

La presente pubblicazione è stata realizzata nell'ambito delle attività di ricerca e studio promosse dal Polo "Euromediterraneo" dell'Azione Jean Monnet della Commissione dell'Unione Europea con il sostegno finanziario della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia e rientra quale contributo scientifico dell'attività editoriale dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, nella "Collana di Studi e Ricerche" su problemi medico-sociali.

ISBN 88-8709-49-2

Pubblicazione fuori commercio

© 2004

Tutti i diritti sono riservati all'autore

nuovocentrostampa - molfetta - 0803975141

dicembre 2004

*La politica di promozione
della sanità pubblica
nell'Unione Europea*

Cosimo Notarstefano



Presentazione

Nell'ultimo decennio le iniziative di origine comunitaria afferenti alla politica di promozione della sanità pubblica si sono notevolmente intensificate in virtù dell'ampliamento delle basi giuridiche del diritto dell'unione europea.

L'adozione progressiva di numerosi interventi normativi anche di carattere programmatico e finanziario testimonia lo sforzo rilevante che l'Unione Europea istituzionalmente realizza nel perseguimento di finalità prioritarie tese a :

- migliorare il grado di informazione e di conoscenze per lo sviluppo della sanità pubblica;*
- aumentare la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato alle minacce che incombono sulla salute;*
- promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari nell'ambito di tutte le politiche e le attività;*
- garantire un alto livello di protezione della salute umana nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività comunitarie, promuovendo una strategia sanitaria integrata e intersettoriale;*
- fronteggiare le disuguaglianze nel settore della salute;*
- incoraggiare la cooperazione tra gli stessi Stati membri nei settori contemplati dalle disposizioni vigenti.*

Il quadro comunitario della legislazione di tutela della salute si basa su alcuni principi fondamentali utili sia per orientare la stessa disciplina tecnica o di dettaglio (come è dimostrato da vari programmi di azione avviati), che per quei riferimenti giuridici oramai divenuti inderogabili che le legislazioni di attuazione degli ordinamenti nazionali devono comunque rispettare.

È in questa prospettiva che l'Istituto Italiano di Medicina Sociale è lieto di pubblicare lo studio "La Politica di Promozione della Sanità Pubblica nell'Unione Europea" redatto dal Prof. C. Notarstefano quale valido contributo alla analisi giuridica di tale complessa disciplina, frutto anche di un nuovo approccio di collaborazione istituzionale e scientifica promossa dal Polo Euromediterraneo "Jean Monnet" e dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università degli Studi di Foggia.

PROF. PIETRANTONIO RICCI
Presidente dell'Istituto Italiano
di Medicina Sociale



Prefazione

Lo studio del Prof. Notarstefano si inserisce positivamente nella ancora scarsa bibliografia sulle prospettive della politica di promozione della sanità pubblica dell'Unione Europea e costituisce un utile strumento per un adeguato e proficuo aggiornamento scientifico.

Interessanti sono in particolare l'analisi, non priva di motivati spunti critici, che l'Autore compie durante tutte le fasi dello sviluppo della recente politica sanitaria europea e le riflessioni che egli propone nell'auspicio di poter annoverare risultati concretamente apprezzabili nel breve volgere di questi anni caratterizzati, peraltro, dall'allargamento dell'Unione Europea a Stati che tendono a raggiungere in termini di qualità della sanità pubblica gli attuali livelli degli stessi Stati membri.

Va pertanto apprezzata l'indagine condotta dal Prof. Notarstefano anche perché sottende, a mio avviso, al grande passo che l'organizzazione della tutela della salute dovrà compiere in questo millennio e cioè il passaggio dalla prevenzione alla promozione della salute, concetto quest'ultimo ben più ampio che coinvolge oltre l'aspetto prettamente sanitario anche quello giuridico, sociale, politico economico, ecc.

Sarà questa la sfida di questo nuovo millennio ed in tal senso il nostro Paese non appare ancora sufficientemente attrezzato rispetto ad altri Paesi comunitari, come ad esempio quelli scandinavi.

Tale indagine risulterà, inoltre, particolarmente utile per gli studenti e gli specializzandi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia che questi problemi dovranno sempre più affrontare per la loro formazione culturale e per sentirsi veramente cittadini e medici europei.

Foggia, ottobre 2004

Prof. Luigi Ambrosi
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Foggia
Presidente Comunità Università Mediterranee



Introduzione

In occasione del primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute (Ottawa 1986) venne elaborata la *Carta per la promozione della salute*, documento di alto profilo per il perseguimento dell'Obiettivo fissato dall'OMS “*Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre*”.

All'epoca si intendeva fronteggiare l'esigenza avvertita di un nuovo movimento per la salute affermando che “*Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere*”.

A distanza di quasi un ventennio possiamo riscontrare nelle diverse iniziative intraprese a livello comunitario una sostanziale identità di vedute avvalorata anche dai più recenti provvedimenti che vedono l'Unione Europea protagonista di un sempre più incisivo impatto sulla qualità della vita e sulla salute dei cittadini.

La presente indagine tende a delineare, quindi, un quadro giuridico ed istituzionale della “*Politica di Promozione della Sanità Pubblica nell'Unione Europea*” sviluppando le principali tematiche oggetto della strategia comunitaria in grado di rispondere sia alle condizioni attuali che alle tendenze emergenti.

Una strategia che deve non solo rispecchiare l'evoluzione del contesto giuridico del diritto dell'unione europea, ma anche rispondere alle importanti sfide per la salute pubblica concernenti le azioni di stimolo della prevenzione delle malattie, la continuazione dello studio dei fattori di rischio e il coordinamento, in stretta collaborazione con gli Stati membri, di qualsiasi iniziativa utile all'orientamento delle loro politiche e dei loro programmi.

Basti pensare all'articolo 35 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* (rubricata «*Protezione della salute*») peraltro ora anche inserita nella Parte seconda del testo della Costituzione europea recentemente adottata e sottoscritta dagli Stati membri: «*Ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.*».

In tale ottica riveste un particolare rilievo il nuovo Programma di azione comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, che individua, tra le principali aree di intervento:

- la lotta contro i grandi flagelli dell'umanità, le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;
- la riduzione della mortalità e della morbilità correlate alle condizioni e dagli stili di vita;
- l'incoraggiamento ad una maggiore equità nella sanità dell'Unione Europea da perseguire attraverso la raccolta, l'analisi e la divulgazione delle informazioni;
- la reazione rapida a pericoli che minacciano la salute pubblica;
- la prevenzione sanitaria e
- la promozione della salute.

A tali azioni si aggiungono una serie di misure ed iniziative correlate alla stessa adozione di una promozione sanitaria efficace e di natura preventiva concernenti:

- l'integrazione dei requisiti di protezione sanitaria nelle politiche comunitarie,
- la valutazione delle politiche e del loro impatto sulla salute,
- il Piano di azione europeo per l'ambiente e la salute (2004-2010),
- la rete comunitaria di sorveglianza epidemiologica,
- il Centro Europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie,
- i criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico,
- il Piano d'azione per uno spazio europeo *e-Health*,
- i sistemi di protezione sociale,
- la strategia europea di assistenza sanitaria e il "metodo aperto di coordinamento",
- la nuova disciplina relativa al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale,
- la mobilità dei pazienti nell'Unione europea,
- la disciplina della tessera europea di assicurazione malattia.

L'Unione europea intende sviluppare questi orientamenti suggerendo una politica di promozione della salute che vada ben oltre la mera assistenza sanitaria e, richiede responsabilità nella identificazione degli ostacoli che impediscono l'adozione di misure che tutelino la salute in tutti i settori (anche non sanitari), ed i modi migliori per rimuoverli.

In definitiva, si deve mirare a diffondere ai vari livelli istituzionali e sociali la consapevolezza e la coscienza civile che dalla promozione della salute possono realmente innescarsi quei processi di miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti per l'individuo e per la stessa collettività.

Prof. Cosimo Notarstefano
Polo Euromediterraneo Jean Monnet
Chaire Jean Monnet di Diritto dell'Unione Europea

PARTE PRIMA

SANITÀ PUBBLICA E UNIONE EUROPEA
IN UN CONTESTO GIURIDICO IN EVOLUZIONE

CAPITOLO I

LE INIZIATIVE COMUNITARIE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

*Sommario: 1. - Lo stato di salute della popolazione dell'Unione europea.
2. - Gli interventi di sanità pubblica sino all'entrata in vigore del
Trattato di Maastricht.*

1. - Lo stato di salute della popolazione dell'Unione europea.

In generale, lo stato di salute della popolazione europea presenta alcune caratteristiche confortanti se consideriamo che nel corso di questi ultimi decenni (tra il 1960 ed il 2001) l'aspettativa di vita al momento della nascita è aumentata di circa 8,7 anni per le donne e di quasi 8,1 anni per gli uomini. Una donna nata nel 1995 può prevedere di vivere in un discreto stato di salute per oltre 80 anni, un uomo per circa 74.

Un altro importante indicatore della salute costituito dal tasso di mortalità infantile comunitario, nel periodo intercorrente dal 1970 al 2000, si è più che dimezzato, scendendo a meno di 10 decessi su 1000 nati vivi (e le differenze tra gli stessi Stati membri sono diminuite).

Nel medesimo periodo, la mortalità materna è rapidamente scesa a 6/7 casi ogni 100.000 nati vivi, raggiungendo livelli di assoluto valore.

A ciò si aggiunga che le principali malattie mortali del secolo scorso - come il vaiolo, il colera, il morbillo e la poliomielite - risultano quasi del tutto scomparse dall'area dell'Unione europea.

Naturalmente lo sviluppo e la diffusione generalizzata dei vaccini e degli antibiotici hanno contribuito a questo successo, così come il miglioramento dell'igiene e delle condizioni ambientali e sociali.

Malgrado il perseguimento di tali confortanti risultati, restano evidenti alcune problematiche sanitarie che necessitano di interventi programmatici a livello comunitario[1]. Tra le maggiori preoccupazioni si segnalano le seguenti:

a) - I livelli di mortalità prematura (intesi quelli verificatisi prima del 65° anno di età) sono ancora elevati, rappresentando un quinto di tutti i decessi. Non a caso ogni anno muoiono oltre 600.000 persone di età compresa tra 35 e 64 anni, in particolare per malattie collegate allo stile di vita: quattro su dieci di cancro, tre su dieci per malattie cardiovascolari e quasi uno su dieci per infortuni e suicidi. Modelli di comportamento sviluppati durante l'infanzia e l'adolescenza, come il fumo, lo scarso esercizio fisico, l'alimentazione spesso inadeguata, prolungati anche in età adulta rappresentano grandi fattori di rischio per queste malattie. Inoltre, si stima che circa 22 milioni di persone di età superiore a 16 anni dichiarino di essere seriamente limitate nelle loro attività quotidiane a causa di un "problema cronico di salute fisica o mentale".

b) - Si stanno affermando nuovi rischi per la salute, tra i quali la malattia Creutzfeldt-Jacob atipica (CJD), l'influenza aviaria, la febbre emorragica di Ebola, la diffusione di infezioni da alimenti, la rinascita di vecchie malattie contagiose ed il crescente problema della resistenza agli antibiotici assieme alla recrudescenza dell'AIDS quale fonte di preoccupazione continua.

c) - Vi sono ampie variazioni e ineguaglianze nello stato di salute sia tra le popolazioni dei diversi Stati membri che fra i diversi gruppi di popolazione in ogni paese (ad esempio nel gruppo di età tra 15 e 34 anni, il tasso di mortalità[2] per infortuni del traffico è tre volte più alto per gli uomini che per le donne). Probabilmente le più forti diseguaglianze nello stato di salute dipendono dalla situazione sociale poiché le persone appartenenti alle classi socioeconomiche più basse corrono rischi sanitari significativamente più alti lungo tutto il corso della vita e i tassi di mortalità e di morbilità risultano essere sensibilmente più elevati.

d) - L'allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione comunitaria comporta l'incremento delle persone che soffrono di malattie e condizioni correlate all'anzianità, in particolare tumori, malattie cardiovascolari, disabilità fisiche e disturbi mentali come il *morbo di Alzheimer* e altri disturbi neurodegenerativi. L'aumento del numero di persone affette da tali patologie (si stimavano in circa 8 milioni le persone affette dal *morbo di Alzheimer* nel 2000) inevitabilmente conduce a notevoli conseguenze per l'assistenza sociale e sanitaria nonché per i servizi di prestazioni di cure.

Le precedenti considerazioni ci inducono all'analisi di alcune tendenze in atto.

1) Incremento dei costi dell'assistenza sanitaria.

Durante gli ultimi tre decenni, la spesa sanitaria nella Unione europea si è approssimativamente raddoppiata in termini di percentuale del prodotto interno lordo e, oscilla dal 5% al 10% a seconda dello Stato membro.

Gli Stati membri hanno dunque lanciato una vasta gamma di riforme strutturali e di misure di contenimento dei costi per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei loro sistemi sanitari. La necessità di contenere la crescente spesa sanitaria ed ottimizzare la redditività in questo settore è stata acuita dalle restrizioni generali della spesa pubblica (per far fronte ai diversi fattori che incidono sia sull'offerta che sulla domanda di servizi medico-sanitari).

2) Tendenze demografiche.

In conseguenza del calo della natalità e dell'aumento dell'aspettativa di vita, la popolazione comunitaria sta invecchiando.

Entro il 2020 le persone di età pari o superiore a 75 anni saranno il 40% in più rispetto al 1990 e ciò farà aumentare la richiesta di servizi medico-sanitari imponendo cambiamenti nella loro organizzazione e struttura.

Si stima che a causa della evoluzione demografica, nel corso dei prossimi trenta anni le spese per l'assistenza sanitaria cresceranno almeno di una percentuale variante tra l'1% e il 3% rispetto al PIL[3].

Il problema, quindi, sarà aggravato dalla riduzione delle dimensioni medie delle famiglie e dal numero crescente di nuclei familiari piccoli o di *singles*, il che probabilmente comporterà una diminuzione del contributo tradizionalmente assicurato dai familiari alla cura degli anziani.

Il sistema sanitario ed i servizi sociali dovranno fare fronte a questi cambiamenti, pur dovendo tener conto della complessità dei costi crescenti e del fatto che inevitabilmente il rapporto totale di dipendenza (il rapporto tra persone a carico e lavoratori) aumenterà rispetto ai suoi attuali livelli.

3) Sviluppi tecnologici.

Negli ultimi decenni le nuove scoperte in materia sanitaria sono state immesse sul mercato con un ritmo senza precedenti e, il loro impatto costituisce un fattore alquanto rilevante per la crescita dei costi.

I prodotti medicinali innovativi, ad esempio, generalmente costano più dei farmaci esistenti (tuttavia, per alcune terapie non è comprovato che siano di beneficio alla salute ed efficaci in termini di costi, evidenziando, quindi, l'esigenza di approfondire la valutazione degli interventi sanitari).

4) Cambiamenti nei sistemi sanitari.

Gli Stati membri si trovano ad affrontare una serie di problemi comuni relativi al finanziamento, all'organizzazione ed alla gestione dei propri sistemi sanitari.

Un crescente sforzo volto a migliorare gli standard globali è in atto, tenendo al contempo sotto controllo i costi sanitari ed assicurando il massimo controvalore per il denaro investito. Parallelamente, i sistemi sanitari, come altri settori dell'economia, subiscono gli effetti della globalizzazione del commercio e della industria e le pressioni della concorrenza, nonché dello sviluppo del mercato interno comunitario.

Le diverse iniziative nel campo delle cure dirette, la crescita della medicina empirica, la garanzia della qualità e la valutazione tecnologica dei livelli di protezione della salute rappresentano risposte a questi sviluppi che vanno condotti dovendo rispecchiare le esigenze nazionali e locali, sia attuali che future, e corrispondere alle richieste, priorità e preoccupazioni dei cittadini.

Nel solco di tale complesso processo una tendenza incoraggiante che si sta affermando negli Stati membri è rappresentata dalla crescente attenzione prestata all'opinione pubblica nella progettazione e prestazione di servizi.

Un ulteriore, significativo sviluppo di cui si dovrebbe tenere conto è rappresentato dall'impatto delle moderne prassi in materia di preparazioni alimentari e di produzione agricola[4].

L'introduzione di nuove tecniche, come le modificazioni genetiche e l'irradiazione dei prodotti alimentari, i problemi relativi ai prodotti alimentari 'naturali' e la disponibilità accresciuta di *'fast food'* sollevano interrogativi presso l'opinione pubblica e richiedono risposte da parte delle istituzioni nazionali e comunitarie preposte.

2 - *Gli interventi di sanità pubblica sino all'entrata in vigore del Trattato di Maastricht.*

L'Unione europea si occupa di problematiche afferenti la sanità sin dalla sua costituzione. Sia il Trattato istitutivo della Comunità europea del carbone e dell'acciaio (CECA) che il Trattato istitutivo della Comunità europea dell'energia atomica (EURATOM artt. 30-39) entrati in vigore rispettivamente il 23 luglio 1952 ed il 1° gennaio 1958, già facevano riferimento alla salute (ed alla sicurezza nello specifico dei lavoratori) prevedendo diverse disposizioni relative alla limitazione della libera circolazione delle merci per tali motivi.

L'Atto unico europeo entrato in vigore il 1° luglio 1987 introduceva in seguito ulteriori settori di lavoro collegati alla salute, tra i quali si annoverano un programma di ricerca su vasta scala e lo sviluppo di una legislazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

A vario titolo anche le principali istituzioni comunitarie si sono interessate, pur se a fasi alterne, delle tematiche sanitarie:

- Il Consiglio dei ministri sin dal 1977 manifestava l'interesse accresciutosi negli anni '80 per arrivare all'adozione il 27 maggio 1993 di una fondamentale risoluzione sulle azioni future nel campo della sanità pubblica (indicante i principali aspetti del contesto tecnico ed istituzionale che necessitano di una pianificazione pluriennale).

- Il Parlamento europeo agli inizi degli anni '80 adottava diverse risoluzioni (nel campo della sanità pubblica, della Carta europea dei diritti dei pazienti ricoverati in ospedale, del programma comunitario di ricerca sull'AIDS, dei bambini in ospedale, delle donne e del parto) che si sono avvalse di numerosi approfondimenti tematici scaturiti da interrogazioni parlamentari, studi, analisi, rapporti, ricerche.

- Il Consiglio europeo sin dal 1986 adottava diverse risoluzioni e dichiarazioni (inerenti questioni come il cancro, la tossicodipendenza, l'AIDS, informazione e promozione sanitaria) che hanno spianato la strada al perseguimento di quanto previsto dall'azione comunitaria contro le piaghe del cancro, della droga e dell'AIDS.

- Il Comitato economico e sociale predisponendo pareri su delicate questioni sanitarie (medicina del lavoro, sostanze e preparazioni pericolose, cancro di origine professionale, prevenzione dell'inquinamento da amianto, promozione, educazione sanitaria, vaccinazioni e controlli periodici, attività contro il cancro e l'AIDS, anno europeo delle persone anziane, trasparenza dei prezzi dei prodotti farmaceutici, tossicologia).

Tuttavia è solo in concomitanza della entrata in vigore il 1° novembre 1993 del Trattato di Maastricht (con le nuove disposizioni in materia di sanità pubblica) che l'Unione europea viene definitivamente legittimata a sviluppare un ruolo strategico in base all'articolo 3 che le attribuisce l'obiettivo di fornire *“un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute”*, applicabile a tutte le politiche comunitarie.

L'articolo 129 del Trattato delineava ulteriormente un quadro dettagliato per lo svolgimento di attività comunitarie in materia di sanità pubblica rivolte al

perseguimento di tale obiettivo prioritario prevedendo anche l'adozione di misure di incentivazione, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative degli Stati membri.

Oltre all'art. 129, nel Trattato di Maastricht vi erano diverse disposizioni normative correlate alla salute (trattasi in particolare degli articoli 39 e 43 in tema di politica agricola, articolo 75c - sicurezza dei trasporti, articoli. 100 e 100a - ravvicinamento di legislazioni relative al mercato unico, articolo 129a - tutela del consumatore, articolo 130f ricerca, articolo 130r - ambiente).

Il ruolo dell'Unione europea in materia di sanità pubblica veniva ulteriormente definito con la Comunicazione della Commissione relativa al quadro di azione nel campo della sanità pubblica del 24 novembre 1993, che dettava alcuni criteri per assicurare che le azioni comunitarie in materia di sanità pubblica rispettassero pienamente i principi di sussidiarietà, di proporzionalità, e di trasparenza e che il lavoro intrapreso potesse costituire un valore aggiunto alle attività degli Stati membri.

Da sottolineare che gli Stati membri decidono su principi ed organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari (ognuno dei quali riflette la diversità delle esigenze e delle culture) anche se adottarono una serie di linee guida, con la raccomandazione del Consiglio del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale[5].

Per quanto riguarda la salute, le linee guida prevedevano l'accesso alle cure sanitarie necessarie ed alle misure di prevenzione delle malattie ad ogni persona residente sul loro territorio nonché lo sviluppo di un sistema di assistenza sanitaria di qualità, adeguato all'evoluzione delle necessità della popolazione (servizi per la riabilitazione delle persone convalescenti o in maternità e misure di protezione sociale adeguata a favore dei lavoratori dipendenti che interrompono il lavoro per malattia o maternità) [6].

NOTE

[1] Per una prima analisi dell'*excursus* istituzionale e giuridico del ruolo dell'Unione europea in materia di sanità pubblica ci permettiamo di rinviare a C. NOTARSTEFANO, *La Politica della Sanità Pubblica nell'Unione Europea: stato attuale e linee evolutive*, Azione Jean Monnet - Università degli Studi di Foggia, 2001, 145 p.

[2] EUROSTAT, *Statistiche della mortalità*, Bruxelles, 2003.

[3] F. T. MUNZI, *Ageing and fiscal policies in the EU*, in *European Economy*, 1997:4.

[4] Raccomandazione del Consiglio del 27.7.1992.

[5] G.U.C.E. L 19 del 22.1.1997, pag. 25.

[6] Da notare che oltre ai programmi di azione, furono avviate interessanti iniziative in altri settori rientranti nel quadro di azione del 1993:

- in primo luogo, la Commissione propose la creazione di una rete europea per il controllo e la sorveglianza delle malattie trasmissibili;
- furono intraprese nuove iniziative sul fumo, quali una comunicazione sul ruolo attuale e di prospettiva della Comunità nel combattere il consumo di tabacco e l'adozione di una posizione comune del Consiglio sulla pubblicità del tabacco;
- si convenne una strategia sulla sicurezza e l'autosufficienza in materia di sangue, che comprende una proposta della Commissione per una raccomandazione del Consiglio sull'idoneità di donatori di sangue e di plasma e sulla verifica delle donazioni;
- venne intrapresa un'analisi completa sulle radiazioni non ionizzanti, e sono in fase di redazione proposte della Commissione per le raccomandazioni del Consiglio;
- vengono prodotte relazioni periodiche, segnatamente sullo stato di salute nella Comunità, e sull'EST, contenenti tra l'altro informazioni sui casi di CJD riferiti nella Comunità;
- sono in fase di elaborazione relazioni annuali sui requisiti di protezione della salute nelle altre politiche. Poiché una serie di settori della politica comunitaria sono pertinenti alla sanità pubblica ed hanno persino un obiettivo di rilevanza per la sanità fissato dal Trattato, le relazioni forniscono una rassegna delle azioni in corso nell'ambito di tali settori. Per esempio, la Commissione ha presentato una seconda proposta modificata per un quinto programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico 1998-2002 (ed una delle priorità della proposta è di concentrare la politica di ricerca comunitaria su temi specifici tra i quali, nel settore sanitario, la relazione tra salute, ambiente e alimenti, il controllo delle malattie virali, l'invecchiamento della popolazione).

CAPITOLO II

IL PIANO DI AZIONE COMUNITARIO DI SANITÀ PUBBLICA (1996 - 2000)

Nell'ambito del quadro di azione per la sanità pubblica delineato nella correlata Comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993[1] furono adottati i seguenti otto programmi d'azione:

- 1) Decisione n. 645/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 marzo 1996 per l'adozione di un programma d'azione comunitario concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1996-2000)[2];
- 2) Decisione n. 646/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 marzo 1996, che adotta un piano d'azione contro il cancro nell'ambito del programma quadro per la sanità pubblica (1996-2000)[3];
- 3) Decisione n. 647/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 marzo 1996 che adotta un programma d'azione comunitario sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili nel contesto dell'azione in materia di sanità pubblica (1996-2000)[4];
- 4) Decisione n. 102/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 1996 che adotta un programma di azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza nel quadro dell'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (1996-2000)[5];
- 5) Decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 giugno 1997 per l'adozione di un programma d'azione comunitaria in materia di monitoraggio sanitario nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1997-2001)[6];
- 6) Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003) [7];
- 7) Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999 che adotta un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003)[8];
- 8) Decisione n. 1296/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999 che adotta un programma di azione comunitaria sulle malattie connesse con l'inquinamento nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2001)[9].

Qui di seguito si delineano in maniera alquanto sintetica le principali caratteristiche dei singoli programmi individuandone le modalità di attuazione e gli obiettivi specifici perseguiti.

1) - Decisione n. 645/96/CE del 29 marzo 1996 istitutiva del programma d'azione comunitario concernente la promozione della salute, dell'informazione, dell'educazione e la formazione sanitaria nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1996-2000) che si prefigge di contribuire a garantire una protezione sanitaria di livello elevato e comprende iniziative volte a:

- promuovere l'impostazione "promozione della salute" nelle politiche sanitarie degli Stati membri sostenendo varie azioni di cooperazione (scambi di esperienze, progetti pilota, reti, ecc.);
- incoraggiare l'adozione degli stili di vita e di quei comportamenti propizi alla tutela della salute;
- migliorare la conoscenza dei fattori di rischio o degli aspetti favorevoli alla salute;
- favorire le impostazioni intersettoriali oltre che multidisciplinari di promozione sanitaria tenendo conto delle condizioni socioeconomiche e di ambiente fisico necessarie alla salute dell'individuo e della collettività, specialmente per i gruppi svantaggiati.

Le azioni intraprese si articolano in obiettivi specifici correlati ai seguenti punti programmatici:

- A. - Strategie e strutture di promozione sanitaria
- B. - Azioni specifiche di prevenzione e di promozione sanitaria
- C. - Informazione sanitaria
- D. - Educazione sanitaria
- E. - Formazione professionale in materia di sanità pubblica e di promozione sanitaria

Da notare che durante l'attuazione del presente programma sono state promosse e attuate, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5, modalità di cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione mondiale della sanità, e il Consiglio d'Europa, nonché con le organizzazioni non governative attive nei settori contemplati.

A ciò si aggiunga che il programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale (PECO), secondo le condizioni stabilite nei protocolli addizionali agli accordi di associazione relativi alla partecipazione a programmi comunitari, da concludere con tali paesi (la partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, è altresì prevista secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA, e in conformità delle procedure da convenire con questi paesi).

2) - Decisione n. 646/96/CE del 29 marzo 1996, che adottava un piano d'azione contro il cancro nell'ambito del programma quadro per la sanità pubblica (1996-2000) finalizzata a garantire una protezione sanitaria di livello elevato tramite azioni volte a:

- impedire i decessi prematuri dovuti al cancro;
- ridurre la mortalità e la morbilità dovute al cancro;
- promuovere la qualità della vita migliorando lo stato sanitario generale;
- promuovere il benessere generale della popolazione, in particolare attenuando le conseguenze economiche e sociali del cancro.

Le iniziative intraprese si collocano nell'ottica del presente piano e tendono al conseguimento di specifici obiettivi, quali:

A. Raccolta dei dati e ricerca

B. Educazione alla salute ed informazione

C. Diagnosi precoce e *screening*

D. Formazione, controllo e garanzia della qualità.

Le azioni da svolgere comportavano in particolare:

- la fissazione di obiettivi comuni;
- la standardizzazione, la raccolta di dati comparabili e compatibili sulla salute, compresi sviluppo e consolidamento della rete europea dei registri del cancro;
- la messa a punto di programmi per gli scambi di esperienze e di professionisti in campo sanitario e programmi per la diffusione delle prassi più efficaci;
- la creazione di reti d'informazione;
- l'esecuzione di studi a livello europeo e la divulgazione dei risultati, compreso il sostegno di studi epidemiologici sulla prevenzione;
- l'attuazione di programmi e progetti pilota;
- l'elaborazione di relazioni periodiche, specie per fare il punto delle misure adottate;
- la diagnosi precoce e lo *screening*;
- gli scambi di esperienze sul controllo di qualità in materia di diagnosi precoce della malattia e della prevenzione del suo sviluppo, ivi comprese le cure palliative e i contributi per la selezione di priorità della ricerca sul cancro e il trasferimento dei risultati della ricerca di base verso la sperimentazione clinica.

Anche questo programma era aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale (PECO), conformemente alle condizioni stabilite nei protocolli addizionali agli accordi di associazione relativi alla partecipazione a programmi comunitari, da concludere con tali paesi (la partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, era altresì prevista secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA e, in conformità delle procedure convenute con questi paesi).

3) - Decisione n. 647/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 marzo 1996 che adottava un programma d'azione comunitario sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili nel contesto dell'azione in materia di sanità pubblica (1996-2000), che intendeva contribuire alla riduzione della propagazione dell'AIDS nonché della mortalità e della morbilità dovute a malattie trasmissibili, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri, promuovendo il coordinamento delle politiche e programmi di prevenzione e appoggiando l'azione delle organizzazioni non governative, ivi comprese le associazioni per le persone colpite dal virus HIV. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i relativi obiettivi specifici erano:

- A. Sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili
- B. Lotta contro la trasmissione
- C. Informazione, istruzione e formazione
- D. Assistenza alle persone colpite dall'HIV/AIDS e lotta contro la discriminazione.

4) - Decisione n. 102/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 1996 che adottava un programma di azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza nel quadro dell'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (1996-2000) e che intendeva essenzialmente contribuire alla lotta contro la tossicodipendenza, incoraggiando la cooperazione tra Stati membri, sostenendone l'azione e promuovendo il coordinamento delle loro politiche e programmi per prevenire le dipendenze connesse all'uso di stupefacenti e sostanze psicotrope e all'uso combinato di altri prodotti ai fini delle tossicodipendenze.

