

Giovedì 11 marzo 2004

membri a trovare rapidamente un accordo su un modello di contratto per la trasmissione dei dati e sul recepimento della direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati ⁽¹⁾;

41. rileva che delle quattro libertà del mercato interno la libera circolazione dei lavoratori è quella meno sviluppata e che scarsa è l'ambizione per quanto concerne l'aumento della mobilità della forza lavoro nell'UE allargata in condizioni di buona qualità, sebbene si tratti di una risposta chiave all'invecchiamento della popolazione europea;

42. invita la Commissione a rafforzare le reti EURES, a organizzarle quale effettivo servizio di collocamento transfrontaliero, a promuovere un chiaro collegamento con un meccanismo per la soluzione dei problemi rapido e accessibile, il SOLVIT, cui i cittadini e le imprese possano ricorrere, e a stimolare le attività del SOLVIT nel settore dei problemi connessi alla mobilità transfrontaliera della forza lavoro (ad esempio qualifiche o sicurezza sociale);

43. concorda sul fatto che è altamente auspicabile l'attuazione completa e tempestiva della direttiva sui fondi pensione, dato che il consentire a società multinazionali di gestire singoli fondi pensione che coprano tutta l'UE agevolerà la mobilità transfrontaliera dei lavoratori, rafforzando così un elemento importante della dimensione sociale;

44. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione nonché ai governi degli Stati membri.

⁽¹⁾ GU L 281 del 23.11.1995, pag. 31.

P5_TA(2004)0184

Assistenza sanitaria e assistenza agli anziani

Risoluzione del Parlamento europeo sulla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni relativa alla proposta di relazione comune su «Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale» (COM(2002) 774 — C5-0408/2003 — 2003/2134(INI))

Il Parlamento europeo,

- vista la comunicazione della Commissione (COM(2002) 774) — C5-0408/2003),
- vista la relazione comune della Commissione e del Consiglio sulle strategie di sostegno nazionali per l'avvenire dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani, approvata nelle sessioni del 6 e 7 marzo 2003 sia dal Consiglio «Occupazione, politica sociale, sanità e protezione dei consumatori» che dal Consiglio «Economia e finanze»,
- viste le conclusioni del Consiglio europeo riunito il 20 e 21 marzo 2003 a Bruxelles, nonché le conclusioni dei precedenti Consigli europei di Lisbona, Göteborg e Barcellona, in materia di servizi sanitari e assistenza a lungo termine agli anziani,
- vista la sua risoluzione del 15 gennaio 2003 sulla comunicazione della Commissione dal titolo «Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: Garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria» ⁽¹⁾,
- vista la sua risoluzione del 16 febbraio 2000 sulla comunicazione della Commissione concernente una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale ⁽²⁾,

⁽¹⁾ GU C 38 E del 12.2.2004, pag. 269.

⁽²⁾ GU C 339 del 29.11.2000, pag. 154.

