

Parere sulla comunicazione della Commissione e proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la promozione della salute, informazione, educazione e formazione, nel quadro dell'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica⁽¹⁾

(95/C 102/07)

Il Consiglio, in data 20 settembre 1994, ha deciso conformemente al disposto dell'articolo 129 del Trattato che istituisce la Comunità economica europea, di consultare il Comitato economico e sociale in merito alla comunicazione e alla proposta di cui sopra.

La Sezione « Ambiente, salute pubblica e consumo », incaricata di preparare i lavori in materia, ha formulato il parere sulla base del rapporto introduttivo del relatore Colombo in data 29 novembre 1994.

Il Comitato economico e sociale ha adottato all'unanimità, il 25 gennaio 1995, nel corso della 322^a sessione plenaria, il seguente parere.

1. Premessa

1.1. La proposta risponde agli obiettivi concernenti la protezione della salute indicati dagli articoli 3 o) e 129 del Trattato che istituisce la Comunità europea, e si inserisce coerentemente nel quadro definito dalla Comunicazione della Commissione sulla sanità pubblica⁽²⁾, dalla Risoluzione del Consiglio del 27 maggio 1993 relativa all'azione futura nel campo della sanità pubblica⁽³⁾, nonché da una serie di recenti risoluzioni del Parlamento europeo.

1.2. Come già sottolineato nel parere sulla Comunicazione quadro⁽⁴⁾, il Comitato condivide la necessità di un'azione comunitaria nel campo della salute pubblica, e reputa fondamentale l'iniziativa nel campo della prevenzione delle malattie, della diffusione di informazioni sulla salute e di educazione alla salute. Ritene infatti che una coerente azione di prevenzione fondata sul miglioramento delle abitudini e dello stile di vita possa non solo favorire la qualità della vita dei cittadini e il loro diritto alla salute, ma contribuire anche ad affrontare meglio il problema del contenimento del costo delle cure mediche e dell'assistenza, problema di grande attualità in tutti gli Stati membri.

1.3. In effetti l'educazione e l'informazione possono contribuire ad uno stile di vita più sano, prevenendo l'incidenza di talune malattie, nonché favorire un uso più oculato dei medicinali e delle strutture sanitarie in modo da garantire una relazione ottimale tra prevenzione e cura.

1.4. Va rilevato che finora le risorse destinate dagli Stati membri a questa voce sono irrisorie in rapporto alla spesa sanitaria e che uno stimolo comunitario in

questa direzione, valorizzando le esperienze esistenti, potrebbe costituire un utile contributo ad una migliore utilizzazione delle risorse.

1.5. Il Comitato richiama altresì l'attenzione sulle conseguenze della libera circolazione in Europa in campo sanitario e sulla necessità di un migliore coordinamento in materia di prevenzione e informazione.

1.6. Per una serie di considerazioni generali il Comitato rinvia al parere già citato sulla comunicazione quadro, compiacendosi che con questo programma si proceda sulla base dell'interpretazione dell'articolo 129 che tale parere auspicava⁽⁴⁾.

2. Principi e obiettivi dell'azione comunitaria

2.1. Il Comitato condivide la posizione della Commissione, secondo cui la futura azione comunitaria nel campo della salute pubblica deve tenere conto del principio di sussidiarietà e del requisito della proporzionalità. Il Comitato sottolinea il ruolo propulsore che la Comunità deve svolgere in termini di creazione di valore aggiunto rispetto alle iniziative a livello nazionale e locale al fine di garantire un alto livello di protezione della salute dei cittadini europei.

2.1.1. In tale contesto occorre considerare che, talvolta, le differenze tra gli Stati membri, per ciò che attiene alle condizioni geografiche e climatiche, agli stili di vita, alla cultura, alle condizioni sociali e all'ambiente, sono talmente rilevanti, che, in linea generale, la Comunità non potrà imporre requisiti particolareggiati. Le attività devono perciò essere selezionate sulla base di una valutazione e dovrebbero produrre un plusvalore comunitario in termini di ottimizzazione del rapporto fra costi e benefici.

2.1.2. Il requisito della proporzionalità (cfr. Relazione punto 4) non deve essere inteso in senso meccanicistico, ma trovare adeguati correttivi in modo da compensare

(1) GU n. C 252 del 9. 9. 1994, pag. 3.