Le azioni intraprese nel quadro del presente programma al fine di conseguire gli obiettivi specifici previsti si articolavano nei seguenti punti:

- A. Dati, ricerche e valutazioni
- B. Informazione, educazione sanitaria e formazione.

Il programma, oltre a prevedere la partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale (PECO), prediligeva la concreta attuazione di modalità di cooperazione con le più autorevoli organizzazioni internazionali intergovernative competenti in materia di sanità pubblica come l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (UNESCO), l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) e il Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe (UNDCP).

5) - Decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 giugno 1997 per l'adozione di un programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1997-2001), che si prefiggeva di contribuire alla creazione di un sistema comunitario di monitoraggio sanitario tale da:

- a) misurare stato, tendenze e determinanti della salute nell'insieme dell'Unione europea;

b) facilitare la programmazione, il controllo e la valutazione di programmi e delle azioni comunitarie;

c) fornire agli Stati membri informazioni sanitarie adeguate che consentano di effettuare comparazioni e sostenere le politiche sanitarie nazionali.

Le iniziative venivano intraprese incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione, promuovendo il coordinamento delle rispettive politiche e dei rispettivi programmi in tale campo, favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti attraverso il perseguimento di obiettivi specifici quali:

A. Definizione di indicatori sanitari della Comunità.

B. Costituzione di una rete comunitaria per la messa in comune di dati sanitari.

C. Analisi e relazioni.

Particolare attenzione venne riservata al rispetto della coerenza e della complementarità fra le azioni attuabili nel quadro del presente programma e gli altri pertinenti programmi e iniziative comunitarie, sia quelli che si collocano nell'ambito dell'azione nel campo della sanità pubblica, sia, in particolare, il programma quadro nel settore dell'informazione statistica, i progetti relativi allo scambio telematico di dati tra amministrazioni e il programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, in particolare le sue applicazioni telematiche.

6) - Decisione n. 372/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio dell'8 febbraio 1999 che adottava un programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003), che persegue l'intento di ridurre l'incidenza delle lesioni personali, specie quelle provocate dagli incidenti nell'ambiente domestico e nel tempo libero, promuovendo: a) la sorveglianza epidemiologica delle lesioni personali mediante un sistema comunitario di raccolta e di scambio delle informazioni sulle lesioni, basato sul rafforzamento e il miglioramento dei risultati del precedente sistema EHLASS; b) gli scambi di informazioni sull'utilizzazione di tali dati allo scopo di contribuire alla definizione delle priorità e delle migliori strategie di prevenzione. La Commissione assicura la coerenza e complementarità tra il sistema comunitario, il programma e le azioni realizzate in altre iniziative comunitarie nel settore degli infortuni sul lavoro, della sicurezza stradale, della sicurezza dei prodotti e della protezione civile.

7) - Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999 che adottava un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2003), e che mirava a garantire, in coordinamento con altre misure comunitarie, un livello elevato di protezione sanitaria contro le malattie rare migliorando le conoscenze in materia, incentivando la creazione di una rete europea di informazioni coerente e complementare sulle malattie rare e facilitando l'accesso alle informazioni su tali malattie, specialmente da parte dei professionisti della sanità, dei ricercatori e delle persone direttamente o indirettamente colpite da tali malattie, incoraggiando e rafforzando la collaborazione transnazionale tra le organizzazioni di volontariato e professionali impegnate nell'assistenza alle

suddette persone, assicurando una gestione adeguata dei raggruppamenti, nonché favorendo la sorveglianza delle malattie rare.

Le azioni previste da tale programma intendevano:

- Promuovere l'istituzione di una rete europea coerente e complementare di informazioni sulle malattie rare e l'accesso alla medesima, utilizzando tra l'altro le banche dati esistenti. Le informazioni devono comprendere le seguenti voci: denominazione delle malattie, sinonimi, descrizione generali dei disturbi, sintomi, cause, dati epidemiologici, misure di prevenzione, trattamenti standard, prove cliniche, laboratori diagnostici e consultazioni specialistiche, programmi di ricerca nonché un elenco delle strutture che possono essere contattate per ulteriori informazioni sulle affezioni. Il fatto che tali informazioni sono disponibili deve essere divulgato nel modo più ampio, compreso internet.
- Contribuire alla formazione e all'aggiornamento continuo delle conoscenze dei professionisti nel campo della sanità pubblica al fine di migliorare, nel campo delle malattie rare, la diagnosi precoce, l'identificazione, l'intervento e la prevenzione.
- Promuovere la collaborazione transnazionale e il collegamento in rete di gruppi di persone direttamente o indirettamente colpite dalle stesse malattie rare o di volontari e di professionisti della sanità coinvolti, nonché il coordinamento a livello comunitario al fine di favorire la continuità del lavoro e la cooperazione transnazionale.
- Sostenere, a livello comunitario, il monitoraggio delle malattie rare presenti negli Stati membri e i sistemi di allarme tempestivo relativi ai raggruppamenti nonché promuovere il collegamento in rete e la formazione di esperti interessati alla gestione di tali malattie e alla rapida risposta al fenomeno dei raggruppamenti.

8) - Decisione n. 1296/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999 che adottava un programma di azione comunitaria sulle malattie connesse con l'inquinamento nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica (1999-2001), mirava ad elaborare strategie e politiche imperniate sulla prevenzione delle malattie connesse con l'inquinamento, nonché una migliore conoscenza e comprensione dei relativi rischi per la salute. Tali finalità potevano essere conseguite attraverso il raggiungimento di un sensibile miglioramento della: a) informazione sulle malattie connesse con l'inquinamento; b) conoscenza e comprensione circa la valutazione e la gestione di tali malattie e l'efficacia delle azioni di prevenzione.

La Commissione assicura la coerenza e la complementarità tra le azioni da attuare nel quadro del presente programma e quelle realizzate nell'ambito di altri programmi e azioni comunitarie pertinenti, in particolare il programma di azione comunitaria in materia di controllo sanitario nel quadro di azione nel settore della sanità pubblica (1997-2001) adottato con la decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, nonché le azioni nei settori dell'ambiente e della ricerca. Tale programma si fonda sulla consapevolezza che la prevenzione delle malattie connesse con l'inquinamento deve comprendere non solo misure che intervengano sulle fonti e sulle concentrazioni di agenti inquinanti e sulla

limitazione dell'esposizione, ma anche azioni di sanità pubblica destinate alla popolazione tali da consentire agli individui di ridurre l'esposizione e di attenuare gli effetti negativi sulla salute. In tal senso si ritiene utile sottolineare che i dati sugli effetti sanitari e sull'esposizione dovrebbero essere raccolti contestualmente ai dati sulle concentrazioni degli agenti inquinanti.

È significativo rilevare che nel periodo intercorrente all'attuazione degli otto programmi di azione dinanzi citati, le istituzioni comunitarie hanno anche lavorato in altri settori rientranti nel quadro di azione previsto dalla Comunicazione del 24 novembre 1993.

Difatti la Commissione ha :

- proposto la creazione di una rete europea per il controllo e la sorveglianza delle malattie trasmissibili[10];
- intrapreso nuove iniziative sul fumo, quali una comunicazione sul ruolo attuale e di prospettiva della Comunità nel combattere il consumo di tabacco[11] e l'adozione di una posizione comune del Consiglio sulla pubblicità del tabacco;
- convenuto una strategia sulla sicurezza e l'autosufficienza in materia di sangue, che comprende una proposta della Commissione per una raccomandazione del Consiglio sull'idoneità di donatori di sangue e di plasma e sulla verifica delle donazioni[12];
- intrapreso un'analisi completa sulle radiazioni non ionizzanti;
- prodotto relazioni periodiche, segnatamente sullo stato di salute nella Comunità[13], e sull'EST, contenenti tra l'altro informazioni sui casi di CJD riferiti nella Comunità;
- elaborato relazioni annuali sui requisiti di protezione della salute nelle altre politiche[14] (una serie di settori della politica comunitaria sono pertinenti alla sanità pubblica e le relazioni forniscono una rassegna delle azioni in corso nell'ambito di tali settori della politica comunitaria).

Ad esempio, la Commissione ha presentato una seconda proposta modificata per un quinto programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico 1998-2002 e, una delle priorità della proposta è di concentrare la politica di ricerca della Comunità su temi specifici quali, nel settore sanitario, la relazione tra salute, ambiente e alimenti, il controllo delle malattie virali, l'invecchiamento della popolazione (analogamente il Centro comune di ricerca della Commissione contribuisce alla lotta contro il cancro).

Altre iniziative intraprese nell'ambito del quadro di azione per la sanità pubblica comprendono:

- la Raccomandazione 98/463/CE del Consiglio del 29 giugno 1998 sulla idoneità dei donatori di sangue e di plasma e la verifica delle donazioni di sangue nella Comunità europea [15];
- la Decisione del Parlamento europeo e del Consiglio n. 2119/98/CE del 24 settembre 1998 che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità [16];
- la Raccomandazione 1999/519/CE del Consiglio del 12 luglio 1999 relativa alla limitazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici da 0 Hz a 300 GHz [17].

NOTE

- [1] COM(93) 559 del 24.11.1993.
- [2] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 1.
- [3] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 9.
- [4] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 16.
- [5] G.U.C.E. L 19 del 22.1.1997, pag. 25.
- [6] G.U.C.E. L 193 del 22.7.1997, pag. 1.
- [7] G.U.C.E. L 46 del 20.2.1999, pag. 1.
- [8] G.U.C.E. L 155 del 22.6.1999, pag. 1.
- [9] G.U.C.E. L 155 del 22.6.1999, pag. 7.
- [10] COM(96)78 def. del 7.3.1996.
- [11] COM(96)609 def. del 18.12.1996.
- [12] COM(97)605 def. del 17.11.1997.
- [13] COM(95)357 del 19.7.59 e COM(97)224 def. del 22.5.97.
- [14] COM(95) 196 def. del 22.5.97, COM(96) 407 def. del 4.9.96 e COM(98) 34 def. del 27.1.98.
- [15] G.U.C.E. L 203 del 21.7.1998, pag. 14.
- [16] G.U.C.E. L 268 del 3.10.1998, pag. 1.
- [17] G.U.C.E. L 199 del 30.7.1999, pag. 59.

CAPITOLO III

I NUOVI ORIENTAMENTI DELLA POLITICA COMUNITARIA DI SANITÀ PUBBLICA

- Sommario: 1. - Le attuali basi giuridiche della politica comunitaria di sanità pubblica.*
2. - I nuovi orientamenti della politica comunitaria di sanità pubblica.

1. - Le attuali basi giuridiche della politica comunitaria di sanità pubblica.

L'ampliamento delle basi giuridiche delle attività comunitarie in materia di sanità pubblica, sancito dal Trattato di Amsterdam entrato in vigore il 1° maggio 1999, testimonia l'evoluzione del consenso sociale ed istituzionale sull'importanza delle azioni intraprese in questi ultimi anni.

Pur non potendo in questa sede sviluppare un'analisi esauriente delle rilevanti conseguenze giuridiche dal Trattato di Amsterdam, è necessario rinviare brevemente alle sue disposizioni in materia di sanità pubblica, poiché esse rappresentano una revisione sostanziale dell'articolo 129 confluito nel nuovo articolo 152. Le principali novità introdotte riguardano essenzialmente:

- le disposizioni sull'impatto sanitario di altre politiche sono state spostate all'inizio dell'articolo, e sottolineano che *"nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"*;

- nella sezione che tratta degli obiettivi delle azioni comunitarie sono stati introdotti alcuni cambiamenti: il campo d'applicazione delle azioni include ora il *"miglioramento della sanità pubblica"*, nonché la *"prevenzione delle malattie e affezioni"* e *"l'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana"*;

- le azioni nel campo delle droghe devono concentrarsi sulla riduzione *"degli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti"*;

- due aggiunte sono state inserite nel paragrafo 4, in riferimento alle procedure decisionali:

1. il paragrafo 4 lettera (a) prevede che la Comunità possa adottare *"misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati"*. Tale disposizione dovrebbe essere letta in connessione alla seconda frase del paragrafo 5, secondo cui tali misure *"non pregiudicano le disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego medico di organi e sangue"*. Inoltre il paragrafo 4 (a) sottolinea che gli Stati membri, se lo desiderano, possono introdurre o mantenere misure protettive più rigorose;

2. il paragrafo 4 lettera (b) fa rientrare nel campo d'applicazione delle misure di questo articolo (e quindi della procedura di codecisione) *"misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica"*.

- Il paragrafo 4 lettera (c) mantiene il testo esistente riguardo alle misure di incentivazione, escludendo esplicitamente "*qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri*".

Il nuovo quadro per la sanità pubblica, al cui centro si prospetta un ambizioso programma d'azione, rappresenta un importante impegno e dimostra che la Commissione attribuisce alla salute uno ruolo rilevante nell'agenda politica dell'Unione europea.

L'articolo 152 contiene, quindi, disposizioni specifiche che consentono agli organi comunitari di intraprendere azioni direttamente legate alla protezione della salute, pur nel rispetto delle responsabilità degli Stati membri quanto all'organizzazione e all'erogazione di servizi sanitari e di cure mediche.

Gli obiettivi fondamentali in relazione alla tematica della sanità pubblica vengono comunque perseguiti anche tramite altre disposizioni normative; oltre agli articoli 152 e 3 del Trattato inerenti la protezione della salute, vi sono:

- Articoli 43 - 48 (Diritto di stabilimento, che copre tra l'altro i medici e altri operatori sanitari)
- Articoli 49 e 50 (Servizi, compresi i servizi medici e altri servizi sanitari)
- Articolo 71 (Sicurezza dei trasporti)
- Articolo 95 (Ravvicinamento delle legislazioni, che comprende la sicurezza alimentare, il tabacco, i prodotti farmaceutici, i presidi sanitari, i prodotti chimici e altre sostanze pericolose, le applicazioni della biotecnologia)
- Articoli 131 - 133 (Politica commerciale comune, ad esempio in materia di alimenti e prodotti farmaceutici)
- Articolo 137 (Sicurezza sociale e protezione sociale dei lavoratori)
- Articolo 149 (Istruzione e formazione professionale, compresi scambi nel settore della sanità)
- Articoli 158 e 161 (Coesione economica e sociale, fondi strutturali e Fondo di coesione, che patrocinano tra l'altro progetti nel campo della sanità)
- Articoli 163 - 173 (Ricerca e sviluppo tecnologico, che comprende l'ambito della sanità)
- Articolo 177 (Cooperazione allo sviluppo, anche in campo sanitario)
- Articoli 300 e 302 (Conclusione accordi con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali, anche in merito a questioni sanitarie e legate alla salute).

Nel 1998 la Commissione aveva adottato una "*Comunicazione sullo sviluppo della politica della sanità pubblica nella Comunità europea*"[1] in base alla quale si ribadiva che nel quadro giuridico dinanzi delineato si stavano realizzando numerosi lavori utili e importanti, ma identificava anche diversi punti deboli.

La Commissione, quindi, proponeva che si elaborasse un dettagliato programma di sanità pubblica al fine di:

- a) dare attuazione alle disposizioni del nuovo Trattato,
- b) sostenere lo sviluppo di strumenti giuridici e strategie,
- c) far fronte alle nuove sfide tenendo conto delle esperienze maturate in precedenza.

Gli obiettivi generali individuati tendono a:

- migliorare lo stato d'informazione e di conoscenza ai fini dello sviluppo della sanità pubblica, del rafforzamento e del mantenimento di interventi sanitari efficaci e di sistemi sanitari efficienti;
- accrescere la capacità di rispondere in modo rapido e coordinato alle minacce che incombono sulla salute, tramite lo sviluppo, il rafforzamento e l'assistenza alla capacità, al funzionamento e all'interconnessione di meccanismi di sorveglianza, di diagnosi precoce e reazione rapida;
- affrontare la questione dei determinanti sanitari mediante misure di promozione della salute e prevenzione delle malattie, nonché il sostegno e lo sviluppo di ampie attività di promozione della salute e di azioni di prevenzione delle malattie e strumenti specifici per la riduzione e l'eliminazione dei rischi.

In relazione alla prevenzione delle tossicodipendenze, il programma avrebbe coadiuvato gli sforzi condotti nell'ambito del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga, che copre il periodo 2000-2004 (tale programma porterà inoltre avanti le azioni condotte con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, in merito alle strategie a livello nazionale).

Altre importanti iniziative vengono intraprese nel novembre[2] 1999 dalla Commissione con una proposta relativa a una nuova direttiva volta a rafforzare e aggiornare le misure per il controllo del tabacco (con disposizioni rivedute sul contenuto delle sigarette e sull'etichettatura dei prodotti, introducendo un limite sul tenore di nicotina e di monossido di carbonio delle sigarette e proponendo restrizioni quanto alla descrizione del prodotto, oltre a imporre la dichiarazione degli additivi del tabacco).

Venivano altresì effettuati altri lavori preliminari sulla qualità e la sicurezza degli organi e delle sostanze di origine umana in relazione al sangue e agli emoderivati (ipotesi di creazione di una rete comunitaria di emosorveglianza e sulla promozione dell'uso ottimale del sangue e degli emoderivati).

L'articolo 152 contempla anche misure in campo veterinario e fitosanitario ed in tal senso il *“Libro bianco sulla sicurezza alimentare”* adottato dalla Commissione nel gennaio 2000[3] delinea un ampio programma di azioni legislative volte a porre in atto standard elevati di sicurezza alimentare *“dai campi alla tavola”* (compresa la proposta di istituzione di un'autorità alimentare europea di alto profilo scientifico e indipendente, che intende assicurare sistemi di allarme rapido, la comunicazione con i consumatori e il collegamento in rete con le agenzie nazionali e gli organismi scientifici).

Vi è quindi ampio spazio per realizzare notevoli sinergie con queste attività nell'ambito dei tre filoni d'azione contenuti nel programma di promozione della sanità pubblica, e in particolare con le azioni nel campo dell'alimentazione. Si consolida la necessità di sviluppare correlazioni tra il quadro per la sanità pubblica e le altre politiche, ma ciò evidentemente non basta di per sé ad assicurare che la strategia comunitaria in campo sanitario sia pienamente coerente con i principali obiettivi di altre politiche.

È anche essenziale che tutte le attività comunitarie che possono interessare la salute contribuiscano alla strategia complessiva.

Sotto tale aspetto vi sono due importanti limiti nel modo in cui le questioni legate alla salute sono state affrontate a livello comunitario:

- l'impatto potenziale per la salute delle singole iniziative politiche diverse da quelle direttamente legate alla sanità non è stato sempre esaminato appieno;
- le diverse attività legate alla sanità non sono sempre adeguatamente correlate e portate avanti in modo del tutto coerente.

Al fine di ovviare a questi limiti diversi strumenti vengono opportunamente introdotti per assicurare che alla sanità venga attribuito il giusto ruolo nella definizione e relativa attuazione delle politiche e azioni comunitarie.

A partire dal 2001, le proposte aventi una particolare rilevanza per la sanità iniziano a dettagliare le precipue esigenze sul piano sanitario e ad essere corredate di norma da una dichiarazione nella relazione che introduce la proposta. Inoltre, nel contesto del programma per la sanità pubblica, un compito prioritario consisterà nello sviluppare criteri e metodologie, come ad esempio orientamenti valutativi e liste di controllo, per monitorare le proposte politiche e la loro attuazione (alcune iniziative comunitarie potrebbero essere selezionate con metodologie di valutazione d'impatto).

Il programma per la sanità pubblica comprende disposizioni in materia di azioni congiunte in cooperazione con altri programmi e agenzie comunitari che contribuiranno a sviluppare strategie intersettoriali per affrontare importanti fattori che influenzano la salute.

Nell'ambito delle attività promosse della Commissione, si rafforzeranno i meccanismi per assicurare che le attività in materia di sanità siano adeguatamente coordinate.

2). - *I nuovi orientamenti della politica comunitaria di sanità pubblica.*

In tale contesto evolutivo dinanzi delineato si inserisce la Comunicazione[4] elaborata il 16 maggio 2000 dalla Commissione e trasmessa al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità (con allegata Proposta di decisione del parlamento europeo e del Consiglio che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica 2001-2006).

Tale documento pone chiaro l'accento sull'assoluta necessità di porre in atto una strategia comunitaria integrata affinché le azioni previste nel quadro del programma per la sanità pubblica risultino essere adeguatamente correlate con le iniziative di ordine sanitario condotte in altri ambiti istituzionali.

Basti pensare alla realizzazione del mercato unico con le rilevanti conseguenze che comporta per la stessa sanità e i sistemi sanitari.

Non a caso la Commissione[5] nel 1999 aveva già adottato la sua strategia per il mercato interno europeo evidenziando l'esigenza di migliorare la qualità della vita nell'Unione europea e, rispondendo alle crescenti aspettative del pubblico, di garantire un elevato livello di protezione dei consumatori mediante un'appropriata applicazione delle regole. Una serie di disposizioni vigenti prevedevano la disciplina della libera circolazione degli operatori sanitari in materia di riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali ed erogazione di assistenza medica nel caso di soggiorni in altri Stati membri.

Da notare che la normativa concernente la libera circolazione di beni e servizi si applica anche ai prodotti attinenti la sanità, come i prodotti farmaceutici, i presidi sanitari, l'assicurazione malattia, nonché gli alimenti, l'alcol e il tabacco. Ambiti d'azione pertinenti sono la creazione di sistemi d'informazione sui *pattern* di prescrizioni e consumo, nonché la promozione della valutazione del valore terapeutico dei prodotti farmaceutici (si esploreranno anche modalità per rafforzare la cooperazione tra gli Stati membri su questioni quali il contenimento dei costi, orientamenti per gli operatori).

D'altronde, nella Comunicazione "*Modernizzare e migliorare la protezione sociale nell'Unione europea*"[6], la Commissione proponeva una strategia sulla cooperazione e il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, compresi anche lavori su certi aspetti dei sistemi sanitari quali il rimborso delle spese sanitarie tra i sistemi e questioni legate ai costi e ai finanziamenti.

Ciò integrerà le azioni contenute nel programma per la sanità pubblica aventi per oggetto i sistemi sanitari (l'efficacia dei costi e l'adeguatezza degli interventi sanitari, la qualità e gli standard, le correlazioni tra servizi di promozione, prevenzione, trattamento e cura e l'identificazione e la diffusione di prassi ottimali).

Anche la politica comunitaria sulla salute e la sicurezza sul posto di lavoro riveste una rilevanza particolare per quanto concerne la sanità pubblica e il conseguimento di un elevato livello di protezione della salute poiché si basa su un approccio preventivo alla protezione dai rischi che insorgono sul posto di lavoro, dagli infortuni sul lavoro e dalle malattie professionali.

Merita di essere annotato il Quinto programma quadro delle azioni comunitarie di ricerca, di sviluppo tecnologico e di dimostrazione[7] che comporta il programma Qualità della vita e gestione delle risorse biologiche[8], che ha strette correlazioni con la politica sanitaria.

Ben cinque delle sei azioni chiave (“Cibo, alimentazione e salute”, “Controllo delle malattie infettive”, “La fabbrica della cellula”, “Ambiente e salute” e “Invecchiamento della popolazione e inabilità”), hanno avuto per oggetto questioni cruciali d'ordine sanitario. Inoltre, gran parte delle attività a carattere generico affrontano questioni d'importanza strategica sul piano sanitario, come le malattie croniche e degenerative, genomi e malattie genetiche, neuroscienze, sanità pubblica e servizi sanitari, disabili e bioetica.

Poiché i primi programmi in materia di sanità pubblica erano già scaduti alla fine del 2000 e, nell'intento di evitare un vuoto nella politica comunitaria in un settore tanto importante, veniva adottata la Decisione n. 521/2001/CE[9] del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2001 che prorogava taluni programmi d'azione comunitari concernenti la sanità pubblica, adottati dalle decisioni n. 645/96/CE, n. 646/96/CE, n. 647/96/CE, n. 102/97/CE, n. 1400/97/CE e n. 1296/1999/CE e modificava dette decisioni. In sostanza, mentre venivano esaminate la nuova strategia e le proposte per un nuovo programma generale nel campo della sanità pubblica, i programmi in scadenza venivano prorogati fino al 31 dicembre 2002, prevedendo una ripartizione annuale della dotazione finanziaria per la loro esecuzione (mentre i restanti programmi d'azione comunitaria sulle malattie rare e sulla prevenzione delle lesioni personali scadevano nel 2003).

Affinché il passaggio dalle azioni comunitarie dei programmi esistenti al programma globale in materia di sanità pubblica, che era in fase di adozione, avvenisse senza difficoltà ed in modo efficace, venne pubblicato l'Invito a presentare proposte per la dotazione finanziaria relativa all'anno 2002[10].

Nell'applicazione di questi programmi[11], la Commissione garantiva che le azioni effettuate fossero complementari e coerenti con l'ambito e gli obiettivi della strategia comunitaria in materia di sanità e con il nuovo programma di sanità pubblica proposto (che avrebbe poi comportato l'abrogazione dei precedenti otto programmi).

Al fine di promuovere la complementarità dei programmi scelti con gli obiettivi proposti dal nuovo programma di sanità pubblica, ciascuno dei programmi di lavoro annui forniva informazioni dettagliate e specifiche sulle priorità dei settori dell'informazione sanitaria, della risposta rapida a minacce alla salute e dei determinanti sanitari, vale a dire le tre priorità del nuovo programma di sanità pubblica proposto.

NOTE

[1] COM(98) 230 def. del 15.4.1998.

[2] COM(99) 594 del 16.1.1999.

[3] COM(99) 719 def. del 12.1.2000.

[4] COM(2000) 285 def. del 16.5.2000.

[5] COM(97) 102 def. del 12.3.1997.

[6] COM(97)605 def. del 17.11.1997.

[7] G.U.C.E. L 26 dell'1.2.1999, pag. 1.

[8] G.U.C.E. L 64 dell'12.3.1999, pag. 1.

[9] G.U.C.E. L 79 del 17.3.2001, pag. 1.

[10] G.U.C.E. C 209 del 27.7.2001, pag. 9.

[11] I progetti presentati dagli organi e dalle organizzazioni competenti dei paesi candidati potevano essere finanziati a condizione che gli strumenti giuridici che permettevano la loro partecipazione ai programmi comunitari aperti ai paesi candidati erano già stati adottati e stati conclusi gli accordi relativi alle modalità della loro partecipazione.

CAPITOLO IV

IL PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIO NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA (2003-2008)

- Sommario:*
1. - *Obiettivi generali ed attività previste dal nuovo programma di azione.*
 2. - *L'informazione e lo sviluppo delle conoscenze in materia di salute nel Programma di azione comunitario nel campo della sanità pubblica.*

1. - Obiettivi generali ed attività previste dal nuovo programma di azione.

Il 23 settembre 2002 il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato la Decisione n. 1786/2002/CE che istituisce un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008)[1].

Gli obiettivi generali del programma consistono nel:

- 1) migliorare informazione e conoscenze per lo sviluppo della sanità pubblica;
- 2) aumentare la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato alle minacce che incombono sulla salute;
- 3) promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari nell'ambito di tutte le politiche e le attività.

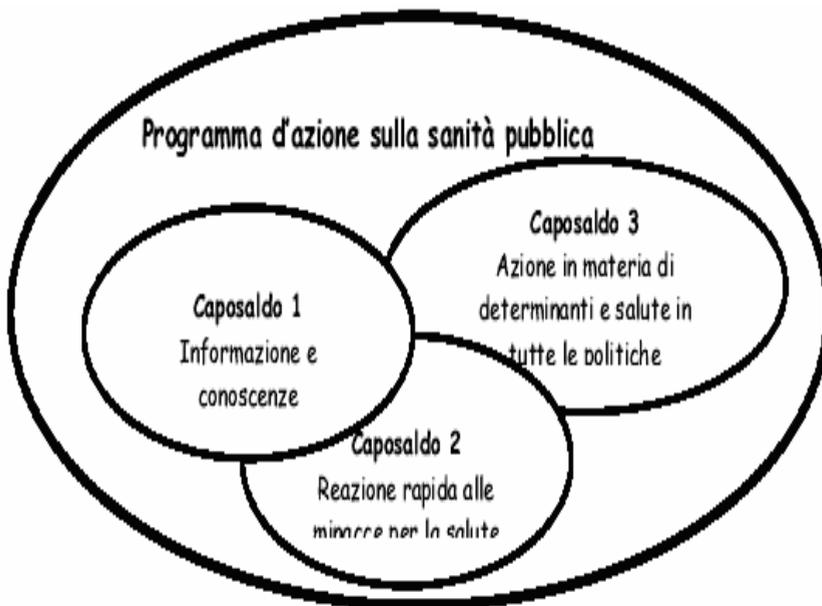
Il programma deve così contribuire a: a) garantire un alto livello di protezione della salute umana nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività comunitarie, promuovendo una strategia sanitaria integrata e intersettoriale; b) affrontare le disuguaglianze nel settore della salute; c) incoraggiare la cooperazione tra Stati membri nei settori contemplati dall'articolo 152 del Trattato.

Il quadro comunitario della legislazione di tutela della salute si basa su alcuni principi utili sia per orientare la stessa disciplina tecnica o di dettaglio (come hanno dimostrato gli otto programmi di azione dinanzi citati), che per quei riferimenti giuridici oramai divenuti inderogabili che le legislazioni di attuazione degli ordinamenti nazionali devono comunque rispettare.

Tali principi possono essere compendiate nella formula, un po' enfatica, della *nuova cultura della promozione della salute* che fanno riferimento:

- alla definitiva affermazione di una specifica nozione "*integrale*" di salute comprensiva sia del benessere fisico che psichico, con connessa lotta allo *stress*, per una migliore qualità di vita,
- al collegamento, ormai ritenuto organico, tra tutela dell'ambiente esterno e tutela dell'ambiente interno.

La comunitarizzazione della disciplina e, la dinamica ordinamentale di tipo sovranazionale che ne consegue, consentono, infatti, di guardare alla tutela della salute ben al di là dei recinti giuridici normativi nazionali ivi incluse le stesse disposizioni costituzionali di riferimento.