Giovedì 11 marzo 2004

- vista la raccomandazione 92/442/CEE del Consiglio, del 27 luglio 1992, relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale ⁽¹⁾,
 - vista la sua risoluzione del 15 dicembre 2000 sulla comunicazione della Commissione dal titolo «Verso un'Europa di tutte le età — Promuovere la prosperità e la solidarietà fra le generazioni» ⁽²⁾,
 - vista la comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo dal titolo «La risposta dell'Europa all'invecchiamento della popolazione mondiale — Promuovere il progresso economico e sociale in un mondo che invecchia — Un contributo della Commissione europea alla seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento» (COM(2002) 143),
 - vista la sua risoluzione del 9 marzo 1999 sulla comunicazione della Commissione concernente la situazione della salute delle donne nella Comunità europea ⁽³⁾,
 - vista la sua risoluzione del 16 novembre 2000 sull'assicurazione malattia integrativa ⁽⁴⁾,
 - viste le conclusioni del Consiglio «Sanità» del 19 luglio 2002 ⁽⁵⁾ sulla mobilità dei pazienti e la relazione del processo di riflessione ad alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea, dell'8 dicembre 2003,
 - vista la comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni dal titolo «Potenziare la dimensione sociale della strategia di Lisbona: razionalizzare il coordinamento aperto nel settore della protezione sociale» (COM(2003) 261),
 - visti il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità ⁽⁶⁾ e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 ⁽⁷⁾, che ne stabilisce le modalità di applicazione, attualmente oggetto di revisione,
 - vista la decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) ⁽⁸⁾
 - visti la Convenzione europea sui diritti umani e le libertà fondamentali, l'articolo 5 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, l'articolo 7 della Convenzione internazionale sui diritti civili e politici nonché la .Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti,
 - visti l'articolo 47, paragrafo 2 e l'articolo 163 del suo regolamento,
 - visti la relazione della commissione per l'occupazione e gli affari sociali e il parere della commissione per i diritti della donna e le pari opportunità (A5-0098/2004),
- A. considerando che i sistemi sanitari nell'Unione europea si basano sui principi di solidarietà, equità e universalità al fine di garantire a chiunque sia malato o non autonomo un'assistenza di qualità elevata e rispondente ai bisogni, a prescindere dal reddito, dal patrimonio e dall'età,

⁽¹⁾ GU L 245 del 26.8.1992, pag. 49.

⁽²⁾ GU C 232 del 17.8.2001, pag. 381.

⁽³⁾ GU C 175 del 21.6.1999, pag.68.

⁽⁴⁾ GU C 223 dell'8.8.2001, pag. 339.

⁽⁵⁾ GU C 183 dell'1.8.2002, pag. 1.

⁽⁶⁾ GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2, modificato da ultimo dal regolamento (CE) n. 118/97 (GU L 28 del 30.1.1997, pag. 1).

⁽⁷⁾ GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1.

⁽⁸⁾ GU L 271 del 9.10.2002, pag. 1.

Giovedì 11 marzo 2004

- B. considerando che la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea riconosce il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale, culturale e lavorativa, nonché il diritto di ogni individuo ad avere accesso all'assistenza sanitaria e alle cure mediche,
- C. considerando che la prevenzione costituisce un elemento centrale di una politica sanitaria a lungo raggio e che misure sistematiche di prevenzione aumentano la speranza di vita, riducono le differenze sociali nelle attese in campo sanitario, impediscono la diffusione di patologie croniche e che quindi diventa possibile risparmiare costi di terapie,
- D. considerando che i sistemi sanitari nell'Unione si trovano a dover affrontare sfide comuni, a seguito del progresso delle tecnologie mediche, dell'evoluzione demografica e della crescente domanda di servizi sanitari e di medicinali,
- E. considerando che la strategia e il programma d'azione della Comunità europea in materia di sanità pubblica (2003-2008) offrono un approccio integrato alle politiche della sanità e all'assistenza sanitaria basato, tra le altre cose, sulla promozione della salute e sulla prevenzione primaria, sull'eliminazione delle fonti di rischio per la salute, sull'inclusione di un elevato livello di protezione della salute nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche settoriali e sul superamento delle disuguaglianze in quanto fonte di problemi di salute,
- F. considerando che, sebbene l'organizzazione e il finanziamento dei sistemi sanitari continuino a rientrare nelle competenze degli Stati membri, occorre potenziare con urgenza la cooperazione nel settore dell'assistenza sanitaria e delle cure di lunga durata, per poter sostenere con efficacia gli Stati membri impegnati nelle riforme, attraverso uno scambio strutturato di informazioni, esperienze e prassi consolidate,
- G. considerando che, anche alla luce della giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee, si verificherà un aumento della mobilità dei pazienti e del ricorso a prestazioni sanitarie transfrontaliere e che tale evoluzione, associata al consolidamento del mercato interno, avrà sempre maggiori ripercussioni sui sistemi sanitari nazionali, i cui fondamenti e obiettivi non dovranno essere compromessi,
- H. considerando che la Corte di giustizia a più riprese ha riconosciuto il diritto dei pazienti, pur operando una distinzione tra cure ospedaliere e non, di beneficiare di un rimborso nel caso di cure mediche dispensate in un altro Stato membro ed ha così favorito l'esercizio di questo diritto ad alcune condizioni volte in particolare a garantire l'equilibrio finanziario e la sicurezza sociale, sempre con l'obiettivo di assicurare un elevato livello di tutela della salute⁽¹⁾,
- I. considerando che la promozione di un elevato livello di protezione sociale è un obiettivo permanente dell'Unione e che una cooperazione più efficace nel settore dell'assistenza sanitaria e delle cure di lunga durata contribuisce ad una modernizzazione sostenibile del modello sociale europeo e ad una maggiore coesione sociale,
- J. considerando che l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata sono servizi d'interesse generale per i quali occorre privilegiare il principio della solidarietà,

