicano una media ponderata a livello dell'UE dell'1,3% del PIL nel 2000 e un margine di variazione compreso fra lo 0,7% di Francia, Irlanda e Austria, fino al 3% di Danimarca e al 2,8% della Svezia<sup>38</sup>.

L'organizzazione dell'assistenza di lunga durata varia notevolmente a seconda dello Stato membro considerato. In Danimarca si rileva un numero più elevato di posti letto destinati all'assistenza infermieristica di lunga durata, mentre negli Stati membri del Mediterraneo tale dato risulta nettamente inferiore alla media UE; ciò dipende dal diverso suolo svolto dalle reti familiari che forniscono assistenza informale. Nel settore si assiste comunque a rapidi mutamenti, in quanto sono in corso interventi di riorganizzazione e innovazione dei servizi negli Stati membri settentrionali e centrali, mentre negli Stati membri meridionali tali servizi vengono estesi e potenziati, anche a seguito della trasformazione delle strutture familiari. Le organizzazioni senza scopo di lucro vanno assumendo un ruolo sempre più importante nel settore dei servizi sanitari e sociali.

35 Britton, A, & McKee, M, 2000 'The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe' Journal of Epidemiological Community Health 2000, 54: 328-332,

36 Employment in Europe, 2002

37 Dati sanitari OCSE - 2002

38 Budgetary Challenges posed by ageing populations - Comitato di politica economica (2001)

All'interno dei servizi sanitari è gradualmente cambiato l'equilibrio fra assistenza primaria, secondaria e terziaria<sup>39</sup>. L'importanza dell'assistenza secondaria (principalmente quella connessa alla degenza ospedaliera) è andata diminuendo, soprattutto a causa dei progressi compiuti nei trattamenti terapeutici e ai miglioramenti dell'assistenza primaria e diurna. E' sorta pertanto l'esigenza di decentrare ulteriormente l'erogazione dell'assistenza sanitaria e di stabilire nuove modalità di coordinamento fra i soggetti interessati a livello nazionale, regionale e locale. Il cambiamento dei rapporti fra il settore pubblico, il settore privato e quello non profit nell'ambito della sanità, e il conseguente aumento della quota spettante al settore privato, pone nuove sfide dal punto di vista della regolamentazione e della gestione dell'assistenza sanitaria nonché da quello del raggiungimento di obiettivi di equità.

### **La maggior parte degli Stati membri si sta adoperando per assicurare l'accesso universale...**

Il diritto universale o quasi all'assistenza sanitaria vige in tutti gli Stati membri. Si tratta di un'importante conquista all'interno dell'UE, conseguita negli ultimi decenni. Con l'introduzione di una copertura universale, nel gennaio 2000, anche la Francia si è aggiunta ai paesi (Danimarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Portogallo, Svezia e Regno Unito) che garantiscono una copertura sanitaria universale obbligatoria, riducendo in misura significativa il rischio di esclusione sociale dai servizi sanitari. Si calcola invece che negli Stati Uniti 40 milioni di americani, pari al 14% della popolazione, siano privi di assicurazione malattia<sup>40</sup>.

Permangono tuttavia, nonostante la portata universale o quasi della copertura assicurativa sanitaria obbligatoria, problemi di accesso connessi a varie carenze nella copertura. Detti problemi hanno una duplice causa: essi derivano, da un lato, dall'esclusione di determinati trattamenti dalla copertura assicurativa sanitaria obbligatoria e, dall'altro, sono una conseguenza della crescente applicazione di oneri a carico degli utenti.

### **...ed elaborare norme di qualità.**

La maggior parte degli Stati membri ha compiuto progressi nello stabilire norme di qualità per l'assistenza sanitaria.<sup>41</sup> Tuttavia, ciò è risultato difficile in alcuni ambiti, ad esempio a livello delle prestazioni ambulatoriali, e in relazione all'introduzione di criteri connessi agli esiti. Si sono progressivamente intensificate le pressioni esercitate, da un lato, in vista del miglioramento della qualità dell'assistenza offerta ai pazienti e, dall'altro, verso il contenimento dei costi. La consapevolezza sempre più diffusa che l'uso delle risorse per finanziare tecnologie inefficienti comporta una riduzione delle opportunità, a scapito di altri pazienti, ha contribuito ad aumentare l'esigenza di documentare l'impatto di bilancio e il rapporto costo-efficacia degli interventi nell'ambito della valutazione dell'efficacia degli interventi e delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment, HTA). In tutti gli Stati membri dell'UE viene effettuata, in una forma o nell'altra, una valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria erogata.<sup>42</sup>

### **Nei paesi aderenti e nei paesi candidati si evidenziano modelli comportamentali diversi.**

Nella maggior parte dei paesi aderenti e candidati la quota del prodotto interno lordo destinata alla sanità è inferiore alla media dell'UE ed è compresa fra il 2,6% in Romania e più dell'8% a Malta. Nei paesi aderenti la tendenza ricoverare i pazienti è piuttosto diffusa, soprattutto a causa dell'arretratezza dei sistemi di assistenza primaria<sup>43</sup>. Va tenuto conto, tuttavia, che in molti di tali paesi i medici disponibili per numero di abitanti sono pochi e che le infrastrutture ospedaliere nonché le altre strutture sanitarie sono piuttosto scadenti. In teoria, il diritto a usufruire delle prestazioni sanitarie è rimasto universale e la maggior parte dei paesi prevede una copertura globale. In pratica, però, i servizi sono razionati e i pagamenti informali non sono infrequenti<sup>44</sup>. A ciò si accompagna la tendenza ad un aumento delle risorse private attualmente destinate alla sanità, sia attraverso pagamenti diretti a carico degli utenti che attraverso la copertura del rischio da parte di assicurazioni malattia private.

## **2.5 Le sfide future poste ai sistemi sanitari**

### **I sistemi sanitari devono affrontare nuove sfide alla loro sostenibilità finanziaria, qualità ed accessibilità connesse alla trasformazione della società e all'aumento delle aspettative...**

La domanda di servizi sanitari e di assistenza di lunga durata è andata aumentando negli ultimi decenni, principalmente a seguito dei progressi compiuti nell'ambito delle terapie e tecnologie mediche e alle crescenti aspettative manifestate nelle nostre società più agiate. I responsabili decisionali devono rispondere alla nuova tendenza strutturale all'aumento delle attese da parte degli utenti dei servizi sanitari. L'atteggiamento dei cittadini nei confronti dell'assistenza sanitaria sta cambiando, di pari passo con i mutamenti intervenuti a livello di stile di vita, organizzazione del lavoro, livelli di reddito, livelli d'istruzione e strutture familiari. La società dell'informazione, fra l'altro, consente l'accesso immediato a conoscenze aggiornate in merito alle più avanzate possibilità terapeutiche a chiunque si colleghi a Internet: i siti web relativi alla salute sono fra i più frequentati. Il cambiamento di atteggiamento implica fra l'altro una maggiore consapevolezza dei diritti e delle responsabilità dei pazienti, una minore tolleranza di fronte alle discriminazioni e un minore grado di deferenza verso gli operatori sanitari. Come è ampiamente documentato, gli utenti desiderano avere una maggiore possibilità di scelta e servizi più personalizzati, nonché accesso a una più ampia gamma di trattamenti medici, ivi compresi quelli che esulano dai limiti dei sistemi sanitari tradizionali. Quindi è importante stabilire ed indirizzare correttamente le sottolineate esigenze sanitarie della popolazione, poiché questo può contribuire all'eliminazione di quei servizi sanitari amministrati in modo poco effettivo ed anzi dannoso.

39 L'assistenza secondaria riguarda i servizi di degenza ospedalieri; l'assistenza terziaria corrisponde all'assistenza di lunga durata.

40 Jack Hadley (2002): Sicker and Poorer: the consequences of being uninsured. A review of the research on the relationship between health insurance, health, work, income and education. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

41 Per il dibattito sugli standard di qualità vedi anche la Comunicazione della Commissione Europea su "Assistenza sanitaria e assistenza degli anziani: Sostenere le strategie nazionali per assicurare un alto livello di partecipazione sociale" (2003).

42 Per un dibattito più dettagliato vedi Health Technology Assessment incluso nella sezione 2.3 della pubblicazione della DG Occupazione ed Affari Sociali "La situazione sociale nell'Unione Europea 2003".

43 Vedi Wallace, C., Haerpfer, C., Mateeva, L. (Institute for Advanced Studies, Vienna) "health and health care systems in the Applicant Countries", Agosto 2002, p.8

44 Social Protection Systems in the 13 candidate countries - Relazione della Commissione europea, DG Occupazione e affari sociali - novembre 2002.

**... all'evoluzione delle terapie e tecnologie mediche ...**

I progressi compiuti nell'ambito delle terapie e tecnologie mediche hanno contribuito ad aumentare i costi negli ultimi decenni. Infatti, se da un lato le nuove tecnologie possono contribuire a ridurre i costi connessi al trattamento di determinate malattie, dall'altro possono elevare i livelli generali di spesa in quanto offrono la possibilità di curare patologie per le quali in precedenza non era disponibili nessuna terapia o esistevano terapie meno efficaci, oppure in quanto vengono prescritte in sostituzione di terapie alternative meno costose. Pur essendo difficile prevedere quali saranno gli effetti del progresso tecnologico sull'andamento della spesa sanitaria in futuro, una valutazione più sistematica degli interventi e delle tecnologie sanitari sarebbe utile per assicurare tra l'altro che gli aumenti della spesa sanitaria servano a finanziare soltanto i progressi tecnologici autentici, senza trascurare le opportunità di risparmio. Benché tale valutazione e diffusione e sviluppo dei risultati è di fondamentale importanza per conseguire il triplice obiettivo di garantire l'accesso, la qualità e la sostenibilità. Tuttavia, valutare il progresso compiuto dipende al momento attuale sostanzialmente dalla qualità dei dati relativi alla salute. A livello dell'UE si riscontrano tuttora gravi carenze, tanto dal punto di vista della disponibilità dei dati che della uniformazione delle definizioni e dei metodi di raccolta degli stessi.

Le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (TIC) hanno fatto il loro ingresso all'interno dei sistemi sanitari così come nella maggior parte degli altri settori dell'economia. Tali tecnologie possono fornire un contributo fondamentale al miglioramento dell'organizzazione dell'offerta di assistenza sanitaria. Alcune autorità sanitarie riferiscono che attualmente il 20% del loro budget per attività fisse è destinato alla voce TIC. Una diffusione generalizzata delle TIC potrebbe creare nuove barriere all'accesso all'assistenza sanitaria di alta qualità da parte dei gruppi svantaggiati qualora comportasse l'acquisizione di competenze digitali da parte dei pazienti.

**...all'invecchiamento della popolazione...**

A causa del netto calo della natalità e dell'aumento dell'aspettativa di vita, la popolazione europea sta progressivamente invecchiando. Le numerose coorti dei nati nel periodo dell'esplosione demografica cominceranno ad andare in pensione nei prossimi 10 o 15 anni e ciò determinerà inizialmente ad un aumento della spesa per le pensioni. Dieci anni dopo, allorché queste stesse coorti varcheranno la soglia della quarta età, è probabile che ciò sia associato a un aumento della domanda di servizi sanitari e - in particolare - di assistenza di lunga durata. Tuttavia, il bisogno di assistenza, dipenderà, comunque dall'efficacia delle strategie per la promozione della salute.

È difficile prevedere quale sarà l'impatto dell'invecchiamento demografico sull'andamento futuro dei costi dell'assistenza sanitaria<sup>45</sup>. Esso dipende tanto dalla domanda che dall'offerta di assistenza sanitaria ed è chiaramente connesso alle condizioni di vita, agli stili di vita, al supporto familiare e alla situazione socio-economica. La tendenza demo-

grafica che incide maggiormente sull'assistenza sanitaria è data dal numero crescente di persone molto anziane (ultraottantenni) in un contesto generale in cui le dimensioni dei nuclei familiari vanno riducendosi e le famiglie potrebbero risultare meno capaci o meno disposte a soddisfare le esigenze di assistenza. Da un lato, dunque, i sistemi sanitari dovranno adeguarsi ai nuovi pattern di malattia e a nuove richieste di assistenza, potenziando e attribuendo maggiore importanza alle cure geriatriche e all'assistenza per le malattie croniche. Dall'altro lato, i sistemi di assistenza sanitaria formale dovranno prepararsi a far fronte a una situazione in cui potrebbero essere chiamati a soddisfare una quota molto più cospicua della domanda di assistenza, parallelamente al progressivo ridimensionamento del ruolo dell'assistenza familiare informale. Inoltre, benché a seguito del miglioramento delle condizioni di salute e alla diminuzione dei tassi di disabilità, la percentuale delle persone molto anziane bisognose di assistenza di lunga durata potrebbero diminuire, è comunque assai probabile che esse aumentino in termini assoluti.

**...e all'invecchiamento degli operatori sanitari.**

È probabile che i problemi connessi al reclutamento e alla conservazione del personale sanitario, che si riscontrano già in alcuni degli Stati membri, vengano acuiti dalla generale tendenza all'invecchiamento e al calo dell'offerta di forza lavoro in questo settore, inasprando così la concorrenza in vista dell'acquisizione di forza lavoro. Entrambe le tendenze potrebbero comportare un incremento dei costi. Il settore sanitario, pertanto, dovrà far fronte agli effetti dell'invecchiamento sia sul versante del personale che su quello dell'utenza. Ciò vale, in particolare, per il personale infermieristico: in sette Stati membri, il 40% degli infermieri ha già più di 45 anni e in altri cinque Stati membri gli infermieri che hanno raggiunto tale età sono quasi uno su due. Altri due fattori contribuiscono alla carenza di personale infermieristico: l'andamento "a singhiozzo" delle politiche di reclutamento e, soprattutto, condizioni di lavoro gravose associate a bassi livelli di retribuzione che determinano un elevato turnover del personale. Il reclutamento di immigrati per sopperire alla mancanza di lavoratori in questo settore avrà una rilevanza sempre maggiore in futuro.