L'obiettivo generale complessivo è incentrato sul miglioramento della sanità pubblica, promuovendo la prevenzione dei disturbi e delle affezioni umane, eliminando le fonti di pericolo per la salute, nell'intento di lottare contro la morbilità e la mortalità precoce, tenendo conto del sesso e dell'età.

A tale scopo, le azioni dovrebbero essere ispirate alla necessità di:

- allungare la speranza di vita senza disabilità o malattie,
- promuovere la qualità della vita cercando di ridurre al minimo le conseguenze socioeconomiche della cattiva salute, riducendo in tal modo le disparità sul piano sanitario e tenendo conto dell'approccio regionale alle questioni sanitarie,
- assegnare priorità ad azioni di promozione della salute che affrontano le principali cause di malattia e contribuendo alla protezione della salute.

Per troppo tempo la promozione della salute è stata erroneamente ed in maniera alquanto riduttiva interpretata come semplice prevenzione delle malattie, senza rilevare la grande differenza che esiste fra "curare" la malattia (nei diversi momenti preventivi, diagnostico-terapeutici, riabilitativi) e "prendersi cura" della persona nella sua globalità, guardando al suo benessere nei diversi contesti in cui è inserita, alla qualità della vita del singolo e della collettività, anche in condizioni di patologia (acuta, cronica, disabilitante, ecc.).

Il programma di azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) costituisce, quindi, lo strumento giuridico cardine di riferimento per il sostegno e la relativa evoluzione della strategia integrata e intersettoriale dell'Unione europea in materia di sanità.

L'ampliamento delle basi giuridiche delle attività comunitarie in materia di sanità pubblica, sancito dal Trattato di Amsterdam, riflette l'evoluzione del consenso sull'importanza delle azioni comunitarie in questo campo.

Le azioni che saranno attuate in stretta collaborazione con gli Stati membri, mediante il sostegno ad attività di natura trasversale sono le seguenti:

a) Attività connesse ai sistemi di monitoraggio e reazione rapida

- i) Attività di rete effettuate tramite strutture delegate dagli Stati membri e altre attività di interesse comunitario al fine di assicurare il monitoraggio sanitario e fornire informazioni nazionali e dati a livello comunitario a sostegno degli obiettivi del programma;
- ii) attività per lottare contro le minacce che incombono sulla salute (anche gravi malattie) e reagire a eventi imprevisti, consentire lo svolgimento di indagini e coordinare le risposte;
- iii) preparazione, istituzione e funzionamento di dispositivi strutturali appropriati che coordinino e integrino le reti per il monitoraggio sanitario e per una reazione rapida alle minacce che incombono sulla salute;
- iv) sviluppo di collegamenti tra azioni inerenti sistemi di monitoraggio e reazione rapida.

b) Attività sui determinanti sanitari

Sviluppo e attuazione di attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie tramite tutte le politiche comunitarie che coinvolgano, eventualmente, organizzazioni non governative, progetti pilota o progetti innovativi e reti tra istituzioni e attività nazionali.

c) Attività connesse alla legislazione

- i) Lavori preparatori di strumenti normativi comunitari di sanità pubblica;
- ii) valutazione dell'impatto della legislazione comunitaria sulla salute;
- iii) coordinamento della posizione della Comunità e dei suoi Stati membri nelle sedi in cui si discutono questioni attinenti alla sanità.

d) Attività connesse alla consultazione, alla conoscenza e all'informazione

- i) Sviluppo e diffusione tra le autorità competenti degli Stati membri, gli operatori del settore sanitario e di altri settori nonché, se del caso, tra altre parti interessate e tra il pubblico in generale di informazioni e conoscenze in materia di salute (statistiche, analisi, relazioni, rassegne, pareri);
- ii) informazione e consultazione in materia di sanità a livello comunitario, coinvolgendo le parti interessate quali organizzazioni di pazienti, operatori sanitari, fornitori di servizi sanitari, sindacati, parti sociali e ONG;
- iii) messa in comune di esperienze e scambio di informazioni su questioni connesse alla salute tra la Comunità e le autorità ed organizzazioni competenti degli Stati membri;
- iv) incoraggiamento dell'istruzione e della formazione professionale nel campo della sanità pubblica pertinenti agli obiettivi del programma;
- v) sviluppo e mantenimento di reti per lo scambio di informazioni sulle migliori pratiche nel settore della sanità pubblica e sull'efficacia delle politiche sanitarie;
- vi) acquisizione informazioni e consulenze scientifiche da scienziati/esperti di alto livello;
- vii) sostegno e promozione di attività della Comunità e degli Stati membri riguardanti prassi corrette ed orientamenti per la sanità pubblica basati su dati scientifici.

e) *Promozione del coordinamento a livello europeo delle organizzazioni non governative* che sviluppano attività considerate prioritarie nel quadro del programma e che possono operare sia individualmente che nella forma di più associazioni coordinate. Tali obiettivi, azioni e attività costituiscono il quadro di riferimento per i piani di lavoro annuali del programma e, indicano le azioni prioritarie per i compiti da svolgere, tra cui l'assegnazione delle risorse[2].

Uno degli elementi chiave consiste nello stabilire legami con i programmi e le azioni comunitarie pertinenti, nonché con le iniziative regionali, al fine di promuovere le sinergie ed evitare sovrapposizioni. Saranno perseguite la sinergia e la complementarità rispetto ai lavori intrapresi dalle organizzazioni internazionali attive nel settore della sanità, quali l'Organizzazione mondiale della sanità, il Consiglio d'Europa e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. La cooperazione con queste organizzazioni sarà ulteriormente rafforzata dall'attuazione delle attività del programma, intensificando anche la cooperazione con i paesi terzi, in modo da condividere esperienze e buone prassi. Lo sviluppo della strategia comporterà il pieno coinvolgimento delle parti interessate, in particolare attraverso il Forum europeo della sanità. Saranno favoriti l'integrazione e il coordinamento fra progetti che collegano fra di loro azioni destinate ad affrontare problemi specifici di sanità pubblica. Un valido esempio è rappresentato dal Sesto programma quadro di azioni comunitarie di ricerca che prevede un sostegno scientifico alle politiche comunitarie attraverso la ricerca finalizzata ed orientata specificamente verso esigenze «guidate dalla domanda», in modo coerente fra i diversi settori d'intervento comunitari e calibrato sui mutamenti politici. Non a caso i compiti prioritari sono stati individuati in stretta collaborazione con gli stessi servizi della Commissione (Direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori) e, dal punto di vista della sanità pubblica possono rilevarsi nel programma specifico di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione volto a integrare e rafforzare lo spazio europeo della ricerca (2002-2006)[3], al punto «*Ricerca orientata alle politiche*», filone 2 «*Garantire la salute e la sicurezza e offrire opportunità ai cittadini europei*». In riferimento ai seguenti settori:

1.2.1. determinanti della salute e fornitura di servizi pensionistici e cure sanitarie sostenibili e di elevata qualità (in particolare nel contesto dell'invecchiamento e dell'evoluzione demografica);

1.2.2. questioni inerenti alla salute pubblica (inclusa epidemiologia a sostegno di profilassi e reazioni di fronte a patologie nuove, rare e trasmissibili, allergie, procedure sicure per il dono di organi, sangue, metodi di sperimentazione);

1.2.3. impatto di problemi ambientali sulla salute (sicurezza luoghi di lavoro, metodi di valutazione del rischio e attenuazione rischi di catastrofi naturali per la popolazione);

1.2.4. questioni connesse con la protezione civile (incluse la sicurezza biologica e la protezione da attacchi terroristici), e la gestione delle crisi.

L'intenzione è che la ricerca effettuata in questi settori integri i settori prioritari individuati dal programma di lavoro 2004 per le azioni comunitarie nel campo della sanità pubblica, sostenendo così lo sviluppo della strategia comunitaria in materia di sanità.

2. - L'informazione e lo sviluppo delle conoscenze in materia di salute nel Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008).

Come si è accennato il Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) dovrà integrare le politiche nazionali e avrà lo scopo di tutelare la salute umana e migliorare la sanità pubblica attraverso il perseguimento dei suoi tre obiettivi generali (miglioramento dell'informazione e delle conoscenze per lo sviluppo della sanità pubblica, potenziamento della capacità di reagire rapidamente in modo coordinato alle minacce incombenti sulla salute, promozione della salute e prevenzione delle malattie mediante un'azione sui determinanti sanitari ed in tutte le politiche e le attività).

Pertanto è fondamentale che tutte le attività dell'Unione europea aventi attinenza alla sanità debbano avere un elevato grado di visibilità e di trasparenza e consentire la consultazione e la partecipazione di tutti gli interessati in modo equilibrato, al fine di promuovere una migliore conoscenza e comunicazione quale esempio di un più ampio coinvolgimento delle persone nelle decisioni riguardanti la loro salute.

In tale contesto, occorre tener conto del diritto della popolazione dell'Unione europea a ricevere informazioni[4] semplici, chiare e scientificamente valide sulle misure volte a tutelare la salute ed a prevenire le malattie, allo scopo di migliorare la qualità della vita.

Per informazioni ed orientamento vengono identificati prioritari per il 2004 questi settori:

1) informazioni sanitarie: sviluppo e coordinamento del sistema d'informazione sanitaria, funzionamento del sistema di monitoraggio sanitario, meccanismi di segnalazione e analisi dei problemi sanitari e di elaborazione di relazioni su temi di sanità pubblica, miglioramento dell'accesso e del trasferimento di dati a livello comunitario (portale europeo della sanità pubblica) e di altre piattaforme di pubblicazione, *eHealth* (sanità on-line), valutazione dell'impatto sanitario, cooperazione fra gli Stati membri sulle iniziative intraprese in tema di politica sanitaria;

2) minacce sanitarie: sviluppo e integrazione della sorveglianza, sicurezza del sangue e degli organi, strategie per il controllo della resistenza antimicrobica, messa in rete e miglioramento qualitativo dei laboratori, potenziamento mirato della capacità;

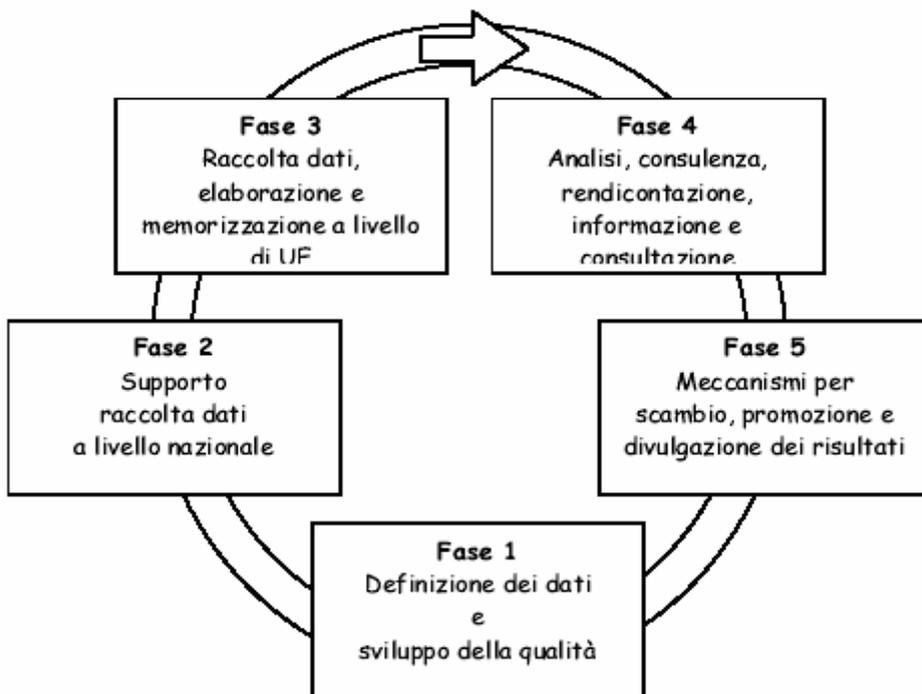
3) determinanti sanitari[5]: tabacco, alcol, droghe, alimentazione e attività fisica, salute sessuale e riproduttiva, salute mentale, prevenzione delle lesioni, determinanti ambientali della salute, determinanti socioeconomici della salute, promozione della salute in particolari ambienti, formazione nel settore della sanità pubblica, prevenzione delle malattie, in particolare delle malattie cardiovascolari, dei tumori, del diabete.

Il sistema comunitario di informazione e conoscenza dovrà avere un pubblico di utenti eterogeneo.

Se da un lato le diverse tipologie di pubblico usufruiscono delle stesse informazioni, dall'altro richiedono caratteristiche diverse all'interno del sistema.

Diventa possibile adattare il sistema generale a diverse tipologie di pubblico che comprendono:

- cittadini e pazienti (tali utenti necessitano di un accesso semplice e multilingue a statistiche generali, dati ed informazioni).
- professionisti in materia di salute, insegnamento ed altro, nonché studenti (le loro esigenze spesso rispecchiano quelle del pubblico; si possono quindi utilizzare sistemi simili per entrambi i gruppi di utenti anche se le loro esigenze possono essere più ampie di quelle dei cittadini, possono comprendere informazioni generali oppure riguardare la sorveglianza, la valutazione e relativa analisi delle politiche in materia di salute, nonché le dettagliate questioni tematiche).
- responsabili politici e funzionari dell'amministrazione pubblica (informazioni rilevanti relative per la strategia politica).
- autorità competenti ed esperti altamente specializzati spesso necessitano di un accesso sicuro e di applicazioni molto specifiche e la protezione dei dati costituisce spesso la questione più importante.



Le fonti dei dati e delle informazioni esistenti dovranno essere usate nel modo più estensivo possibile, soprattutto da parte degli Stati membri, dato che ci si aspetta che questi utilizzeranno i dati anche per gli obiettivi nazionali.

Al fine di evitare duplicazioni e promuovere sinergie, si teneva conto di attività condotte da altri servizi della Commissione, come Eurostat o da agenzie comunitarie come l'EMCDDA e da organizzazioni nazionali o internazionali come l'OMS, il Consiglio d'Europa, l'ILO, l'OCSE ecc.

Mentre il completo utilizzo delle informazioni provenienti dalle attuali fonti rappresenta il punto di partenza, è chiaro che queste devono essere integrate da nuove raccolte di informazioni.

Le attuali fonti d'informazione da utilizzare comprendono le fonti di dati degli Stati membri, non comprese nelle raccolte di dati già disponibili presso Eurostat, Organizzazione mondiale della sanità ed OCSE.

Dove si constatino carenze di dati, si svilupperanno nuovi sistemi di raccolta per particolari questioni prioritarie, quali il comportamento sanitario, gli infortuni e i dati di base relativi agli anni di vita senza invalidità (ed in tal senso esistono varie possibilità di promozione di sondaggi europei in materia di salute utilizzando il lavoro di base esistente).

NOTE

[1] G.U.C.E. L 271 del 9.10.2002, pagg. 1-11.

[2] I progetti suscettibili di poter beneficiare di un contributo finanziario in base al programma «Sanità pubblica» devono contribuire a proteggere la salute dell'uomo e a migliorare la sanità pubblica, concorrendo alla realizzazione di uno o più obiettivi definiti dalla Decisione n. 1786/2002/CE. Nell'attuare il programma, la Commissione accorderà la priorità ai progetti che:

- apportino un valore aggiunto europeo (attività che producono economie di scala rilevante a livello europeo, condotte nel maggior numero possibile di Stati membri e paesi candidati, nonché paesi EFTA/SEE e in grado di essere applicate dovunque),
- siano su vasta scala (in termini di contenuto e di copertura geografica), pluriennali e multidisciplinari (attività che coprono una questione nel modo più ampio, coinvolgendo tutti i partner e le discipline rilevanti nel corso di più anni e con un vasto campo di applicazione),
- consentano risultati sostenibili (che possano apportare un contributo durevole sia agli obiettivi del programma sia allo sviluppo della strategia comunitaria in materia di salute),
- contribuiscano agli sviluppi politici su scala comunitaria in materia di sanità pubblica enunciati nelle priorità annuali per la realizzazione degli obiettivi del programma,
- forniscano un'adeguata attenzione alla valutazione del processo e dei risultati.

L'identificazione dei progetti da cofinanziare è effettuata tramite l'applicazione di tre serie di criteri di valutazione: criteri di esclusione (valutazione dell'ammissibilità), criteri di selezione (valutazione della capacità del richiedente) e criteri di aggiudicazione (valutazione della qualità in rapporto ai costi del progetto). Gli inviti a presentare offerte sono disciplinati dalla legislazione relativa all'attribuzione degli appalti pubblici e l'importo del contributo finanziario nell'ambito del programma può in linea di massima raggiungere l'80% dei costi ammissibili per i progetti considerati (la Commissione determinerà in ogni singolo caso la percentuale massima da aggiudicare).

[3] *Documento programmatico sull'attuazione del Caposaldo 1 relativo all'informazione e alle conoscenze in materia di salute nel futuro programma d'azione nel campo della sanità pubblica.*

Tale documento propone un modello programmatico e organizzativo per il sistema d'informazione e conoscenza in materia di salute. Esso non comprende il contenuto esatto del sistema che sarà definito nei progetti di lavoro che si svilupperanno in base al programma e ad altre decisioni relative alla sua attuazione. Molti ambiti, come quelli relativi al contenuto dei dati, alla raccolta di informazioni, all'analisi quantitativa e qualitativa dei dati, alle prassi migliori, alle analisi ed azioni pertinenti in altre politiche, non sono trattati dettagliatamente. A seguito dell'invito a presentare proposte del 2003, basato sul programma di lavoro per l'anno in questione, sono state presentate 427 domande, per un sostegno totale richiesto di oltre 500 milioni di euro, dieci volte il bilancio disponibile per il 2003. Questa è una chiara indicazione dell'enorme interesse generato dal nuovo programma e dalle azioni della Comunità europea nel settore della sanità pubblica in generale. Il programma di lavoro per il 2004 intende basarsi su quanto realizzato nell'anno precedente.

[4] Vengono privilegiati progetti che recheranno un valore aggiunto effettivo all'Unione europea in termini di:

- attività che comportavano la partecipazione di organizzazioni di numerosi Stati membri (almeno due per il programma di promozione della salute e almeno tre per i programmi sulla prevenzione delle lesioni personali, sulle malattie rare e sulle malattie connesse con l'inquinamento);
- attività condotte in tutti gli Stati membri o nel maggior numero possibile di essi;
- attività che producevano economie importanti a livello europeo;
- attività in grado di essere applicate in altri Stati membri.

Saranno altresì considerati prioritari quei progetti che coinvolgeranno enti e/o settori pubblici o organizzazioni non governative in grado di dimostrare la loro competenza nei settori interessati e atti, qualora siano resi applicabili, ad incoraggiare una collaborazione pluridisciplinare.

[5] Nella sua risoluzione del 29 giugno 2000 sul seguito da dare alla Conferenza di Evora sui determinanti sanitari, il Consiglio ritenendo che le crescenti differenze tra gli Stati membri e all'interno di essi nella situazione sanitaria e nelle ripercussioni sulla salute richiedono sforzi rinnovati e coordinati a livello nazionale e comunitario; si è impegnato a presentare una proposta per un nuovo programma di sanità pubblica contenente un ambito d'azione inteso ad affrontare i determinanti sanitari attraverso la promozione della salute e la prevenzione delle malattie con il sostegno di politiche intersettoriali e ha concordato di sviluppare e di basare la nuova strategia

comunitaria per la sanità pubblica sulle attività legate a determinanti specifici comprese nei programmi esistenti (specie per quanto riguarda tabacco, nutrizione e alcol); garantendo una continuità con le azioni in corso proseguendo i lavori su questi temi con la massima coerenza e sistematicità. Un impegno efficace per quanto riguarda i determinanti sanitari richiede un'ampia gamma di approcci dinamici. Per taluni determinanti si è rivelato particolarmente efficace un approccio contestuale (ad es. le azioni di strutture di sostegno nelle comunità può rafforzare il capitale sociale e facilitare l'adozione di comportamenti sani). I servizi di assistenza sanitaria sono al contempo protagonisti importanti nel campo della salute, di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

PARTE SECONDA

SANITÀ PUBBLICA E UNIONE EUROPEA

TRA

STRATEGIE E AZIONI CONGIUNTE

CAPITOLO I

INTEGRAZIONE DEI REQUISITI DI PROTEZIONE DELLA SALUTE E VALUTAZIONE D'IMPATTO SANITARIO

- Sommario:*
- 1. - L'integrazione dei requisiti di protezione sanitaria nelle politiche comunitarie.*
 - 2. - La valutazione delle politiche e del loro impatto sulla salute.*

1. - L'integrazione dei requisiti di protezione sanitaria nelle politiche comunitarie.

In tema di “Strategie e azioni congiunte” previste ai sensi dell’articolo 4 della Decisione n. 1786/2002/CE adottata il 23 settembre 2002 dal Parlamento europeo e dal Consiglio che istituisce un programma di azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008), si dispone che al fine di “*assicurare un elevato livello di protezione della salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche e attività comunitarie, gli obiettivi del programma possono essere attuati quali strategie e azioni congiunte creando collegamenti con programmi e azioni comunitari pertinenti, segnatamente negli ambiti della protezione dei consumatori, della protezione sociale, della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro, dell'occupazione, della ricerca e sviluppo tecnologico, del mercato interno, della società dell'informazione e della tecnologia dell'informazione, delle statistiche, dell'agricoltura, dell'istruzione, dei trasporti, dell'industria e dell'ambiente, nonché con le azioni condotte dal Centro comune di ricerca e dagli organismi comunitari pertinenti, con i quali è incoraggiata la cooperazione*”.

A ciò si aggiunga che in stretta correlazione con quanto disposto all’articolo 6 (“Coerenza e complementarità”) della medesima decisione “la Commissione assicura la coerenza e la complementarità tra le azioni da attuarsi nell'ambito del programma e quelle attuate contestualmente ad altre attività e politiche comunitarie, incluse le politiche di cui all'articolo 4...”).

In particolare, gli organi comunitari (*in primis* la Commissione) si impegnano ad individuare quelle proposte maggiormente pertinenti agli obiettivi generali ed alle specifiche azioni previste dal Programma di azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008) cercando di tenere in massima considerazione le fondamentali condizioni sanitarie ed il loro presunto impatto sulla salute.

In tal senso è opportuno rammentare che sin dal 1993, la Commissione aveva redatto ben tre relazioni sull'integrazione dei requisiti di protezione della salute nelle politiche comunitarie[1] (rispettivamente nel 1994[2], 1995[3] e 1996[4]), che intendevano fornire una visione d'insieme sulle politiche comunitarie con diretta o indiretta incidenza sulla salute umana e, contemporaneamente, illustrare le modalità di applicazione del vecchio articolo 129, paragrafo 1, terzo comma.

Con l'entrata in vigore del Trattato di Amsterdam, il nuovo articolo 152 del trattato CE attribuisce un'importanza maggiore all'effetto delle politiche comunitarie sulla salute, ed estende il campo d'applicazione dell'azione comunitaria, sottolineando che un livello elevato di protezione della salute umana è garantito nella definizione e attuazione di tutte le politiche e le azioni comunitarie. L'azione comunitaria, quindi, è volta a migliorare la sanità pubblica e la prevenzione delle malattie e delle affezioni umane, nonché a prevenire le cause di pericolo per la salute umana (anche attraverso l'adozione di azioni di incentivazione per la protezione e il miglioramento della salute umana).

Il Consiglio dell'Unione europea a sua volta l'8 giugno 1999 con le sue *Conclusioni sull'integrazione dei requisiti di protezione della salute nelle politiche della Comunità* tornava ad invitare la Commissione a inserire, nelle proprie relazioni annuali sull'attuazione del programma di lavoro dell'anno precedente, un capitolo dedicato agli effetti sulla sanità pubblica, nonché a indicare nel programma annuale di lavoro tutte le proposte che possono avere un'incidenza sulla tutela della salute[5]. Il Consiglio ribadiva ulteriormente che l'obbligo di integrare la sanità nelle altre politiche della Comunità era stato rafforzato e, riteneva, che le relazioni future avrebbero dovuto seguire un approccio più mirato e concentrarsi sulle questioni che risulteranno più importanti alla luce delle priorità del nuovo programma sulla pubblica sanità.

Il 16 novembre 1999, la Commissione presentava la *Quarta relazione sull'integrazione dei requisiti di protezione sanitaria nelle politiche comunitarie*[6], che oltre a sottolineare la valenza giuridica ed istituzionale dell'articolo 152 del Trattato di Amsterdam (nel conferire maggiore importanza ai requisiti di protezione della salute stabilendo la garanzia di un alto grado di protezione della salute umana nella definizione[7] e nell'attuazione di tutte le politiche ed azioni comunitarie), rilevava il ruolo fondamentale già svolto dalla Corte di Giustizia delle Comunità europee per garantire un livello elevato di protezione della salute umana.

Difatti, in occasione della sentenza relativa alla richiesta del Regno Unito di sospensione del divieto di esportazione del bestiame e di prodotti derivati nel contesto delle misure contro l'encefalopatia spongiforme bovina, la Corte ha inequivocabilmente sancito diversi punti importanti sulla responsabilità della Comunità di garantire che i requisiti di protezione della salute siano adeguatamente considerati[8]. Ad esempio la Corte ha confermato che la Politica agricola comune non può ignorare le necessità di pubblico interesse, quali la protezione dei consumatori e della salute e della vita umana e animale (per quanto riguarda la sanità pubblica, si è fatto esplicitamente riferimento all'articolo 3, lettera (o) e all'articolo 129, paragrafo 1, terzo comma, che si riferisce all'elevato livello di protezione della salute indicato dall'articolo 129, paragrafo 1, primo comma del Trattato CE) [9].

Tale sentenza aprendo conseguenze dirette in tutti i settori di programmazione comunitaria, chiarisce gli obblighi delle istituzioni della Comunità riguardo all'integrazione dei requisiti di protezione della salute nelle politiche comunitarie ex articolo 129 ed offre una valida interpretazione, *mutatis mutandis*, anche nel contesto del Trattato di Amsterdam[10].

2. – *La valutazione delle politiche e del loro impatto sulla salute.*

Ai sensi dell'articolo 3, paragrafo 2, lettera c) della Decisione n. 1786/2002/CE adottata il 23 settembre 2002 dal Parlamento europeo e dal Consiglio che istituisce un programma di azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008), un particolare rilievo assume la valutazione dell'impatto della legislazione comunitaria sulla salute.

Nel medesimo contesto giuridico nell'Allegato delle azioni e misure di sostegno viene dato ampio risalto (al punto 1) al “*miglioramento dell'analisi e delle conoscenze riguardanti il ruolo svolto dall'evoluzione della politica sanitaria e dalle altre attività e politiche comunitarie, quale il mercato interno in quanto capace di influenzare i sistemi sanitari, ai fini del conseguimento di un livello elevato di protezione della salute umana, compresa l'elaborazione di criteri e metodologie di valutazione delle politiche e del loro impatto sulla salute, nonché la elaborazione di altre correlazioni tra la sanità pubblica ed altre politiche*”.

La valutazione d'impatto sulla salute, già costituiva una esigenza da tempo avvertita dagli organismi comunitari, come anche ribadito dalla Comunicazione della Commissione in materia di valutazione d'impatto del 5 giugno 2002[11].

Non a caso nel gennaio 2003 la Commissione varava uno strumento integrato per la valutazione d'impatto finalizzato alla rilevazione, tra gli altri, dell'impatto sulla salute di progetti, proposte politiche e strategie che non sono intesi principalmente ad avere effetti sulla salute e le modalità per valutarli.

Grazie ad uno strumento di questo tipo i responsabili delle politiche potranno essere in grado di valutare i necessari compromessi e di comparare i vari scenari possibili prima di approvare un'azione specifica anche perché la valutazione d'impatto riguarderà tutte le principali iniziative che la Commissione presenta nella sua strategia o nel programma di lavoro annuale [12].

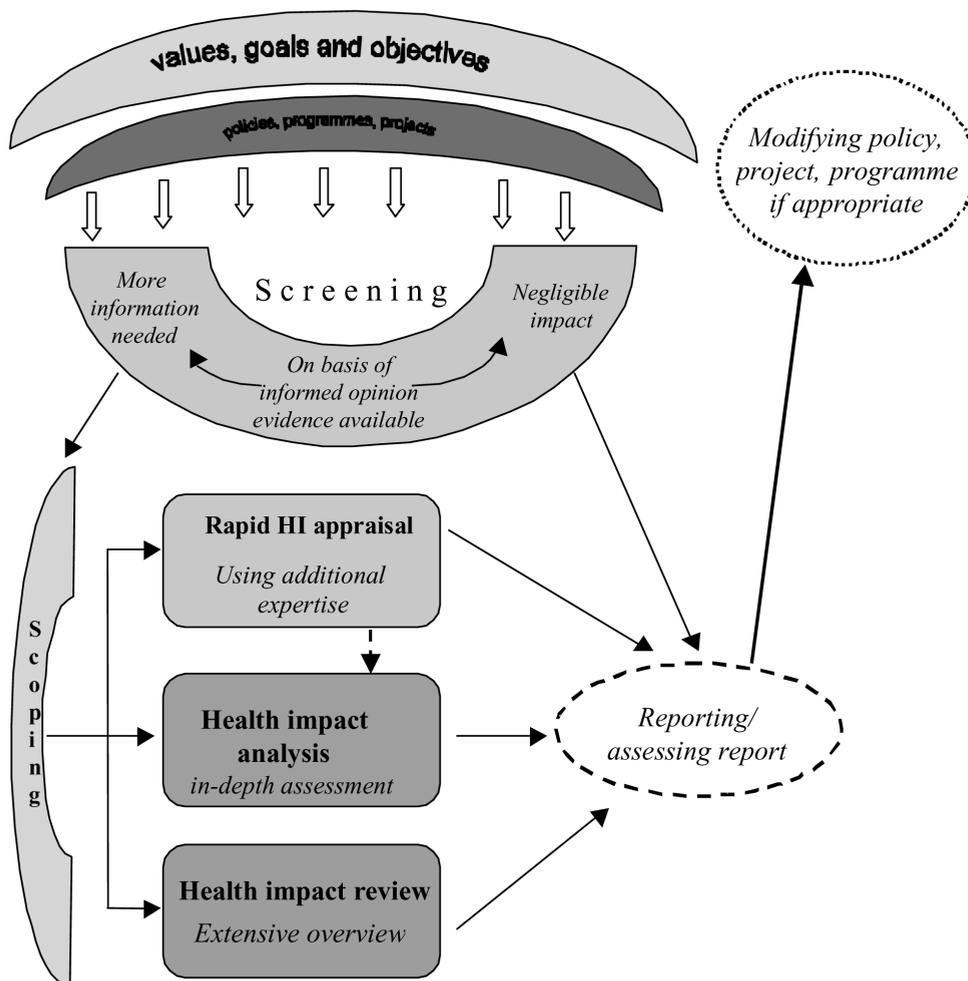
Ma ancor più pregnante per le questioni di stretta attinenza agli ambiti sanitari costituisce l'approccio *Health Impact Assessment* (noto come *Gothenburg Consensus Paper, ECHP, WHO Regional Office for Europe, 1999*) quale combinazione di procedure, metodi e strumenti attraverso cui l'implementazione di politiche, programmi o progetti possono essere valutati in base agli effetti diretti ed indiretti che producono sulla salute della popolazione ed in riferimento alla distribuzione di questi nella popolazione[13].