(2) Doc. COM(93) 559 def.

(3) GU n. C 174 del 25. 6. 1993.

(4) GU n. C 388 del 31. 12. 1994, pag. 3.

le regioni e i gruppi in condizioni sfavorite, sia perché maggiormente esposti, sia perché con meno risorse da destinare alla prevenzione, all'educazione, alla formazione.

2.1.3. Il principio della sussidiarietà è un criterio di valutazione costantemente presente nella selezione delle azioni comunitarie. La diversità socioeconomica e la scarsità di risorse destinate alla prevenzione, soprattutto nelle regioni meno favorite, suggeriscono però di intendere tale principio in senso costruttivo, come stimolo ed incentivo per un più incisivo ed efficace intervento da parte degli Stati membri.

2.2. La Commissione pertanto dovrebbe costituire un'ideale struttura per l'elaborazione di dati ed indicatori sanitari, che permettano di meglio comprendere l'impatto dei differenti fattori, stile di vita, comportamenti individuali, condizioni ambientali e condizioni socioeconomiche (cfr. punto 5 e 7), e fornire una Banca Dati cui possono accedere gli Stati e ogni organismo operante per la promozione della salute, operando in stretta collaborazione con Eurostat.

2.3. La proposta in corso di adozione alla Commissione concernente l'armonizzazione degli indicatori sanitari dovrebbe contribuire a tali sviluppi.

2.4. La Commissione dovrebbe altresì farsi direttamente promotrice, attraverso idonee strutture, per l'organizzazione e la gestione di progetti pilota nazionali e transnazionali, con il coinvolgimento di organizzazioni non governative rappresentanti tutte le parti interessate e associazioni scientifiche o di formazione operanti nel contesto europeo. Si ritiene in particolare che le associazioni scientifiche europee e nazionali operanti nel campo della salute debbano essere prioritariamente coinvolte, offrendo loro un ruolo attivo per la formazione degli operatori sanitari e, a cascata, per l'educazione dei cittadini.

2.5. La Commissione dovrebbe organizzare un adeguato network, anche telematico, con gli opportuni organismi nazionali e regionali, per disseminare l'informazione su esperienze, materiali educativi, azioni di successo presso tutti gli operatori locali comunitari, incoraggiando in tal modo la cooperazione fra Stati membri.

2.6. Il Comitato raccomanda infine che le azioni promosse siano fondate su una solida base scientifica, siano valutate in termini di costi-benefici, e che particolare attenzione sia accordata alla fondatezza dei messaggi divulgati al pubblico evitando semplificazioni e distorsioni unilaterali.

3. Il programma di azione comunitaria

3.1. *Informazione sulla salute*

3.1.1. Si ritiene necessario non un semplice « sostegno » alla progettazione di campagne e alla creazione di una infrastruttura europea, ma un intervento diretto di stimolo della Commissione per la messa in opera di una rete di riferimento e di circolazione delle esperienze.

3.1.2. Un importante valore aggiunto può provenire in effetti dalla valutazione dei risultati delle esperienze pilota condotte nei vari Stati membri.

3.2. *Educazione alla salute*

3.2.1. Il Comitato è interamente d'accordo con la Commissione quanto alla necessità di accordare particolare attenzione alle attività di promozione della salute e di educazione alla salute.

3.2.2. Esso caldeggia la costituzione di una Rete europea delle scuole di promozione della salute, (punto 4 del Programma d'azione)⁽¹⁾, e suggerisce che analoghe reti siano costituite tra le associazioni scientifiche e mediche nonché tra le associazioni non governative rappresentanti tutte le parti interessate per coinvolgerle nella diffusione di programmi di formazione, di educazione alla salute, nei progetti dimostrativi, nell'allestimento di materiale didattico.

3.2.3. La Commissione dovrebbe coordinare le attività previste nel presente programma con quanto già attivato nel campo delle grandi malattie o delle affezioni specifiche (cancro, droga, AIDS e altre malattie trasmissibili) onde creare le opportune sinergie e un'azione più efficace e mirata verso gruppi specifici della popolazione (ad esempio: minoranze etniche, donne educatrici, ecc.). In tale quadro importanza particolare va accordata ai diritti dei pazienti, in quanto elemento fondamentale per l'efficacia dell'educazione alla salute.