⁽¹⁾ Nella sentenza Müller-Fauré-van Riet (Causa C-385/99 del 13 maggio 2003, Raccolta 2003, I 4509) la Corte si è pronunciata sulla questione dell'autorizzazione al rimborso nel caso di cure prestate in un altro Stato membro. Tale sentenza fa seguito ad una serie di altre sentenze rese dalla Corte su tale argomento dal 1998. Va ricordato che la Corte si è nuovamente pronunciata al riguardo nella causa Inizan.

La sentenza Kohll, causa C-158/96 del 28.4.98, Raccolta 1998, pag. I-1931, Sentenza Decker, causa C-120/95 del 28.4.98, Raccolta 1998 pag. I-1831, Sentenza Smits e Peerbooms, causa C-157/99 del 12.7.01, Raccolta 2001 pag. I-5473, Sentenza Vanbraekel, causa C-368/98 del 12.07.01, Raccolta 2001 pag. I-5363. La Causa Patricia Inizan/Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts de Seine, causa C-56/01 del 23.10.03 (non ancora pubblicata). E' alla luce dell'insieme di questa giurisprudenza che devono essere considerati i quesiti posti alla Commissione.

Giovedì 11 marzo 2004

- K. considerando che, a seguito dell'invecchiamento della popolazione, si dovranno fare i conti con un numero molto più elevato di persone anziane, il che comporterà un aumento delle malattie croniche, come il morbo di Alzheimer o altre forme di demenza, che non richiedono necessariamente cure mediche intensive, ma un'assistenza prolungata molto impegnativa e che pertanto in futuro acquisterà rilevanza anche la medicina palliativa,
- L. considerando che l'assistenza a lungo termine costituisce un notevole rischio sociale per gli assistiti e/o i loro familiari e che in non pochi Stati membri gli appositi meccanismi di protezione sociale o sono relativamente recenti ovvero si trovano soltanto in fase di predisposizione,
- M. considerando che l'assistenza domiciliare prestata da un servizio professionale di assistenza mobile, da un familiare o da un'altra persona, oltre a consentire all'assistito di rimanere a casa propria, ha il vantaggio di essere fornita da persone con le quali egli ha un rapporto di familiarità; che questa forma di assistenza di lunga durata è relativamente economica ma che occorre garantire un adeguato sostegno sociale e formativo, finanziario e psicologico nonché un sistema per dare temporaneamente il cambio ai familiari e ai vicini che prestano assistenza, oltre alla disponibilità di servizi di assistenza mobili,
- N. considerando che le donne che lavorano sono spesso gravate da un doppio onere a motivo dell'attività di cura e di assistenza dei propri familiari prestata oltre all'attività lavorativa e che la cura e l'assistenza delle persone che ne hanno bisogno comportano un grande impegno di natura fisica e psichica,
- O. considerando che le donne nell'UE raggiungono, secondo uno studio del 2000, una quota del 63 % nella fascia d'età compresa tra i 75 e gli 84 anni e una quota del 72 % nella fascia d'età oltre gli 85 anni, ragion per cui saranno in particolare le donne, in veste di prestatrici e poi di beneficiarie di cure ed assistenza, a essere interessate, a lungo termine, dai problemi legati all'assistenza sanitaria e alle cure di lunga durata,
- P. riconoscendo che i cambiamenti nella composizione del nucleo familiare potrebbero rendere questa forma di assistenza da parte della famiglia meno possibile in futuro,
- Q. considerando che la disponibilità di assistenza professionale sta diventando sempre più importante perché in futuro le persone dipendenti avranno meno familiari che oltretutto spesso vivono lontano o svolgono un'attività lavorativa,