Fondamentalmente la metodologia VIS dovrebbe essere applicata a tutte le decisioni politiche al fine di analizzarne sistematicamente le conseguenze sullo stato di salute delle popolazioni, in modo da fornire ai decisori gli strumenti conoscitivi per promuovere un percorso di salute positivo ed equo[14].

In tale ottica in data 17 novembre 2001, la Direzione generale SANCO[15] della Commissione europea predisponendo il documento *Ensuring a high level of health protection – A practical guide*, con il quale adottava tale approccio che individuava cinque distinte fasi della Valutazione di impatto sanitario :

- *screening*
- *scoping*
- *appraisal of potential health effects*
- *decision-making*
- *implementation and monitoring.*

An approach to health impact assessment



Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach

Gothenburg Consensus Paper, ECHP, WHO Regional Office for Europe, December 1999, p. 3

Nell'intento di sviluppare una migliore comprensione delle conseguenze delle politiche e delle azioni comunitarie nel settore sanitario, il punto 2.1.7. della Decisione della Commissione del 25 febbraio 2004[16] (che adotta il programma di lavoro per il 2004 per l'attuazione del programma di azione comunitaria nel campo della sanità pubblica 2003-2008, compreso il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni), prevede di realizzare uno dei principali obiettivi del programma attraverso la predisposizione di una serie di studi pilota sull'impatto sanitario di alcune iniziative ed azioni comunitarie particolari (compresa la salute mentale), che sottolineino in maniera evidente le medesime lezioni desunte nel corso della loro realizzazione.

Partendo dalla considerazione che occorrono mezzi efficaci per garantire che tali strategie ed azioni favoriscano la salute e che i vantaggi sanitari siano un elemento chiave e siano parte integrante dell'elaborazione delle strategie, gli studi dovrebbero riguardare in dettaglio quei settori strategici con un chiaro legame ai principali determinanti sanitari, quali agricoltura ed alimentazione, tassazione e commercio.

Nel programma di lavoro per il 2004, le risorse del programma vengono concentrate su un numero più ridotto di priorità chiave e settori d'azione (26 anziché 29).

Questi settori d'azione sono stati definiti prendendo in riferimento la necessità di sostenere le azioni degli Stati membri e di rafforzare la cooperazione nel contesto dell'Unione europea, gli obblighi giuridici e la loro attuazione, i principali temi di interesse individuati dal Consiglio europeo, dal Consiglio e dal Parlamento europeo, l'esigenza di garantire la continuità di tutte quelle attività varate nell'ambito dei precedenti programmi in materia di sanità laddove abbiano chiaramente dimostrato la loro validità e la loro importanza per il nuovo programma, nonché le azioni cofinanziate nell'ambito dell'invito a presentare proposte per il 2003.

Ciononostante, si prevede di ridurre il numero di settori d'azione per i futuri programmi di lavoro, al fine di favorire i settori per i quali sono state selezionate poche proposte.

Le attività previste dal programma anche se non definite come prioritarie per il 2004, potranno essere prese in considerazione qualora rimangano dei fondi dopo aver finanziato le azioni prioritarie.

Di estremo interesse risultano essere le iniziative di:

1) Promozione della salute nelle scuole attraverso la «Rete europea per la promozione della salute nelle scuole» in collaborazione con gli Stati membri, il Consiglio d'Europa e l'OMS.

Si presterà particolare attenzione a fare in modo che tutte le scuole possano beneficiare dei lavori in corso e delle prassi migliori presenti nella rete, migliorando la copertura di quest'ultima e mettendo a punto ulteriori buone prassi in settori concreti.

2) Promozione della salute sul luogo di lavoro rafforzando le reti e la collaborazione fra le organizzazioni interessate. Basandosi su modelli specifici di buone prassi per la promozione della salute sul luogo di lavoro, si sviluppano strategie di attuazione centrate su uno sviluppo sostenibile della salute sul luogo di lavoro, intensificandone l'applicazione in tutti i settori economici degli Stati membri. Un'attenzione particolare sarà dedicata alla creazione di ambienti di lavoro dai quali è bandito il fumo.

3) Promozione della cooperazione fra gli istituti di insegnamento per quanto riguarda il contenuto dei corsi di formazione e il sostegno dato all'elaborazione di corsi di formazione europei comuni nel settore della sanità pubblica, basandosi su iniziative quali i Programmi dei master europei nel settore della sanità pubblica e il Programma di formazione per gli interventi in materia di epidemiologia (EPIET).

NOTE

[1] Prima dell'entrata in vigore del Trattato di Amsterdam, l'articolo 129 paragrafo 1, terzo comma, stabiliva che i requisiti di protezione della salute fossero una componente delle altre politiche della Comunità. La Commissione aveva creato un proprio meccanismo interno di sorveglianza per controllare l'integrazione dei requisiti in materia di sanità nelle politiche comunitarie. Inoltre, la Direzione generale della Commissione responsabile della sanità aveva costituito un gruppo interservizi sulla sanità, che fungeva da sede per lo scambio d'informazioni fra i servizi della Commissione sulle questioni sanitarie.

[2] COM(95) 196 def.

[3] COM(96) 407 def.

[4] COM(98) 34 def.

[5] G.U.C.E. C 195 del 13.7.1999, pag. 4.

[6] COM(99) 587 def.

[7] Da notare che mentre la definizione delle politiche ed attività comunitarie avviene principalmente a livello delle istituzioni della Comunità, l'attuazione delle politiche e delle attività comporta la partecipazione delle istituzioni comunitarie e anche degli Stati membri, anche per il loro compito di recepimento della normativa comunitaria negli ordinamenti nazionali.

[8] Trattasi della Ordinanza della Corte del 12 luglio 1996. Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord contro Commissione delle Comunità europee. Procedimento sommario - Agricoltura - Polizia sanitaria - Misure di emergenza contro l'encefalopatia spongiforme bovina. Causa C-180/96, in Raccolta della giurisprudenza, 1996 pagina I-03903

[9] La sentenza sottolinea il ruolo della Corte di Giustizia nel deliberare sul modo in cui tali requisiti devono essere integrati nelle politiche. È dunque interesse della Commissione, delle altre istituzioni comunitarie e degli Stati membri dimostrare chiaramente in che modo i requisiti sanitari vengono integrati nelle politiche e nelle attività comunitarie e come sono successivamente attuati per garantire l'adempimento degli obblighi.

[10] Per una disamina sviluppata in dottrina cfr. K.J.M. MORTELMANS, *Ars aequi*, 1996 pp. 717-720; F. GAZIN - D. SIMON, *Europe*, 1996 Octobre Comm. n° 357 pp. 14-15; M. CONDINANZI, *Il Diritto dell'Unione Europea*, 1996, pp. 893-896; M.T.P.J. VAN OERS, S.E.W., *Sociaal-economische wetgeving*, 1998 p. 23.

[11] COM(2002)276 def. del 5.6.2002.

[12] A livello internazionale, inoltre, è stata maturata una notevole esperienza sulla possibilità di integrare gli aspetti riguardanti la salute nelle valutazioni d'impatto ambientale: diventerà, dunque, quantomeno opportuno attingere a queste esperienze, unite a quelle acquisite con le valutazioni d'impatto sulla salute, quando si tratterà di esaminare le potenziali ripercussioni sulla salute delle proposte avanzate in settori diversi da quello sanitario, in particolare quando si procede alle valutazioni d'impatto estese nei settori della salute e dell'ambiente. La nuova procedura, cioè l'attuazione del nuovo strumento integrato per la valutazione dell'impatto, rappresenta un'ottima possibilità di riesaminare le proposte in altri settori nonché i relativi impatti potenziali sulla salute.

[13] R. K. MORGAN, *Health Impact Assessment: the wider context*, Bull World Health Organ, 2003, vol. 81, n. 6, p. 390.

[14] J. LEHTO - A. RITSATAKIS, *Health Impact Assessment as a tool for intersectoral health policy. A discussion paper for a seminar on "Health impact assessment: from theory to practice"*, Gothenburg, Sweden, 28-30 October, 1999.

[15] DG SANCO, *Ensuring a high level of health protection – A practical guide*, Luxembourg, 17/12/2001, p. 19. A full resource guide for health impact assessment, including a guide on how to apply HIA and a number of case studies, can be found on the London's health website (NHS Executive London) at <http://www.londonhealth.gov.uk/>. In addition, the National Assembly for Wales has published a guide on Developing HIA in Wales. Regarding developments of the UK, cfr. also K. LOCK, *Health Impact Assessment*, in *BMJ* 320:1395, 20.5.2000, with an extensive bibliography (copies of both publications are available from the Secretariat of the Interservice Group on Health). Information on the tools developed by the Swedish Federation of County Councils is available (in English) at <http://www.lf.se/hkb/engelskversion/instruments.htm>. Health Impact Assessment is a major priority of WHO Europe's European Centre for Health Policy (ECHP) located in Brussels. Information is available at <http://www.who.dk/hs/echp/index.htm>.

[16] G.U.U.E. L 60 del 27.2.2004, pp. 58-70.

CAPITOLO II

IL PIANO DI AZIONE EUROPEO PER L'AMBIENTE E LA SALUTE (2004 - 2010)

Sommario: 1.- La strategia europea per l'ambiente e la salute.

2.- Il Piano di azione europeo per l'ambiente e la salute (2004-2010).

1.- La strategia europea per l'ambiente e la salute.

In via preliminare un riferimento di ordine terminologico in merito alla definizione di “ambiente e salute” adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità ci consente di prendere in considerazione in tale accezione “*sia gli effetti patologici diretti delle sostanze chimiche, delle radiazioni e di alcuni agenti biologici sia gli effetti (spesso indiretti) sulla salute e sul benessere dell'ambiente fisico, psicologico, sociale ed estetico in generale, compresi l'alloggio, lo sviluppo urbano, l'utilizzo del territorio e i trasporti*”[1].

La stretta correlazione tra politiche ambientali e di sanità pubblica costituisce contemporaneamente una delle principali preoccupazioni delle istituzioni comunitarie e un fondamentale corollario delle ragioni ispiratrici delle impostazioni adottate[2].

Gli stessi articoli 152 e 174 del Trattato di Amsterdam prevedono specifiche disposizioni riguardanti l'azione comunitaria nel settore dell'ambiente e della salute e, l'Unione europea, ha già avviato alcune iniziative nell'intento di far fronte a queste problematiche in maniera efficace sia, nel Sesto programma di azione per l'ambiente in cui si è fissato l'obiettivo di contribuire a “*un elevato livello di qualità della vita e di benessere sociale per i cittadini attraverso un ambiente in cui il livello dell'inquinamento non provochi effetti nocivi per la salute umana e l'ambiente*”, sia nel Programma d'azione comunitario sulla sanità pubblica (2003-2008) che considera l'ambiente uno dei principali determinanti della salute.

Alla luce di tali considerazioni la Commissione ha varato nel giugno 2003, tramite la Comunicazione al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale, la “*Strategia europea per l'ambiente e la salute*”[3] nell'intento di proporre un'impostazione integrata attraverso una più efficace collaborazione istituzionale tra i settori sanitario, ambientale e della ricerca.

Il valore aggiunto che tale “*Strategia europea per l'ambiente e la salute*” auspica di introdurre è anche lo sviluppo di un sistema comunitario che integri le informazioni sullo stato dell'ambiente, sull'ecosistema e sulla salute umana al fine di valutare con maggiore efficacia l'impatto complessivo dell'ambiente sulla salute umana tenendo conto dei vari effetti cumulativi[4].

L'obiettivo ultimo è quello di definire un “*quadro di cause ed effetti*” per l'ambiente e la salute, in grado di fornire le informazioni necessarie per elaborare

una politica comunitaria sulle fonti e sulle vie di impatto dei fattori di *stress* (*stressor*) per la salute. Migliore comprensione delle relazioni di causa-effetto esistenti tra i molteplici pericoli ambientali e le ripercussioni negative sulla salute ed una maggiore considerazione degli effetti dell'esposizione combinata e delle interazioni tra i vari inquinanti ambientali, può essere generata dalla adozione di un approccio “integrato” in termini di:

- “*informazioni*”; riunire e mettere in relazione le conoscenze e le esperienze disponibili a livello comunitario, per fornire una panoramica strategica dei pericoli per la salute insiti nell'ambiente (compreso il ciclo degli inquinanti) e nell'intero ecosistema (bioindicatori) con i dati sulla salute (epidemiologici, tossicologici e sulla morbilità)[5];

- *attività di ricerca*; i vari programmi quadro di ricerca comunitari hanno riunito gruppi di ricerca provenienti da tutta Europa, che hanno collaborato nello studio di tematiche riguardanti l'ambiente e la salute, sviluppando conoscenza e una fiducia reciproche. Lo Spazio europeo della ricerca consentirà di rafforzare questa integrazione incentivando la collaborazione e lo sviluppo di una visione e di obiettivi comuni per la ricerca nell'ambito degli stessi istituti e programmi di ricerca (tale approccio ben si adatta anche alla elaborazione delle politiche, dove la ricerca rappresenterà la necessaria base scientifica);

- *istanze ambientali e sanitarie in altre politiche e attività comunitarie*: varie politiche hanno ripercussioni dirette o indirette sulla salute e sull'ambiente, basti pensare al settore dei trasporti, dell'industria, dell'agricoltura e dell'energia. Nonostante l'impegno già profuso per affrontare le problematiche su ambiente e salute, quando si elaborano le politiche settoriali si è rilevato che occorre dare maggior peso a tali delicate questioni, per aumentare al massimo l'aspetto preventivo (ad esempio con sistemi di produzione pulita) piuttosto che correttivo delle politiche in questione;

- *comprensione del ciclo degli inquinanti*: una volta emessi nell'ambiente, gli inquinanti possono passare da un comparto ambientale ad un altro (ad esempio, le diossine vengono emesse e trasportate nell'atmosfera, si depositano sul suolo, sulla vegetazione e nelle acque e continuano a spostarsi dall'aria al suolo, dalle acque ai sedimenti, ecc.). Conoscendo più approfonditamente il ciclo degli inquinanti sarà possibile trovare le soluzioni migliori per impedire la contaminazione delle persone, soprattutto se la normativa ambientale specifica si rivela inadeguata.

- *interventi*: se si vuole eliminare, ridurre o evitare effetti negativi per la salute connessi a fattori ambientali, è necessario valutare la fattibilità degli interventi (dal punto di vista tecnico, economico e pratico), il rapporto costi/benefici e le considerazioni di carattere etico. Gli interventi possono quindi dirigersi sia verso l'esposizione, riducendo o eliminando gli inquinanti interessati, oppure verso gli effetti sulla salute con la prevenzione o l'individuazione tempestiva e il contenimento delle malattie; gli interventi possono infine concentrarsi sugli individui, incoraggiando un cambiamento comportamentale oppure un intervento medico;

- *soggetti interessati*: perché questa strategia possa essere attuata con efficacia, è essenziale istituire una proficua collaborazione tra tutti i soggetti interessati e

promuovere il coordinamento tra il settore della sanità e quello dell'ambiente (tra i soggetti si possono senza dubbio annoverare le amministrazioni nazionali, regionali e locali, il pubblico, l'industria, il mondo accademico e le organizzazioni internazionali e non governative).

Visti la complessità e l'ampio ambito di applicazione della strategia europea per l'ambiente e la salute, l'approccio integrato sarà realizzato in cicli successivi e avrà una portata incrementale progressiva.

Il primo ciclo (2004-2010) in cui si articola la strategia, oltre ad individuare e prevenire nuovi pericoli per la salute dovuti a fattori ambientali, punta a delineare la relazione tra questi ultimi e

- 1) malattie respiratorie dei bambini, asma, allergie;
- 2) disturbi dello sviluppo neurologico;
- 3) cancro infantile;
- 4) effetti negativi sul sistema endocrino.

Un altro obiettivo riguarderà il rafforzamento della struttura istituzionale richiesta per supportare le attività di elaborazione delle politiche e integrare le istanze ambientali e sanitarie nelle politiche di altri settori. Il primo ciclo prenderà in considerazione, perciò, principalmente tutta una serie di inquinanti ambientali che si presume siano associati a questi effetti sulla salute e servirà a:

- produrre le informazioni necessarie per istituire un rapporto di causa-effetto,
- individuare e monitorare i fattori che possono minacciare la salute ambientale,
- preparare e riesaminare la politica in materia di ambiente e salute, tenendo conto dell'analisi costi-benefici. Infine, in questa fase verranno messi a fuoco i nuovi pericoli per la salute ambientale da affrontare nel ciclo successivo.

Le tematiche selezionate per questo primo ciclo riguardano tre pilastri:

- il sistema integrato europeo di monitoraggio e risposta nel campo dell'ambiente e della salute, per valutare l'impatto globale dell'ambiente sulla salute umana[6];
- la ricerca, che deve consentire di percepire al meglio le tematiche di base connesse ad ambiente e salute;
- la riduzione dell'esposizione.

Da notare con un certo favore che l'intera strategia europea per l'ambiente e la salute è caratterizzata da una più che giustificata particolare sensibilità nei confronti dei bambini che, tra tutte le fasce vulnerabili della popolazione, rappresentano sicuramente una componente unica, con un elevato grado di esposizione e di rischio agli agenti ambientali[7].

I bambini sono notevolmente vulnerabili sia perché attraversano varie e distinte fasi di sviluppo e apprendimento - fetale, neonatale, scolare e puberale - in ognuna delle quali sono esposti a vari fattori: un adolescente può essere più vulnerabile agli attacchi al sistema riproduttivo, mentre un bambino lo è di più alla polvere a livello del suolo. Inoltre, sono vittime di un'esposizione potenzialmente più lunga agli agenti tossici e, considerate le loro aspettative di vita, i bambini sono la parte di popolazione che verosimilmente dovrà sopportare l'esposizione per il periodo di tempo più lungo.

Tale maggiore vulnerabilità è un motivo importante per intervenire in maniera specifica per questo gruppo di popolazione a livello di valutazione e gestione dei

rischi. Da considerare anche le ripercussioni economiche delle malattie infantili legate all'ambiente, che mettono in luce la necessità di dedicarsi in maniera sistematica e scientifica ai bambini (la vulnerabilità e l'impatto economico che ne derivano sono stati gli elementi che hanno ispirato l'attenzione rivolta costantemente ai bambini in tutta la strategia e la scelta degli inquinanti specifici da trattare).

2. - Il Piano di azione europeo per l'ambiente e la salute (2004-2010).

La “Strategia europea per l'ambiente e la salute” è stata accolta favorevolmente dal Consiglio, dal Parlamento europeo e dal Comitato economico e sociale europeo, che hanno sottolineato la necessità della adozione di uno specifico piano di azione basato sulle politiche e sui programmi già esistenti e di una stretta collaborazione con le organizzazioni internazionali competenti.

Tale piano d'azione per il periodo 2004-2010 presentato il 9 giugno 2004 intende quindi fornire all'Unione europea tutte quelle informazioni scientifiche accurate utili ai 25 Stati membri a ridurre l'incidenza negativa di alcuni fattori ambientali sulla salute e a favorire una migliore collaborazione tra i soggetti che operano in campo ambientale, sanitario e della ricerca[8].

Le principali tematiche di riferimento consistono nel:

- migliorare la catena dell'informazione per comprendere i collegamenti tra le fonti di inquinamento e gli effetti sulla salute (azioni 1-4);
- integrare le attuali conoscenze rafforzando la ricerca ed esaminando le tematiche emergenti relative ad ambiente e salute (azioni 5-8);
- riesaminare le politiche e migliorare la comunicazione (azioni 9-13).

In maniera sintetica il Piano di azione europeo per l'ambiente e la salute si articola nelle seguenti azioni:

- 1) Migliorare la catena dell'informazione

azione 1: sviluppare indicatori di salute ambientale;

azione 2: sviluppare un monitoraggio integrato delle condizioni ambientali, ivi compresa l'alimentazione, per permettere la determinazione di un'esposizione umana significativa;

azione 3: sviluppare un'impostazione coerente del biomonitoraggio in Europa;

azione 4: migliorare il coordinamento e le attività congiunte sull'ambiente e la salute.

- 2) Integrare le attuali conoscenze rafforzando la ricerca su ambiente e salute e individuando le tematiche emergenti:

azione 5: integrare e rafforzare la ricerca europea sui temi dell'ambiente e salute;

azione 6: concentrare la ricerca sulle malattie, i disturbi e l'esposizione;

azione 7: sviluppare metodologie per analizzare le interazioni tra ambiente e salute;

azione 8: individuare ed eliminare i potenziali fattori di rischio per l'ambiente e la salute.

- 3) Risposta: riesaminare le politiche e migliorare la comunicazione:
 azione 9: sviluppare in campo sanitario attività e reti dedicate ai determinanti della salute ambientale attraverso il programma sulla sanità pubblica;
 azione 10: promuovere la formazione di professionisti e migliorare la capacità organizzativa nei settori ambientale e sanitario, riesaminando e adeguando la politica di riduzione dei rischi;
 azione 11: coordinare le attuali misure di riduzione dei rischi e concentrarsi sulle malattie prioritarie;

azione 12: migliorare la qualità dell'aria negli ambienti confinati;

azione 13: seguire gli sviluppi relativi ai campi elettromagnetici;

Nella fase iniziale il piano d'azione perseguirà prioritariamente la ricerca di una migliore comprensione delle correlazioni tra i fattori ambientali e le malattie respiratorie, i disturbi dello sviluppo neurologico, il cancro e gli effetti negativi sul sistema endocrino.

Risulterà sempre evidente la necessità di una continua e proficua collaborazione tra molteplici soggetti: Stati membri, autorità nazionali, regionali e locali competenti, comunità scientifiche sanitarie, ambientali e del mondo della ricerca, settore industriale, settore agricolo ed istituzioni a vario titolo interessate e coinvolte[9].

Ne deriva quale naturale conseguenza che la responsabilità istituzionale del processo[10] in atto ed i relativi progressi[11] da compiere in questo settore alquanto complesso[12] dovranno essere sempre più condivisi tra:

- gli Stati membri, cui compete l'attuazione delle misure di monitoraggio e di gestione dei rischi. Essi sono inoltre responsabili delle attività di ricerca, istruzione e formazione, che sono aspetti essenziali dell'interfaccia ambiente-salute e hanno un ruolo di primo piano nel far sì che i risultati ottenuti a livello nazionale alimentino il dibattito a livello europeo e nel diffondere a livello nazionale e locale le informazioni di cui dispone l'Unione;

- i gruppi di soggetti, quali l'industria e la società civile, che hanno un ruolo essenziale nel trasformare in azioni preventive e risposte innovative le informazioni che riguardano le minacce individuate;

- la Commissione, che continuerà a impegnarsi insieme ai principali soggetti interessati e a promuovere la collaborazione a livello dell'Unione[13], entro i propri settori di competenza, e a mantenere i contatti con :

- l'Agenzia europea dell'ambiente,

- l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e

- gli altri organismi pertinenti.

I soggetti interessati saranno pienamente coinvolti nel processo di attuazione attraverso il gruppo consultivo (in cui sono rappresentati gli Stati membri, i soggetti interessati e le organizzazioni internazionali).

Eventualmente saranno consultati i comitati scientifici e i gruppi di lavoro competenti, le organizzazioni internazionali, quali l'OMS, l'OCSE e le agenzie delle Nazioni Unite che vantano una lunga esperienza in campo ambientale e sanitario. Il proseguimento della collaborazione con tali organizzazioni si rileverà fondamentale affinché tale esperienza venga utilizzata nella preparazione delle attività future.

A tal proposito è significativo rilevare che proprio il recente “Piano di azione europeo per l’ambiente e la salute (2004-2010)” ha rappresentato il qualificato contributo della Commissione UE alla Quarta conferenza ministeriale su “Ambiente e salute” organizzata dall'OMS tenutasi a Budapest nel giugno 2004.

In tal senso il piano è stato concepito in maniera del tutto coerente alla stessa dichiarazione ministeriale ed al futuro Piano d'azione per l'Europa sull'ambiente e per la salute dei bambini (*Children's Environment and Health Action Plan for Europe - CEHAPE*) e, nell'applicazione delle conclusioni di Budapest, la Commissione continuerà a collaborare attivamente *in primis* con l'OMS su tutti gli aspetti dell'interazione tra ambiente e salute.

A ciò si aggiunga che nel 2007 la Commissione procederà a una valutazione intermedia dello stato di applicazione del piano d'azione europeo[14], prevedendo di realizzare le azioni nell'ambito di iniziative e programmi esistenti, cui sono già state assegnate risorse (in particolare il programma comunitario sulla sanità pubblica e il Sesto programma quadro nel settore della ricerca e nell'ambito del bilancio operativo dei servizi interessati).

NOTE

[1] *Environment and health. The European Charter and commentary*. Copenhagen, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, 1990, *WHO Regional Publications, European Series*, n. 35. Naturalmente si tratta di una definizione alquanto ampia, che richiede un approccio globale ed integrato finalizzato ed ispirato alla elaborazione di politiche al riguardo.

[2] Sin dall'inizio la politica ambientale dell'Unione europea è stata principalmente ispirata da considerazioni riguardanti la salute. Se risulta innegabile l'affermazione che molti problemi in campo ambientale e sanitario sono stati risolti, è altrettanto doveroso ammettere che c'è ancora molto da fare (specie in tema di implicazioni per la salute dell'esposizione cronica, secondo i dati dell'Agenzia europea dell'ambiente, dell'OMS e di altre organizzazioni nazionali). In particolare, finora non è stato molto approfondito l'aspetto dell'interazione di vari inquinanti nel corpo umano e nell'ambiente, poiché anche un'esposizione ridotta, ma protratta per decenni, ad una miscela complessa di inquinanti presenti nell'aria, nelle acque, negli alimenti, nei prodotti di consumo e negli edifici può avere un notevole impatto sulle condizioni di salute dei cittadini europei.

[3] COM(2003) 338 def. *Comunicazione della Commissione - Strategia europea per l'ambiente e la salute*, dell'11 giugno 2003, in G.U.U.E. C 76 del 2004, pag. 35.

[4] Le strategie tematiche previste dal sesto programma di azione per l'ambiente serviranno a fornire dati e conoscenze sugli inquinanti presenti nei vari comparti ambientali, a prescindere dalla fonte e dalle caratteristiche degli inquinanti. Mettendo insieme queste informazioni si riuscirà a capire il ciclo di un inquinante e dunque si potrà valutare con maggiore cognizione di causa l'esposizione globale e individuare le principali fonti che lo producono. Il nuovo programma sulla sanità pubblica fornirà, invece, dati e valutazioni dell'impatto sulla salute per quanto riguarda i pericoli ambientali, mentre il Sesto programma quadro di ricerca e il programma di lavoro pluriennale del Centro comune di ricerca (2003-2006) studieranno la relazione tra vie di contaminazione e di esposizione, i nessi di causalità per gli inquinanti e la possibilità di applicare la ricerca allo sviluppo di sistemi di produzione nuovi e perfezionati in grado di ridurre i potenziali rischi per la salute.

[5] Fatta salva la decisione 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, che prevede l'istituzione di un sistema di monitoraggio sanitario nell'ambito del nuovo programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica. Sarà possibile adottare un approccio integrato che metta in luce il ciclo di un inquinante, che valuti l'esposizione globale e i relativi effetti sulla salute e individui le modalità di azione più produttive;

[6] Le problematiche legate alla salute ambientale sono diverse all'interno dell'Europa: si pensi, ad esempio, alla maggiore diffusione della patologie che si trasmettono con l'acqua nei paesi in via di adesione. Considerate le discrepanze a livello geografico che si registrano in Europa, questa strategia sarà destinata all'Unione allargata e quindi coinvolgerà totalmente i paesi in via di adesione fin dall'inizio. L'ambiente e la salute sono due temi che figurano ai primi posti anche nell'agenda mondiale. Alcuni degli obiettivi fissati al Vertice mondiale sullo sviluppo sostenibile di Johannesburg e/o gli obiettivi di sviluppo delle Nazioni Unite - United Nations Millennium Development Goals (MDG) -, ad esempio, riguardano la salute umana e le condizioni igienico-sanitarie e sono connessi al degrado ambientale. Questi obiettivi partono dalla constatazione che la maggior parte del carico delle malattie connesse all'ambiente ricade sui paesi in via di sviluppo.

[7] A partire dal feto, lo stretto rapporto fisiologico tra la donna incinta e il feto rende quest'ultimo vulnerabile ad agenti pericolosi ai quali la madre è stata esposta, ed in particolare a quelli che incidono sullo sviluppo. Molti agenti tossici o allergenici presenti nel sangue materno possono ritrovarsi anche nel latte materno e alcuni di questi sono in grado di attraversare la barriera costituita dalla placenta. Questa possibilità di trasferire i contaminanti ambientali dalla madre al feto e poi al neonato rende ancora più forte la necessità di tutelare le donne incinte e che allattano dalla contaminazione ambientale, per garantire che il bambino possa iniziare la vita all'insegna della salute.