L'ampliamento potrebbe comportare nuove sfide anche in relazione al personale. Allorché la libertà di circolazione si applicherà pienamente ai paesi aderenti, potrebbe risultare ancor più problematico assicurare cure e servizi sanitari in questi paesi, in quanto l'utenza potrebbe rivolgersi ad altri Stati membri per ottenere le prestazioni richieste e il personale medico potrebbe essere attratto dai livelli di retribuzione più elevati offerti negli attuali Stati membri dell'UE.

**In risposta a tali sfide il settore sanitario dovrà sottoporsi a un processo di costante trasformazione e stabilire maggiori sinergie con altre politiche settoriali.**

L'effetto congiunto dell'evoluzione tecnologica, dell'aumento dei redditi e delle aspettative, nonché dell'invecchiamento della popolazione determinerà una tendenza strutturale all'incremento della spesa sanitaria. Pertanto, una sfida chia-

45 Le proiezioni basate sullo scenario demografico di riferimento Eurostat indicano che in media all'interno dell'UE il volume della spesa sanitaria totale potrebbe subire un aumento annuo pari all'incirca allo 0,6% in termini reali a causa dei mutamenti nella struttura di età della popolazione nell'arco del prossimo quarto di secolo. Inoltre secondo stime del Comitato di politica economica l'invecchiamento indotto dall'aumento della spesa pubblica destinata ai servizi sanitari e all'assistenza sanitaria di lunga durata nel periodo 2000-2050 potrebbe raggiungere i 2-3 punti percentuali del PIL. Queste proiezioni, tuttavia, vanno considerate con la dovuta cautela in quanto dipendono da una serie di ipotesi sulle future tendenze economiche e comportamentali.

ve nella futura politica sanitaria sarà migliorare l'efficienza e il rapporto costo-efficacia dei servizi sanitari al punto da rendere pienamente sostenibile il generale accesso ad un'assistenza sanitaria e di lunga durata di alta elevata, anche a fronte delle tendenze sin qui esposte. A tal fine occorre compiere sforzi risoluti finalizzati a ad assicurare una migliore gestione e una valutazione più sistematica dell'impatto degli interventi, delle terapie e delle tecnologie sanitarie.

L'invecchiamento è destinato ad intensificare le pressioni sui servizi sanitari e di assistenza di lunga durata. L'adeguamento a cambiamenti repentini dei pattern di malattia, rispondendo nel contempo alle esigenze del personale e garantendo la sostenibilità, la qualità e l'accessibilità a lungo termine dei servizi impone ai responsabili decisionali e agli amministratori di far fronte a un insieme complesso di compiti impegnativi.

Come discusso in precedenza, in tutti gli Stati membri si riscontrano forti nessi fra fattori socioeconomici (fra i quali, in particolare, strutture familiari, disparità tra uomini e

donne, reddito e occupazione) e condizioni di salute e permangono tuttora notevoli disuguaglianze nello stato di salute della popolazione. Tali divari, pur non essendo del tutto indipendenti dalle caratteristiche dei sistemi sanitari, sono connessi principalmente alle più generali disparità sociali che influiscono sui determinanti socioeconomici della salute. Partendo da tale presupposto si potrebbe dire che le politiche volte a promuovere l'occupazione, migliorare la qualità dei posti di lavoro o ridurre le disuguaglianze potrebbero migliorare in misura significativa lo stato di salute della popolazione. Una delle conclusioni del presente rapporto, infatti, è che non solo la politica sanitaria, ma anche le politiche economiche, associate ad essa, possono contribuire in maniera determinante a stabilire e preservare buone condizioni di salute. Pertanto un'altra importante sfida sarà quella di individuare il modo di sfruttare meglio le sinergie fra le politiche sanitarie e le altre politiche che influiscono sui determinanti socioeconomici e ambientali della salute, al fine di assicurare condizioni di vita sana a tutti gli europei in tutte le fasi di vita<sup>46</sup>.

---

46 La Comunicazione della Commissione su Impact Assessment (COM(2002)276 final) e' attinente al tema in discussione.

### 3 La conferma della validità del modello sociale europeo

Nel 1993, allorché al Consiglio europeo di Copenaghen ci si è domandati come mai le potenzialità di crescita, competitività e occupazione nell'Unione europea risultassero meno avanzate rispetto ad altre importanti aree economiche del mondo, da più parti è stato suggerito che i risultati inferiori ottenuti dipendessero da alcuni limiti di fondo del modello europeo di società. Altre voci hanno messo in discussione piena compatibilità dei principi basilari del modello di società europeo con gli sforzi volti a migliorare in misura sostanziale la performance complessiva dell'Unione. A distanza di dieci anni, gli indicatori raccolti per il rapporto sulla "Situazione sociale nell'Unione europea" sembrano confermare la validità della decisione da parte dell'Unione e dei suoi Stati membri di continuare a perseguire un approccio volto a preservare la solidarietà e la coesione sociale<sup>47</sup>.

Gli indicatori relativi all'occupazione, all'istruzione, alla salute e al benessere generale presi in esame nel corso del presente rapporto confermano in generale che sono stati compiuti progressi sostanziali e che l'Europa è in grado di assicurare buone condizioni di vita alla grande maggioranza dei propri cittadini, alla stregua di altre importanti economie.

Negli ultimi dieci anni la promozione dell'occupazione e la modernizzazione della protezione sociale sono diventate priorità chiave e sono state poste al centro della strategia generale dell'Unione. Le politiche sociali e dell'occupazione hanno subito una rapida evoluzione negli Stati membri ed è stato avviato un processo di adeguamento e convergenza. Di conseguenza, non si è assistito ad un declino dell'approccio europeo basato su una combinazione di dinamismo di mercato e intervento pubblico, quanto piuttosto al consolidamento e ulteriore sviluppo del modello sociale europeo.

Si riconosce ormai unanimemente che le politiche sociali di qualità che ambiscono a supportare l'occupazione possono migliorare la performance dell'economia. Il settore sanitario è un buon esempio di questa sinergia fra dimensione sociale e dimensione economica. Da un lato, il settore sanitario

contribuisce alla qualità della vita e il miglioramento delle condizioni di salute si traduce anche in un miglioramento della situazione economica (maggiore produttività, meno assenze, minore ricorso all'assistenza sanitaria, ecc.). Dall'altro lato, lo sviluppo del settore sanitario rappresenta un fattore di crescita dell'occupazione. Nel settore dei servizi sanitari e sociali, che attualmente dà lavoro a quasi il 10% del totale degli occupati, sono sorti due milioni di posti di lavoro, pari al 18% dell'occupazione creata nel periodo 1995-2001.

Come è stato sottolineato nella relazione di sintesi di quest'anno<sup>48</sup>, gli Stati membri che presentano i migliori risultati per tutti i principali indicatori sono quelli in cui vengono applicati con la massima coerenza e il massimo impegno i principi del welfare state attivo. I risultati conseguiti da tali Stati membri dimostrano che esistono le potenzialità per compiere ulteriori progressi che dovranno essere sfruttate meglio nei prossimi anni. La strategia europea per l'occupazione e i nuovi processi di modernizzazione della previdenza sociale e di promozione dell'inclusione sociale sono stati concepiti al fine di consentire a tutti gli Stati membri di attingere dal patrimonio comune di conoscenze su come l'Europa può proseguire ulteriormente verso la sostenibilità economica e sociale.

Ovviamente, permangono notevoli problemi ed è probabile che le sfide che l'Unione europea sarà chiamata ad affrontare nei prossimi dieci anni siano ancora più impegnative rispetto a quelle del decennio scorso. Com'è stato sottolineato più volte nel rapporto sulla situazione sociale, destano ancora preoccupazione, ad esempio, alcune tendenze relative alle giovani generazioni, quali la disoccupazione persistente, tassi specifici di mortalità e infortuni sul lavoro e la mancanza di istruzione professionale. Un altro motivo di preoccupazione è dato dal permanere di sacche di povertà. Ma la strada da percorrere, come dimostrato dagli Stati membri che hanno ottenuto i risultati migliori, risiede comunque nel perfezionamento e nella modernizzazione del funzionamento del modello sociale europeo.

47 Crescita, competitività, occupazione: le sfide e le vie da percorrere per entrare nel XXI secolo", Commissione europea, 1993.

48 "La scelta della crescita: conoscenza, innovazione e posti di lavoro in una società coesiva - Relazione al Consiglio europeo di primavera, 21 marzo 2003, sulla strategia di Lisbona di rinnovamento economico, sociale e ambientale", COM(2003) 0005 definitivo

# Allegati

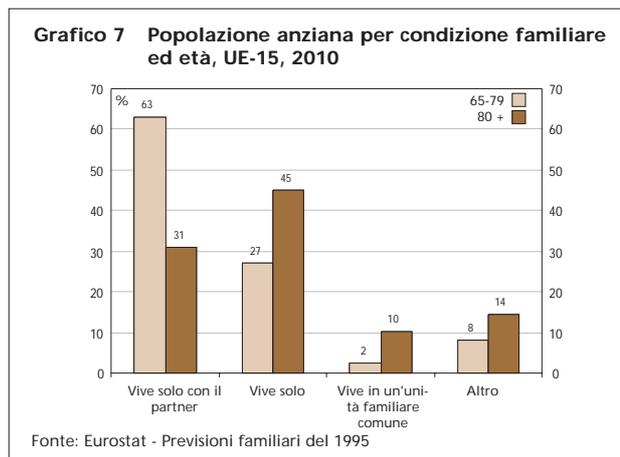
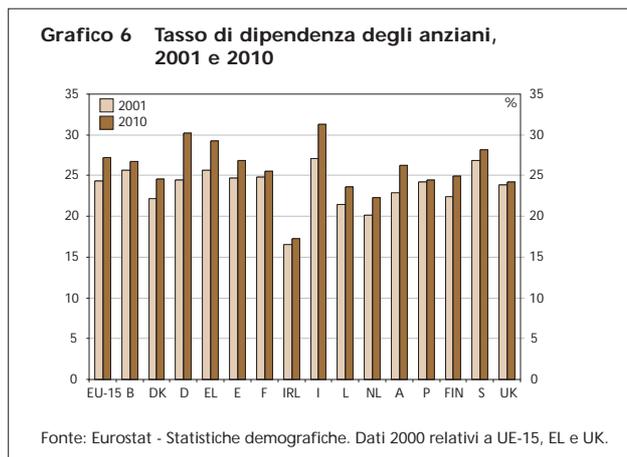
## Invecchiamento della popolazione

Nel 2001, nell'UE vivevano 62 milioni di anziani di 65 anni o più rispetto ai soli 34 milioni del 1960. Oggi gli anziani rappresentano il 16% della popolazione, ovvero il 24% di quella che viene definita la popolazione in età lavorativa (15-64 anni). Entro il 2010, si prevede che tale rapporto raggiungerà il 27%. Nei prossimi quindici anni il numero di persone "molto anziane" di età pari o superiore agli 80 anni aumenterà di quasi il 50%.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Tasso di dipendenza degli anziani</b> (Percentuale della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni sulla popolazione in età lavorativa (15-64 anni) al 1° gennaio)																
1990	21,6	22,1	23,2	21,6	20,4	20,2	21,1	18,6	21,5	19,3	18,6	22,1	20,0	19,8	27,7	24,0
1995	23,0	23,8	22,7	22,5	22,8	22,3	23,0	17,8	24,1	20,6	19,3	22,4	21,6	21,1	27,4	24,3
2000	24,3	25,5	22,2	23,9	25,6	24,6	24,6	16,8	26,6	21,4	20,0	22,9	23,8	22,2	26,9	23,9
2001	:	25,7	22,2	24,5	:	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	:
2010	27,3	26,7	24,6	30,3	29,2	26,8	25,5	17,3	31,3	23,6	22,3	26,3	24,5	24,9	28,1	24,2

Fonte: Eurostat - Statistiche demografiche.



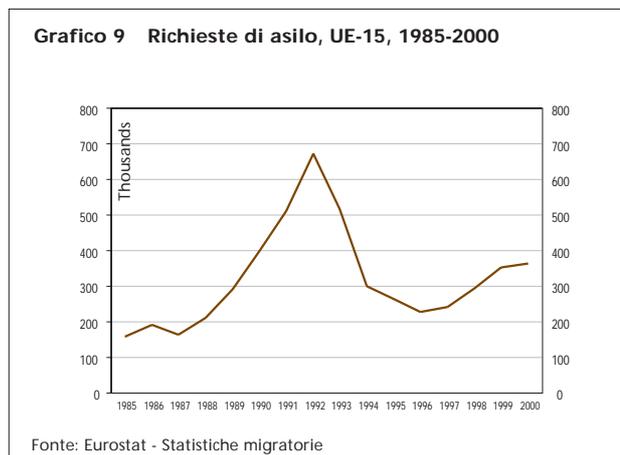
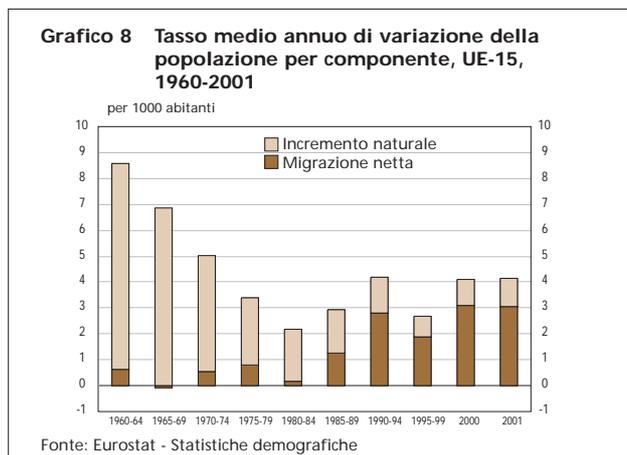
## Migrazione e asilo

Dal 1989, il saldo migratorio rappresenta la componente principale dei mutamenti demografici annui nell'Unione. Nel 2001, il tasso migratorio netto è stato del 3,1 per 1.000 abitanti, ovvero circa il 74% della crescita complessiva della popolazione. Nel 2000 circa il 5% della popolazione dell'UE era costituita da cittadini di altri paesi (il 3,4% da cittadini di paesi non UE e l'1,5% di paesi dell'UE) e nei quindici Stati membri si sono registrate oltre 363.000 richieste di asilo.