- R. considerando che il settore socio-sanitario e di cura rappresenta uno dei più importanti settori occupazionali e con forte crescita nell'Unione europea,
- S. considerando che l'utilizzo di letti gabbia negli istituti psichiatrici e nelle case di cura è riconosciuto come una contravvenzione diretta delle norme internazionali in materia di cure alle persone con problemi di salute mentale e/o disabilità intellettuali,
- T. considerando che il problema può essere più grave nelle zone rurali e di montagna, in cui un numero maggiore di anziani può scegliere di vivere,
1. si compiace della cooperazione avviata tra gli Stati membri nel settore dell'assistenza sanitaria e delle cure di lunga durata; conferma il proprio sostegno ai tre obiettivi principali, vale a dire accesso all'assistenza per tutti, indipendentemente dal livello di reddito o di ricchezza, grado elevato di qualità e sostenibilità finanziaria;
2. invita la Commissione e gli Stati membri a tenere maggiormente conto dell'importanza della prevenzione e della promozione sanitaria al momento della definizione degli obiettivi e degli indicatori comuni;
3. sottolinea che i grandi «killer» (come il cancro e le malattie cardiovascolari), insieme alle gravi malattie menomanti (quali i disturbi muscolo-scheletrici e altre affezioni croniche collegate al lavoro, i problemi di salute risultanti da diete poco sane, droghe, degrado ambientale e attività fisica ridotta) potrebbero

Giovedì 11 marzo 2004

essere notevolmente ridotti mediante politiche di prevenzione intersettoriali e il miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro;

4. rileva che, stante il crescente aumento delle malattie molto diffuse occorre annettere alla prevenzione ed alla promozione sanitaria la stessa rilevanza riconosciuta alla terapia ed alla riabilitazione visto che senza una maggiore prevenzione e promozione sanitaria la medicina curativa non sarà in grado di far fronte al crescente numero di affezioni; ritiene che per giungere alla sostenibilità finanziaria sia necessario esaminare a fondo l'enorme potenziale di riduzione dei costi delle strategie preventive invece di limitarsi ad operare tagli nei sistemi sanitari degli Stati membri; sollecita lo sviluppo delle offerte di prevenzione per le scuole, le aziende e l'intera popolazione nonché l'introduzione di programmi nazionali di prevenzione delle malattie a larga diffusione;

5. si compiace del potenziamento della dimensione sociale nell'ambito del processo di Lisbona; ritiene che la creazione di un quadro integrato e un coordinamento più funzionale nel settore della protezione sociale diano la possibilità di mettere in evidenza l'importanza socioeconomica della dimensione sociale della protezione in quanto tale, rispetto al coordinamento delle politiche economiche e occupazionali;

6. sollecita gli Stati membri e i paesi di prossima adesione a rafforzare le proprie istituzioni di cura e di assistenza, pubbliche e private, attraverso l'utilizzazione dell'intera offerta disponibile nello Stato di origine, anche in considerazione del fatto che, pur in presenza di una crescente mobilità delle persone e quindi dei pazienti all'interno dell'UE, esistono ampie fasce della popolazione di ciascun Stato UE che per ragioni economiche, fisiche e generazionali sono costrette a dover far riferimento solo alla disponibilità ed efficienza dei propri sistemi nazionali;