[8] Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento e al Comitato economico e sociale europeo - "Il piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010" (SEC(2004) 729) *Una salute migliore da un ambiente migliore - una sfida per il futuro*, Vol. I, 9.06.2004, p.8.

[9] Nell'individuare le azioni proposte, il piano d'azione tiene conto delle preoccupazioni espresse dalle altre istituzioni; è inoltre concepito in modo da integrarsi con gli interventi già disposti a livello regionale, nazionale, europeo e internazionale, in particolare il processo paneuropeo per

l'ambiente e la salute promosso dall'OMS e l'impegno, assunto in tale sede, di garantire ambienti più sicuri per i bambini.

[10] Un processo internazionale importante è stato avviato a Francoforte nel 1989 allorché i ministri dell'Ambiente e della Sanità degli Stati membri della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità hanno adottato la Carta europea sull'ambiente e la salute; le dichiarazioni di Helsinki (1994) e di Londra (1999) hanno individuato ulteriori azioni, e in particolare i piani d'azione nazionali sulla salute ambientale (NEHAP) elaborati dalla maggior parte degli Stati membri e dei paesi in via di adesione. Nel quadro di questo processo, la Commissione manifesta l'interesse di lanciare la strategia europea in materia di ambiente e di salute, introducendo un nuovo approccio, e precisamente l'iniziativa SCALE:

Science,	(basata sulla scienza)
Children,	(incentrata sui bambini)
Awareness,	(volta a sensibilizzare)
Legal instruments	(mediante il ricorso agli strumenti giuridici)
Evaluation.	(e comprendente una valutazione)

[11] Conclusioni del Consiglio del 27 ottobre 2003 sulla strategia europea per l'ambiente e la salute (2003/C 268/02), in G.U.U.E. C 268 del 7 novembre 2003, pp. 2-5.

[12] Da notare che in data 22 marzo 2004 l'On. Marit Paulsen depositava al Parlamento europeo la *“Relazione sulla strategia europea per l'ambiente e la salute”* (COM(2003) 338 - C5-0551/2003 - 2003/2222(INI)) - elaborata in seno alla Commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la politica dei consumatori - sostenendo che *“Sebbene la strategia affronti già alcuni contaminanti chimici (PCB, diossina, metalli pesanti e perturbatori endocrini) è tuttavia importante stabilire metodi di prova migliori, soprattutto in relazione all'esposizione prenatale e in vitro. La misura in cui l'inquinamento ambientale attuale causa effetti avversi sullo sviluppo cerebrale è ignota. I contaminanti che sono stati studiati più da vicino, come il piombo, il metilmercurio e i PCB, sembrano provocare effetti nocivi sulla salute. I solventi e i pesticidi e forse anche altre sostanze chimiche usate nell'industria possono anch'essi avere effetti nocivi ma per ora la documentazione disponibile al riguardo è limitata. È per questo motivo che si dovrebbe sottolineare maggiormente il nesso esistente tra la strategia e la proposta normativa in materia di sostanze chimiche - REACH (COM(2003) 644 def.), sottolineando l'importanza di sperimentare le sostanze chimiche che potrebbero causare potenziali minacce alla salute. I test di neurotossicità sullo sviluppo vengono raramente condotti sulle sostanze chimiche in genere, pesticidi compresi. L'esposizione dei neonati e dei bambini ai pesticidi e la loro suscettibilità alla tossicità derivante dall'ingerimento di residui di pesticidi possono differire da quelle degli adulti. Gli attuali metodi di valutazione del rischio non considerano in maniera specifica neonati e bambini né l'ampia gamma di modelli di esposizione che esiste all'interno di questa fascia di popolazione. Di conseguenza, le variazioni nell'esposizione alimentare e ambientale (esposizione aggregata) e i rischi per la salute legati all'età e alla particolare sensibilità non sono stati affrontati”*.

[14] La strategia proposta deve consentire di comprendere meglio le minacce che l'ambiente comporta per la salute umana, individuare il carico di malattia causata da fattori ambientali nell'UE e prevedere delle risposte politiche a tali sfide. La strategia proposta si prefigge come obiettivo ultimo quello di definire un quadro di causa-effetto che riesca a fornire le informazioni necessarie all'elaborazione di una politica basata sulle fonti e le modalità di influenza dei fattori di stress sulla salute. Per raggiungere questo obiettivo, occorre realizzare un sistema integrato di sorveglianza dell'ambiente e della salute che consenta una raccolta sistematica dei dati nel corso del tempo.

CAPITOLO III

LE RISPOSTE DELL'UNIONE EUROPEA ALLE NUOVE MINACCE SANITARIE

Sommario: 1.- La rete comunitaria di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili.

2.- Il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie.

1. - La rete comunitaria di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili.

Il benessere dei cittadini dell'Unione europea è sempre maggiormente minacciato dai numerosi focolai di malattie trasmissibili che possono costituire un grave pericolo per la salute (come evidenziatosi sia in occasione della diffusione del *virus* della SARS[1] - grave sindrome respiratoria acuta - che in concomitanza degli allarmi all'antrace[2] verificatisi di recente e sospettati essere di origine bioterroristica).

La mobilità e la migrazione delle popolazioni, lo scambio crescente di prodotti alimentari in seguito al mercato interno e alla globalizzazione, come pure i cambiamenti ambientali, favoriscono una rapida diffusione di malattie finora non prevalenti a livello europeo. Nuove malattie come l'AIDS continuano ad emergere ed altre sviluppano forme resistenti ai medicinali, quali la tubercolosi resistente alle terapie (MDRTB) e lo *staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA).

Sono, inoltre, all'esame nuovi sviluppi scientifici sul ruolo degli agenti infettivi in condizioni croniche quali il cancro, le affezioni cardiache o le allergie.

L'individuazione, il monitoraggio e il controllo dell'insorgere di malattie trasmissibili sono grandemente facilitati da sistemi di sorveglianza efficienti.

Non soltanto tali sistemi forniscono informazioni per l'individuazione precoce e la reazione rapida al manifestarsi o al potenziale manifestarsi di tali malattie, ma contribuiscono anche all'individuazione di tendenze, fattori di rischio e necessità di intervento nei loro confronti. Forniscono, inoltre, informazioni per l'assegnazione di priorità, la programmazione, l'attuazione e l'attribuzione di risorse a programmi di prevenzione e alla valutazione di programmi di prevenzione e misure di controllo.

Con la Decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 settembre 1998[3], veniva istituita una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili in ambito comunitario, mettendo in costante comunicazione, tramite tutti gli adeguati strumenti tecnici, la Commissione e quelle strutture e/o le autorità di ogni Stato membro (sotto la responsabilità di quest'ultimo) competenti a livello nazionale ed incaricate di raccogliere le informazioni[4].

L'articolo 3 della Decisione n. 2119/1998 ci rammenta che *“per un funzionamento efficace della rete comunitaria in materia di sorveglianza epidemiologica e per un'informazione uniforme sono determinati i seguenti elementi:*

- a) le malattie trasmissibili che devono progressivamente essere oggetto di controllo da parte della rete comunitaria;*
- b) i criteri per la selezione di queste malattie, tenendo conto delle categorie elencate nell'allegato e delle reti di collaborazione esistenti in materia di sorveglianza delle malattie nelle quali si può fare affidamento;*
- c) la definizione dei casi, in particolare le caratteristiche cliniche e microbiologiche;*
- d) la natura e il tipo di dati e di informazioni che le strutture e/o le autorità di cui all'articolo 1, secondo comma devono raccogliere e trasmettere nel contesto della sorveglianza epidemiologica nonché i mezzi per rendere tali dati comparabili e compatibili;*
- e) i metodi di sorveglianza epidemiologica e microbiologica;*
- f) gli orientamenti per le misure di protezione da adottare, in particolare alle frontiere esterne degli Stati membri, soprattutto in situazioni di emergenza;*
- g) gli orientamenti per l'informazione e le guide di buone prassi a uso del pubblico;*
- h) gli opportuni strumenti tecnici e le procedure attraverso i quali i dati possano essere diffusi e analizzati a livello comunitario”[5].*

Gli effetti dei diversi metodi di prevenzione, di controllo e di diffusione delle malattie infettive in una Unione europea allargata, impongono un'attenzione particolare dedicata alle malattie «riemergenti».

Nel Programma di azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008) viene data priorità ai seguenti aspetti:

- 1) progetti di sorveglianza in corso che servono da rete specifica per certe malattie a livello europeo e loro integrazione nella rete comunitaria;
- 2) valutazione, rafforzamento e modifica eventuale di tali reti per migliorarne la qualità;
- 3) estensione del campo di applicazione (maggior numero di malattie/patogeni) e del livello territoriale (paesi candidati) delle reti e miglioramento della comparabilità dei dati;
- 4) attività intese a migliorare lo stato di allerta pandemico (in particolare per l'influenza);
- 5) scambio di informazioni sulle campagne di vaccinazione e di immunizzazione.

Da notare che, ai sensi della lettera c) dell'articolo 3, le definizioni dei casi in questione, che garantiscono la comparabilità delle dichiarazioni, sono basate su un sistema a più livelli, che consente alle strutture e/o alle autorità degli Stati membri di far prova di flessibilità nel comunicare informazioni sulle malattie o su problemi sanitari particolari, agevolando la segnalazione delle malattie elencate nella Decisione 2000/96/CE della Commissione[6].

In tal senso, proprio la Decisione 2000/57/CE della Commissione del 19 marzo 2002 che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, è entrata in vigore dal 1° gennaio 2003[7].

Per quanto riguarda il sistema di allarme rapido e di reazione, la rete si forma mettendo in costante comunicazione tra loro, mediante strumenti adeguati, la Commissione e le autorità competenti di ciascuno Stato membro responsabili della determinazione delle misure che possono essere necessarie per la protezione della sanità pubblica.

I casi da riferire nel quadro del sistema di allarme rapido e di reazione sono:

- 1) Focolai di malattie trasmissibili che interessano più di uno Stato membro dell'UE.
- 2) Aggregazioni spaziali o temporali di casi di malattie di tipo analogo, se agenti patogeni ne sono una possibile causa ed esiste un rischio di propagazione tra gli Stati membri.
- 3) Aggregazioni spaziali o temporali di casi di malattie di tipo analogo al di fuori dell'UE, se agenti patogeni ne sono una possibile causa ed esiste un rischio di propagazione interna.
- 4) L'insorgere o il risorgere di una malattia trasmissibile o di un agente infettivo tale da imporre un'azione coordinata e tempestiva della Comunità per contenerlo.

La stessa Commissione provvede al coordinamento della rete in collaborazione con gli Stati membri e, questa azione mira a sviluppare e a migliorare gli strumenti destinati a rafforzare i meccanismi di allarme e di reazione alle minacce per la salute, in particolare per quanto riguarda il sistema di allarme e di reazione rapida (*Early Warning and Response System - EWRS*) della rete di sorveglianza e di controllo delle malattie trasmissibili.

Essa intende inoltre rafforzare la partecipazione di altre reti di allarme e di reazione rapidi, istituite a livello nazionale, comunitario o internazionale, paesi candidati inclusi, dando priorità:

- 1) alle attività di sostegno al potenziamento di una struttura di reazione europea attraverso gruppi di intervento comuni, protocolli, procedure e attrezzature concordati da utilizzare in casi di focolai di malattie o di emergenze;
- 2) all'ulteriore miglioramento del sistema informatico di EWRS, stabilendo collegamenti con altri sistemi appropriati di allarme precoce a livello nazionale, comunitario e internazionale.

Con la Decisione della Commissione del 22 dicembre 1999[8] (sul sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili, previsto dalla decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio) nell'Allegato II venivano ulteriormente definite[9] le seguenti "Procedure di informazione, consulenza e cooperazione nel quadro del sistema di allarme rapido e di reazione":

1. Livello di attivazione: scambio d'informazioni

1) Qualora informazioni raccolte in uno o più Stati membri o provenienti da altre fonti riconosciute indichino la probabilità dell'insorgere di un caso, l'autorità preposta alla determinazione di misure volte a tutelare la sanità pubblica in ciascuno Stato membro interessato fornisce senza indugio, tramite la rete, informazioni sulle circostanze e il quadro generale alle sue controparti in altri Stati membri e alla Commissione. Una volta ricevute dette informazioni, le autorità competenti degli Stati membri interessati si pronunciano riguardo alla necessità di azioni da parte di altri Stati membri o di azioni comunitarie coordinate con l'assistenza della Commissione.

2) La Commissione e gli Stati membri interessati provvedono a un tempestivo scambio reciproco delle informazioni ricevute, e tengono aggiornati altri Stati membri.

3) Le autorità sanitarie pubbliche competenti degli Stati membri interessati provvedono senza indugio, in collaborazione con le strutture e/o autorità, a valutare le informazioni raccolte, al fine di accertare se sussista un caso implicante una minaccia alla sanità pubblica.

2. Livello di attivazione 2: minaccia potenziale

Qualora le informazioni riguardo a un caso o le indicazioni relative a un simile evento indichino una potenziale minaccia per la sanità pubblica, le competenti autorità sanitarie pubbliche degli Stati membri interessati informano senza indugio le loro controparti in altri Stati membri e la Commissione sulla natura e la portata della minaccia potenziale nonché sulle misure che intendono prendere autonomamente o in associazione con altri Stati membri interessati, con la Commissione, o con altri soggetti.

2.1. Verifica e valutazione

Le autorità sanitarie pubbliche competenti degli Stati membri interessati provvedono senza indugio, in collaborazione con le strutture e/o autorità, a valutare le informazioni raccolte, al fine di accertare se sussista un caso implicante una minaccia alla sanità pubblica.

Per qualsiasi ulteriore indagine negli Stati membri saranno disponibili forme di assistenza tecnica quali consulenze epidemiologiche in loco, strutture di laboratorio e altre consulenze indispensabili. Esse saranno assicurate dalla Comunità o da singoli Stati membri, su richiesta da parte dello Stato membro interessato. La Commissione fornirà assistenza per il coordinamento delle misure precauzionali volte ad affrontare qualsiasi possibile minaccia per la sanità pubblica.

2.2. Deattivazione

Qualora la valutazione finale dei rischi concluda che non si è sviluppata una minaccia alla sanità pubblica e non sia necessaria alcuna azione tranne quelle locali, le competenti autorità sanitarie pubbliche in ciascuno Stato membro interessato comunicano senza indugio alle loro controparti negli altri Stati membri e alla Commissione la natura e la portata delle misure che hanno preso o intendono prendere.

3. Livello di attivazione 3: minaccia reale

Qualora un caso risulti una minaccia per la sanità pubblica, le competenti autorità sanitarie pubbliche degli Stati membri interessati comunicano senza indugio alle loro controparti negli altri Stati membri e alla Commissione la natura e la portata della minaccia potenziale e le misure che intendono prendere autonomamente o in associazione con altri Stati membri, con la Commissione o con altri soggetti.

Le competenti autorità sanitarie pubbliche degli Stati membri interessati comunicano senza indugio agli altri Stati membri e alla Commissione i progressi effettuati e i risultati delle misure adottate.

Gli Stati membri e la Commissione coordinano le ulteriori misure da prendere a livello comunitario conformemente agli articoli 3 e 6 della decisione n. 2119/98/CE. La Commissione assiste gli Stati membri nel coordinamento degli sforzi volti ad affrontare la minaccia per la sanità pubblica e ad assicurare la protezione della popolazione.

Di conseguenza, ai fini della sua esecuzione, la rete comunitaria deve operare in primo luogo tramite il sistema EUPHIN-HSSCD (sistema di sorveglianza sanitaria per le malattie trasmissibili nell'ambito della rete europea d'informazione sanitaria pubblica), il quale consiste di tre componenti:

- a) un sistema di allarme rapido e di reazione per casi di minacce specificate al pubblico, trasmessi dalle competenti autorità sanitarie pubbliche di ciascuno Stato membro, responsabili della decisione delle misure che possono essere necessarie per la protezione della sanità pubblica;
- b) scambio di informazioni tra strutture riconosciute ed autorità degli Stati membri competenti per la sanità pubblica;
- c) reti specifiche per malattie selezionate per la sorveglianza epidemiologica, composte di strutture riconosciute e autorità degli Stati membri.

2). - *Il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie.*

Da tempo si avvertiva a più livelli[10] l'esigenza di prevedere la costituzione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili poiché la capacità di rispondere ad una minaccia sanitaria internazionale dipende in larga misura dal grado in cui siano stati considerati in anticipo i problemi pertinenti e siano stati adottati piani preparatori per un'azione coordinata.

Ad esempio per far fronte a pandemie come l'influenza, (l'OMS ha lavorato in collaborazione con gli Stati membri al fine di poter disporre di un piano globale e facilitare lo sviluppo di piani nazionali) è necessaria una pianificazione di strumenti di urgenza complementari a livello dell'Unione europea che favorisca lo scambio di informazioni tra i laboratori e le reti di sorveglianza, garantendo la rapida disponibilità di adeguati vaccini, agenti antivirali ed altri materiali.

Per tali ragioni la Commissione in data 8 agosto 2003 predisponendo una Proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio per la creazione di un Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie. L'obiettivo di tale proposta era di creare un Centro europeo in grado di garantire un approccio strutturato e sistematico al controllo delle malattie trasmissibili e di altre gravi minacce per la salute, che possono colpire i cittadini dell'Unione europea (la creazione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, quale agenzia indipendente europea, avrebbe mobilitato e rafforzato significativamente le sinergie tra i centri nazionali esistenti competenti per il controllo delle malattie)[11].

In data 21 aprile 2004 veniva approvato il Regolamento (CE) n. 851/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio con il quale si sanciva la costituzione del Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie[12].

La missione di tale Centro è di analizzare, individuare, valutare e comunicare i rischi attuali ed emergenti che rappresentano per la salute umana le malattie trasmissibili ed altre minacce gravi di origine sconosciuta, suscettibili di diffondersi nel territorio. Nell'ambito della sua missione, il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie svolge i seguenti compiti:

- a) ricerca, raccoglie, riunisce, valuta e diffonde i dati scientifici e tecnici pertinenti;
- b) esprime pareri scientifici fornendo assistenza scientifica e tecnica, tra cui la formazione;
- c) fornisce informazioni tempestive alla Commissione, agli Stati membri, alle agenzie comunitarie e alle organizzazioni internazionali che operano nel settore della salute pubblica;
- d) coordina la Rete europea di organismi che operano nei settori rientranti nella missione del Centro, incluse le reti riconducibili ad attività sanitarie pubbliche sostenute dalla Commissione e che attivano le reti di sorveglianza specializzata;
- e) provvede allo scambio di informazioni, competenze e migliori prassi e agevola la definizione e l'attuazione di azioni comuni (articolo 3).

Il Centro comunica di propria iniziativa nei settori che rientrano nell'ambito della sua missione, dopo averne preventivamente informato gli Stati membri e la Commissione. Vigila affinché il pubblico e tutte le parti interessate ricevano rapidamente una informazione obiettiva, affidabile ed accessibile, per quanto riguarda i risultati dei lavori.

Per realizzare tali obiettivi, il Centro mette a disposizione informazioni destinate al grande pubblico, anche attraverso un apposito sito web (articolo 12).

Il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie è strutturato in un:

- Consiglio di amministrazione[13];
- Direttore[14] e suo personale;
- Forum consultivo.

La nomina del direttore compete al Consiglio di amministrazione per un periodo di cinque anni (che può essere prorogato una sola volta per un massimo di cinque anni), sulla base di un elenco di candidati proposto dalla Commissione in seguito ad una procedura concorsuale aperta, previa pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale dell'Unione europea e in altre pubblicazioni di un invito alla manifestazione d'interesse[15].

Il Forum consultivo si compone di esponenti di istanze tecnicamente competenti degli Stati membri che svolgono compiti analoghi a quelli del Centro in ragione di un rappresentante designato da ciascuno Stato membro le cui competenze scientifiche sono riconosciute[16].

Il Forum consultivo è uno strumento che consente lo scambio d'informazioni sui rischi e la messa in comune delle conoscenze e, vigila affinché il Centro e le istanze competenti degli Stati membri collaborino strettamente, in particolare:

- a) per garantire la coerenza tra gli studi scientifici del Centro e quelli degli Stati membri;
- b) nel caso in cui il Centro e un'istanza nazionale sono tenuti a cooperare;
- c) al fine di promuovere, avviare e supervisionare il funzionamento in rete europea degli organismi che operano nei settori che rientrano nella missione del Centro;
- d) quando il Centro o uno Stato membro identifica un rischio emergente per la salute pubblica;
- e) nel quadro della creazione di gruppi scientifici da parte del Centro;
- f) per affrontare le priorità scientifiche e di salute pubblica nel programma di lavoro.

Il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie sarà operativo entro il 20 maggio 2005 e dovrà garantire un efficiente collegamento in rete e la messa in comune delle competenze scientifiche degli Stati membri, agevolando una pianificazione più efficace delle risposte.

In tal modo, il Centro dovrebbe rafforzare la capacità dell'Unione europea di reagire alle future minacce sanitarie e, la sua attività, sarà soggetta ad una valutazione esterna ed indipendente dai risultati ottenuti (che verrà espletata entro il 20 maggio 2007)[17].

NOTE

[1] Attraverso la migrazione o il turismo, il virus SARS ha potuto diffondersi a livello internazionale in poche settimane dalla Cina all'Europa, alle Americhe e all'Asia a causa del semplice movimento di persone infette.

[2] Dal momento in cui è stato liberato intenzionalmente antrace negli Stati Uniti (2002) i servizi di sicurezza e le autorità responsabili per la difesa civile hanno preso sul serio la minaccia di attacchi "bioterroristici".

[3] GUCE L 268, 3.10.1998, pag. 1.

[4] Ai sensi dell'articolo 2 della Decisione n. 2119/1998 si intende "per: 1) «sorveglianza epidemiologica»: la raccolta, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione sistematiche e continue di dati sanitari, compresi gli studi epidemiologici, relativi alle categorie di malattie trasmissibili indicate nell'allegato, in particolare per quanto riguarda la dinamica di diffusione di tali malattie nel tempo e nello spazio, nonché l'analisi dei fattori che comportano il rischio di contrarle, al fine di adottare adeguate misure preventive e di lotta; 2) «prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili» il complesso delle misure, comprese le investigazioni epidemiologiche, adottate dalle competenti autorità sanitarie degli Stati membri per prevenire e arrestare la diffusione delle malattie trasmissibili; 3) «rete comunitaria»: la rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili, vale a dire il sistema di scambio delle informazioni necessarie per realizzare le attività di cui ai punti 1) e 2)".

[5] La decisione conferisce alla Commissione la responsabilità di sviluppare la rete, agevolarne e coordinarne le varie attività. I sistemi che esistono a livello nazionale fanno ora parte della rete. L'obiettivo globale della rete comunitaria è quello della prevenzione e del controllo delle malattie trasmissibili nell'UE, tenendo conto della necessità di integrare tale obiettivo negli sforzi internazionali intesi a contenere queste malattie.

[6] GUCE L 28, del 3 febbraio 2000, pag. 50.

[7] G.U.C.E. L 86 del 3 aprile 2002, pagg. 44-62.

[8] G.U.C.E. L 21 del 26.1.2000, pagg. 32-35.

[9] Vedasi nell'Allegato della Decisione n. 2199/1998 l'Elenco delle categorie di malattie trasmissibili:

- Malattie a prevenzione vaccinale
- Malattie trasmissibili per via sessuale
- Epatiti virali
- Malattie di origine alimentare
- Malattie di origine idrica e malattie di origine ambientale
- Infezioni nosocomiali
- Altre malattie trasmissibili attraverso agenti non convenzionali (compreso il morbo di Creutzfeldt-Jakob)
- Malattie contemplate dal regolamento sanitario internazionale (febbre gialla, colera, peste)
- Altre malattie (idrofobia, tifo esantematico, febbri emorragiche virali, malaria e ogni altra malattia epidemica grave non ancora classificata, ecc.)

[10] Negli ultimi tre anni, la Commissione ha avviato ben tre valutazioni esterne sull'efficacia e sui miglioramenti da apportare alla gestione delle malattie trasmissibili.

La prima valutazione, realizzata nel settembre 2000 dall'Istituto di sanità pubblica della Renania settentrionale-Westfalia, insieme alla London School of Hygiene and Tropical Medicine and Public Health Laboratory Services (UK), si è concentrata sui punti deboli nel funzionamento delle strutture esistenti, analizzando i focolai transnazionali di cinque malattie.

La seconda valutazione è stata completata nel dicembre 2001 dall'Istituto scientifico belga della sanità pubblica in consultazione con istituti epidemiologici di tutti gli Stati membri, della Norvegia e dell'OMS. La valutazione ha dimostrato la disponibilità e la preparazione degli enti nazionali competenti a partecipare allo sviluppo di una capacità di risposta comunitaria, auspicando la creazione di un forte meccanismo centrale di coordinamento sostenuto dalla struttura tecnica di coordinamento europea al di fuori della Commissione ma finanziato dal bilancio comunitario, iniziando quanto prima possibile con un progetto pilota.

Nella terza, del giugno 2002, gli epidemiologi degli Stati membri hanno espresso pareri destinati alla Commissione sul futuro della sorveglianza delle malattie trasmissibili in Europa. Hanno confermato i compiti di coordinamento identificati nei due precedenti studi ed hanno concluso

esprimendo l'auspicio che venga creata una struttura di coordinamento tecnico permanente a livello europeo dotata di sufficienti risorse. Lo stesso punto di vista è stato espresso nel corso di un seminario pubblico tenutosi nel novembre 2002 a Bruxelles sotto gli auspici del Parlamento europeo.

[11] COM(2003)441 def.-2003/0174(COD)Proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio.

[12] G.U.U.E. L 142 del 30 aprile 2004, pagg. 1-11.

[13] Il Consiglio di amministrazione è composto da 1 membro designato da ogni Stato membro, due membri designati dal Parlamento europeo e tre membri designati dalla Commissione per rappresentarla.

[14] La figura del Direttore è strategica in quanto è il rappresentante legale incaricato:

- (a) della gestione quotidiana del Centro;
- (b) di elaborare i progetti dei programmi di lavoro;
- (c) di preparare le discussioni del Consiglio d'amministrazione;
- (d) di attuare i programmi di lavoro e le decisioni adottate dal Consiglio d'amministrazione;
- (e) di garantire che sia fornito al Forum consultivo un adeguato sostegno scientifico, tecnico e amministrativo;
- (f) di vigilare a che il Centro esegua i suoi compiti secondo modalità che consentano di rispondere ai bisogni dei suoi utilizzatori, in particolare in termini di eccellenza scientifica e di indipendenza delle attività e dei pareri, di adeguamento dei servizi forniti e dei termini;
- (g) di preparare lo stato delle entrate e delle uscite ed eseguire il bilancio del Centro; (h) di tutte le questioni relative al personale, e in particolare dell'esercizio delle competenze previste all'articolo 29, paragrafo 2.

[15] G.U.U.E. C 200/A del 7 agosto 2004, pagg. 1-4.

[16] Il Forum consultivo aiuta il Direttore a garantire l'eccellenza scientifica e l'indipendenza delle attività e dei pareri del Centro.

[17] Articolo 31 del Regolamento (CE) n. 851/2004 del 21 aprile 2004.

CAPITOLO IV

LE INFORMAZIONI DI CARATTERE MEDICO TRAMITE INTERNET: IL RUOLO DELL'UE

Sommario: 1. - La comunicazione della Commissione “eEurope 2002: Criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico”
2.- La comunicazione della Commissione sull'e-Health - Migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo e-Health.

1. - La Comunicazione della Commissione “eEurope 2002: Criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico”.

Partendo dalla constatazione che i cittadini europei consultano sempre con maggiore assiduità una notevole mole di informazioni inerenti le questioni sanitarie offerte sulla rete internet, nel giugno 2000 - in occasione del Consiglio europeo di Feira -, si sosteneva l'esigenza di inserire una specifica iniziativa volta a istituire alcuni criteri di riferimento per la qualità dei siti web che forniscono informazioni di carattere medico, nell'ambito del Piano di azione “eEurope 2002” (teso a realizzare le strategie utili in questione entro il 2002) varato dalla Commissione l'8 dicembre 1999 con l'adozione della Comunicazione “eEurope - Una società dell'informazione per tutti”[1].

Sin dal 2001 venivano organizzate alcune importanti riunioni istituzionali con la partecipazione sia dei ministeri nazionali, che delle organizzazioni non governative ed internazionali e dell'industria al fine di esaminare le prassi e le sperimentazioni in atto.

Durante il 2002 il dibattito proseguiva dedicandosi prevalentemente alla discussione sull'affidabilità dei siti web in materia di salute come potenziali vettori di messaggi in campo sanitario, trascurando il merito ed il contenuto degli stessi.

Il 28 maggio 2002 la Commissione[2] adottava il Piano d'azione “eEurope 2005” che acquisiva il sostegno politico del Consiglio europeo di Siviglia del 21-22 giugno 2002. Tale piano fissava in particolare un obiettivo strategico: entro il 2005 l'Europa doveva dotarsi di “moderni servizi pubblici on-line” e per conseguirlo venivano proposte varie azioni, tra le quali la promozione dei servizi elettronici nel campo della sanità (*e-health*) e, si impegnava, inoltre, la Commissione a seguire “le iniziative degli Stati membri per rendere le informazioni mediche più accessibili al cittadino e le iniziative tese ad applicare criteri qualitativi per i siti web di carattere medico”.

A tal proposito il piano d'azione "eEurope 2005" stabilisce che “è indispensabile che contenuti e servizi di e-health siano sviluppati in modo efficace e siano accessibili a tutti e che i siti web relativi alla sanità rispondano alle norme di qualità previste”.

In questo processo evolutivo si inserisce a pieno titolo la Comunicazione[3] della Commissione *“eEurope 2002: Criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico”* adottata il 29 novembre 2002, che fornisce il quadro per l'applicazione, all'interno degli Stati membri, di un nucleo di criteri di qualità per i siti web di carattere medico-sanitario, nell'ambito della legislazione comunitaria in vigore[4].