### Indicatori chiave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Tasso migratorio netto</b> (per 1 000 abitanti)																
2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
2000	3,1	1,3	1,9	2,0	1,2	8,8	0,8	7,0	3,1	8,3	3,6	2,1	4,9	0,5	2,7	3,3
<b>Tasso medio annuo di migrazione netta</b>																
1995-99	1,9	1,1	3,0	2,5	1,9	1,1	0,7	4,3	2,1	10,0	2,0	1,0	1,1	0,8	1,1	2,0
1990-94	2,8	1,9	2,0	7,0	5,7	0,4	1,3	-0,4	1,9	10,5	2,7	7,5	-1,3	1,8	3,7	1,3

Fonte: Eurostat - Statistiche demografiche



## Risultati dell'istruzione

Negli ultimi trent'anni i livelli di istruzione della popolazione sono migliorati in modo significativo, in particolare tra le donne. Oggi più del 75% dei giovani in età 25-29 anni ha un diploma di scuola superiore. Allo stesso tempo, tuttavia, il 19% dei giovani tra i 18 e i 24 anni abbandona gli studi avendo conseguito, al più, un titolo di studio di scuola media inferiore.

### Indicatori chiave

#### Giovani che lasciano precocemente la scuola e che non seguono programmi di istruzione o di formazione

(% della popolazione in età 18-24 anni con grado d'istruzione inferiore alle medie superiori (ISCED 0-2) e che non segue nessun corso d'istruzione o formazione)

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	19	14	17	13	17	29	14	19	26	18	15	10	45	10	11	:

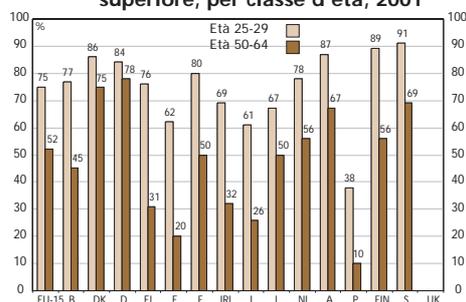
#### Giovani tra i 18-24 anni per condizione (%), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Studiano e lavorano	16	6	37	27	2	7	9	11	3	8	44	15	7	28	19	30
Studiano e non lavorano	36	49	25	29	45	45	47	32	45	49	18	30	36	30	31	19
Non studiano e lavorano	34	33	32	33	32	36	31	42	31	36	33	46	48	31	40	38
Non studiano e non lavorano	14	12	6	11	21	13	13	14	22	7	5	8	10	12	9	13

Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro.

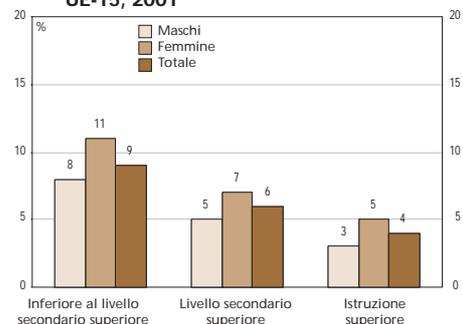
Nota: Per IRL i dati si riferiscono al 1997. Per UK: non sono indicati i dati per i giovani che lasciano precocemente la scuola. Non è ancora stata stabilita una definizione di livello d'istruzione secondaria superiore'.

**Grafico 10 Percentuale della popolazione che ha completato almeno l'istruzione secondaria superiore, per classe d'età, 2001**



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro. Nota: Per IRL i dati si riferiscono al 1997. Per UK: non sono indicati i dati per i giovani che lasciano precocemente la scuola. Non è ancora stata stabilita una definizione di livello d'istruzione secondaria superiore

**Grafico 11 Tassi di disoccupazione della popolazione in età 25-64 anni per sesso e livello d'istruzione, UE-15, 2001**



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro. Nota: UK - I livelli GCSE 'O' sono inclusi nel secondario superiore (ISCED 3)

## Apprendimento lungo tutto l'arco della vita

Nel 2001, l'8% della popolazione dei paesi dell'UE di età compresa tra i 25 e i 64 anni ha preso parte a programmi di istruzione/formazione (nelle ultime quattro settimane). Tali attività di formazione sembrano essere più frequenti nei paesi nordici, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Gli anziani hanno meno probabilità di ricevere una formazione rispetto ai giovani, mentre le persone più qualificate partecipano in misura maggiore a programmi di formazione rispetto alle persone con scarse qualifiche.

### Indicatori chiave

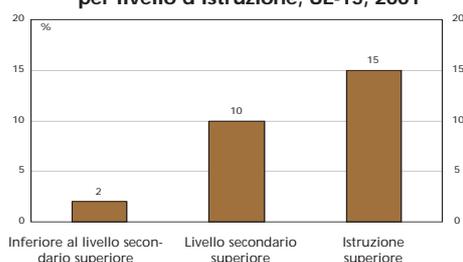
**Apprendimento permanente** (Percentuale della popolazione tra i 25-64 anni che ha partecipato a programmi di istruzione o di formazione nelle quattro settimane che precedono l'inchiesta), 2001

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totale, 25-64	8	7	18	5	1	5	3	5	5	5	16	8	3	19	17	22
25-34	14	12	27	13	4	11	6	9	12	9	25	14	8	28	25	26
35-44	8	8	19	5	1	3	2	5	3	6	18	8	2	21	18	24
45-54	6	5	14	3	0	2	1	3	2	3	13	7	1	18	15	20
55-64	3	2	8	1	0	1	0	1	1	1	7	2	0	8	10	13

Nota: F - La formazione deve avere luogo al momento dell'intervista per poter essere considerata.

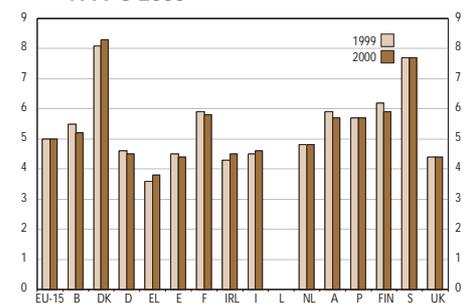
Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro

**Grafico 12 Apprendimento permanente** (Percentuale della popolazione tra i 25-64 anni che ha partecipato a programmi di istruzione o di formazione nelle ultime quattro settimane) per livello d'istruzione, UE-15, 2001



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro. Nota: F - La formazione deve avere luogo al momento dell'intervista per poter essere considerata. Per IRL dati 1997. UK - I livelli GCSE 'O' sono inclusi nel secondario superiore (ISCED 3)

**Grafico 13 Spesa in risorse umane** (Spesa pubblica totale nell'istruzione in percentuale del PIL), 1999 o 2000



Fonte: Eurostat - statistiche relative all'istruzione.

## Occupazione

Si stima che nel 2001 gli occupati nell'Unione siano stati 168 milioni. Questo dato rivela un aumento di oltre 12 milioni rispetto al 1996, con una crescita annua di circa l'1,5%. Nel 2001 l'occupazione è cresciuta dell'1,2%, mentre il tasso di occupazione della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni si è attestato al 64%.

### Indicatori chiave

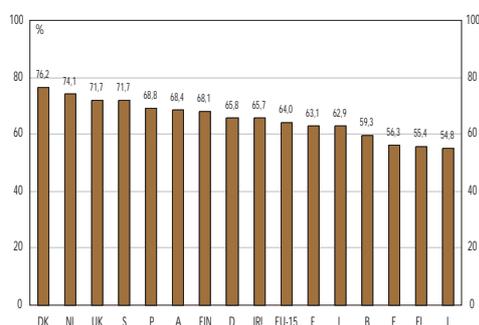
Tasso di occupazione, occupati di età compresa fra 15-64 anni	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
2000	63,2	60,5	76,3	65,4	55,7	54,8	62,0	65,2	53,7	62,7	72,9	68,4	68,3	67,3	70,8	71,5

### Andamento dell'occupazione

Occupazione totale nel 2001 (in milioni)	167,9	4,0	2,8	38,8	3,9	16,0	24,8	1,7	23,5	0,3	8,3	4,0	5,0	2,3	4,3	28,2
Occupazione totale nel 2000 (in milioni)	165,8	3,9	2,8	38,7	3,9	15,6	24,3	1,7	23,1	0,3	8,1	4,0	4,9	2,3	4,2	27,9
Occupazione totale nel 1996 (in milioni)	156,1	3,7	2,6	37,3	3,8	13,7	22,8	1,3	22,1	0,2	7,3	3,9	4,5	2,1	4,1	26,5
2001/1996 (% crescita media annua dell'occupazione)	1,5	1,2	1,1	0,8	0,7	3,1	1,7	5,5	1,2	2,1	2,6	0,6	1,9	2,2	1,2	1,2
2001/2000 (% crescita annua dell'occupazione)	1,2	1,2	0,2	0,2	0,2	2,5	2,0	2,9	1,6	2,2	2,1	0,2	1,6	1,2	1,9	0,9

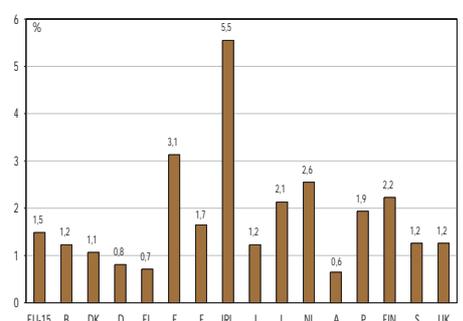
Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

Grafico 14 Tassi di occupazione (età 15-64), 2001



Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

Grafico 15 Crescita media annua dell'occupazione, 1996-2001



Fonte: Eurostat - Conti nazionali (ESA 95)

## Occupazione dei lavoratori anziani

Benché negli ultimi quattro anni il tasso di occupazione UE per gli uomini di età compresa fra i 55 e i 64 anni sia aumentato di 1,5 punti percentuali e, nel 2001, si sia attestato al 48,7%, esso è ancora inferiore al tasso del 1991 (51,2%). Per contro, il corrispondente tasso riferito alle donne è aumentato costantemente fino a raggiungere il 29% nel 2001. Complessivamente, nel 2001, era occupato il 38% della popolazione tra i 55 e i 64 anni di età. Nel 2001 gli uomini sono usciti dalla forza lavoro in media all'età di 60,5 anni mentre le donne circa 1,5 anni prima. Complessivamente l'età di uscita dal mercato del lavoro è stata di 60 anni.

### Indicatori chiave

Tasso di occupazione dei lavoratori più anziani (anziani occupati in età tra 55 e 64 in rapporto al totale della popolazione nella stessa fascia d'età) 2001	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Totale	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
Uomini	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
Donne	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1

### Età effettiva di uscita (Età media di uscita, ponderata per dalla probabilità di ritiro dal mercato del lavoro), 2001

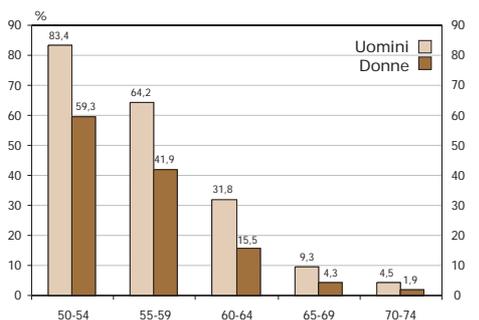
Totale	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
Uomini	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
Donne	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0

### Personne occupate in età 55-64, 2001 (1000)

	16662	259	352	4398	489	1578	1754	158	2002	16	654	270	542	254	695	3240
--	-------	-----	-----	------	-----	------	------	-----	------	----	-----	-----	-----	-----	-----	------

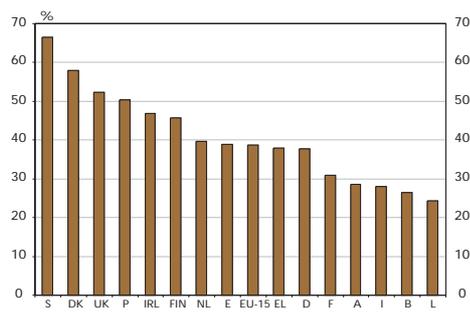
Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro e Dati trimestrali sulle forze di lavoro

Grafico 16 Tassi di occupazione per classe d'età e per sesso, UE-15, 2001



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro

Grafico 17 Tassi di occupazione dei lavoratori anziani, 2001



Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

## Disoccupazione

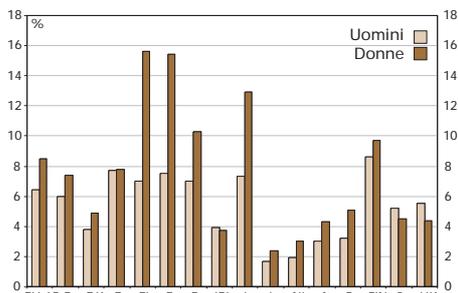
Nel 2001, il numero totale di disoccupati nell'Unione europea è sceso a 12.8 milioni, ovvero il 7.4% della forza lavoro. Si tratta del livello più basso dal 1992. Tra il 2000 e il 2001 la Spagna, la Francia, la Finlandia e la Svezia hanno registrato la diminuzione più significativa nei rispettivi tassi di disoccupazione, sebbene il tasso spagnolo continui a rimanere il più elevato (10.6%), leggermente superiore alla Grecia (10.5%). La diminuzione ha interessato tutti gli Stati membri, ad eccezione del Portogallo, dove il tasso di disoccupazione è rimasto al 4.1%.