7. si compiace del fatto che il Consiglio abbia deciso di potenziare la cooperazione, lo scambio di informazioni ed esperienze e l'individuazione delle migliori prassi nazionali nel settore dell'assistenza sanitaria e di lunga durata; chiede che la Commissione presenti nella primavera 2004 proposte per ulteriori interventi, che il Consiglio, nel quadro del Consiglio europeo del giugno 2004, decida in linea di principio l'applicazione del metodo di coordinamento aperto ed un calendario concreto e che gli Stati membri definiscano obiettivi e indicatori comuni in vista del Consiglio europeo della primavera 2006; invita la Commissione, il Consiglio e il Comitato per la protezione sociale ad informare il Parlamento europeo in merito alle loro proposte;

8. sollecita gli Stati membri e la Commissione a considerare l'abolizione delle disparità dello stato di salute come un obiettivo a lungo termine che comprenda sia il trattamento delle disparità legate alla condizione socioeconomica, al sesso e all'età, sia l'accesso equo ad una assistenza sanitaria e a cure di lunga durata di alto livello; esorta la Commissione e gli Stati membri a coordinare tale azione con le politiche antidiscriminatorie cui avevano aderito nel 2000, in particolare per quanto riguarda la discriminazione basata sull'età nell'accesso alla sanità;

9. sottolinea la necessità di avviare progetti di ricerca su talune malattie e disturbi medici e di diffondere le informazioni risultanti in tutta l'UE; invita la Commissione a potenziare lo scambio di informazioni nel settore della salute;

10. sottolinea che la sanità e l'assistenza rappresentano obiettivi sociali, ovvero un servizio a persone bisognose che non si può paragonare ad un bene in vendita;

11. ricorda che gli Stati membri stanno aumentando la parte dei costi sanitari a carico dei pazienti ma si aspetta che tale sistema continui a fornire ai gruppi meno favoriti un'assistenza sanitaria adeguata;

12. invita gli Stati membri a prendere disposizioni affinché il cattivo stato di salute non porti all'impoverimento e un reddito basso non limiti l'accesso all'assistenza sanitaria;

Giovedì 11 marzo 2004

13. sottolinea la necessità di una ripartizione equilibrata sul territorio delle strutture per l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata, tra centri urbani e rurali nonché tra regioni ricche e povere; invita la Commissione e gli Stati membri ad adoperarsi affinché in futuro e soprattutto nelle zone dell'obiettivo 1, i contributi a titolo dei Fondi strutturali ed altri strumenti di sostegno comunitari opportuni siano impiegati in misura maggiore per investimenti nell'infrastruttura dell'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata nonché per la formazione e il perfezionamento professionale del personale sanitario e assistenziale;

14. esprime preoccupazione per il fatto che in tutti gli Stati membri si registri — pur se in misura diversa — una crescente carenza di medici e di personale paramedico e assistenziale ben preparati; invita espressamente gli Stati membri a intraprendere sforzi mirati per migliorare la qualità del lavoro, rendere queste professioni più attraenti ed eliminare le attuali strozzature nel personale; sottolinea la necessità di promuovere la formazione ed il perfezionamento del personale volontario e di quello già qualificato impiegato in tale settore; sottolinea nel contesto che gli attuali Stati membri dovrebbero offrire gli stessi standard in materia di qualità del lavoro, qualifiche professionali e retribuzione al momento di assumere personale medico e assistenziale proveniente dai nuovi Stati membri nonché cercare di limitare le assunzioni di personale proveniente da paesi terzi meno ricchi, in modo da non contribuire a peggiorarne la situazione;

15. fa notare agli Stati membri che, nell'attuare le loro politiche di protezione e inclusione sociale, occorre attribuire il medesimo riconoscimento sia alle responsabilità dei lavoratori nei confronti delle persone anziane non autonome che nei confronti dei bambini a carico;

16. esprime preoccupazione per il fatto che in un numero piuttosto elevato di Stati membri sussistono tempi d'attesa eccessivi per il trattamento di determinate patologie acute e non; invita tali Stati membri ad adoperarsi per ridurre detti tempi;