I criteri di qualità prescelti si basano su di un ampio consenso degli specialisti del settore, delle autorità sanitarie e dei potenziali utilizzatori con l'auspicio che le stesse autorità sanitarie nazionali e regionali, le associazioni di categoria interessate ed i proprietari e/o gestori di siti web privati di carattere medico:

- applichino tali criteri per i siti web in maniera adeguata ai propri utenti;
- preparino campagne informative per insegnare ai creatori dei siti e ai cittadini le norme di qualità minime per i siti web di carattere medico;
- attingano alle vaste informazioni sanitarie offerte in tutta l'Unione europea e localizzino tali informazioni a vantaggio dei cittadini (con traduzioni e adattamenti culturali);
- si scambino informazioni[5] ed esperienze a livello europeo sulle modalità di applicazione delle norme di qualità.

Non è certo una novità constatare che i siti web contenenti informazioni di carattere medico sono quelli più consultati su Internet e, vista l'abbondanza di informazioni e l'evidente popolarità riscossa, alcune organizzazioni hanno cominciato a fornire strumenti specifici per la ricerca, la classificazione e l'attribuzione di un punteggio alle informazioni disponibili, mentre altre hanno istituito codici di comportamento che servono ai fornitori di servizi per attestare la qualità elevata del servizio che offrono.

Questi strumenti sono concepiti per aiutare le persone che navigano in rete a vagliare le informazioni disponibili per poter differenziare meglio i messaggi validi e affidabili da quelli che possono essere imprecisi o fuorvianti.

Nonostante la comunicazione fosse indirizzata agli Stati membri dell'Unione europea ed agli enti pubblici o privati che operano nei medesimi Stati, non va trascurata la natura globale delle informazioni diffuse attraverso i siti web.

Gli enti che adotteranno misure intese ad applicare i criteri forniti dovranno essere consapevoli del fatto che alle loro informazioni accederanno numerose persone di nazionalità e di culture diverse. In tal senso, si dovrà dedicare una particolare attenzione ai paesi in via di sviluppo, grossi consumatori di informazioni relative alla salute, ed ai specifici contenuti a valenza culturale, che necessitano di essere chiaramente ed inequivocabilmente identificabili come tali.

A seguito delle riunioni e della consultazione pubblica su Internet sono stati definiti alcuni criteri di qualità di base, in considerazione di queste premesse:

- devono affrontare le tematiche della formazione sia di chi fornisce le informazioni sia di chi le utilizza: si tratta di un unico documento che indichi ai fornitori come soddisfare i criteri di qualità fondamentali e contemporaneamente insegni agli utenti cosa aspettarsi da un buon sito web che si occupa di salute;
- devono essere applicabili sia ai siti che forniscono informazioni in maniera passiva sia a quelli che consentono uno scambio tra chi fornisce il servizio o le informazioni e gli utenti (cioè informazioni, prodotti e servizi);

- devono far sì che i siti siano conformi alle direttive dell'Unione europea alle linee guida attualmente in uso e alle norme tecniche attinenti a questo settore.

La seguente tabella costituisce un semplice promemoria dei principali criteri di qualità dei siti web di carattere medico-sanitario individuati nella Comunicazione della Commissione “*eEurope 2002: Criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico*” (pag. 6).

Criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico

Criteri elaborati in stretta collaborazione con rappresentanti di siti web e fornitori di informazioni pubblici e privati in materia di e-health, altri rappresentanti dell'industria, funzionari pubblici, rappresentanti di ministeri, di organizzazioni internazionali e di organizzazioni non governative.

Questi criteri devono essere applicati in aggiunta al diritto comunitario in materia

Trasparenza e onestà

- Trasparenza sul fornitore (provider) del sito – *inclusione* del nome, dell'indirizzo fisico ed elettronico della persona o dell'organizzazione responsabile del sito (vedi articoli 5 e 6 della direttiva 2000/31/CE sul commercio elettronico).
- Trasparenza sulle finalità e sugli obiettivi del sito.
- Chiara definizione del pubblico destinatario (altre informazioni sulle finalità, si potrebbe puntare a un pubblico diverso a diversi livelli).
- Trasparenza di tutte le fonti di *finanziamento* del sito (finanziamenti, sponsor, inserzionisti pubblicitari, assistenza volontaria senza scopo di lucro).

Obbligo di citare le fonti e loro autorevolezza

- Chiara indicazione delle fonti per tutte le informazioni fornite e data di pubblicazione della fonte.
- Nome e *credenziali* di tutti i fornitori delle informazioni inserite nel sito (persone e istituzioni), comprese le date in cui sono state ottenute le credenziali.

Privacy e protezione dei dati

- La politica in materia di privacy e di protezione dei dati e il sistema di trattamento dei dati personali, incluso il trattamento non visibile agli utenti, devono essere definiti chiaramente secondo la legislazione comunitaria sulla protezione dei dati (direttive 95/46/CE e 2002/58/CE).

Aggiornamento delle informazioni

- Aggiornamento chiaro e periodico del sito, con la data dell'aggiornamento chiaramente visibile su ogni pagina e/o voce, secondo il caso. Controllo regolare della validità delle informazioni.

Responsabilità

- *Responsabilità* - feedback dell'utente e responsabilità di supervisione adeguata (per esempio un addetto alla qualità ben identificato per ogni sito).
- Partnership responsabile - bisogna fare ogni sforzo possibile per assicurarsi che la collaborazione (partnering) o il collegamento ad altri siti web sia intrapreso solo con individui e organizzazioni fidati che seguono i codici di buona pratica del caso.
- Politica editoriale - chiare indicazioni sulle procedure seguite per selezionare i contenuti.

Accessibilità

- *Accessibilità* - attenzione alle linee guida sull'accessibilità fisica, sulla rintracciabilità generale, sulla facilità di ricerca, sulla facilità di lettura, sulla facilità di utilizzo, ecc.

Tali criteri sono applicabili allo sviluppo e relativa gestione di un sito contenente informazioni sulla salute, indipendentemente dal tipo di informazioni o del pubblico al quale queste vengono indirizzate. Tuttavia, un criterio di qualità essenziale è che un sito web contenente informazioni sulla salute indichi chiaramente a quale *target focus* di pubblico si rivolge e faccia sì che stile, natura delle informazioni e modalità di presentazione, siano appropriate tenendo conto di diversi fattori, quali:

- la trasparenza dei contenuti di carattere medico[6];
- l'autorevolezza dei fornitori di contenuti di carattere medico;
- la privacy e protezione dei dati relativi alla salute[7];
- l'aggiornamento delle informazioni di carattere medico;
- la responsabilità dei contenuti di carattere medico;
- l'accessibilità dei contenuti di carattere medico.

Al fine di garantire un'efficace applicazione dei criteri di qualità per i siti web di carattere medico-sanitario, la comunicazione individua alcuni orientamenti:

- **Istruire gli utenti.** Dato che gli indicatori di qualità dei contenuti su Internet risultano essere meno evidenti, si assiste alla proliferazione di marchi di qualità o di guide per gli utilizzatori, destinati soprattutto ad istruire il consumatore e a fornire un marchio "di qualità" riconoscibile che i creatori dei siti possono utilizzare per promuovere i propri siti web. Per garantire che tali codici siano efficaci è quindi di fondamentale importanza che il pubblico sia informato della loro esistenza attraverso campagne pubbliche.

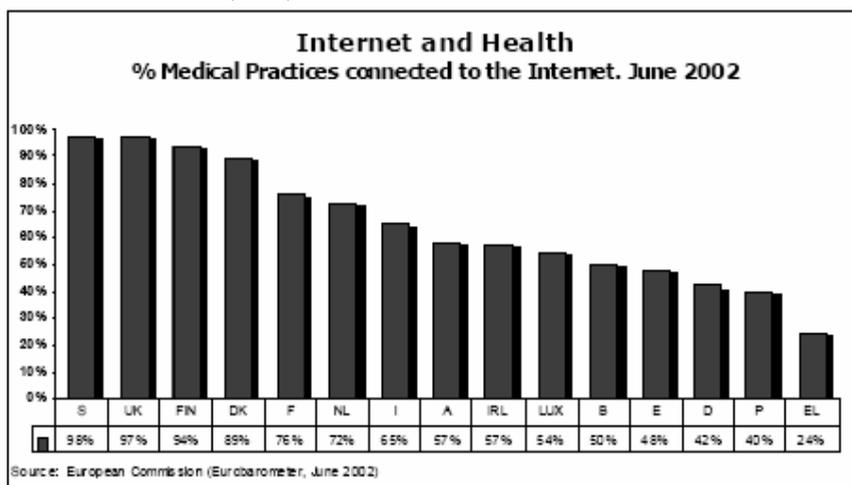
- **Assistere chi effettua le ricerche.** La finalità dei marchi di qualità non è, però, solo quella di far accedere a informazioni qualificate, ma anche di aiutare i cittadini a far fronte al flusso di informazioni che potrebbero ottenere facendo una ricerca su un soggetto legato ai temi della salute[8]. Alcune organizzazioni hanno applicato strumenti per classificare i siti web in modo da poter offrire ai propri utenti fonti preselezionate in cui è più facile effettuare le ricerche (è il caso di OMNI[9] e di MEDCERTAIN[10]).

- **Educare i fornitori dei siti.** Il problema non riguarda solo il flusso di informazioni, ma anche le modalità di erogazione e, le iniziative tese a proporre un codice di condotta, hanno proprio l'obiettivo di insegnare sia ai fornitori che agli utenti delle informazioni i processi e le buone prassi che un sito web dovrebbe seguire. Per educare fornitori ed utenti, sono stati predisposti vari strumenti di valutazione, che si presentano sotto forma di liste di controllo on-line, nelle quali il pubblico indica i tipi di informazioni: dichiarazione di intenti, indicazione esplicita delle fonti, data dell'informazione, ecc. Alcune liste possono essere brevi (HON)[11], altre dettagliate (NETSCORING)[12], alcune dirette a mercati specifici (DISCERN, per le scelte terapeutiche)[13] ed altre destinate ai bambini (QUICK)[14], per citarne solo alcune.

- **Garantire la qualità.** Buona parte delle organizzazioni che pubblicano e gestiscono tali codici si basa su semplici processi di autocertificazione: in altri termini, il fornitore del sito si impegna a rispettarlo e, in cambio, può utilizzare il proprio "marchio di fiducia" sulla base di controlli casuali e della vigilanza degli utenti, che individuano chi non si conforma al codice in questione.

2. - *La comunicazione della Commissione sull'e-Health - migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo e-Health.*

Come si è accennato con le iniziative “eEurope 2002” e “eEurope 2005” sui criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni sulla salute si intendeva incentivare l'adozione di un nucleo comune di riferimenti di base per questo tipo di siti; la questione dell'applicabilità di tali criteri a livello europeo e delle eventuali modalità non rientrava nell'ambito dell'azione. Il presupposto implicito era che fossero gli Stati membri a doversene occupare, su scala nazionale o regionale, ricorrendo anche alle numerose organizzazioni private e senza scopo di lucro che stavano già gestendo sistemi per applicare tali criteri di qualità ai siti web in questione. Visto che il numero di siti web[15] in materia di salute sta rapidamente aumentando nell'Unione europea, come pure il numero di cittadini dell'Unione che consultano tali siti, si potrebbe già affermare che ci sarebbero i presupposti affinché gli organi comunitari istituissero un proprio sistema per l'applicazione dei criteri di qualità concordati. Secondo le indagini svolte da Eurobarometro la percentuale di medici generalisti collegati ad Internet è in costante ascesa (media europea del 78% contro 98% dei medici svedesi e 97% dei britannici) anche se l'utilizzo della rete è diffuso in caso di formazione(72%), meno per la trasmissione di dati medici (46%), scarso per i servizi di telemedicina(12%).



Eurobarometer EU 15	2000	2001	2002
GPs with internet connection	44%	77%	78%
for continuing education	34%	70%	72%
to transfer patient medical data	9%	37%	46%
to offer telemedicine services	5%	7%	12%

Nell'intento di garantire che i cittadini europei possano accedere alle informazioni di carattere medico-sanitarie affidabili su Internet, non solo ci deve essere un consenso sulle norme di qualità necessarie, ma occorre anche che tali norme vengano applicate in maniera soddisfacente in tutta l'Unione europea.

Ciò non significa, peraltro, che si debba utilizzare lo stesso metodo ovunque; anzi, sarebbe alquanto strano che uno stesso meccanismo risultasse adatto a tutte le situazioni e a tutti i paesi.

Ad esempio, nel campo farmaceutico la Commissione sta valutando varie soluzioni per rispondere alla crescente domanda dei pazienti, che desiderano avere accesso diretto alle informazioni sui medicinali che utilizzano.

Tali importanti questioni vengono ulteriormente approfondite attraverso l'adozione in data 30 aprile 2004 della comunicazione della Commissione[16] sull'*e-Health* – “*Migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo e-Health*”, che intende sancire il rilevante contributo che l'*e-Health* può fornire al fine di migliorare sensibilmente:

- l'accesso alle informazioni e all'assistenza;
- la disponibilità di dati a livello comunitario per gli operatori del settore sanitario e le stesse autorità competenti;
- la qualità, la sicurezza, l'economicità e l'efficacia dei servizi sanitari.

In sostanza l'*e-Health* consiste nell'utilizzo di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, incluso l'impiego di Internet, per migliorare o consentire salute e assistenza sanitaria.

Offre, inoltre, potenziali vantaggi ai prestatori e agli operatori, tramite una positiva evoluzione che include le reti di informazione sanitaria, i fascicoli medici elettronici, i sistemi di monitoraggio elettronico ed i portali in campo sanitario.

I cittadini europei possono fruire di notevoli opportunità per un migliore accesso a sistemi di assistenza sanitaria più soddisfacenti poiché le risorse dell'*e-Health* contribuiscono a:

- migliorare le condizioni di salute, sostenendo stili di vita sani, favorendo le decisioni nel settore della pubblica sanità e rafforzando la qualità dell'assistenza sanitaria;
- offrire la possibilità ai singoli e ai pazienti di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute, sostenendo decisioni sanitarie meglio informate nell'ambito di sistemi di assistenza sanitaria che operano nell'interesse dei cittadini;
- consentire agli operatori sanitari, mediante sostanziali aumenti di produttività e migliori rendimenti dei sistemi sanitari e di prevenzione, di fare fronte all'aumento della domanda;
- potenziare i servizi di assistenza sanitaria pubblica agevolando la pratica professionale sanitaria, lo scambio delle migliori prassi e la comunicazione, nonché
- ridurre le disparità sanitarie con l'applicazione di nuovi approcci per migliorare la salute delle comunità isolate e dei gruppi di popolazione a rischio.

La recente conferenza tenutasi a Cork il 5 e 6 maggio 2004 ed avente per oggetto il tema “Orientare i cittadini europei nell'*e-Health*”, alla quale hanno partecipato i rappresentanti dei 25 Stati membri a livello di Ministri e di dirigenti politici, nonché gli esperti nazionali ed europei in materia di *e-Health*, ha avuto il precipuo ruolo di:

- sottolineare il potenziale degli sviluppi dell'*e-Health* come contributo alla partecipazione attiva dei cittadini europei con riguardo alla salute e al benessere;
- approvare le nuove possibilità offerte dall' *e-Health*, compreso Internet, di diffusione, scambio e gestione di informazioni in materia di salute, di miglioramento delle procedure amministrative e di sostegno ai servizi sanitari;
- evidenziare il potenziale dell' *e-Health* nell'affrontare nuove opportunità e sfide nel quadro del programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) e nel conseguimento degli obiettivi del piano d'azione “*eEurope 2005*”;
- riconoscere che l'*e-Health* può rafforzare l'aspettativa dei cittadini europei di beneficiare dell'assistenza di servizi sanitari in uno Stato membro diverso da quello di residenza grazie, per esempio, alla tessera di assicurazione sanitaria europea;
- invitare a tenere pienamente conto della tutela dei dati di carattere personale, della vita privata e della sicurezza nello sviluppo, collaudo ed introduzione dei sistemi di *e-Health*;
- intensificare la ricerca sulle potenziali applicazioni dell'*e-Health*, in particolare sulla integrazione di dati e sulla interoperabilità; e
- sollecitare ad una maggiore condivisione delle migliori pratiche a livello europeo nella fornitura di informazioni e consulenza personalizzata attraverso i servizi di telemedicina e i siti web in campo sanitario e nelle garanzie di qualità.

Da notare che in occasione della 2586^a Sessione del Consiglio Occupazione, politica sociale, salute e consumatori tenutosi a Lussemburgo, il 1° e 2 giugno 2004, la comunicazione della Commissione[16] sull'*e-Health* - “*Migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo e-Health*”, riceveva un ampio riconoscimento politico-istituzionale anche nelle conclusioni adottate che invitavano gli Stati membri a :

- sviluppare ulteriormente e attuare l'*e-Health* quale parte delle strategie nazionali in materia di sanità pubblica conformemente alla capacità finanziaria potenziale dei singoli Stati membri;
- prendere in considerazione, nel contesto dell'adozione o della revisione di strategie nazionali in materia di sanità pubblica, una valutazione sulle modalità e le opportunità di applicazione di criteri di qualità ai siti Web relativi alla salute;
- contribuire a promuovere l'alfabetizzazione sanitaria e la competenza in materia di Internet nella società, ampliando le conoscenze generali del pubblico quanto al potenziale e ai limiti delle tecnologie di informazione nell'assistenza sanitaria;
- sviluppare ulteriormente e diffondere le migliori prassi nell'*e-Health* così da incoraggiare gli sviluppi in questo settore e realizzare i benefici potenziali; e

- prendere in considerazione il potenziale dell'*e-Health* come mezzo idoneo per dare seguito al processo di riflessione ad alto livello sulla mobilità dei pazienti e gli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea.

Ben più pregnante è l'invito rivolto alla Commissione al fine di :

- promuovere, nell'ambito della Comunità, il collegamento in rete fra organizzazioni, e istituti di ricerca, autorità competenti e altri servizi attivi nel settore dell'*e-Health*;
- operare per l'attuazione di sistemi interoperabili e intraoperabili per lo sviluppo dell'*e-Health*;
- sostenere gli Stati membri, nei loro sforzi volti a promuovere l'*e-Health*, attraverso pertinenti programmi ed azioni comunitari, in particolare il programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008);
- vagliare, considerato il rapido aumento dei siti Web relativi alla sanità nell'UE e l'aumento del numero di cittadini europei che consultano detti siti, la possibilità di sviluppare ulteriormente criteri di qualità concordati per siti Web relativi alla sanità pubblica;
- nell'interesse di una migliore informazione per i cittadini, lanciare il portale di sanità pubblica entro il 2005;
- incoraggiare il collegamento in rete e lo scambio elettronico di informazioni fra le parti interessate, compresi gli operatori, le organizzazioni non governative e le organizzazioni dei consumatori, i pazienti, il personale sanitario e i cittadini;
- sviluppare ulteriormente sistemi di tecnologie dell'informazione sicuri e interoperabili e reti di dati in tutta l'Europa comprese le infrastrutture telematiche nazionali, quale strumento per facilitare lo sviluppo dell'*e-Health* e l'eventuale raccolta di dati sulla sanità pubblica in tutta la Comunità, anche per quanto riguarda la mobilità dei pazienti e degli operatori sanitari;
- rivedere gli aspetti giuridici dell'*e-Health*, nella prospettiva di incoraggiare ulteriormente il progresso in questo settore, in particolare nel campo della protezione dei dati personali e dei dati relativi ai pazienti;
- rivedere l'attuale quadro normativo per quanto attiene agli aspetti che riguardano la commercializzazione, la promozione, la vendita, la distribuzione e l'acquisto di prodotti farmaceutici in linea, compresa la loro importazione da paesi terzi;
- sviluppare ulteriormente la ricerca sui benefici potenziali nei settori dell'accesso all'*e-Health*, della qualità e dell'economia;
- prendere in considerazione l'individuazione di orientamenti per quanto riguarda le migliori prassi, in consultazione con gli Stati membri, per intensificare il coordinamento delle politiche e dei programmi in materia di *e-Health*;
- rafforzare la comparabilità dei dati per quanto riguarda tutti gli aspetti dell'*e-Health* e adottare un approccio multisettoriale per promuovere l'*e-Health* in tutta la Comunità;

- esaminare la fattibilità di infrastrutture che forniranno sistemi di facile uso, convalidati e interoperabili per i prestatori di assistenza sanitaria, per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute e dell'istruzione attraverso reti nazionali e regionali che colleghino i cittadini, i medici e le autorità;
- considerare azioni coordinate per affrontare le sfide comuni in materia di e-Health, particolarmente nello sviluppo di interfacce fra sistemi di tecnologie dell'informazione incompatibili;
- continuare a cooperare con le pertinenti organizzazioni internazionali e intergovernative, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità per assicurare un efficace coordinamento delle attività nel settore dell'“*e-Health*”.

Da ultimo, non è certamente trascurabile l'esigenza avvertita nel contesto delle attività legate alla Società dell'informazione e nell'ambito dell'attuazione del programma di salute pubblica dell'Unione europea (2003-2008), di dover considerare la possibilità di preparare e gestire un'azione congiunta e sinergica con il piano d'azione per uno spazio europeo “*e-Health*”, per mettere a disposizione del pubblico in generale, su Internet, maggiori informazioni sulla salute, oltre che di istituire un sistema europeo di riferimento e riconoscibile, che permetta di individuare i siti Internet approvati e le iniziative che possono svilupparsi in maniera mirata in tutta l'Unione europea.

NOTE

[1] COM (1999) 687 def. dell'8.12.1999.

[2] COM (2002) 263 def. del 28.5.2002

[3] COM (2002) 667 def. del 29.11.2002

[4] Trattasi delle direttive: 93/13/CEE, del 5 aprile 1993, concernente le clausole abusive nei contratti stipulati con i consumatori, GU L 95 del 21.4.1993, p. 29; 97/7/CE, del 20 maggio 1997, riguardante la protezione dei consumatori in materia di contratti a distanza, GU L 144 del 4.6.1997, p. 19; 84/450/CEE, del 10 settembre 1984, relativa al ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati Membri in materia di pubblicità ingannevole, GU L 250 del 19.9.1984, p. 17; 92/59/CEE, del 29 giugno 1992, relativa alla sicurezza generale dei prodotti, GU L 228 dell'11.8.1992, p. 24; 85/374/CEE, del 25 luglio 1985, relativa al ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati Membri in materia di responsabilità per danno da prodotti difettosi, GU L 210 del 7.8.1985, p. 29; 2000/31/CE, dell'8 giugno 2000, relativa a taluni aspetti giuridici dei servizi della società dell'informazione, in particolare il commercio elettronico, nel mercato interno, GU L 178 del 17.7.2000, p. 1; 95/46/CE, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, GU L 281 del 23.11.1995, p. 31; 2002/58/CE, del 12 luglio 2002, relativa al trattamento dei dati personali e alla tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche, GU L 201 del 31.7.2002 p. 37; 93/42/CEE, del 14 giugno 1993, concernente i dispositivi medici, GU L 169 del 12.7.1993, p. 1; 92/28/CEE, del 31 marzo 1992, concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano, GU L 113 del 30.4.1992, p. 13. Nel contesto dell'accesso ai siti web bisogna tenere in considerazione anche la raccomandazione del Consiglio n° 1999/519/CE, del 12 luglio 1999, relativa alla limitazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici da 0 Hz a 300 GHz, GU L 199 del 30.7.1999, p. 59.

[5] Si consideri il *Glossario: definizioni e note esplicative sui termini utilizzati nei criteri di qualità: Accessibilità*: Oltre a garantire che i dati forniti siano corretti rispetto alle definizioni dei fornitori dei siti, occorre anche far sì che il contenuto di un sito web sia accessibile alle persone affette da disabilità, compresi disturbi sensoriali e difficoltà di apprendimento. Orientamenti riguardo all'accessibilità ai siti web e ai loro contenuti sono stati formulati nella comunicazione: "eEurope 2002: accessibilità e contenuto dei siti Internet delle amministrazioni pubbliche" (COM (2001)529 def. del 25 settembre 2001).

Responsabilità: Il concetto di responsabilità riferito ad un sito web significa un sistema entro il quale una o più persone ben identificate hanno il dovere di rispondere alle domande e alle problematiche sollevate dagli utenti entro un periodo di tempo ragionevole. In organizzazioni di taglia ridotta questo compito può essere svolto da una persona che svolge al contempo altre attività. Ove possibile si consiglia l'impiego di strumenti facili per fornire un feedback ad un sito.

Credenziali: Se le informazioni vengono fornite da una persona o un'organizzazione in veste professionale, ad esempio medici, infermieri, ostetriche o altri professionisti in campo sanitario, nel sito devono comparire chiaramente le qualifiche e i titoli delle persone in questione, nonché le date e i luoghi in cui sono stati ottenuti. Se possibile vanno inseriti dei link all'organizzazione che ha rilasciato le qualifiche o i titoli.

Interoperabilità: Il concetto di interoperabilità viene definito nella direttiva 91/250/CEE(XII considerando) come "interconnessione e interazione funzionale" ed è "la capacità di due o più sistemi di scambiare informazioni e di usare reciprocamente le informazioni scambiate". Nel caso dei servizi in campo sanitario forniti sul web si tratta della possibilità di due o più sistemi di interconnettersi e interagire funzionalmente. *Dati personali*: Il termine viene impiegato nelle linee guida nel significato della direttiva 95/46/CE sulla protezione dei dati personali e si riferisce a qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile; si considera identificabile la persona che può essere identificata, direttamente o indirettamente, in particolare mediante riferimento ad un numero di identificazione o ad uno o più elementi specifici caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, psichica, economica, culturale o sociale. Da quanto esposto in precedenza è evidente che i dati personali scambiati in qualsiasi interazione nel campo dell'e-health tra paziente e personale sanitario o tra personale sanitario devono rispettare le disposizioni delle direttive in materia di protezione dei dati personali.

Trattamento dei dati personali: Il termine viene impiegato nelle linee guida nel significato della direttiva 95/46/CE sulla protezione dei dati personali e si riferisce a "qualsiasi operazione o insieme di operazioni compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'impiego, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, nonché il congelamento, la cancellazione o la distruzione".

[6] Il diritto comunitario vigente impone requisiti in materia di informazione e di trasparenza: ad es. l'articolo 5 della direttiva 2000/31/CE sul commercio elettronico riguarda le informazioni generali che deve dare un fornitore di servizi per la società dell'informazione; l'articolo 6 della stessa direttiva 2000/31 riguarda le informazioni aggiuntive da fornire in caso di comunicazioni commerciali che facciano parte di o costituiscano un servizio della società dell'informazione; l'articolo 10 della direttiva 95/46/CE relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

[7] Qualora ad esempio l'utente di un sito raccolga ed elabori ulteriormente informazioni personali, compreso il trattamento dei dati non visibile agli utenti, bisogna verificare attentamente i requisiti della direttiva 95/46/CE relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, in particolare l'articolo 8 sui dati sensibili e quelli relativi alla salute, e garantire una conformità totale a tale direttiva.

[8] F. McLELLAN, "Like hunger, like thirst: patients, journals and the internet", *Lancet*, 1998, 352 (suppl. I) 39-43S, sostiene che "cercare di ottenere informazioni su Internet è come bere da una pompa antincendio: non si sa nemmeno da dove venga l'acqua".

[9] L'OMNI (*Organising Medical Networked Information*) è un gateway per l'accesso a risorse Internet di qualità valutata in campo medico e sanitario, destinato a studenti, ricercatori, accademici e professionisti nel settore delle scienze mediche e sanitarie. Venne creato da un nucleo di specialisti della *University of Nottingham Greenfield Medical Library*, in collaborazione con importanti organizzazioni in tutto il Regno Unito ed è finanziato dal *Joint Information Systems Committee* attraverso la *Resource Discovery Network*.

[10] MEDCERTAIN è un sistema di autoclassificazione e di classificazione di terzi che consente ai pazienti e ai consumatori di filtrare le informazioni sanitarie dannose e di individuare con certezza e selezionare le informazioni di qualità (<http://www.medcertain.org>) e, rientra nel piano d'azione comunitario per promuovere l'uso sicuro di Internet (decisione 276/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 gennaio 1999).

[11] La *Health On the Net Foundation* (HON) <http://www.hon.ch>, fondata nel 1995, è un'organizzazione internazionale svizzera senza scopo di lucro, che si occupa di assistere i profani, i non specialisti ed i medici a trovare informazioni mediche e sanitarie utili e affidabili su Internet. I principali promotori della HON sono: Cantone di Ginevra, Clinica universitaria di Ginevra, Istituto elvetico di bioinformatica e Sun Microsystems.

[12] NETSCORING è stato creato presso il *Centre Hospitalier Universitaire di Rouen* (<http://www.chu-rouen.fr>), per fornire una serie di criteri da utilizzare in maniera coerente per valutare la qualità delle informazioni di carattere medico presenti su Internet. I criteri sono 49, suddivisi in otto categorie: credibilità, contenuto, links, progettazione, interattività, aspetti quantitativi, etica e accessibilità.

[13] Il progetto DISCERN fu avviato nel 1996-97 dalla *British Library* e dal Programma di ricerca e sviluppo esecutivi dell'NHS e consiste in un questionario che può essere utilizzato per valutare l'affidabilità di una pubblicazione quale fonte di informazioni sulle scelte terapeutiche (<http://discern.org.uk>).

[14] QUICK è uno strumento didattico in ambienti come scuole, biblioteche, centri di documentazione, doposcuola o club informatici che può essere utilizzato quale parte integrante del programma scolastico, nell'ambito delle competenze informatiche e dell'apprendimento dello spirito critico. È sostenuto dalla *UK Health Development Agency* e dal *UK Centre for Health Information Quality* (<http://www.quick.org.uk>).

[15] G. EYSENBACH, E. RYOUNG SA, T.L. DIEPGEN, "Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine", in *British Medical Journal*, 1999, vol. 319, p. 1294, già sosteneva che all'inizio del 2000 il numero dei siti contenenti informazioni di carattere medico-sanitario fossero ben oltre 100.000.