3.3. *La formazione professionale nel campo della salute*

3.3.1. Il Comitato auspica una politica adeguatamente finanziata per gli scambi di studenti e di personale insegnante, in collegamento anche con attività di ricerca svolte nell'ambito del IV Programma Quadro (attività I per la telematica e la biomedicina; attività IV) (cfr. punto 7).

3.3.2. Il sostegno agli operatori sanitari per la diagnosi precoce (punto 9) dovrebbe essere allargato a tutti i settori di rischio di malattia (cancro, AIDS, malattie mentali, malattie cardiovascolari, ecc.) e non limitato all'alcolismo.

⁽¹⁾ Rete costituita in cooperazione con il Consiglio d'Europa e l'OMS per un nuovo approccio all'educazione sanitaria nelle scuole.

3.3.3. Il Comitato riconosce e condivide l'importanza della questione dell'automedicazione, in grande sviluppo in alcuni Stati membri e reputa essenziale fornire un'informazione adeguata per un ricorso ed un'utilizzazione consapevole dei medicinali non soggetti a prescrizione. Ritiene tuttavia che tale azione vada inquadrata nella formazione professionale degli operatori sanitari al fine della prevenzione degli usi distorti.

3.4. Azioni specifiche di prevenzione

3.4.1. Le azioni delineate ai punti 10 e 11 sono condivisibili, ma risultano genericamente espresse. Il Comitato ritiene opportuno valorizzare e diffondere gli studi esistenti e futuri sulle abitudini alimentari della popolazione e sulla nutrizione equilibrata per la protezione della salute e in relazione all'eziologia della malattia. Questo vale altresì per gli studi su altri aspetti dello stile di vita e del comportamento individuale. Tale azione di diffusione è da svolgersi col sostegno diretto della Commissione.

3.4.2. Per quanto riguarda il punto 12, la sua formulazione deve essere migliorata, trattandosi di un programma centrato sulla prevenzione piuttosto che sulle cure sanitarie. È evidente che un'utilizzazione consapevole dei medicinali e delle cure sanitarie può essere intesa anch'essa in senso preventivo, e che medici generici e farmacisti, anche attraverso le loro associazioni di categoria, devono essere implicati in programmi di informazione e di educazione concepiti a tale scopo.

3.4.3. Il Comitato invita pertanto a meglio formulare questo punto alla luce delle considerazioni di cui sopra, nonché di quanto affermato al punto 1.3.

3.5. Strutture e strategie

3.5.1. Il Comitato condivide i punti evidenziati dal programma, suggerendo che la Commissione crei al suo interno adeguate strutture di coordinamento per organizzare e gestire quanto previsto dal programma.

3.5.2. Per quanto concerne il comitato consultivo previsto all'articolo 5, il Comitato ribadisce quanto sottolineato nei precedenti pareri sulla necessità di coinvolgere nella consultazione tutte le parti interessate, ed in particolare i partner socio-economici.

4. Aspetti finanziari

4.1. Il Comitato ritiene l'importo medio di 7 milioni di ECU inadeguato per gestire un programma d'azione così impegnativo e importante per la qualità della vita dei cittadini, anche in considerazione della «parte modesta delle spese globali per la sanità degli Stati membri» destinata alla promozione della salute (9.2.). È evidente che trattandosi di un nuovo campo di iniziativa andrà rapidamente valutato il rapporto costi-benefici in modo che si possa ottenere un incremento di risorse a fronte del conseguimento di risultati positivi.

4.2. Il Comitato invita pertanto la Commissione ad individuare ogni sinergia possibile con altri programmi già finanziati, ad attuare ogni collegamento possibile con altre linee di bilancio, in particolare con le attività di ricerca finanziate nell'ambito del IV Programma quadro, a definire le priorità di azione su cui concentrare le risorse e anticipare i tempi di realizzo.

4.3. Suggestisce al riguardo che il Comitato economico sociale possa disporre non solo della relazione intermedia e della relazione generale a conclusione del programma, ma anche dei documenti rilevanti relativi alle misure da adottare.

Bruxelles, 25 gennaio 1995.

Il Presidente

del Comitato economico e sociale

Carlos FERRER