17. ritiene che un sistema sanitario e di assistenza finanziato sulla base della solidarietà debba essere caratterizzato da qualità, diversità e libertà di scelta;

18. segnala il rischio che l'obiettivo della sostenibilità finanziaria sia sopravvalutato rispetto ai costi dell'accessibilità e della qualità; evidenzia che le anticipazioni sul prevedibile aumento dei costi sono molto complesse e dipendono fortemente dalle premesse adottate inizialmente;

19. sottolinea che il miglioramento della qualità e della trasparenza per quanto riguarda la l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata dovrebbero coprire tutti gli elementi della «catena della politica sanitaria», dalla promozione della buona salute, alla prevenzione, alle cure mediche, all'assistenza e alla rieducazione;

20. sottolinea che la sostenibilità finanziaria presuppone un utilizzo ottimale delle risorse disponibili; rileva che tale obiettivo si può raggiungere solo rendendo più trasparente la qualità dell'assistenza sanitaria e solo se gli Stati membri introducono programmi sistematici di garanzia della qualità e protocolli di cura basati sull'evidenza e se impiegano i finanziamenti pubblici solo per prodotti e tecnologie mediche di comprovata utilità;

21. invita la Commissione ad organizzare uno scambio di esperienze sulla tematica dell'informazione e dei diritti dei pazienti, a concordare criteri comuni fra gli Stati membri e una Carta europea dei diritti del paziente; invita gli Stati membri ad adottare una legge sui pazienti ovvero una carta dei pazienti che riconosca agli stessi i seguenti diritti:

- il diritto ad un'assistenza medica adeguata e qualificata da parte di personale qualificato;
- il diritto ad un'informazione comprensibile, pertinente e congrua nonché alla consulenza da parte del medico,
- il diritto all'autodeterminazione previa ampia informazione;
- il diritto alla documentazione terapeutica nonché alla consultazione della documentazione da parte del paziente;

Giovedì 11 marzo 2004

- il diritto alla riservatezza e alla tutela dei dati;
 - il diritto all'inoltro di reclami;
 - il diritto a non essere sottoposto a osservazione o sperimentazione medica senza la sua autorizzazione preventiva;
22. invita gli Stati membri e la Commissione ad associare maggiormente le organizzazioni dei pazienti alle decisioni sanitarie, sostenendo congruamente le loro attività;
23. ritiene che il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità, accessibilità e qualità dei servizi sanitari richieda, fra l'altro, la creazione di un mercato interno dei servizi e dei prodotti sanitari che offra, in primo luogo, garanzie di servizi sanitari di elevata qualità accessibili e sostenibili finanziariamente per tutti tenendo conto della redditività e della capacità finanziaria dei sistemi negli Stati membri, che garantisca la libera circolazione dei cittadini e l'accesso ai servizi in tutti i paesi dell'Unione e che sia compatibile con i principi sopra esposti dei sistemi sanitari nazionali e non metta a repentaglio gli obiettivi di politica sanitaria degli Stati membri;
24. esorta gli Stati membri a dare priorità al potenziamento delle capacità e alla garanzia della qualità dell'assistenza di lunga durata; invita gli Stati membri a:
- a) predisporre una più ampia ripartizione dei rischi dell'assistenza di lunga durata, mediante la messa a disposizione diretta dell'assistenza a domicilio, compreso un sistema per dare il cambio ai familiari che assicurano l'assistenza, o di opportune strutture ovvero attraverso strumenti assicurativi solidali;
 - b) assicurare alle persone anziane l'accesso a cure preventive, fisioterapia, riabilitazione e altri servizi idonei a garantire loro autonomia il più a lungo possibile, a migliorare la loro qualità di vita e a prevenire le malattie; rispettare il diritto all'autodeterminazione delle persone anziane poiché è comprovata la grande rilevanza che ciò riveste per la riabilitazione mentale;
 - c) integrare meglio l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata delle persone anziane, intensificare la ricerca nel settore della gerontologia onde contrastare la disparità di livelli negli Stati membri dell'UE, trasferire le strutture di riabilitazione geriatrica e postacuta al di fuori degli ospedali, adottare misure mirate a sostegno dell'assistenza a domicilio e istituire servizi sanitari specializzati nelle malattie riconducibili all'età;
 - d) definire livelli adeguati per l'assistenza domiciliare e di lunga durata e svolgere controlli di qualità in misura sufficiente;
 - e) predisporre appositi programmi finalizzati alla promozione della ricerca nel settore della medicina palliativa;
 - f) ottemperare agli obblighi delle normative internazionali, che si sono assunti nel settore dell'assistenza alle persone con problemi di salute mentale e/o disabilità intellettuali; continuare nel loro impegno di proibire l'utilizzo di letti gabbia quale misura limitativa, forma di punizione o a qualsiasi altro fine;
25. sottolinea che occorre procedere con molta attenzione nella definizione di indicatori e nell'interpretazione dei risultati e tener conto delle differenze esistenti tra i sistemi sanitari; esorta piuttosto a creare indicatori idonei a misurare l'accesso equo, la qualità dell'assistenza e l'efficienza;
26. invita gli Stati membri e la Commissione a provvedere, in particolare tramite il programma di azione sanitaria, ad un'armonizzazione del rilevamento dei dati nonché ad un miglioramento degli stessi consentendo altresì ai cittadini ed ai prestatori di servizi l'accesso alle informazioni sull'assistenza sanitaria e le politiche sanitarie di altri Stati membri e ciò tramite il portale sanitario dell'UE attualmente in allestimento;