### Indicatori chiave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Tasso di disoccupazione</b> (Totale dei disoccupati rispetto al totale della popolazione attiva. Serie armonizzate.)																
2001 Totale	7.4	6.6	4.3	7.7	10.5	10.6	8.6	3.8	9.4	2.0	2.4	3.6	4.1	9.1	4.9	5.0
2001 Maschi	6.4	6.0	3.8	7.7	7.0	7.5	7.0	3.9	7.3	1.7	1.9	3.0	3.2	8.6	5.2	5.5
2001 Femmine	8.5	7.4	4.9	7.8	15.6	15.4	10.3	3.7	12.9	2.4	3.0	4.3	5.1	9.7	4.5	4.4
2000 Totale	7.8	6.9	4.4	7.8	11.1	11.3	9.3	4.2	10.4	2.3	2.8	3.7	4.1	9.8	5.8	5.4
1994 Totale	10.5	9.8	7.7	8.2	8.9	19.8	11.8	14.3	11.0	3.2	6.8	3.8	6.9	16.6	9.4	9.4
<b>Disoccupazione, 2001</b> (1000)	12861	286	123	3073	457	1892	2221	68	2248	4	198	137	212	238	225	1485

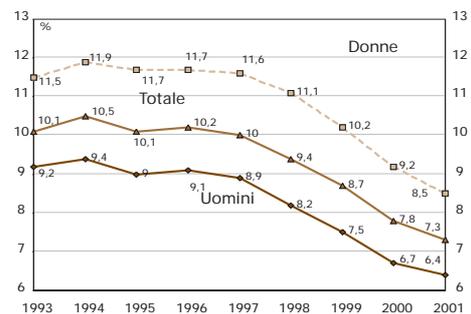
Fonte: Eurostat - Tassi di disoccupazione (stime comparabili basate sull'Indagine sulle forze di lavoro)

Grafico 18 Tassi di disoccupazione per sesso, 2001



Fonte: Eurostat - Tassi di disoccupazione (stime comparabili basate sull'Indagine sulle forze di lavoro)

Grafico 19 Andamento nel tasso di disoccupazione per sesso, UE-15, 1993-2001



Fonte: Eurostat - Tassi di disoccupazione (stime comparabili basate sull'Indagine sulle forze di lavoro)

## Disoccupazione giovanile

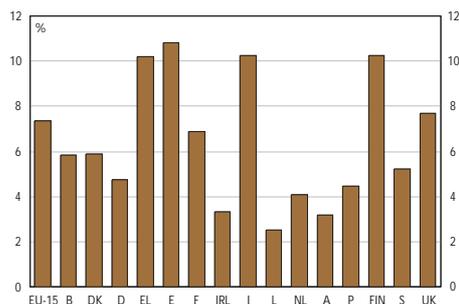
Nel 2001, la disoccupazione giovanile nell'UE riguardava il 7,3% dei giovani (di età compresa tra i 15 e i 24 anni). Il tasso di disoccupazione (in percentuale della forza lavoro) tra i giovani è stato del 14,7%. La differenza tra queste due percentuali varia in modo significativo da un paese all'altro e può essere spiegata in parte dal fatto che un numero significativo di giovani in questa fascia di età prosegue gli studi. Il rapporto disoccupazione giovanile/popolazione fra il 2000 e il 2001 non ha seguito la tendenza generale al calo della disoccupazione: in cinque Stati membri ha subito un incremento, in cinque è rimasto lo stesso e nei restanti cinque è diminuito.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Tasso di disoccupazione/popolazione giovanile</b>																
2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
2000	7,6	6,1	5,0	4,6	11,1	11,3	6,9	3,3	11,6	2,5	4,1	2,9	4,1	11,1	5,1	8,0
1994	10,4	8,2	7,0	4,8	10,3	19,3	10,1	10,7	12,4	3,3	6,6	3,5	6,5	14,8	10,6	10,9
<b>Tasso di disoccupazione giovanile</b>																
2001 Totale	14,7	17,6	8,5	8,2	28,1	21,5	19,3	6,6	28,1	7,5	5,5	5,8	9,3	19,7	11,0	11,9
2001 Maschi	13,8	16,5	7,6	9,2	21,7	16,6	17,2	6,8	24,9	8,5	4,7	5,1	7,3	19,5	12,2	13,2
2001 Femmine	15,7	19,1	9,5	7,1	35,1	27,9	21,9	6,3	32,0	6,3	6,3	6,7	11,8	20,0	9,8	10,3
2000 Totale	15,4	17,0	7,0	8,5	29,5	22,6	19,7	6,5	30,7	7,2	5,6	5,3	8,8	21,3	11,2	12,3
1994 Totale	20,9	23,2	10,2	8,4	27,7	40,2	28,7	23,0	31,9	7,1	10,9	5,7	15,0	34,0	22,0	16,4

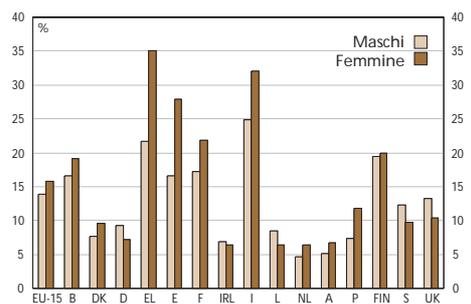
Fonte: Eurostat - Tassi di disoccupazione (stime comparabili basate sull'Indagine sulle forze di lavoro)

Grafico 20 Tasso di disoccupazione/popolazione giovanile (età 15-24), 2001



Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

Grafico 21 Tassi di disoccupazione giovanile (età 15-24) per sesso, 2001



Fonte: Eurostat - Tassi di disoccupazione (stime comparabili basate sull'Indagine sulle forze di lavoro)

## Disoccupazione di lunga durata

Nel 2001, la disoccupazione a lungo termine interessava il 3,3% della forza lavoro nell'UE. In altri termini, il 44% dei disoccupati era senza lavoro da almeno un anno. Negli ultimi anni il tasso di disoccupazione a lungo termine è sceso, ma rimane intorno al 5% e più in Grecia, Spagna e Italia. Il 6,9% dei giovani tra i 15 e i 24 anni (in percentuale sulla forza lavoro) era senza lavoro da almeno sei mesi.

### Indicatori chiave

Tasso di disoccupazione di lunga durata (Totale dei disoccupati di lunga durata (oltre 12 mesi) in percentuale sul totale della popolazione attiva - serie armonizzate.)	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2001 - Totale	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
2001 - Uomini	2,8	:	0,8	:	3,2	3,0	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
2001 - Donne	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8
2000	3,7	3,8	1,0	4,0	6,1	5,9	3,7	1,6	6,4	0,5	1,1	1,0	1,6	2,8	1,7	1,5
1994	5,2	5,6	2,9	3,8	4,4	12,9	4,7	9,4	6,7	0,9	3,1	1,0	2,6	6,1	2,5	4,2

Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

### Disoccupati da un anno o più in percentuale sul totale dei disoccupati

2001	43,8	49,5	21,0	50,2	51,5	47,9	33,7	32,9	62,5	26,3	35,3	26,2	36,5	27,6	24,5	25,4
2000	47,0	55,1	22,8	51,2	54,9	52,4	40,1	39,1	61,8	23,4	39,6	26,5	39,1	28,8	28,5	27,6
1994	49,7	56,8	37,7	46,4	49,1	65,1	40,1	65,6	61,0	29,0	46,1	25,2	37,5	36,8	26,3	44,8

Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro e Dati trimestrali sulle forze di lavoro

### Tasso di disoccupazione giovanile a lungo termine (6 mesi o più)

2001	6,9	:	1,1	:	17,9	11,9	:	:	21,0	:	2,5	2,0	3,7	3,1	2,3	3,0
2000	7,7	7,8	0,5	3,7	20,3	12,9	8,3	0,5	22,5	1,8	3,1	1,6	3,2	3,8	2,5	3,3
1994	13,1	12,8	3,4	4,4	19,3	30,2	13,9	17,0	25,1	4,1	10,0	1,7	7,1	7,6	10,0	8,0

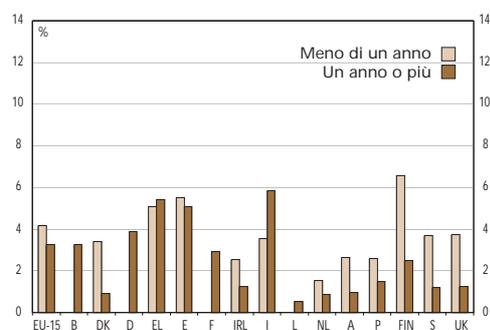
Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro (LFS)

### Giovani disoccupati per 6 mesi o più in percentuale sul totale dei giovani disoccupati

2001	47,3	:	12,6	:	63,5	48,2	:	:	74,3	:	54,0	34,5	40,0	15,9	27,5	25,1
2000	48,5	44,7	7,6	44,0	68,7	49,1	42,6	7,4	72,4	27,3	54,0	31,4	37,5	17,9	28,4	27,0

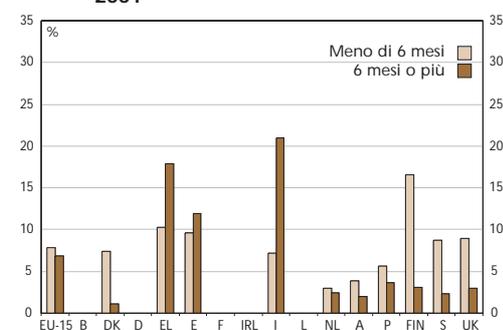
Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro

Grafico 22 Tassi di disoccupazione per durata, 2001



Fonte: Eurostat - Dati trimestrali sulle forze di lavoro

Grafico 23 Tassi di disoccupazione giovanile per durata, 2001



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro (LFS)

## Spesa per la protezione sociale

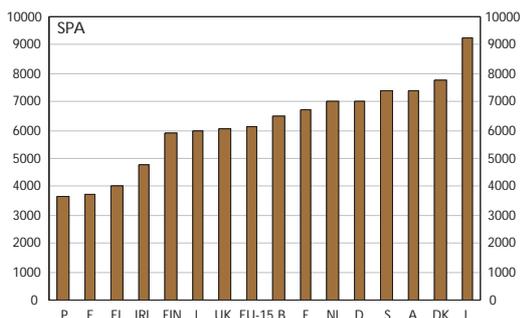
Nel 2000, la spesa per la protezione sociale dell'UE ha subito un rallentamento in termini reali. Rappresentava il 27,6% del PIL, in diminuzione all'incirca di un punto rispetto al 1996. Le differenze tra gli Stati membri sono notevoli e il rapporto di spesa per abitante in SPA è del 2,5 fra i paesi in cui si registra il livello più elevato di spesa e quelli in cui il livello di spesa è più basso. Il sistema di finanziamento della protezione sociale presenta notevoli differenze a seconda dei paesi, e del fatto che vengano privilegiati i contributi sociali o i contributi pubblici.

### Indicatori chiave

Spesa per la protezione sociale in percentuale sul PIL	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
1996	28,4	28,6	31,4	29,9	22,9	21,9	31,0	17,8	24,8	24,0	30,1	29,5	21,2	31,6	34,7	28,1
1991	26,4	27,1	29,7	26,1	21,6	21,2	28,4	19,6	25,2	22,5	32,6	27,0	17,2	29,8	34,3	25,7

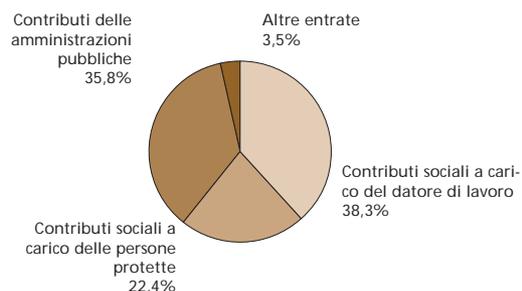
Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

Grafico 24 Spesa pro capite per la protezione sociale, 2000



Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

Grafico 25 Entrate della protezione sociale per tipologia in percentuale sul totale delle entrate, UE-15, 2000



Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

## Prestazioni sociali

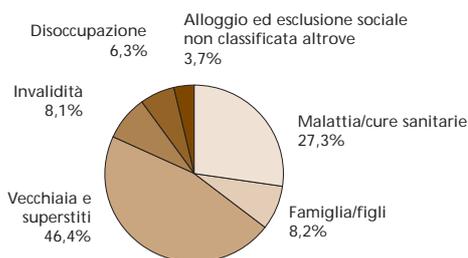
Nel 2000, nella maggior parte degli Stati membri la quota più significativa della spesa per la protezione sociale era rappresentata dalle prestazioni pensionistiche (vecchiaia e superstiti). Al primo posto si colloca l'Italia (63,4% delle prestazioni complessive rispetto al 46,4% della media UE). A livello dell'Unione, le prestazioni di vecchiaia e superstiti sono aumentate del 12% in termini reali pro capite nel periodo 1995-2000 rispetto all'aumento del 9% registrato per il totale delle prestazioni. Tale aumento si spiega principalmente con ragioni di natura demografica. Inoltre anche le politiche di pensionamento influiscono sull'andamento di tali prestazioni.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Prestazioni pensionistiche (vecchiaia e superstiti) in percentuale sul totale delle prestazioni sociali</b>																
1999	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
1990	44,6	41,8	35,8	42,9	52,9	41,4	42,8	29,6	58,7	47,5	37,3	49,9	40,8	32,8	:	43,7

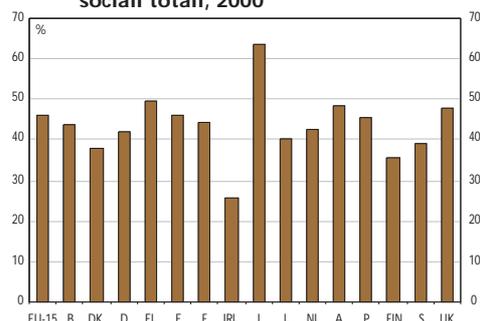
Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

**Grafico 26 Prestazioni sociali per gruppo di prestazioni in percentuale sul totale delle prestazioni UE-15, 2000**



Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

**Grafico 27 Prestazioni pensionistiche (vecchiaia e superstiti) in percentuale sulle prestazioni sociali totali, 2000**



Fonte: Eurostat - Sistema europeo di statistiche integrate della protezione sociale (ESSPROS)

## Spesa per politiche a favore del mercato del lavoro

Nel 2000, la spesa per politiche a favore del mercato del lavoro è risultata pari al 2,04% del PIL; di cui lo 0,68% è stato destinato a misure attive a favore del mercato del lavoro. Si riscontrano notevoli differenze fra gli Stati membri, senza che si possa tracciare una chiara suddivisione fra nord e sud. In due paesi la spesa ha superato il 3% del PIL (Belgio e Danimarca), in sei paesi si è attestata fra il 2% e il 3% (Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Finlandia e Svezia), mentre in sei paesi è risultata inferiore al 2% (Grecia, Irlanda, Italia, Austria, Portogallo e Regno Unito).