[16] COM (2004) 356 def. del 30.4.2004 - 9185/04 SAN 78 TELECOM 91 + ADD 1.

[17] Da tener presente che l'*e-Health* abbraccia tutti gli elementi dell'*e-government* nel suo complesso, quali: alta connettività, interoperabilità (capacità di due o più sistemi o componenti di scambiare dati ed utilizzare informazioni), intraoperabilità (capacità di scambiare e utilizzare informazioni, funzioni e servizi tra i componenti di un sistema), sicurezza, privacy, disponibilità e accessibilità, e dato che il settore sanitario europeo è un servizio prevalentemente pubblico, anche ad esso si applicano le sfide ed azioni descritte nella comunicazione della Commissione sul ruolo dell'*e-Government* per il futuro dell'Europa

PARTE TERZA

PROTEZIONE SOCIALE, ASSISTENZA SANITARIA E MOBILITÀ NELL'UNIONE EUROPEA

CAPITOLO I

LINEAMENTI EVOLUTIVI E TENDENZE DEI SISTEMI DI PROTEZIONE SOCIALE NELL'UNIONE EUROPEA

Sommario:

1. - *I sistemi di protezione sociale nell'Unione Europea.*
2. - *La «Relazione comune sull'integrazione sociale contenente una sintesi dei risultati dell'esame dei piani di azione nazionali per l'integrazione sociale (2003-2005)».*

1. - I sistemi di protezione sociale nell'Unione Europea.

Da oltre un decennio si è progressivamente sviluppato un intenso dibattito inerente la problematica della protezione sociale nell'Unione Europea originato dalla attuazione della «Carta dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori».

Sin dal 1990 veniva avviato il MISSOC - *Mutual Information System on Social Protection in the European Union* - quale sistema di informazione creato su iniziativa della Commissione Europea al fine di fornire un'informazione rapida, comparabile e sistematicamente aggiornata sulla protezione sociale e sui sistemi di *welfare* adottati nei vari Stati Membri (tra le attività promosse dal MISSOC si possono annoverare la pubblicazione annuale del "MISSOC-Info" e la presentazione in internet[1], di notizie aggiornate sulla situazione dei sistemi di protezione sociale).

Sempre agli inizi degli anni 90 venivano adottate due Raccomandazioni che rappresentavano i primi interventi normativi comunitari in tema di:

- «*Criteri comuni in materia di risorse e prestazioni sufficienti nei sistemi di sicurezza sociale*» [2];

- «*Convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale*» [3].

La *ratio* ispiratrice di queste raccomandazioni consisteva nel tentativo di promuovere una certa convergenza tra i vari sistemi di protezione sociale degli Stati membri, affermando alcuni diritti di base, con una duplice finalità:

- 1) assicurare il rispetto di *standard* sociali minimi comuni e
- 2) creare un contesto di *welfare* in cui non potessero esistere disparità tali da produrre squilibri nelle dinamiche di mercato.

Nel 1995, quindi, la Commissione presentava una Comunicazione su «*Il futuro della protezione sociale: un quadro di riferimento per un dibattito europeo*» [4], con la quale si mirava ad attualizzare il dibattito in un contesto caratterizzato, da un lato, dal processo di integrazione economica e monetaria in atto e, dall'altro, dal persistere di un'elevata disoccupazione. In tale documento l'andamento demografico nei paesi UE veniva ribadito quale fondamentale quadro di riferimento anche in considerazione delle peculiari tendenze già in atto (diminuzione delle nascite e progressivo invecchiamento della popolazione).

L'intento prioritario era quello di richiamare l'attenzione sul rapporto tra sicurezza sociale quale sistema universale di garanzia e misure attive per promuovere l'occupazione/l'occupabilità nell'Unione Europea.

Dai rapporti MIOSSOC[5] veniva incontestabilmente denunciata l'esigenza di assicurare l'equilibrio dei bilanci pubblici spingendo i governi dei paesi membri a intraprendere quelle opportune politiche di adeguamento dei rispettivi sistemi di sicurezza sociale.

Successivamente, nel 1997, un'altra Comunicazione della Commissione «*Modernizzare e migliorare la Protezione Sociale nell'Unione Europea*», poneva l'accento sull'ampliamento del concetto di protezione sociale evolutosi anche quale fattore produttivo, in grado di fornire stabilità e flessibilità alle persone più svantaggiate con maggiori difficoltà nel raggiungere discreti livelli di qualità di vita, sia in termini lavorativi che sociali. La protezione sociale diviene, quindi, simbolo di coesione sociale e di crescita economica diventando esempio di dialogo permanente fra le molteplici istanze sociali[6].

Nel luglio 1999 sempre la Commissione, presentava un'ulteriore Comunicazione «*Una strategia concertata per modernizzare la protezione sociale*», compiendo un notevole sforzo[7] nella elaborazione di principi generali[8] che sono indirizzati a diversi "stakeholders": lavoratori, disoccupati, pensionati, donne, persone con disabilità, famiglie, anziani.

Dall'analisi delle comunicazioni suddette emergono chiaramente obiettivi e/o linee-guida proposte dall'Unione Europea quale quadro di riferimento per la modernizzazione della protezione sociale :

- fare in modo che il lavoro sia retribuito e fornisca un reddito sicuro;
- garantire le pensioni e fare in modo che i sistemi pensionistici siano sostenibili;
- promuovere l'integrazione sociale;
- garantire un'elevata qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria.

La Commissione sottolineava, inoltre, che il tema della parità tra i sessi avrebbe dovuto integrare il perseguimento di tutti e quattro gli obiettivi.

Tale iniziativa veniva approvata dal Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000, che ribadiva ulteriormente la insopprimibile e improcrastinabile necessità di riformare i sistemi di previdenza sociale anche al fine di fornire servizi sanitari di qualità.

Nel giugno 2001, il Consiglio europeo di Göteborg, prendendo in esame le misure da adottare per rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della società (come si può notare dalla evoluzione della piramide delle età rappresentate dai grafici 1a e 1b), chiedeva alla Commissione, seguendo il metodo di coordinamento aperto, di elaborare una relazione preliminare sugli orientamenti in materia di servizi sanitari e assistenza agli anziani.

Puntualmente la Commissione adottava la Comunicazione «*Il futuro dei servizi sanitari e dell'assistenza agli anziani: garantire accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria*» nella quale si analizzavano le tendenze demografiche, tecnologiche e finanziarie che avrebbero potuto compromettere la stessa capacità futura di mantenere livelli elevati di protezione sociale in questo delicato e complesso settore.

I grafici di seguito riportati mettono in risalto come a causa del calo della natalità e dell'aumento dell'aspettativa di vita, la popolazione europea sta progressivamente invecchiando ed il numero degli anziani è destinato ad aumentare sensibilmente nei prossimi decenni.

Secondo una proiezione, il numero di persone di età superiore a 65 anni nell'UE15 dovrebbe passare da 61 milioni nel 2000 a circa 103 milioni nel 2050, mentre il numero delle persone di età superiore a 80 anni dovrebbe salire da quasi 14 milioni nel 2000 a circa 38 milioni nel 2050. Contemporaneamente si prevede un calo significativo della popolazione in età lavorativa.

Tali proiezioni elaborate da Eurostat si basano su presupposti specifici, quali ad esempio, il tasso di fertilità, le classi della popolazione in età lavorativa.

Dal punto di vista dell'impatto sui sistemi sanitari e di assistenza di lunga durata, l'invecchiamento demografico influirà principalmente sull'aumento del numero di persone anziane bisognose di assistenza nei prossimi decenni - in quanto la richiesta di assistenza medica da parte delle persone anziane tende ad essere maggiore rispetto a quella delle persone giovani a causa della maggiore incidenza di malattie gravi.

Nella Comunicazione del dicembre 2001 si giunge alla conclusione che i sistemi sanitari e di protezione sociale ed assistenza di lunga durata nell'Unione europea devono affrontare una sfida alquanto impegnativa: quella di raggiungere simultaneamente il triplice obiettivo di assicurare:

- l'accesso all'assistenza per tutti, indipendentemente dal livello di reddito o di ricchezza;
- un grado elevato di qualità;
- la sostenibilità finanziaria dei sistemi di assistenza.

Da non trascurare la questione che la responsabilità giuridico-istituzionale di modernizzare i diversi sistemi di protezione sociale compete in via primaria agli Stati membri.

È fuori discussione che la stessa strategia di modernizzazione della protezione sociale possa appoggiarsi ad interventi legislativi vincolanti che non siano pienamente condivisi dagli Stati membri e, soprattutto, dalle parti sociali: queste ultime, infatti, dovranno essere sempre maggiormente coinvolte ed associate alla strategia di modernizzazione sia a livello europeo, sia a livello nazionale e/o locale.

Storicamente, i diversi sistemi di protezione sociale hanno permesso al modello sociale europeo di essere discretamente efficace e di costituire un valido elemento qualitativo essenziale della competitività dell'intero sistema economico, pertanto, la modernizzazione ed il relativo miglioramento di tali complessi sistemi dovranno essere nelle condizioni di consentire di mantenere (se non proprio) di sviluppare questo rapporto reciprocamente positivo tra modello sociale e sistema economico.

Grafico 1a:

Piramide della popolazione nel 2000 - UE15

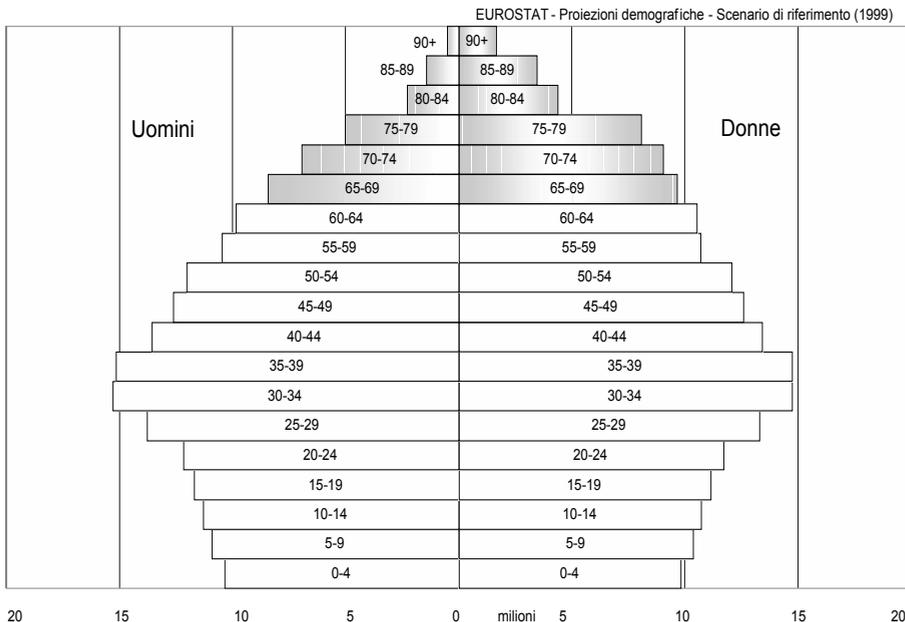
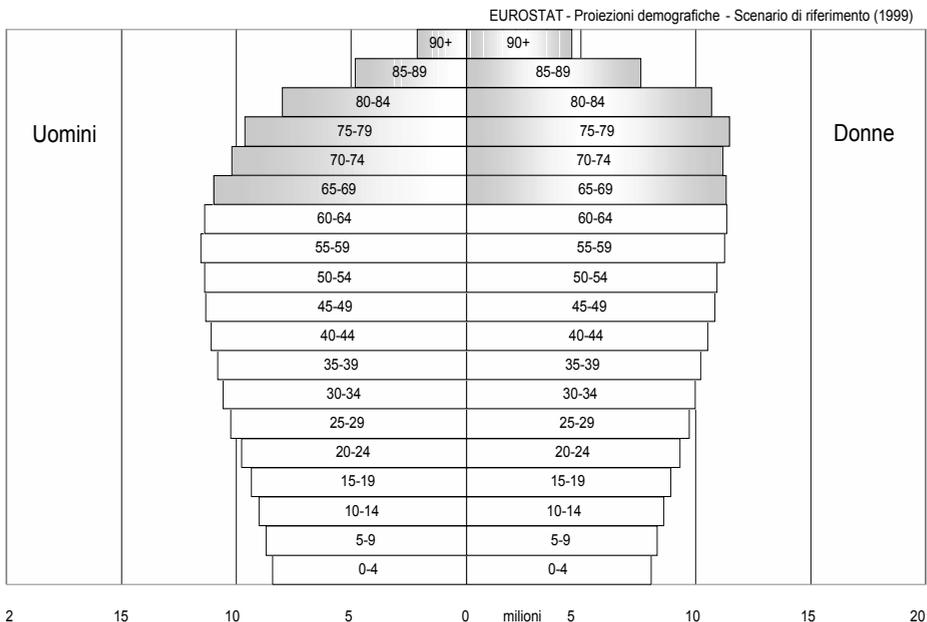


Grafico 1b:

Piramide della popolazione nel 2050 - UE15



Fonte: EUROSTAT

2. - *La «Relazione comune sull'integrazione sociale contenente una sintesi dei risultati dell'esame dei piani di azione nazionali per l'integrazione sociale (2003-2005)».*

Nel dicembre 2000, il Consiglio europeo di Nizza decideva di lanciare il nuovo metodo nel campo della lotta contro la povertà e l'esclusione sociale definendo[10] un insieme comune di quattro obiettivi:

1. promuovere la partecipazione all'occupazione e l'accesso di tutti a risorse, diritti, beni e servizi;
2. prevenire i rischi di esclusione;
3. intervenire a favore delle persone più vulnerabili;
4. mobilitare tutte le parti interessate.

L'evoluzione individuabile in questi ultimi anni nei sistemi di protezione sociale si è sviluppata principalmente lungo due direttrici:

- il finanziamento della spesa sociale (con il dettaglio che la struttura del finanziamento dei sistemi di protezione sociale è strettamente connessa al sistema evolutivo nelle diverse realtà nazionali e, molti paesi, a partire dal 1996, hanno fatto degli sforzi nello spostare la fonte di finanziamento della spesa sociale dai contributi all'imposizione fiscale, anche per il tramite dell'utilizzo di tasse orientate al finanziamento di determinate prestazioni sociali);
- il passaggio da provvedimenti di natura economica finalizzati al sostegno a interventi finalizzati anche a realizzare politiche per sostenere ed incoraggiare tutte le categorie soggette all'esclusione sociale ed all'integrazione sociale, economica, lavorativa [11].

Il rinnovato impegno politico promosso dal Consiglio europeo di Lisbona di marzo 2000 e teso ad avviare iniziative per imprimere una svolta decisiva alla lotta contro la povertà entro il 2010, ha convenuto che gli Stati membri debbano coordinare le loro politiche di lotta contro la povertà e l'emarginazione sociale in base ad un metodo aperto di coordinamento che associ obiettivi comuni, piani di azione nazionali e indicatori comuni nell'intento di promuovere strategie politiche di integrazione sociale più ambiziose ed efficaci.

Si segnalano, quindi, diverse iniziative tra le quali :

- la Decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce un programma d'azione comunitario inteso ad incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri al fine di combattere l'emarginazione sociale, del 15 ottobre 2001;
- il documento di lavoro dei servizi della Commissione europea sul tema «*Partecipazione - Potenziale della società dell'informazione per l'inclusione sociale in Europa*» (SEC(2001) 1428);
- la Risoluzione del Parlamento europeo sulla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo al Comitato delle regioni intitolata: «*Progetto di relazione congiunta sull'integrazione sociale*» ([COM(2001)565 - C5-0109/2002-2002/2051(COS)];
- il parere sulla Comunicazione della Commissione «*Costruire un'Europa solidale*» (CdR 84/2000 fin)[12];

- la Risoluzione del Consiglio del 6 febbraio 2003 sull'inclusione sociale attraverso il dialogo sociale e il partenariato [13];
- il parere sulla proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce un programma d'azione comunitario inteso ad incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri al fine di combattere l'emarginazione sociale (CdR 302/2000 fin) [14];
- il parere sul progetto di relazione congiunta sull'integrazione sociale (CdR 393/2001 fin) [15].

In tale contesto acquista particolare rilievo la Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni *«Relazione comune sull'integrazione sociale contenente una sintesi dei risultati dell'esame dei piani di azione nazionali per l'integrazione sociale (2003-2005)»* [16],

La Comunicazione della Commissione intende :

- delineare una prima valutazione dei progressi raggiunti in tema di attuazione del metodo aperto di coordinamento,
- fissare le priorità principali per le quali è urgente un intervento e
- individuare buone prassi e impostazioni innovative che siano di interesse comune per gli Stati membri.

La relazione si occupa in maniera preminente delle politiche e strategie adottate dagli Stati membri al fine di combattere la povertà e l'esclusione sociale e, quindi, promuovere una maggiore integrazione sociale. Essa presenta esempi di buone prassi concernenti diverse aree politiche, desunti dai principali approcci politici all'obiettivo di *«facilitare l'accesso a risorse, diritti, beni e servizi:*

a) organizzare i sistemi di protezione sociale in modo tale da contribuire a:

– garantire che tutti dispongano delle risorse necessarie per vivere in modo dignitoso;

– superare gli ostacoli all'occupazione facendo sì che l'inizio di una nuova attività risulti in un aumento dei redditi e promuovendo l'occupabilità;

(b) attuare politiche volte a fornire a tutti un accesso ad alloggi decorosi e salubri, nonché ai servizi di base necessari per vivere normalmente alla luce delle circostanze locali (elettricità, acqua, riscaldamento, ecc.);

(c) mettere in atto politiche volte a fornire a tutti un accesso ai servizi sanitari adeguato alla loro situazione, tenendo conto anche delle situazioni di dipendenza;

(d) sviluppare, a beneficio delle persone a rischio di esclusione, servizi e misure di accompagnamento che consentano a tali persone di accedere a istruzione, giustizia e altri servizi pubblici e privati, quali la cultura, lo sport e le attività del tempo libero».

Da ciò si evince che i sistemi di protezione sociale ricoprono un ruolo fondamentale nel mantenimento della coesione sociale, in quanto impediscono alle persone prive, momentaneamente o permanentemente, di reddito da lavoro di cadere sotto la soglia di povertà.

Il rapporto tra il livello di spesa per la protezione sociale e il rischio di povertà si fonda chiaramente su basi empiriche.

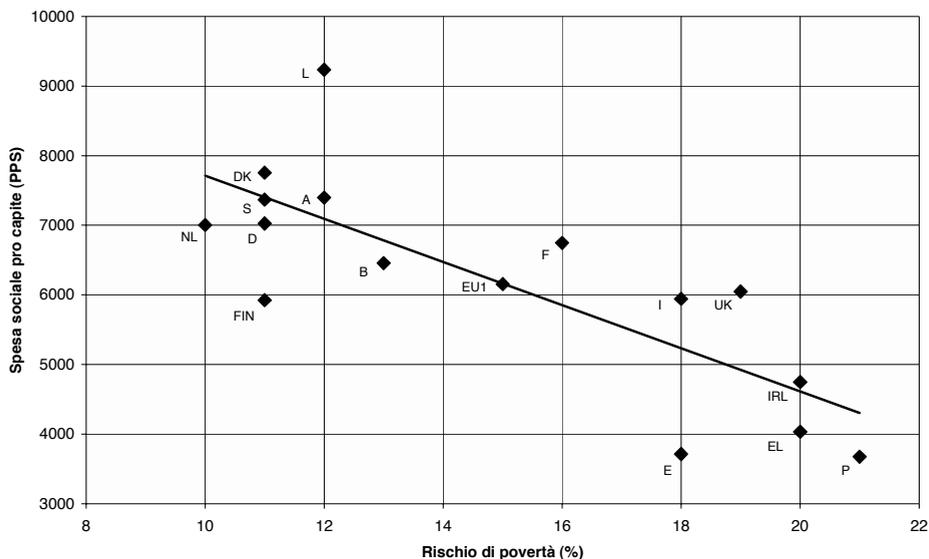


Figura 12. Correlazione tra il rischio di povertà e la spesa sociale pro-capite

Fonte: Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni «*Relazione comune sull'integrazione sociale contenente una sintesi dei risultati dell'esame dei piani di azione nazionali per l'integrazione sociale (2003-2005)*», COM(2003) 773 def., {SEC(2003)1425}, Bruxelles, 12.12.2003, p. 56.

Dalla figura risulta che gli Stati membri con spese sociali pro-capite al di sopra della media tendono a registrare un rischio di povertà relativamente minore. Tuttavia tale semplice correlazione non deve essere considerata la sola guida dell'azione politica, poiché esistono vari altri fattori egualmente rilevanti che influiscono sulla quota di popolazione che vive al di sotto della soglia di povertà (ad esempio la misura in cui il sistema fiscale risponde agli obiettivi di equità sociale, il modo in cui è strutturato il sistema delle prestazioni sociali per ampi settori, le modalità di individuazione dei beneficiari delle prestazioni previdenziali, l'efficienza nella erogazione dei servizi, la struttura demografica delle età della popolazione, il ciclo congiunturale economico e lo schema generale di distribuzione del reddito e di prosperità economica complessiva).

In considerazione della notevole diversità dei Piani d'azione nazionali per l'integrazione 2003-2005, agli Stati membri si chiede di conferire particolare attenzione[16], nel corso dei prossimi due anni, alle sei priorità fondamentali:

1. Promuovere investimenti a favore di provvedimenti attivi in tema di mercato del lavoro e adattamento degli stessi, al fine di soddisfare i bisogni di quanti incontrano le maggiori difficoltà di inserimento occupazionale;

2. Garantire la presenza di adeguati sistemi di protezione sociale, accessibili a tutti e in grado di offrire incentivi effettivi al lavoro per quanti sono in grado di lavorare;
3. Aumentare l'accesso dei soggetti più vulnerabili e di quelli maggiormente a rischio di emarginazione sociale ad alloggi dignitosi, a servizi sanitari di alta qualità e ad occasioni di formazione permanente;
4. Realizzare uno sforzo concertato mirante a prevenire gli abbandoni precoci del sistema scolastico e a promuovere una transizione uniforme dalla scuola al lavoro;
5. Sviluppare un'attenzione specifica per l'eliminazione della povertà infantile;
6. Lanciare un'offensiva per la riduzione della povertà e dell'emarginazione sociale di immigranti e minoranze etniche.

Questo aspetto risulta di particolare rilevanza nel contesto di un clima economico e sociale[17] mondiale caratterizzato da una persistente ed elevata incertezza.

NOTE

[1] Le informazioni contenute nel sito sin dal 1996 sono organizzate in quattro principali aree:

- *Trends in Social Protection*: sezione che comprende l'analisi dello sviluppo della protezione sociale nei diversi paesi dell'Unione Europea e delle più importanti misure adottate dagli stessi. Queste informazioni, insieme ad un rapporto nazionale sul sistema di protezione sociale dei diversi Stati Membri, sono fornite dai corrispondenti nazionali del MISSOC.

- *Comparative Tables*: si tratta di un insieme di tavole che forniscono la descrizione, paese per paese dell'organizzazione istituzionale, della struttura del finanziamento della protezione sociale, dei benefici (monetari e in termini di servizi) per malattia, maternità, invalidità, anziani in condizioni di scarsa autonomia, incidenti sul lavoro, malattie da lavoro, assegni familiari e disoccupazione. Nel corso degli anni sono state inserite le informazioni relative ai "*benefits*" dei lavoratori autonomi nel campo dell'agricoltura e del commercio.

- *News and Trends*: questa area contiene i bollettini di informazione (MISSOC-Info) che recensiscono gli sviluppi correnti delle politiche di protezione sociale negli Stati Membri.

- *Current Information*: consiste nelle informazioni riguardanti le pubblicazioni e gli eventi interessanti nel campo della Protezione Sociale

[2] G.U.C.E. L 245 del 26.08.1992, pagg. 46-48

[3] G.U.C.E. L 245 del 26.08.1991, pagg. 49-52

[4] COM(95) 466 def.

[5] Cfr. Rapporto MIOSSOC 1996 e 1998.

[6] COM(97) 102 def.

[7] Diversi pareri e discussioni si sono succedute sia nel Parlamento europeo sia nel Comitato economico e sociale. Nel "Forum sulla politica sociale europea", organizzato a Bruxelles nel giugno 1998, le organizzazioni della società civile riconoscevano la funzione dei sistemi di protezione sociale come catalizzatori sia del progresso economico che del progresso sociale. Se da un lato tutti i provvedimenti in questo ambito hanno come obiettivo principale la *lotta alla povertà* e all'*esclusione sociale* di gruppi più svantaggiati, dall'altro mirano a garantire la *coesione sociale* dell'intera società civile.

[8] Da notare che Il Consiglio, in data 29 novembre 1999, adottava le conclusioni relative alla proposta della Commissione con una sollecitudine piuttosto eccezionale, prima che il Parlamento europeo e lo stesso Comitato economico e sociale si fossero pronunciati.

[9] COM(2001) 723 def. del 5.12.2001.

[10] Risulta opportuno precisare alcune definizioni terminologiche concordate in tema di:

- *povertà*: si considera povero un soggetto il cui reddito e le cui risorse sono insufficienti in misura tale da impedirgli un livello di vita considerato accettabile nella società in cui vive. A causa della povertà, egli può essere esposto a svantaggi molteplici quali disoccupazione, basso reddito, pessime condizioni abitative, inadeguata assistenza sanitaria e barriere alla formazione permanente, alla cultura, allo sport e al tempo libero. Tali soggetti sono spesso emarginati ed esclusi dalla partecipazione ad attività (economiche, sociali e culturali) che si considerano ordinarie per il resto della popolazione e, inoltre, il loro accesso ai diritti fondamentali può subire delle limitazioni.

- *emarginazione sociale*: l'emarginazione o esclusione sociale è un processo in forza del quale taluni individui sono spinti ai margini della società ed esclusi da una piena partecipazione a causa della povertà, di una mancanza di competenze di base e di opportunità di formazione permanente o in conseguenza di una discriminazione. Il processo di emarginazione li allontana da opportunità di occupazione, di reddito e di istruzione, nonché dalle reti e dalle attività sociali e comunitarie. Avendo scarso accesso alle autorità e agli enti decisionali, essi si sentono spesso impotenti e incapaci di intervenire sulle decisioni che riguardano la loro vita quotidiana.

- *integrazione sociale*: è un processo che garantisce a quanti sono a rischio di povertà e di emarginazione sociale di fruire delle opportunità e delle risorse necessarie per partecipare pienamente alla vita economica, sociale e culturale e di godere di un tenore di vita e di un benessere considerati normali nella società in cui vivono. Tale processo garantisce a detti soggetti una maggiore partecipazione nei processi decisionali che riguardano le loro vite e un maggiore accesso ai diritti fondamentali.

[11] Per un'ampia disamina sviluppata in dottrina sulla riforma dei sistemi sanitari e del welfare cfr. G. PELLISSERO - D. VELO, *Competition in Health Systems in Italy, in the European Union, in*

the World. La Competizione nei sistemi sanitari in Italia, nella Unione Europea, nel mondo, 2002, p. 250.

[12] G.U.C.E. C 317 del 6.11.2000, pag. 47.

[13] G.U.C.E. C 39 del 18.2.2003, pag. 1.

[14] G.U.C.E. C 144 del 16.5.2001, pag. 52.

[15] G.U.C.E. C 192 del 12.8.2002, pag. 5.

[16] COM(2003) 773 def., {SEC(2003)1425}.

[17] Cfr. the Parliamentary Assembly Recommendation 1626 (2003) on “*The reform of health care systems in Europe: reconciling equity, quality and efficiency*” and the Reply adopted by the Committee of Ministers on 3 June 2004 at the 886th meeting of the Ministers’ Deputies of the Council of Europe in the health field.

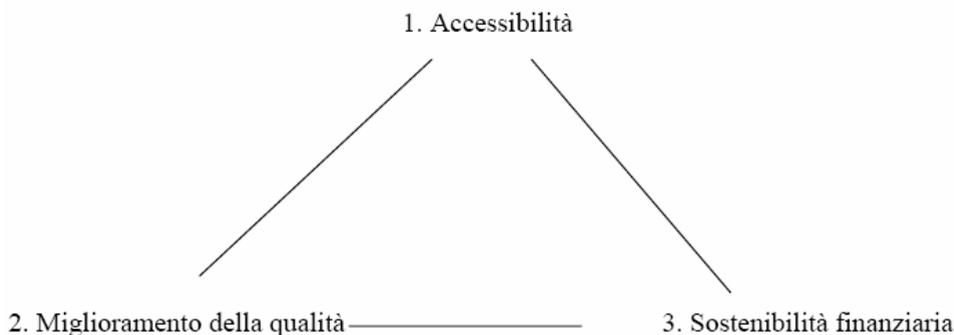
CAPITOLO II

L'ASSISTENZA SANITARIA NELL'UNIONE EUROPEA

- Sommario:*
- 1.- La strategia europea per l'assistenza sanitaria.*
 - 2.- Il sostegno delle strategie nazionali grazie al "metodo aperto di coordinamento".*
 - 3.- La nuova disciplina del Regolamento (CE) n. 883 del PE e del Consiglio del 29 aprile relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.*

1.- La strategia europea per l'assistenza sanitaria.

In via preliminare è opportuno richiamare una fondamentale esigenza quale corollario di riferimento della politica adottata nella implementazione dei diversi sistemi di assistenza sanitaria nell'Unione europea (ed anche nei prossimi paesi candidati). Essi devono far fronte ad una sfida alquanto complessa finalizzata al simultaneo perseguimento del triplice obiettivo[1] dell'accesso all'assistenza per tutti, di un alto livello di qualità dell'offerta di assistenza e della sostenibilità finanziaria dei medesimi sistemi.