Giovedì 11 marzo 2004

27. esprime preoccupazione per le notevoli disparità esistenti tra gli attuali Stati membri e la grande maggioranza dei paesi in via di adesione per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione nonché l'accesso, la qualità e le risorse impiegate nel settore dell'assistenza sanitaria e delle cure di lunga durata; invita la Commissione e gli Stati membri a sostenere, con l'ausilio del programma d'azione sanitaria e di altri strumenti idonei, gli sforzi dei nuovi Stati membri per migliorare l'assistenza sanitaria e le cure di lunga durata;

28. plaude alla relazione conclusiva del «processo di riflessione ad alto livello sulla mobilità dei pazienti e sullo sviluppo dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea»; invita la Commissione a presentare proposte più concrete corredate da uno scadenziario sulla base delle 19 raccomandazioni per un'azione comune a livello dell'UE;

29. invita la Commissione a procedere ad una rassegna generale sulla mobilità dei pazienti nonché ad uno studio sulle esperienze sinora maturate nelle regioni frontaliere;

30. invita la Commissione ad esaminare, di concerto con gli Stati membri, le modalità per potenziare, in base alla giurisprudenza della Corte di giustizia, la certezza giuridica dei pazienti in ordine alla possibilità per gli stessi di avvalersi delle prestazioni sanitarie in un altro Stato membro, avendo cura di presentare congrue proposte in materia;

31. appoggia l'allestimento di una rete di centri europei di riferimento per le malattie che coinvolgono risorse o conoscenze scientifiche; invita la Commissione a procedere ad un inventario dei potenziali centri di riferimento e a presentare una proposta sull'accesso, l'accreditamento ed il finanziamento di futuri centri di riferimento dell'UE;

32. ritiene che la Commissione dovrebbe proporre, ai fini di un migliore utilizzo comune delle capacità disponibili nelle regioni frontaliere o, in caso di strozzature, lo scambio delle informazioni all'uopo necessarie nonché un contesto chiaro e trasparente per l'acquisto transfrontaliero di prestazioni sanitarie, comprensivo di norme sulle questioni dell'accesso, della qualità e dei costi;

33. sottolinea che la telematica può recare un notevole contributo al miglioramento dell'efficienza e della qualità; rileva che finora gli Stati membri si sono soltanto in parte avvalsi delle sue potenzialità; invita la Commissione ad intensificare i suoi sforzi provvedendo ad un migliore coordinamento delle iniziative e programmi in atto;