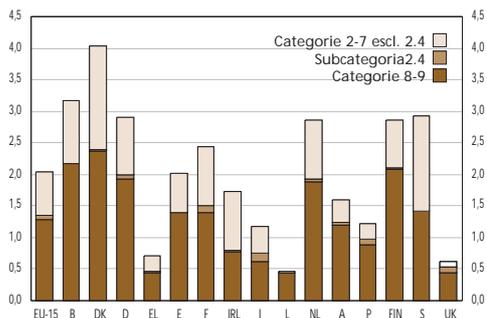
### Indicatori chiave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Spesa pubblica per politiche attive a favore del mercato del lavoro in percentuale del PIL - 2000</b>																
Categorie 2-7 escl. 2.4	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
Subcategoria 2.4	0,075	-	0,026	0,061	0,016	-	0,109	0,018	0,135	0,036	0,040	0,033	0,098	0,023	-	0,104
Categorie 8-9	1,282	2,178	2,378	1,924	0,449	1,393	1,401	0,786	0,611	0,439	1,890	1,204	0,876	2,093	1,409	0,434
Totale	2,037	3,177	4,045	2,901	0,718	2,025	2,441	1,733	1,182	:	2,850	1,602	1,228	2,859	2,916	0,627

Categorie 2-7: Formazione - Lavoro a rotazione e lavoro in condivisione (Job rotation and job sharing) - Incentivi all'occupazione - Integrazione dei disabili - Creazione diretta di posti di lavoro - Incentivi all'avviamento di nuove imprese. Subcategoria 2.4: Sostegno specifico per l'apprendistato. Categorie 8-9: Sostegno e indennità di disoccupazione - Pre-pensionamento

Fonte: Eurostat - Database delle politiche a favore del mercato del lavoro (LMP)

**Grafico 28 Spesa pubblica complessiva per misure a favore del mercato del lavoro in percentuale del PIL, 2000**



Fonte: Eurostat - Database delle politiche a favore del mercato del lavoro (LMP)

**Grafico 29 Spesa per politiche a favore del mercato del lavoro per tipo di intervento (categorie 2-7), UE-15, 2000**



Fonte: Eurostat - Database delle politiche a favore del mercato del lavoro (LMP)

## Distribuzione dei redditi

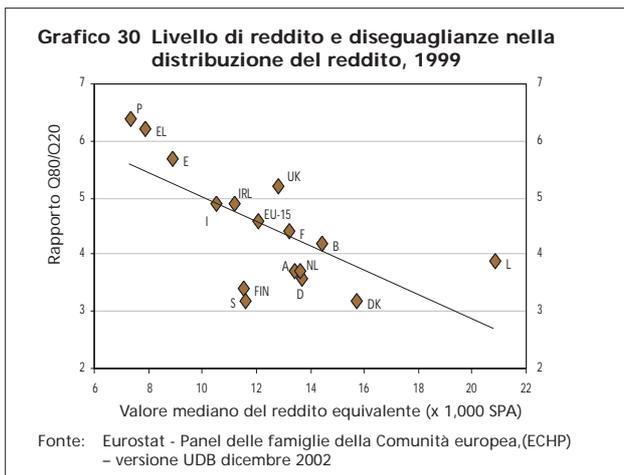
Come media di popolazione ponderata, negli Stati membri dell'UE, nel 1999, il 20% della popolazione più ricca deteneva una quota di reddito pari a 4,6 volte il reddito complessivo del 20% della popolazione più povera. Il divario tra i più ricchi e i più poveri è meno accentuato in Danimarca e Svezia (3,2), seguite da Finlandia, Germania, Paesi Bassi e Austria. E' più elevato negli Stati membri meridionali, nel Regno Unito e in Irlanda.

### Indicatori chiave

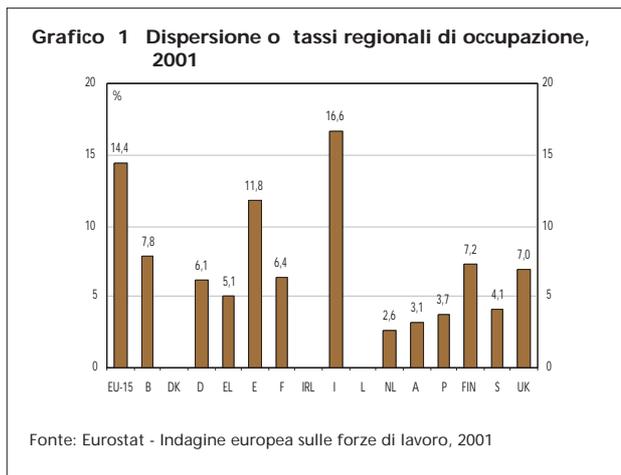
**Disuguaglianza nella distribuzione del reddito** (tasso di quota di reddito per quintile), rapporto del reddito complessivo detenuto dal 20% della popolazione più ricca (quintile più alto) sul reddito detenuto dal 20% della popolazione più povera (quintile più basso). Per reddito si deve intendere reddito equivalente disponibile.

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	4,6*	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7*	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2

Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea, (ECHP) - versione UDB dicembre 2002



Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea, (ECHP) - versione UDB dicembre 2002



Fonte: Eurostat - Indagine europea sulle forze di lavoro, 2001

## Famiglie a basso reddito

In rapporto alla popolazione complessiva dell'UE, circa il 15% dei cittadini (circa 56 milioni di persone) percepiva un reddito inferiore al 60% del valore mediano del reddito nazionale dei rispettivi paesi nel 1999. Utilizzando come riferimento il 60% della mediana nazionale, la proporzione di persone a rischio di povertà risulta relativamente elevata (oltre il 21%) in Grecia e Portogallo e relativamente bassa in Belgio, Danimarca, Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria e Finlandia (dal 11 al 13%). Tale proporzione è particolarmente bassa in Svezia (9%). Le prestazioni sociali riducono il numero di persone a rischio di povertà in tutti gli Stati membri, ma in misura molto diversa: la riduzione varia dal 5% in Grecia fino al quasi 70% in Svezia.

### Indicatori chiave

**Tasso di rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali.** La quota di persone con un reddito equivalente disponibile al di sotto della soglia di povertà prima dei trasferimenti sociali. La soglia di povertà è definita in relazione al 60% della mediana del reddito equivalente disponibile (dopo trasferimenti sociali). Le pensioni di vecchiaia e di superstiti sono considerate come reddito prima dei trasferimenti e non come trasferimenti sociali, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30

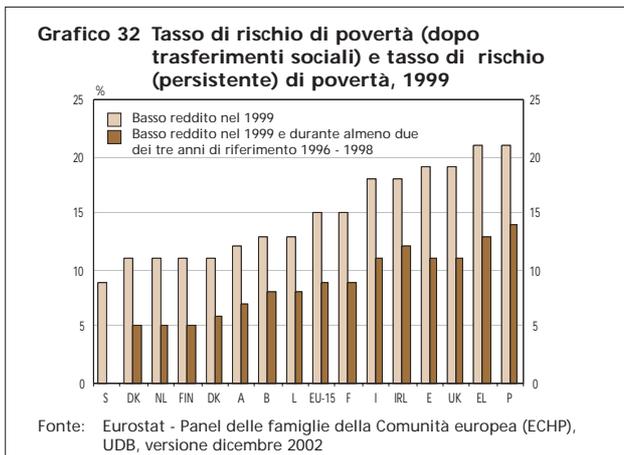
**Tasso di rischio di povertà dopo trasferimenti sociali.** La quota di persone con un reddito equivalente disponibile al di sotto della soglia di povertà. La soglia di povertà è definita in relazione al 60% della mediana del reddito equivalente disponibile, 1999

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19

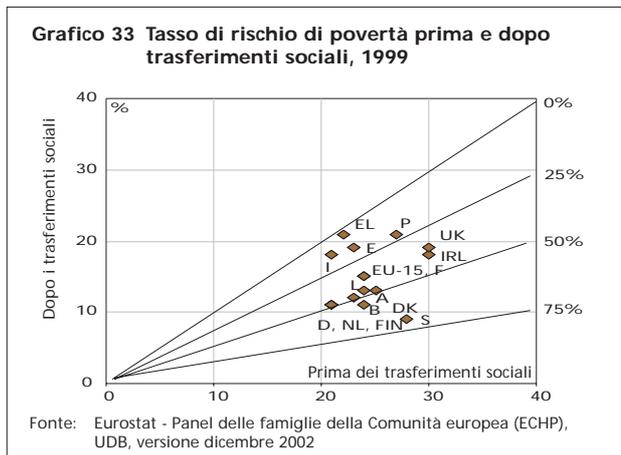
60% della med. del reddito annuo (€) 7334\* 8 531 11 649 8 754 3 810 4491\* 8 289 6 656 5 557 12 716 7 668 8 621 3 168 8 154 8 503 8 289

60% della med. del reddito annuo (SPA) 7263\* 8 659 9 414 8 236 4 753 5347\* 7 944 6 721 6 305 12 532 8 067 8 158 4 400 6 921 6 942 7 694

Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea UDB, versione dicembre 2002



Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002



Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002

## Famiglie senza membri occupati e a basso reddito

Un'importante causa di povertà ed esclusione sociale è la mancanza di lavoro e il basso livello retributivo. Nel 1999, il tasso di rischio di povertà per le persone che vivevano in famiglie in cui nessuno dei componenti in età lavorativa aveva un'occupazione era del 51%, circa 3 volte superiore rispetto alle famiglie in cui almeno uno dei componenti aveva un lavoro.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Popolazione che vive in famiglie senza membri occupati, di età compresa tra i 0 e i 65 anni</b> (percentuale delle persone che vivono in famiglie in cui nessuno dei componenti ha un'occupazione come quota della popolazione complessiva (fatta eccezione della popolazione che vive in famiglie in cui tutti i membri hanno un'età compresa tra i 18 e i 24 anni che seguono un'istruzione, o 65 anni e più e non più attiva nel mercato del lavoro)																
2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Popolazione che vive in famiglie senza membri occupati, di età compresa tra i 0 e i 60 anni</b> (persone che vivono in famiglie in cui nessuno dei componenti ha un'occupazione come quota della popolazione complessiva (fatta eccezione della popolazione che vive in famiglie in cui tutti i membri hanno un'età inferiore ai 18 anni, o un'età compresa tra i 18 e i 24 anni che seguono un'istruzione, o 60 anni e più e non più attiva nel mercato del lavoro)																
2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0

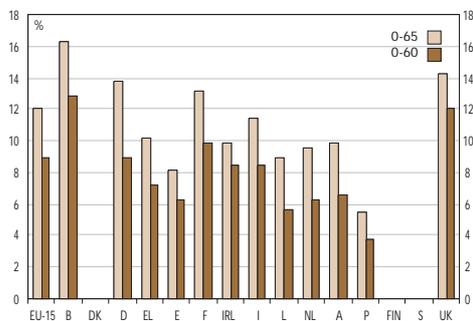
Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro 2002

### Tassi di rischio di povertà (%) fra la popolazione che vive in famiglie in cui nessuno (alcuni/tutti) dei componenti in età lavorativa hanno un'occupazione, 1999

... nessuno ...	51,0	43,0	45,0	54,0	42,0	54,0	47,0	79,0	51,0	24,0	:	26,0	41,0	47,0	:	57,0
... alcuni ma non tutti- ...	18,0	11,0	5,0	10,0	20,0	18,0	21,0	12,0	24,0	16,0	:	13,0	24,0	9,0	:	22,0
... tutti ...	5,0	3,0	3,0	4,0	11,0	5,0	5,0	3,0	4,0	7,0	:	7,0	13,0	5,0	:	7,0

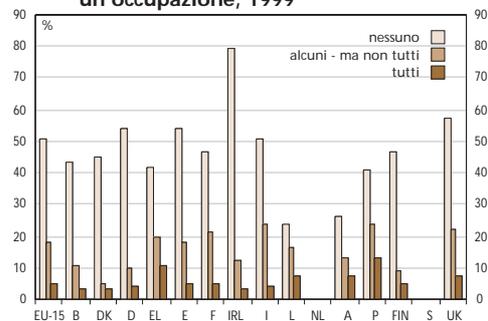
Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002.

**Grafico 34** Popolazione che vive in famiglie senza membri occupati, 2002



Fonte: Eurostat - Indagine sulle forze di lavoro

**Grafico 35** Tassi di rischio di povertà fra la popolazione che vive in famiglie in cui nessuno/alcuni/tutti i componenti in età lavorativa hanno un'occupazione, 1999



Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002

## Donne e uomini nel processo decisionale

A livello comunitario, la rappresentanza femminile al Parlamento europeo ha registrato un aumento costante ad ogni elezione dal 1984 e ora si attesta al 30%. Nei parlamenti nazionali le donne continuano ad essere sottorappresentate in tutti gli Stati membri; infatti, i seggi occupati da donne in tali istituzioni variano percentualmente dal 9% della Grecia al 44% della Svezia.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Quota femminile nei Parlamenti nazionali</b> (Percentuale dei seggi occupati da donne nei parlamenti nazionali (o alla Camera), primavera 2001)	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18

Percentuale dei seggi occupati da donne al Parlamento europeo, elezioni giugno 1999

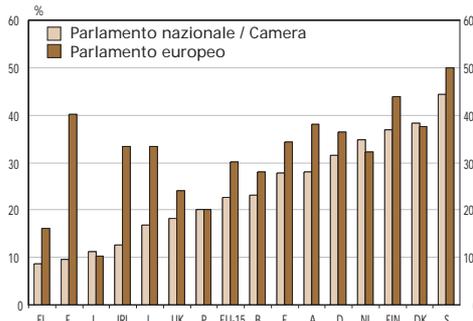
	30	28	38	36	16	34	40	33	10	33	32	38	20	44	50	24
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Percentuale di donne nei governi nazionali, primavera 2001

	25	22	43	39	13	18	29	22	14	29	36	31	10	39	50	33
--	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

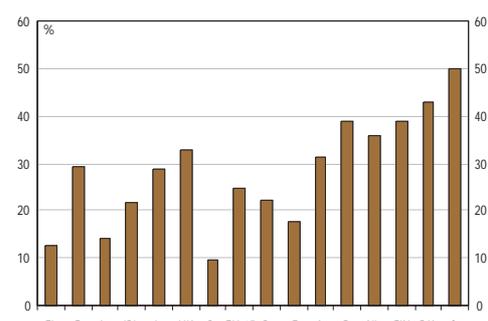
Fonte: European database - Le donne nel processo decisionale

**Grafico 36** Percentuale di seggi occupati dalle donne in parlamento, 2001



Fonte: European database - Le donne nel processo decisionale

**Grafico 37** Percentuale di donne nei governi nazionali, primavera 2001



Fonte: European database - Le donne nel processo decisionale

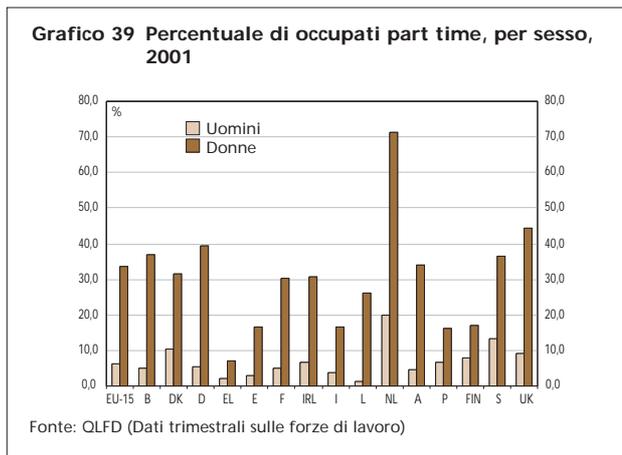
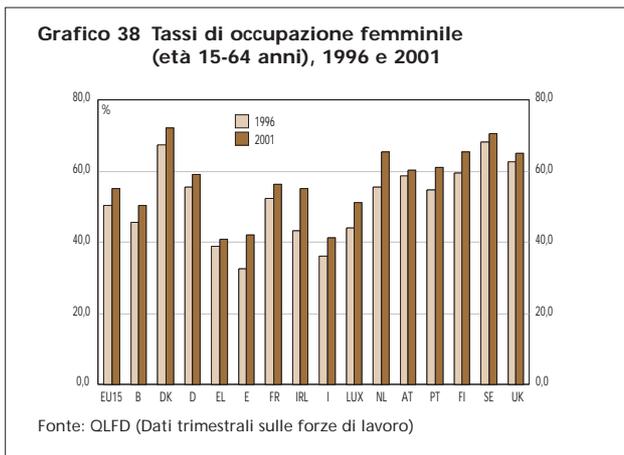
## Occupazione di donne e uomini

Tra il 1996 e il 2001 nell'UE il tasso di occupazione tra gli uomini è aumentato di quasi tre punti percentuali. Nello stesso periodo lo stesso tasso riferito alle donne è aumentato di quasi cinque punti, restringendo quindi il divario di genere. Tuttavia, il tasso per gli uomini (73,0%) permane molto più elevato di quello delle donne (54,9%). I tassi di occupazione femminile sono più elevati nei tre paesi nordici, nel Regno Unito e nei Paesi Bassi.

### Indicatori chiave

	EU 15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Tasso di occupazione, età 15-64, 2001</b>																
Uomini	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
Donne	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3

Fonte: QLFD (Dati trimestrali sulle forze di lavoro)



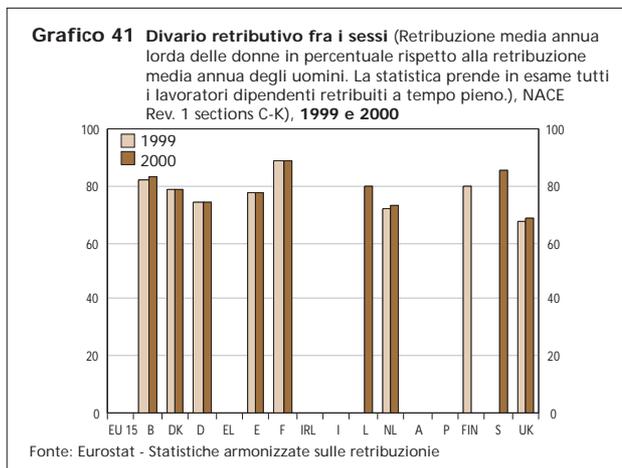
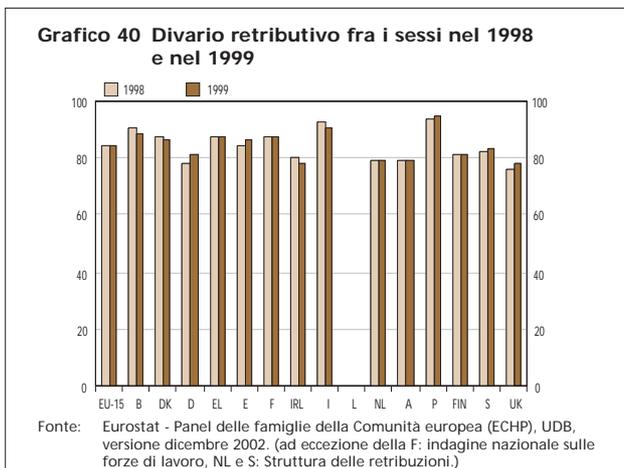
## Retribuzioni di donne e uomini

Nel 1999, nell'UE la retribuzione media oraria lorda delle donne era stimata inferiore del 16% rispetto a quella degli uomini. Le differenze meno significative sono state rilevate in Portogallo, Belgio, Italia e Danimarca, quelle più marcate nel Regno Unito e in Irlanda. A livello dell'UE le differenze restano invariate rispetto al 1998, 1997 e 1996. Per ridurre il divario dovuto sia a discriminazioni dirette che a discriminazioni indirette connesse alla partecipazione al mercato del lavoro, occorre intervenire negli ambiti delle scelte professionali e della progressione di carriera.

### Indicatori chiave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Divario retributivo fra i sessi</b> (Retribuzione media oraria lorda delle donne in percentuale rispetto alla retribuzione media oraria degli uomini. La statistica prende in esame tutti i lavoratori dipendenti retribuiti tra i 16 e il 64 anni di età che lavorano per almeno 5 ore settimanali.)																
1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	:	79	79	95	81	83	78
1998	84*	91	88	78	88	84*	88	80	93	:	79	79	94	81	82	76
1997	84*	90	87	79	87	86*	88	81	93	:	78	78	93	82	83	79
1996	84*	90	85	79	85	86*	87	79	92	82	77	80	94	83	83	76
1995	83*	88	85	79	83	87*	87	80	92	81	77	78	95	:	85	74
1994	84*	87	89	79	87	90	87	81	92	83	77	:	90	:	84	72

\*Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002. (ad eccezione della F: indagine nazionale sulle forze di lavoro, NL e S: Struttura delle retribuzioni)



## Aspettative di vita e salute

L'aspettativa di vita tende costantemente ad allungarsi ed attualmente è di 81 anni per le donne e 75 per gli uomini. In tutti gli Stati membri, le donne vivono più a lungo degli uomini. Nell'Unione, le donne vivono senza invalidità fino a 66 anni, mentre gli uomini fino a 63.

### Indicatori chiave

	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Aspettativa di vita alla nascita, 2000</b>																
Uomini	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
Donne	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2

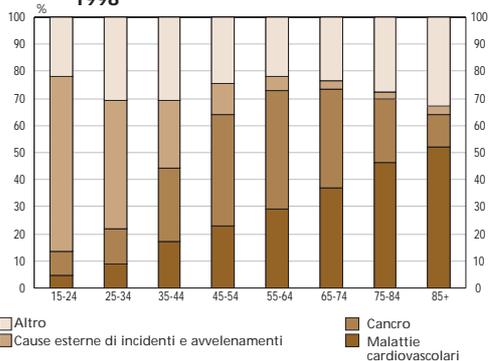
Nota: Per D, EL dati del 1999.  
Fonte: Eurostat - Statistiche demografiche

### Aspettativa di vita senza invalidità (alla nascita), 1996

Uomini	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
Donne	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62

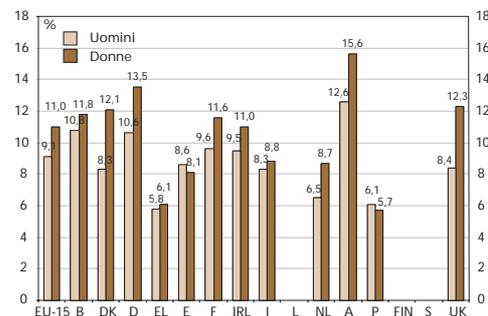
Fonte: Eurostat - Statistiche sulla mortalità e Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP)

**Grafico 42** Principali cause di morte per classe d'età, UE-15, 1998



Fonte: Eurostat - Statistiche sulla mortalità

**Grafico 43** Percentuale della popolazione ospedalizzata negli ultimi 12 mesi, 1998



Fonte: Eurostat - Panel delle famiglie della Comunità europea (ECHP), UDB, versione dicembre 2002

## Infortuni e problemi di salute connessi all'ambiente di lavoro

Nel 2000, circa il 4,0% dei lavoratori nell'UE sono rimasti vittima di infortuni sul lavoro che hanno determinato più di tre giorni di assenza, il 6,3% sono stati gli infortuni che non hanno determinato assenze o assenze inferiori a tre giorni. Dal 1994, il numero degli infortuni sul lavoro con più di tre giorni di assenza è diminuito dell'11% (fatto pari a 100 il valore dell'indice del 1998, nel 1998 esso è risultato pari a 99 nel 2000 e pari a 111 nel 1994). Nel periodo tra il 1998 e il 1999, il 5,4% dei lavoratori dipendenti ha accusato problemi di salute connessi all'ambiente di lavoro. Ogni anno sono 510 milioni i giorni lavorativi persi a causa di infortuni sul lavoro (una perdita di 160 milioni di giorni) e di problemi di salute connessi all'ambiente di lavoro (una perdita di 350 milioni di giorni). Benché il numero di incidenti automobilistici sia calato all'incirca del 46% dal 1970, nel 2001 sono stati registrati circa 40000 morti sulle strade dell'UE.

### Indicatori chiave

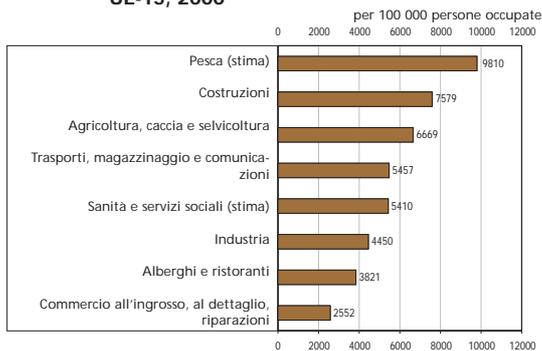
	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
<b>Infortuni gravi sul lavoro</b> (Tasso di incidenza per 100.000 occupati (indice 1998=100), 2000)																
Totale	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
Maschi	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
Femmine	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118

### Infortuni mortali sul lavoro

<b>(Tasso di incidenza per 100.000 occupati (indice 1998=100), 2000)</b>																
Totale	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

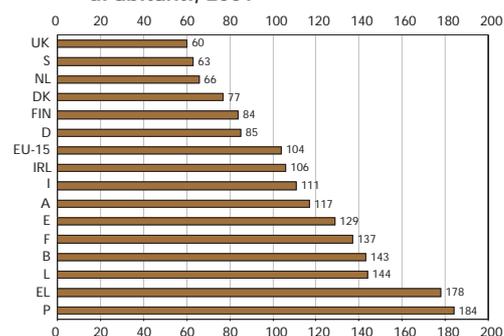
Fonte: Eurostat - Statistiche europee sugli infortuni sul lavoro (ESAW)

**Grafico 44** Infortuni sul lavoro per settore di attività, UE-15, 2000



Fonte: Eurostat - Statistiche europee sugli infortuni sul lavoro (ESAW)

**Grafico 45** Numero di vittime della strada per milione di abitanti, 2001



Fonte: CARE (Community Road Accident Database) ed Eurostat - Statistiche demografiche. Nota: per B, I e UK: dati 2000 provenienti da fonti nazionali. Tutti i dati 2001 sono stime.