34. sottolinea la necessità per gli Stati membri di vagliare maggiormente l'efficienza, l'utilità e la redditività dei progressi compiuti in campo medico e tecnologico; invita la Commissione ad esaminare la possibilità di un collegamento in rete e di un coordinamento delle valutazioni compiute negli Stati membri in ordine alle tecnologie sanitarie e agli orientamenti medici;

35. invita la Commissione e gli Stati membri a tener debitamente conto, in tutte le azioni sanitarie, degli aspetti specificamente femminili; invita altresì la Commissione a presentare una nuova relazione sulle condizioni sanitarie delle donne nell'Unione europea;

36. invita gli Stati membri, in presenza di lunghe liste d'attesa e qualora un trattamento identico o che presenti lo stesso grado di efficacia per il paziente non possa essere ottenuto sul territorio nazionale in tempo utile (anche in caso di cure ospedaliere), a cooperare strettamente affinché si possa comunque assicurare, nel rispetto del principio di sussidiarietà e del mantenimento dell'equilibrio dei sistemi nazionali e dell'equilibrio finanziario, un elevato livello di tutela della salute e di sicurezza sociale di tutti i cittadini dell'Unione europea;

37. mette in guardia da un approccio esclusivamente individuale alla mobilità dei pazienti e all'assistenza sanitaria transfrontaliera, quale attualmente risulta, sulla base delle sentenze della Corte di giustizia, nelle proposte della Commissione europea relative ad una direttiva sul mercato interno dei servizi; invita la

Giovedì 11 marzo 2004

Commissione a presentare proposte più ampie e ponderate onde proteggere maggiormente i sistemi sanitari nazionali da eventuali effetti negativi del mercato interno e pertanto salvaguardare il carattere sociale e solidale dei sistemi di assistenza sanitaria;

38. ritiene che per tutelare in misura più adeguata i diritti dei pazienti occorra stabilire a livello europeo criteri più trasparenti onde garantire la qualità, l'accessibilità e la convenienza economica dell'assistenza sanitaria;

39. constata che, quantunque circoscritta, la domanda di assistenza transfrontaliera diventa sempre più rilevante per talune categorie e regioni; invita gli Stati membri ad addivenire insieme agli assicuratori, agli operatori, alle associazioni dei pazienti ed altri interessati, ad intese pratiche in modo da consentire un certo margine di manovra nel reperimento di soluzioni regionali;

40. invita la Commissione, contestualmente alla relazione conclusiva del «processo di riflessione ad alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi nell'assistenza sanitaria nell'UE» a sottoporre a disamina l'impatto delle norme inerenti al mercato interno europeo sulla politica sanitaria degli Stati membri; invita inoltre la Commissione a predisporre un meccanismo permanente a livello dell'UE teso a coadiuvare la cooperazione europea nel settore dell'assistenza sanitaria nonché a monitorare le incidenze della normativa dell'UE sui sistemi sanitari nazionali;

41. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione nonché al comitato per la protezione sociale e ai parlamenti degli Stati membri.

P5_TA(2004)0185

Ucraina

Risoluzione del Parlamento europeo sull'Ucraina

Il Parlamento europeo,

- viste le sue precedenti risoluzioni sull'Ucraina,
- visto l'accordo di partenariato e cooperazione (APC) tra l'Unione europea e l'Ucraina⁽¹⁾, che è entrato in vigore il 1° marzo 1998,
- vista la strategia comune dell'Unione europea sull'Ucraina⁽²⁾, adottata dal Consiglio europeo di Helsinki l'11 dicembre 1999,
- vista la Dichiarazione comune del Vertice Ucraina-Unione europea del 7 ottobre 2003,
- vista la Dichiarazione della Presidenza a nome dell'UE sulle proposte di modifica della Costituzione dell'Ucraina del 29 gennaio 2004,

⁽¹⁾ GU L 49 del 19.2.1998, pag. 3.

⁽²⁾ GU L 331 del 23.12.1999, pag. 1.