## Principali indicatori sociali per Stato membro

Nr.	Indicatori chiave	Unità	Anno	EU-15	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
3	Tasso di dipendenza degli anziani	%	2001	24,3*	25,7	22,2	24,5	25,6*	24,7	24,8	16,6	27,1	21,5	20,1	22,9	24,2	22,4	26,8	23,9*
4	Tasso migratorio netto per 1000 abitanti		2001	3,1	3,2	2,3	3,2	3,3	5,8	1,0	7,8	2,9	7,5	3,1	2,2	6,3	1,2	3,2	2,6
5t	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione	%	2001	19,4	13,6	16,8	12,5	16,5	28,6	13,5	18,9	26,4	18,1	15,3	10,2	45,2	10,3	10,5	:
5m	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione	%	2001	21,9	15,0	16,9	12,2	20,4	34,9	15,0	22,6	30,2	19,0	16,5	9,7	52,3	13,0	11,3	:
5f	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione	%	2001	16,8	12,3	16,7	12,8	13,0	22,2	12,0	15,1	22,6	17,2	14,1	10,7	38,0	7,7	9,7	:
6t	Apprendimento permanente - Totale	%	2001	8,4	7,3	17,8	5,2	1,4	4,9	2,7	5,2	5,1	5,3	16,3	8,2	3,3	19,3	17,5	21,7
6m	L'Apprendimento permanente - Uomini	%	2001	7,9	7,7	16,4	5,7	1,5	4,3	2,5	5,2	4,9	5,9	17,0	8,7	3,0	17,1	15,4	18,0
6f	Apprendimento permanente - Donne	%	2001	8,9	6,9	19,1	4,8	1,2	5,5	3,0	5,3	5,2	4,7	15,5	7,7	3,7	21,4	19,7	25,7
7	Tasso di occupazione (cfr. nrs 19m & 19f)	%	2001	64,0	59,3	76,2	65,8	55,4	56,3	63,1	65,7	54,8	62,9	74,1	68,4	68,8	68,1	71,7	71,7
8at	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Totale	%	2001	38,6	26,5	58,0	37,7	38,0	38,9	31,0	46,8	28,0	24,4	39,6	28,6	50,3	45,7	66,5	52,3
8am	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Uomini	%	2001	48,7	36,5	65,5	46,1	55,0	57,4	35,4	64,7	40,4	34,8	51,1	40,0	61,6	46,7	69,1	61,7
8af	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Donne	%	2001	28,9	16,9	49,8	29,5	22,5	21,8	26,7	28,8	16,2	14,0	28,0	17,9	40,6	44,8	63,8	43,1
8bt	Età effettiva di pensionamento - Totale	Anni	2001	59,9	57,0	61,9	60,7	59,6	60,6	58,1	63,1	59,4	56,8	60,9	59,6	62,0	61,6	62,0	62,1
8bm	Età effettiva di pensionamento - Uomini	Anni	2001	60,5	57,8	62,2	60,9	61,2	60,7	58,2	63,2	59,6	57,5	61,1	60,0	62,0	61,6	62,1	63,1
8bf	Età effettiva di pensionamento - Donne	Anni	2001	59,1	55,9	61,1	60,4	57,7	60,2	58,0	62,2	59,2	55,3	60,3	58,6	61,5	61,4	61,9	61,0
9t	Tasso di disoccupazione - Totale	%	2001	7,4	6,6	4,3	7,7	10,5	10,6	8,6	3,8	9,4	2,0	2,4	3,6	4,1	9,1	4,9	5,0
9m	Tasso di disoccupazione - Uomini	%	2001	6,4	6,0	3,8	7,7	7,0	7,5	7,0	3,9	7,3	1,7	1,9	3,0	3,2	8,6	5,2	5,5
9f	Tasso di disoccupazione - Donne	%	2001	8,5	7,4	4,9	7,8	15,6	15,4	10,3	3,7	12,9	2,4	3,0	4,3	5,1	9,7	4,5	4,4
10	Rapporto disoccupazione giovanile/popolazione giovanile	%	2001	7,3	5,8	5,9	4,7	10,2	10,8	6,9	3,3	10,2	2,5	4,1	3,2	4,5	10,3	5,2	7,7
11t	Disoccupazione di lunga durata rate - Totale	%	2001	3,2	3,3	0,9	3,9	5,4	5,1	2,9	1,3	5,9	0,5	0,8	0,9	1,5	2,5	1,2	1,3
11m	Disoccupazione di lunga durata rate - Uomini	%	2001	2,8	:	0,8	:	3,2	3	:	1,6	4,5	:	0,7	0,9	1,2	2,7	1,4	1,7
11f	Disoccupazione di lunga durata rate - Donne	%	2001	3,9	:	1,0	:	8,7	8,1	:	0,8	8,0	:	1,0	1,9	2,3	1,0	0,8	
12	Spesa per la protezione sociale in percentuale del PIL	%	2000	27,3	26,7	28,8	29,5	26,4	20,1	29,7	14,1	25,2	21,0	27,4	28,7	22,7	25,2	32,3	26,8
13	Prestazioni di vecchiaia e superstiti in percentuale sul totale delle prestazioni sociali	%	2000	46,4	43,8	38,1	42,2	49,4	46,3	44,1	25,4	63,4	40,0	42,4	48,3	45,6	35,8	39,1	47,7
14	Spesa pubblica per politiche attive a favore del mercato del lavoro in percentuale del PIL	%	2000	0,681	1,000	1,641	0,917	0,253	0,632	0,931	0,929	0,436	:	0,920	0,365	0,254	0,742	1,507	0,089
15	Disuguaglianze nella distribuzione del reddito	Rapporto	1999	4,6	4,2	3,2	3,6	6,2	5,7	4,4	4,9	4,9	3,9	3,7	3,7	6,4	3,4	3,2	5,2
16a	Rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali	%	1999	24*	25	24	21	22	23*	24	30	21	24	21	23	27	21	28	30
16b	Rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali	%	1999	15*	13	11	11	21	19*	15	18	18	13	11	12	21	11	9	19
17a	Persone che vivono in famiglie in cui nessun membro è occupato (età compresa fra 0 e 65 anni)	%	2002	12,1	16,3	:	13,8	10,1	8,1	13,1	9,8	11,5	8,9*	9,5*	9,9*	5,4	:	:	14,3
17b	Persone che vivono in famiglie in cui nessun membro è occupato (età compresa fra 0 e 60 anni)	%	2002	8,9	12,9	:	8,9	7,2	6,2	9,8	8,5	8,5	5,6*	6,3*	6,5*	3,7	:	:	12,0
18	Quota di donne nei parlamenti nazionali	%	2001	23	23	38	32	9	28	10	13	11	17	35	28	20	37	44	18
19m	Tasso di occupazione - Uomini (cfr. nr. 7)	%	2001	73,0	68,2	80,2	72,6	70,8	70,9	70,3	76,4	68,5	74,8	82,8	76,7	76,9	70,9	73,0	78,3
19f	Tasso di occupazione - Donne (cfr. nr. 7)	%	2001	54,9	50,3	72,0	58,8	40,9	41,9	56,1	55,0	41,1	50,9	65,2	60,1	61,1	65,4	70,4	65,1
20	Differenziale retributivo di genere in forma non aggiustata	%	1999	84*	89	86	81	87	86*	88	78	91	82*	79	79	95	81	83	78
21am	Aspettativa di vita alla nascita - Uomini	Anni	2000	75,3	74,6	74,5	74,7	75,5	75,5	75,2	74,2	76,3	74,9	75,5	75,4	72,7	74,2	77,4	75,4
21af	Aspettativa di vita alla nascita - Donne	Anni	2000	81,4	80,8	79,3	80,7	80,6	82,7	82,7	79,2	82,4	81,3	80,5	81,2	79,7	81,0	82,0	80,2
21bm	Aspettativa di vita senza invalidità - Uomini	Anni	1996	63	65	62	63	67	65	60	64	67	61	63	62	59	56	:	61
21bf	Aspettativa di vita senza invalidità - Donne	Anni	1996	66	69	62	69	70	68	63	67	70	64	63	66	61	59	:	62
22at	Infortuni gravi sul lavoro - Totale (Indice (1998) = 100)		2000	99*	82-b	89	96	88	108	102	72	99	104	105	92	94*	89	111	111
22am	Infortuni gravi sul lavoro - Uomini (Indice (1998) = 100)		2000	98*	80-b	88	96	92	109	101	69	98	105	:	92	96*	89	113	109
22af	Infortuni gravi sul lavoro - Donne (Indice (1998) = 100)		2000	104*	101	99	99	76	113	111	88	104	100	:	93	93*	88	106	118
22b	Infortuni mortali sul lavoro (Indice (1998) = 100)		2000	79*	100	61	70	73	85	85	39	66	149*	115	100	79*	88	85	88

\* = Si veda il commento nel capitolo corrispondente. I dati possono riferirsi ad un anno diverso o essere limitati da altri fattori.

Nota: per le note di lettura per ciascun indicatore chiave, si veda a pag. 36

## Principali indicatori sociali per paese aderente/candidato

Nr. Indicatori chiave	Unità	Anno	EU-15	BG	CY	CZ	EE	HU	LV	LT	MT	PL	RO	SK	SI	TR
3	Tasso di dipendenza degli anziani	% 2001	24,3°	24,0	17,3	19,8	22,7	21,4°	22,6	20,2	18,1	17,8	19,6	16,5	20,2	:
4	Tasso migratorio netto per 1000 abitanti 2000	% 2001	3,1°	0,0	1,5	0,6	0,2	0,0	-0,8	0,0	3,5	-0,5	-0,2	0,3	1,4	:
5t	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione - Totale	% 2001	19,4	20,3	14,8	:	14,5	13,2	:	14,2	:	7,3	21,3	:	8,3	:
5m	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione - Uomini	% 2001	21,9	21,1	18,2	:	17,5	13,4	:	18,6	:	9,1	21,4	:	10,3	:
5f	Giovani che hanno lasciato prematuramente l'istruzione e che non seguono programmi di istruzione o formazione - Donne	% 2001	16,8	19,5	12,0	:	11,4	12,9	:	10,0	:	5,6	21,3	:	6,3	:
6t	Apprendimento permanente - Totale	% 2001	8,4	:	3,4	:	5,3	3,0	:	3,7	:	5,2	1,1	:	3,7	:
6m	Apprendimento permanente - Uomini	% 2001	7,9	:	3,4	:	4,0	2,5	:	2,4	:	4,6	1,1	:	3,4	:
6f	Apprendimento permanente - Donne	% 2001	8,9	:	3,4	:	6,3	3,5	:	4,9	:	5,9	1,0	:	4,0	:
7	Tasso di occupazione (cfr. nrs 19m & 19f)	% 2001	64,0	49,6	65,9°	65,1	61,3	56,5	58,7	60,1°	54,2	55,0°	62,4	56,8	63,8	50,6
8at	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Totale	% 2001	38,6	23,9	49,2°	37,1	48,4	24,1	36,9	41,6°	31,0	28,4°	48,2	22,4	25,5	34,1
8am	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Uomini	% 2001	48,7	34,2	67,3°	52,6	56,6	34,9	46,2	51,8°	52,5	36,7°	54,3	37,7	35,9	50,8
8af	Tasso di occupazione dei lavoratori anziani - Donne	% 2001	28,9	14,7	32,0°	23,2	42,1	15,3	30,0	33,9°	11,3	21,4°	42,9	9,8	15,8	18,4
8t	Età effettiva di pensionamento - Totale	Anni 2001	59,9	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8m	Età effettiva di pensionamento - Uomini	Anni 2001	60,5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
8f	Età effettiva di pensionamento - Donne	Anni 2001	59,1	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
9t	Tasso di disoccupazione - Totale	% 2001	7,4	19,6	4,5	8,0	12,3	5,7	12,8	16,1	6,8	18,6	6,8	19,7	6,0	8,5
9m	Tasso di disoccupazione - Uomini	% 2001	6,4	20,5	3,0	6,8	12,0	6,4	14,1	18,4	6,2	17,2	7,3	20,5	5,7	8,8
9f	Tasso di disoccupazione - Donne	% 2001	8,5	18,6	6,5	9,9	12,5	5,0	11,6	13,8	8,2	20,3	6,3	18,8	6,3	7,9
10	Rapporto disoccupazione giovanile/popolazione giovanile	%2000Q2	7,6	10,2	4,0	7,5	8,5	4,6	8,2	10,1	:	13,4	7,4	16,5	6,1	:
11t	Disoccupazione di lunga durata rate - Totale	% 2001	3,2	12,6	1,2°	4,3	6,2	2,6	7,4	8,1°	2,9	7,4°	3,3	11,3	3,7	2,4
11m	Disoccupazione di lunga durata rate - Uomini	% 2001	2,8	13,2	0,5°	3,5	6,8	3,0	8,3	9,9°	3,3	6,0°	3,5	11,3	3,5	:
11f	Disoccupazione di lunga durata rate - Donne	% 2001	3,9	11,9	2,1°	5,2	5,4	2,1	6,4	6,2°	1,7	9,1°	3,0	11,3	4,0	:
12	Spesa per la protezione sociale in percentuale del PIL	% 2000	27,3	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	20,0	26,6	:
13	Prestazioni di vecchiaia e superstiti in percentuale sul totale delle prestazioni sociali	% 2000	46,4	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	38,4	45,2	:
14	Spesa pubblica per politiche attive a favore del mercato del lavoro in percentuale del PIL	% 2000	0,681	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
15	Disuguaglianze nella distribuzione del reddito	Rapporto 1999	4,6*	3,6	4,4°	:	6,3°	:	5,1	5,0	4,5°	4,2	4,4	:	3,2	10,9°
16a	Rischio di povertà prima dei trasferimenti sociali	% 1999	24*	17	18°	:	26°	:	22	22	21°	28	22	:	18	26°
16b	Rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali	% 1999	15*	14	16°	:	18°	:	16	17	15°	15	16	:	11	23°
17a	Persone che vivono in famiglie in cui nessun membro è occupato (età compresa fra 0 e 65 anni)%2002	%2002	12,1	18,3	6,0	9,9	11,3	15,6*	11,8	11,2*	:	11,3°	11,1	12,9	8,1*	:
17b	Persone che vivono in famiglie in cui nessun membro è occupato (età compresa fra 0 e 60 anni)%2002	%2002	8,9	15,1	4,4	6,9	9,0	12,4*	9,0	8,1*	:	8,5°	9,0	10,6	5,4*	:
18	Quota di donne nei parlamenti nazionali	% 1998	23°	:	:	15	18	8	:	:	9	13	:	:	12	:
19m	Tasso di occupazione - Uomini (cfr. nr. 7)	% 2001	73,0	52,6	79,1°	73,3	65,5	63,4	61,9	61,9°	76,4	61,2°	67,8	62,0	68,6	74,3
19f	Tasso di occupazione - Donne (cfr. nr. 7)	% 2001	54,9	46,8	53,2°	57,0	57,3	49,8	55,7	58,5°	31,6	48,9°	57,1	51,8	58,8	26,7
20	Differenziale retributivo di genere in forma non aggiustata	% 1999	84	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21am	Aspettativa di vita alla nascita - Uomini	Anni 2000	75,3	68,5	75,3°	71,7	65,6	67,2	65,0	67,5	75,1	69,7	67,7	69,2	72,3	66,5°
21af	Aspettativa di vita alla nascita - Donne	Anni 2000	81,4	75,1	80,4°	78,4	76,4	75,7	76,1	77,7	79,3	77,9	74,6	77,4	79,7	71,2°
21bm	Aspettativa di vita senza invalidità - Uomini	Anni 1996	63	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
21bf	Aspettativa di vita senza invalidità - Donne	Anni 1996	66	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22at	Infortunati gravi sul lavoro - Totale	Indice (1998 = 100) 2000	99*	100-b	112	91	105	94	66	94	94	79	106	88	98	85
22am	Infortunati gravi sul lavoro - Uomini	Indice (1998 = 100) 2000	98*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22af	Infortunati gravi sul lavoro - Donne	Indice (1998 = 100) 2000	104*	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
22b	Infortunati mortali sul lavoro	Indice (1998 = 100) 2000	79*	100-b	46*	96	56	95	90	78	41*	97	103	71	83	68-b

**Note di lettura per ciascun indicatore chiave**

- 3 Nel 2001, nell'UE le persone di 65 anni o più rappresentavano il 24,3% della popolazione in età lavorativa (15-64 anni).
- 4 Nel 2001, il tasso migratorio netto nell'UE era di 3.1 per 1000 abitanti.
- 5t Nel 2001, nell'UE il 19.4% dei giovani di età compresa tra 18 e 24 anni ha abbandonato gli studi in possesso solo di un diploma di istruzione media inferiore.
- 6t Nel 2001, nell'UE, l'8.4% della popolazione in età 25-64 anni ha partecipato a programmi di istruzione/formazione (nelle ultime quattro settimane).
- 7 Nel 2001, il 64.0% della popolazione dell'UE fra 15 e 64 anni era occupato.
- 8at Nel 2001, il 38.6% della popolazione dell'UE fra 55 e 64 anni era occupato.
- 8bt Nel 2001, l'età media effettiva di uscita dal mercato del lavoro era di 59,9 anni.
- 9t Nel 2001 il 7.4% della popolazione attiva dell'UE (persone che hanno o cercano un lavoro) era stato disoccupato per almeno un anno.
- 10 Nel 2000 il 7.3% della popolazione dell'UE fra 15 e 24 anni era stato disoccupato nel secondo trimestre del 2001.
- 11t Nel 2001 il 3.2% della popolazione attiva dell'UE (persone che hanno o cercano un lavoro) era stato disoccupato per almeno un anno.
- 12 Nel 2000, nell'UE la spesa per la protezione sociale rappresentava il 27.3% del prodotto interno lordo (PIL).
- 13 In tutta l'Unione, la quota più significativa della spesa per la protezione sociale era rappresentata dalle prestazioni pensionistiche (vecchiaia e superstiti), con il 46.4% del totale delle prestazioni nel 2000.
- 14 Nel 2000, la spesa pubblica per politiche attive a favore del mercato del lavoro era pari allo 0,681% del PIL.
- 15 In media negli Stati membri dell'UE, nel 1999 il 20% più ricco della popolazione possedeva una quota di 4,6 volte superiore del reddito nazionale del proprio Stato membro rispetto al 20% più povero della popolazione dello stesso Stato membro.
- 16a Nell'UE, senza i trasferimenti sociali, il 24 % della popolazione avrebbe vissuto, nel 1999, sotto la soglia di povertà.
- 16b Nel 1999 nell'UE, dopo i trasferimenti sociali, il 15 % della popolazione viveva ancora sotto la soglia di povertà.
- 17a Nell'UE, il 12,1 % della popolazione di età compresa fra 0 e 65 anni viveva in famiglie in cui nessun membro era occupato (fatta eccezione per le persone che vivevano in famiglie in cui tutti i membri avevano un'età inferiore a 18 anni, oppure compresa fra 18 e 25 anni che seguiva un'istruzione, oppure uguale o superiore a 65 anni e non più attiva nel mercato del lavoro.)
- 18 Nell'UE, il 23% dei seggi nei parlamenti nazionali (o camere) erano occupati da donne nel 2001.
- 19 Il 73.0% della popolazione maschile e il 54.9 % della popolazione di età compresa fra 15 e i 64 anni era occupato nel 2001.
- 20 Nel 1999, nell'UE la retribuzione media oraria lorda delle donne era pari all'84% di quella degli uomini. La statistica prende in esame tutti i lavoratori dipendenti retribuiti tra i 16 e il 64 anni di età che lavorano per almeno 5 ore settimanali.
- 21a L'aspettativa media di vita alla nascita di un cittadino dell'UE era di 75,3 anni (uomini) e di 81,4 donne nel 2000.
- 21b In media, i cittadini dell'UE hanno una speranza di vita senza invalidità sino a 63 anni (uomini) e a 66 anni (donne) (dati del 1996).
- 22at Nell'UE, in 2000 l'incidenza degli infortuni gravi sul lavoro (che comportano più di tre giorni di assenza) è diminuita dell'1 ogni 100 000 occupati rispetto al 1998.
- 22b Nell'UE, in 2000 gli infortuni mortali sul lavoro sono diminuiti del 21 % ogni 100 000 occupati rispetto al 1998.

## Punti vendita Eurostat

### Belgique/België

#### **Eurostat Data Shop Bruxelles/Brussel**

Planistat Belgique  
Rue du Commerce 124  
Handelsstraat 124  
B-1000 Bruxelles/Brussel  
Tél. (32-2) 234 67 50  
Fax (32-2) 234 67 51  
E-mail: [datashop@planistat.be](mailto:datashop@planistat.be)  
URL: <http://www.datashop.org/>

Lingue:  
ES, DE, EN, FR

### France

#### **INSEE Info service**

Eurostat Data Shop  
195, rue de Bercy  
Tour Gamma A  
F-75582 Paris Cedex 12  
Tél. (33) 1 53 17 88 44  
Fax (33) 1 53 17 88 22  
E-mail: [datashop@insee.fr](mailto:datashop@insee.fr)  
Member of the MIDAS Net

Lingue:  
FR

### Danmark

#### **DANMARKS STATISTIK**

Bibliotek og Information  
Eurostat Data Shop  
Sejrøgade 11  
DK-2100 København Ø  
Tlf. (45) 39 17 30 30  
Fax (45) 39 17 30 03  
E-mail: [bib@dst.dk](mailto:bib@dst.dk)  
Internet: <http://www.dst.dk/bibliotek>

Lingue:  
DA, EN

### Italia - Roma

#### **ISTAT**

Centro di informazione statistica  
— Sede di Roma  
Eurostat Data Shop  
Via Cesare Balbo, 11a  
I-00184 Roma  
Tel. (39) 06 46 73 31 02/06  
Fax (39) 06 46 73 31 01/07  
E-mail: [dipdiff@istat.it](mailto:dipdiff@istat.it)  
Member of the MIDAS Net

Lingue:  
IT

### Deutschland

#### **Statistisches Bundesamt**

Eurostat Data Shop Berlin  
Otto-Braun-Straße 70-72  
(Eingang: Karl-Marx-Allee)  
D-10178 Berlin  
Tel. (49) 1888-644 94 27/28  
Fax (49) 1888-644 94 30  
E-Mail: [datashop@destatis.de](mailto:datashop@destatis.de)  
URL: <http://www.eu-datashop.de/>

Lingue:  
DE, EN

### Italia - Milano

#### **ISTAT**

Ufficio regionale per la Lombardia  
Eurostat Data Shop  
Via Fieno, 3  
I-20123 Milano  
Tel. (39) 02 80 61 32 460  
Fax (39) 02 80 61 32 304  
E-mail: [mileuro@tin.it](mailto:mileuro@tin.it)  
Member of the MIDAS Net

Lingue:  
IT

### España

#### **INE**

Eurostat Data Shop  
Paseo de la Castellana, 183  
Despacho 011B  
Entrada por Estébanez Calderón  
E-28046 Madrid  
Tel. (34) 91 583 91 67 / 91 583 95 00  
Fax (34) 91 583 03 57  
E-mail: [datashop.eurostat@ine.es](mailto:datashop.eurostat@ine.es)  
URL: <http://www.datashop.org/>  
Member of the MIDAS Net

Lingue:  
ES, EN, FR

### Luxembourg

#### **Eurostat Data Shop Luxembourg**

46A, avenue J.F. Kennedy  
B.P. 1452  
L-1014 Luxembourg  
Tél. (352) 43 35-2251  
Fax (352) 43 35-2221  
E-mail: [dslux@eurostat.datashop.lu](mailto:dslux@eurostat.datashop.lu)  
URL: <http://www.datashop.org/>  
Member of the MIDAS Net

Lingue:  
ES, DE, EN, FR,IT

**Nederland**

**STATISTICS NETHERLANDS**

Eurostat Data Shop — Voorburg  
Postbus 4000  
2270 JM Voorburg  
Nederland  
Tel. (31-70) 337 49 00  
Fax (31-70) 337 59 84  
E-mail: datashop@cbs.nl

Lingue:  
EN, NL

**Portugal**

**Eurostat Data Shop Lisboa**

INE/Serviço de Difusão  
Av. António José de Almeida, 2  
P-1000-043 Lisboa  
Tel. (351) 21 842 61 00  
Fax (351) 21 842 63 64  
E-mail: data.shop@ine.pt

Lingue:  
EN, FR, PT

**Suomi/Finland**

**STATISTICS FINLAND**

Eurostat DataShop Helsinki  
Tilastokirjasto  
PL 2B  
FIN-00022 Tilastokeskus  
Työpajakatu 13 B, 2. Kerros, Helsinki  
P. (358-9) 17 34 22 21  
F. (358-9) 17 34 22 79  
Sähköposti: datashop@stat.fi  
URL: <http://tilastokeskus.fi/tk/kk/datashop/>

Lingue:  
EN, FI, SV

**Sverige**

**STATISTICS SWEDEN**

Information service  
Eurostat Data Shop  
Karlavägen 100  
Box 24 300  
S-104 51 Stockholm  
Tfn (46-8) 50 69 48 01  
Fax (46-8) 50 69 48 99  
E-post: infoservice@scb.se  
Internet: <http://www.scb.se/tjanster/datashop/datashop.asp>

Lingue:  
EN, SV

**United Kingdom**

**Eurostat Data Shop**

Office for National Statistics  
Room 1.015  
Cardiff Road  
Newport  
South Wales  
NP10 8XG  
UK  
Tel: (44) 1633 813369  
Fax: (44) 1633 813333  
E-mail: eurostat.datashop@ons.gov.uk

Lingue:  
EN

**Norge**

**Statistics Norway**

Library and Information Centre  
Eurostat Data Shop  
Kongens gate 6  
Boks 8131 Dep.  
N-0033 Oslo  
Tel. (47) 21 09 46 42/43  
Fax (47) 21 09 45 04  
E-mail: Datashop@ssb.no

Lingue:  
EN, NO

**Schweiz/Suisse/  
Svizzera**

**Statistisches Amt des Kantons Zürich**

Eurostat Data Shop  
Bleicherweg 5  
CH-8090 Zürich  
Tel. (41) 1 225 12 12  
Fax (41) 1 225 12 99  
E-mail: datashop@statistik.zh.ch  
Internet: <http://www.statistik.zh.ch>

Lingue:  
DE, EN

**USA**

**HAVER ANALYTICS**

Eurostat Data Shop  
60 East 42nd Street  
Suite 3310  
New York, NY 10165  
Tel. (1-212) 986 93 00  
Fax (1-212) 986 69 81  
E-mail: eurodata@haver.com

Lingue:  
EN

**Home page di Eurostat**  
[www.europa.eu.int/comm/eurostat/](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat/)