Tali orientamenti venivano approvati dal Consiglio europeo di Barcellona[2] nel marzo 2002 attraverso la condivisione della :

- **accessibilità dell'assistenza** in base a principi di universalità, equità e solidarietà per tener conto sia delle esigenze che delle difficoltà dei gruppi e degli individui più svantaggiati, ma anche di coloro che hanno bisogno di cure lunghe e costose;
- **offerta di un'assistenza di qualità** che stia al passo con la ricerca scientifica, si adegui alle diverse esigenze legate al processo d'invecchiamento e si basi su una valutazione dei vantaggi per la salute;

- **sostenibilità finanziaria** a lungo termine dell'assistenza sanitaria ed una maggiore efficienza del sistema tramite la predisposizione di un articolato normativo di provvedimenti di natura finanziaria.

Alla luce di tali considerazioni la Commissione trasmetteva al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni la Comunicazione inerente la Proposta di relazione comune su "*Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*"[3].

L'accessibilità effettiva a beneficio dei cittadini europei alle cure sanitarie necessarie è considerata una delle principali priorità dagli Stati membri.

Tuttavia, persistono alcuni ostacoli all'accesso alla sanità in gran parte delle realtà nazionali, con una maggiore incidenza nel caso delle persone svantaggiate:

- periodi d'attesa lunghi;
- costi elevati delle cure e dei trattamenti a carico dei pazienti meno abbienti;
- difficoltà amministrative, culturali o geografiche nell'accesso alle cure;
- insufficienti azioni di *screening*, vaccinazione e sensibilizzazione.

Per far fronte a tali ostacoli finanziari, istituzionali, amministrativi e culturali, oltre che geografici che rischiano di aggravare lo stato di salute dei più svantaggiati, alcuni Stati membri sembrano essersi impegnati in modo deciso, fissando precisi obiettivi in termini di livelli e di riduzione dei tempi d'attesa per i consulti dei medici generici e degli specialisti oltre che per l'esecuzione delle cure mediche e degli interventi chirurgici[4].

La stessa relazione congiunta della Commissione e del Consiglio "*Sostenere le strategie nazionali per il futuro dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza alle persone anziane*" del 10 marzo 2003 poneva in risalto come le innovazioni tecnologiche e terapeutiche, il miglioramento del benessere e dell'informazione dei pazienti nonché l'invecchiamento demografico sollevino nuove questioni in merito alla capacità dei sistemi nazionali di assicurare accessibilità e qualità, e di garantire la loro sostenibilità finanziaria a lungo termine.

Si tratta di aspetti comuni a tutti i sistemi, che evidenziano problemi quali le disuguaglianze e le difficoltà di accesso che persistono nonostante l'universalità garantita in linea di massima dai sistemi, l'offerta di servizi di qualità talvolta insufficiente rispetto alle esigenze della popolazione, con periodi di attesa eccessivi, e gli squilibri finanziari che si creano in taluni sistemi.

Accessibilità, qualità e sostenibilità finanziaria formano pertanto un insieme globale e integrato.

Inoltre, una chiave dello sviluppo e della riforma dei sistemi sanitari risiede nella loro capacità di istituire un governo efficiente, fondato sull'inclusione e sulla responsabilizzazione degli attori in questione - tra cui le parti sociali, le autorità regionali e locali, i pazienti e la società civile - ed il coordinamento tra i prestatori di assistenza[5], gli organismi finanziatori, le ONG ed i poteri pubblici.

2. - *Il sostegno delle strategie nazionali grazie al “metodo aperto di coordinamento”.*

La recente Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, *Modernizzare la protezione sociale per sviluppare un'assistenza sanitaria ed un'assistenza a lungo termine di qualità, accessibili e sostenibili: come sostenere le strategie nazionali grazie al “metodo aperto di coordinamento”* [6], intende definire un quadro comune che permetta di sostenere le iniziative nazionali di riforma e sviluppo dell'assistenza sanitaria.

Essa si colloca nel solco della Risoluzione adottata dal Parlamento europeo l'11 marzo 2004 che invitava gli Stati membri a consolidare la cooperazione in tema di sanità e di assunzione degli impegni connessi alle cure a lungo termine garantendo il loro contributo alla coesione sociale.

Un successo riscosso da alcuni sistemi sanitari europei è consistito proprio nell'aver reso accessibile a tutti i loro cittadini un'assistenza di qualità elevata. Questi sistemi dovranno continuare a prevenire il rischio di povertà e/o di esclusione sociale legato alla malattia, agli incidenti ed all'età avanzata, sia per i beneficiari dell'assistenza che per le loro famiglie (tale copertura universale deve basarsi sulla solidarietà, secondo le modalità proprie a ciascun sistema). Nello specifico, tale solidarietà deve giocare a favore di coloro che dispongono di un reddito basso e di coloro il cui stato di salute necessita di terapie pesanti, lunghe o costose, comprese le cure palliative e l'accompagnamento delle persone in fin di vita. Tuttavia, esistono particolari difficoltà di accesso per taluni gruppi o individui, che ne compromettono la capacità d'inserimento a livello sociale e professionale. Peraltro, squilibri nella ripartizione regionale dell'offerta di assistenza, o un'offerta insufficiente in rapporto alle esigenze, comportano tempi di accesso all'assistenza smisuratamente lunghi.

Le difficoltà di assunzione e gestione di alcune categorie di personale portano a risultati analoghi. I sistemi sanitari dovranno pertanto sviluppare un'offerta di assistenza sufficiente e adeguata alle esigenze della popolazione.

La comunicazione propone una serie articolata di obiettivi comuni, miranti a sviluppare e modernizzare l'offerta ed il finanziamento dei servizi sanitari (in maniera da consentire agli Stati membri sia di definire la propria strategia nazionale che di beneficiare delle esperienze e del “buon esempio” altrui) che possono sintetizzarsi nelle seguenti modalità:

- *garantire l'accesso ad una assistenza di qualità, fondata sui principi di universalità, equità e solidarietà;*
- *prevenire il rischio di povertà o di esclusione sociale legato alla malattia, agli incidenti, all'invalidità o all'assistenza resa necessaria dall'età avanzata, sia per i beneficiari dell'assistenza che per le loro famiglie;*
- *promuovere un'assistenza di qualità per migliorare lo stato di salute e la qualità di vita delle persone;*
- *assicurare la sostenibilità finanziaria a lungo termine di assistenza accessibile a tutti e di qualità.*

Questo coordinamento delle politiche nazionali andrebbe a completare i tre grandi settori della previdenza sociale – pensioni, inserimento sociale e “*Make work pay*” – che dal 2000 sono oggetto di un coordinamento consolidato.

Per poter raccogliere tali sfide, la riforma dei sistemi di protezione sociale deve essere perseguita in maniera integrata e coordinata[7].

La Comunicazione della Commissione “*Rafforzamento della dimensione sociale della strategia di Lisbona: razionalizzazione del coordinamento nel campo della protezione sociale*”[8] ha mostrato che l’assistenza sanitaria e l’assistenza agli anziani dovevano rappresentare uno dei settori dove è necessario che si applichi la “razionalizzazione” dei processi di coordinamento in tema di protezione sociale, o “*streamlining*”.

Tale “razionalizzazione” contribuirà a potenziare i messaggi politici a favore della modernizzazione dei sistemi e a garantirne la coerenza con gli altri processi di coordinamento rientranti nella “strategia di Lisbona”.

Il Libro bianco della Commissione europea sulla *governance* [9] aveva già riassunto le caratteristiche del “metodo di coordinamento aperto” quale metodo complementare, illustrandone anche alcune modalità di utilizzo stabilendo che :

- *«si usa caso per caso. Si tratta di un modo di promuovere la cooperazione e lo scambio delle pratiche migliori e di concordare obiettivi e orientamenti comuni agli Stati membri, a volte con il sostegno di piani nazionali d'azione, come nel caso dell'occupazione e della lotta contro l'esclusione sociale. Tale metodo prevede il regolare controllo dei progressi compiuti per il conseguimento degli obiettivi comuni, consentendo agli Stati membri di comparare le proprie iniziative e di trarre insegnamento dalle esperienze altrui.*

- *In alcuni settori, quali la politica sociale e le politiche del lavoro e dell'immigrazione, tale metodo si affianca alle misure di tipo programmatico o legislativo; in altri casi, esso produce un valore aggiunto a livello europeo, quando una soluzione legislativa appare difficilmente raggiungibile [...].*

- *La Commissione svolge già un ruolo attivo di coordinamento ed è pronta a continuare in tal senso in futuro, ma il ricorso al metodo aperto non deve turbare l'equilibrio istituzionale né diluire gli obiettivi comuni del trattato. In particolare, esso non deve escludere il Parlamento europeo dal processo decisionale europeo. Il metodo aperto di coordinamento deve completare, non sostituire, l'azione comunitaria.»*

A ciò si aggiungano anche le osservazioni contenute nel Parere del Comitato delle regioni sul tema «*Il ruolo degli enti locali e regionali nella riforma dei sistemi sanitari pubblici europei*» che completano il quadro prevedendo il coinvolgimento degli «— ... operatori regionali a una partecipazione attiva, nell’ambito dei sistemi di assistenza sanitaria, sia in quelli organizzati su base nazionale sia in quelli caratterizzati dall’autonomia amministrativa presenti in alcuni Stati membri. Ciò vale soprattutto laddove le funzioni della sanità pubblica e dell’assistenza sanitaria spettino a organismi e a livelli differenti. Gli enti locali - grazie alla loro prossimità ai cittadini - svolgono un ruolo importante: i servizi sociali delle collettività locali assicurano infatti missioni di identificazione, prevenzione ed orientamento, soprattutto nei confronti delle fasce di persone in difficoltà o in posizione particolarmente delicata....»[10].

3.- *La nuova disciplina del Regolamento (CE) n. 883 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.*

La disciplina comunitaria del coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale si iscrive a pieno titolo nell'ambito della libera circolazione dei cittadini europei e tende sostanzialmente a contribuire al miglioramento del loro livello di vita e delle loro condizioni socio-sanitarie.

Per oltre tre decenni, il riferimento giuridico-normativo cardine in tale materia, è stato il *Regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità* [11].

Sin dalla sua adozione nel 1971, tale regolamento[12] ha subito un numero considerevole di modifiche[13] peraltro giustificate dalla necessità di tener conto della evoluzione delle legislazioni nazionali, di migliorare alcune disposizioni normative vigenti, di colmare quelle lacune manifestatesi evidenti ed incontrovertibili, di disciplinare la *status* di talune categorie specifiche di persone. Inoltre, alcune disposizioni necessitavano di precisazioni ed ulteriori chiarimenti onde evitare evidenti difficoltà di interpretazione originate, anche, da numerose e non sempre concordanti sentenze pronunciate della Corte di giustizia in materia di coordinamento.

L'obiettivo perseguito dal coordinamento doveva essere, quindi, quello di accompagnare l'evoluzione dell'Unione europea nel suo insieme, non avendo più come unico riferimento quello di garantire la libera circolazione dei lavoratori dipendenti, bensì tendere a tutelare i diritti di sicurezza sociale di tutte le persone che si spostano all'interno dell'Unione europea.

Con tale prospettiva già dal 21 dicembre 1998 la Commissione presentava una sua prima articolata proposta di regolamento tesa a semplificare e ammodernare le disposizioni di coordinamento contenute nel regolamento (CEE) n. 1408/71. L'*iter* è giunto a compimento con l'adozione del *Regolamento (CE) N. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale* [14].

Il nuovo impianto normativo si sviluppa in ben novantuno articoli (preceduti da quarantacinque considerando e seguiti da undici allegati) strutturati e raggruppati nei seguenti sei titoli:

I - Disposizioni generali (articoli 1-10);

II - Determinazione della legislazione applicabile (articoli 11-16);

III - Disposizioni specifiche riguardanti le varie categorie di prestazione (articoli 17-70) ;

IV - Commissione amministrativa e Comitato Consultivo (articoli 71-75);

V - Disposizioni varie (artt. 76-86);

VI – Disposizioni transitorie e finali (articoli 87-91)

Di estrema rilevanza risulta essere l'ambito di applicazione di tale nuova disciplina in termini sia *«ratione personae»* che *«ratione materiae»*.

Difatti, il regolamento si applica:

- *«... ai cittadini di uno Stato membro, agli apolidi e ai rifugiati residenti in uno Stato membro che sono o sono stati soggetti alla legislazione di uno o più Stati membri, nonché ai loro familiari e superstiti.»* [15].
- *«... a tutte le legislazioni relative ai settori di sicurezza sociale riguardanti:*
 - *a) le prestazioni di malattia;*
 - *b) le prestazioni di maternità e di paternità assimilate;*
 - *c) le prestazioni d'invalidità;*
 - *d) le prestazioni di vecchiaia;*
 - *e) le prestazioni per i superstiti;*
 - *f) le prestazioni per infortunio sul lavoro e malattie professionali;*
 - *g) gli assegni in caso di morte;*
 - *h) le prestazioni di disoccupazione;*
 - *i) le prestazioni di pensionamento anticipato;*
 - *j) le prestazioni familiari.»* [16].

Un contributo di chiarimento terminologico si riscontra nella definizione dei termini giuridici di: *«attività subordinata»*, *«attività autonoma»*, *«persona assicurata»*, *«pubblico dipendente»*, *«regime speciale per pubblici dipendenti»*, *«lavoratore frontaliero»*, *«rifugiato»*, *«apolide»*, *«familiare»*, *«residenza»*, *«dimora»*, *«legislazione»*, *«autorità competente»*, *«commissione amministrativa»*, *«regolamento di applicazione»*, *«istituzione»*, *«istituzione competente»*, *«istituzione del luogo di residenza»*, *«istituzione del luogo di dimora»*, *«Stato membro competente»*, *«periodo di assicurazione»*, *«periodo di occupazione»*, *«periodi di attività lavorativa autonoma»*, *«periodo di residenza»*, *«pensione»*, *«prestazione di pensionamento anticipato»*, *«assegno in caso di morte»*, *«prestazione familiare»*[17].

La nuova disciplina introduce fondamentali principi che intendono orientare in maniera organica e puntuale il futuro coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale in ambito comunitario :

- parità di trattamento [18];
- abolizione delle clausola di residenza [19];
- divieto di cumulo delle prestazioni [20];
- assimilazione di prestazione, redditi, fatti o avvenimenti[21];
- totalizzazione dei periodi [22];
- relazioni fra il presente regolamento[23] e altri strumenti di coordinamento[24].

Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è già entrato in vigore[25] e si applica a decorrere dalla data di entrata in vigore del successivo regolamento di applicazione che ne definirà le relative modalità secondo quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 89 e 91.

A ciò si aggiunga che ai sensi dell'articolo 90 dalla data di applicazione del presente regolamento il Regolamento (CEE) n. 1408/71 si intende abrogato. *«Tuttavia, il regolamento (CEE) n. 1408/71 rimane in vigore e i relativi effetti giuridici sono mantenuti ai fini:*

- a) del regolamento (CE) n. 859/2003 del Consiglio, del 14 maggio 2003, che estende le disposizioni del regolamento (CEE) n. 1408/71 e del regolamento (CEE) n. 574/72 ai cittadini di paesi terzi cui tali disposizioni non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità (1), fino a quando detto regolamento non è abrogato o modificato;*
- b) del regolamento (CEE) n. 1661/85 del Consiglio, del 13 giugno 1985, che fissa gli adeguamenti tecnici della regolamentazione comunitaria in materia di sicurezza sociale dei lavoratori migranti per quanto riguarda la Groenlandia (2), fino a quando detto regolamento non è abrogato o modificato;*
- c) dell'accordo sullo Spazio economico europeo (3) e dell'accordo tra la Comunità europea ed i suoi Stati membri, da una parte, e la Confederazione svizzera, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (4), e altri accordi che contengono un riferimento al regolamento (CEE) n. 1408/71, fino a quando detti accordi non sono modificati in funzione del presente regolamento...»[26].*

NOTE

[1] Il triplice obiettivo si delinea tramite le seguenti azioni:

- 1. Garantire l'accesso di tutti a un'assistenza di qualità. Gli anziani che necessitano di un'assistenza di lunga durata rappresentano qui un problema specifico, tanto per il finanziamento, quanto per l'adattamento dell'offerta di assistenza, in particolare in materia di istituzionalizzazione dell'assistenza di lunga durata.
- 2. Rafforzare la trasparenza e la qualità dei sistemi assistenziali, in particolare sviluppando la valutazione delle tecniche, dei prodotti sanitari e delle strutture di assistenza.
- 3. Proseguire le riforme intraprese al fine di rendere sostenibile il ritmo di evoluzione delle spese, nel contesto di politiche miranti a migliorare la qualità delle finanze pubbliche e a garantire un finanziamento adeguato dell'assistenza sanitaria.

[2] § 25: "Il Consiglio europeo prende atto della prima relazione del Consiglio in materia di assistenza sanitaria e di assistenza alle persone anziane e invita la Commissione e il Consiglio a esaminare in maniera più approfondita le questioni relative all'accessibilità, alla qualità e alla sostenibilità finanziaria in tempo per il Consiglio europeo della primavera 2003."

[3] COM(2002) 774 def. del 3.1.2003.

[4] È il caso di Finlandia, Irlanda, Portogallo, Paesi Bassi, Svezia. Altri due paesi (Francia, Belgio) hanno previsto di intensificare l'eliminazione o la diminuzione degli ostacoli finanziari all'accesso alle cure e ai trattamenti sanitari estendendo il tetto massimo annuale di spesa a carico delle famiglie e diritto garantito ed alle cure sanitarie per le persone in soggiorno illegale (Belgio). D'altra parte alcuni Stati membri hanno previsto di rafforzare l'accesso ai loro servizi sanitari, in particolare per le categorie svantaggiate. Sono state introdotte, ad esempio, queste nuove misure:

- servizi permanenti d'accoglienza delle persone indigenti negli ospedali formati da un *team* medico-sociale, formazione alle questioni legate alla precarietà o all'esclusione sociale del personale curante, amministrativo e sociale, organizzazione di una presa in carico costante delle persone in situazioni di precarietà (Francia);
- *team* mobili di cura, psichiatri compresi, per gente di strada, collaborando con ONG (Danimarca);
- miglioramento dell'insediamento di offerte di cura di primo livello (rete di cure sanitarie primarie), specialmente nelle zone rurali o urbane svantaggiate o destinate a soggetti specifici come i senza tetto o gli immigranti (Austria, Grecia, Portogallo, Belgio);
- miglioramento dei servizi d'urgenza (Portogallo, Francia);
- rafforzamento dei dispositivi esistenti relativi alle cure ai bambini e agli adolescenti (Germania);
- disabilità e carenza di autonomia delle persone anziane (Grecia, Italia, Spagna, Olanda e Svezia);
- problemi psichici (Spagna, Francia, Grecia, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito);
- trattamenti per l'alcolismo o la tossicodipendenza (Danimarca, Svezia, Germania).

[5] Da notare che nel 2002 il settore dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine rappresentava circa il 10 % dell'occupazione complessiva nell'Unione europea dei 15, e dal 4,1 % al 7,1 % nei nuovi Stati membri. Con 1,7 milioni di nuovi posti di lavoro creati nell'UE-15 tra il 1997 e il 2002, esso è anche il secondo settore creatore di occupazione. Nella Comunicazione COM(2004)304 def. si afferma che "per essere in grado di raccogliere le sfide derivanti dalle evoluzioni demografiche e dai progressi tecnologici, è fondamentale poter disporre di un numero sufficiente di professionisti, e di garantire loro posti di lavoro di qualità. L'invecchiamento della manodopera diventerà peraltro un problema particolarmente grave. Nel 2002 in seno all'UE-15 e all'UE-25 l'11 % della manodopera impiegata nel settore sanitario aveva un'età compresa tra i 55 e i 64 anni, e tale proporzione era ancora più elevata per i medici. In particolare, un'ampia proporzione dei dipendenti del settore (il 27 % sia nell'UE-15 che nell'UE-25) rientra nella fascia d'età compresa tra i 45 e i 54 anni, un dato che consente di prevedere uno "choc demografico" di grande portata negli anni a venire. Questi pensionamenti si verificheranno all'interno di un contesto di invecchiamento generale, il che significa che il settore sanitario e dei "servizi sociali" vedrà la concorrenza di altri settori per l'assunzione di nuovi dipendenti".

[6] COM (2004) 304 def. del 20.4.2004.

[7] Da notare che in data 24 febbraio 2004 l'On. Karin Jöns depositava al Parlamento europeo la Relazione sulla comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni - 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)) - elaborata in

seno alla Commissione per l'occupazione e gli affari sociali (Documento di seduta finale A5-0098/2004)

[8] COM (2003) 261 def. del 27.5.2003.

[9] COM (2001) 428 def. del 25 luglio 2001.

[10] In G.U.C.E. C n. 226 del 8.8.2000, pp.79-80.

[11] In G.U.C.E. L n. 149 del 5.7.1971, pag. 2.

[12] Si annoverano: il Regolamento (CE) n. 118/97 del Consiglio (G.U.C.E. L 28 del 30.1.1997, pag. 1), il Regolamento (CE) n. 1386/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio (G.U.C.E. L 187 del 10.7.2001, pag. 1), il Regolamento (CE) n. 859/2003 del Consiglio, del 14 maggio 2003 (G.U.U.E. L 124 del 20.5.2003).

[13] Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1); regolamento aggiornato dal Regolamento (CE) n. 1290/97 del Consiglio (GU L 176 del 4.7.1997, pag. 1) e modificato da ultimo dal Regolamento (CE) n. 1386/2001 del Parlamento europeo e del Consiglio (GU L 187 del 10.7.2001, pag. 1).

[14] In G.U.U.E. L n. 166 del 30.4.2004, e rettifica in G.U.U.E. L n. 200 del 7.6.2004, pp.1-49.

[15] Articolo 2 comma 1, Regolamento n. 883/2004. Al secondo comma si precisa che *«Inoltre, il presente regolamento si applica ai superstiti delle persone che sono state soggette alla legislazione di uno o più Stati membri, indipendentemente dalla cittadinanza di tali persone, quando i loro superstiti sono cittadini di uno Stato membro oppure apolidi o rifugiati residenti in uno degli Stati membri.»*

[16] Articolo 3 comma 1, Regolamento n. 883/2004.

[17] Articolo 1, Regolamento n. 883/2004.

[18] Articolo 4, Regolamento n. 883/2004.

[19] Articolo 7, Regolamento n. 883/2004.

[20] Articolo 10, Regolamento n. 883/2004.

[21] Articolo 5, Regolamento n. 883/2004.

[22] Articolo 6, Regolamento n. 883/2004.

[23] Articolo 8, Regolamento n. 883/2004.

[24] Ai sensi dell'articolo 87 (Disposizioni transitorie) comma 8, *«Se, in conseguenza del presente regolamento, una persona è soggetta alla legislazione di uno Stato membro diverso da quello alla cui legislazione è soggetta a norma del titolo II del regolamento (CEE) n. 1408/71, tale persona continua ad essere soggetta a quest'ultima legislazione fino a quando la situazione rimane invariata, a meno che essa non presenti una domanda per essere assoggettata alla legislazione applicabile a norma del presente regolamento. Se la domanda è presentata entro un termine di tre mesi dalla data di applicazione del presente regolamento all'istituzione competente dello Stato membro la cui legislazione è applicabile a norma del presente regolamento, la persona è soggetta alla legislazione di detto Stato membro sin dalla data di applicazione del presente regolamento. Se la domanda è presentata dopo la scadenza di tale termine, la persona è soggetta a detta legislazione a decorrere dal primo giorno del mese successivo.»*

[25] Il Regolamento n. 883/2004 è entrato in vigore il ventesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea (7 giugno 2004).

[26] Da notare che il comma 2 dell'articolo 90 dispone che *«I riferimenti al regolamento (CEE) n. 1408/71 nella direttiva 98/49/CE del Consiglio, del 29 giugno 1998, relativa alla salvaguardia dei diritti a pensione complementare dei lavoratori subordinati e dei lavoratori autonomi che si spostano all'interno della Comunità, si intendono fatti al presente regolamento.»*

CAPITOLO III

LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI NELL'UNIONE EUROPEA

Sommario: 1.- La mobilità dei pazienti nell'Unione Europea: primo excursus.

2. - Il seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'UE.

1. - La mobilità dei pazienti nell'Unione Europea: primo excursus .

L'accresciuta mobilità dei pazienti solleva una serie di questioni e di preoccupazioni per quanto concerne gli sviluppi delle prestazioni sanitarie ed il relativo generale miglioramento del livello qualitativo delle condizioni di salute dei cittadini europei [1], al pari della generale esigenza di agevolare la mobilità geografica tramite l'eliminazione delle rimanenti barriere amministrative e giuridiche [2].

In sintonia con le conclusioni del Consiglio Sanità del 26 giugno 2002 [3] venne dato l'avvio al processo di riflessione di alto livello sulla mobilità[4] dei pazienti e sugli sviluppi[5] dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea.

Nel dicembre 2003 la Commissione presentava una Relazione sul “*Processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione Europea*” che si articolava in cinque assi prioritari:

- 1) cooperazione europea ai fini di un migliore utilizzo delle risorse;
- 2) requisiti di informazione di pazienti, professionisti e responsabili politici;
- 3) accesso alle cure e qualità dell'assistenza sanitaria;
- 4) conciliazione di politica sanitaria nazionale e obblighi europei;
- 5) questioni sanitarie, fondi strutturali e di coesione.

La cooperazione fra i sistemi di assistenza sanitaria risulta essere vantaggiosa in alcune situazioni (come nel caso delle regioni frontaliere), nonostante le potenziali difficoltà legate a contesti giuridici diversi e relativa programmazione dei vari meccanismi di rimborso, tutte questioni che andrebbero affrontate.

I pazienti hanno diversi diritti, titoli ed aspettative allorché si rivolgono all'assistenza sanitaria.

Tali diritti trovano anche in parte un riconoscimento nel testo della Carta dei diritti fondamentali che, in tema di Protezione della salute, all'articolo 35 recita “*Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali...*”[6].

Una maggiore mobilità comporta che i vari soggetti - professionisti e cittadini - devono poter accedere alle informazioni sulle decisioni in materia sanitaria e sui servizi sanitari, per quanto riguarda sia i propri sistemi che quelli di altri Stati. Urge un contesto strategico capace di conferire coerenza, complementarità e trasparenza alle iniziative informative a livello dell'Unione europea commisurato alla gamma di aspetti e problematiche di tutte le parti interessate.

Tale quadro dovrebbe affrontare questioni generali quali: le politiche sanitarie, i sistemi sanitari, la sorveglianza sanitaria, l'assicurazione di qualità, l'accesso all'informazione e la protezione dei dati [7].

Di rilevanza non inferiore sarebbe una indagine finalizzata a valutare l'impatto, sia sull'assistenza sanitaria transfrontaliera che su quella nazionale, di una potenziale collaborazione europea [8] nei diversi segmenti delle modalità di accesso e di qualità (quali ad esempio il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, il sostegno a progetti transfrontalieri, l'opera del Comitato Protezione Sociale su assistenza sanitaria e cure di lunga durata per gli anziani, il programma Sanità pubblica, i programmi quadro di ricerca, le regole in materia di qualifiche professionali, *e-Europe*, la politica regionale e i fondi strutturali, la tessera europea di assicurazione malattia e altre attività internazionali (in particolare dell'OMS e dell'OCSE).

Gli Stati membri dovrebbero continuare a esercitare la loro responsabilità di definizione di politiche in una serie di ambiti per organizzare e finanziare i loro sistemi sanitari e di sicurezza sociale nel rispetto della normativa comunitaria. Tali responsabilità comprendono:

- le modalità di finanziamento del sistema sanitario e di sicurezza sociale (per esempio, tasse, assicurazione sociale ecc.) e l'organizzazione globale del sistema, compresa la fissazione dei prezzi;
- l'attribuzione interna delle risorse con meccanismi centrali o sistemi di delega;
- la fissazione di priorità globali della spesa sanitaria e il diritto di stabilire la portata dell'assistenza finanziata con fondi pubblici;
- le priorità di accesso dei singoli al sistema (se a carico del regime nazionale) per quanto riguarda i bisogni clinici;
- le strategie di gestione entro limiti di bilancio prestabiliti, per esempio l'utilizzazione della medicina fondata su esperienze probanti - rispettando la diversità nazionale delle politiche sanitarie e degli schemi di cura;
- aspetti di qualità, efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria, quali gli orientamenti clinici.

In tutti questi settori, sarebbero preziosi gli scambi delle migliori pratiche fra tutti gli Stati membri.

Un ruolo appropriato potrebbe essere inoltre conferito alle organizzazioni private senza fini di lucro fornitrici di servizi che si trovano in posizione intermedia tra le organizzazioni pubbliche e quelle private aventi fini di lucro.

Sussiste, quindi, la necessità di rafforzare la cooperazione al fine di promuovere possibilità di accesso a un'assistenza sanitaria di alta qualità, preservando nel contempo la sostenibilità finanziaria dei sistemi di assistenza sanitaria nell'Unione europea.

2). - *Il Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea.*

In considerazione delle ripercussioni provocate dalla mobilità dei pazienti nei confronti dei servizi sanitari e dell'assistenza medica nel paese in cui essi sono assicurati e nel paese in cui le cure sono prestate, si è già accennato come i sistemi sanitari di tutta Europa debbano affrontare sfide comuni per adattarsi all'evoluzione costante delle scienze mediche, all'invecchiamento della popolazione europea e alle aspettative crescenti del pubblico.

È, quindi, necessaria una strategia europea destinata a permettere ai cittadini di esercitare il diritto di farsi curare, se lo desiderano, in altri Stati membri e a favorire una cooperazione tra i sistemi sanitari che li ponga nella condizione di affrontare nel modo migliore le sfide dinanzi a cui si trovano.

In tale contesto si inserisce la Comunicazione della Commissione "*Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea*" [9] che è anche preceduta dalla Relazione sulla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni - Proposta di relazione comune su "*Servizi sanitari e assistenza agli anziani: strategie nazionali di sostegno per assicurare un livello elevato di protezione sociale*"[10].

Dal ciò si evince che il contributo europeo a livelli elevati di tutela della salute per i cittadini deve essere in *primis* meglio analizzato e compreso.

La comunicazione indica vari modi in cui la collaborazione europea può contribuire concretamente a migliorare l'efficienza dei servizi sanitari tramite:

- uso più efficace delle risorse;
- migliore informazione sui diritti e i doveri dei pazienti;
- incentivazione della mobilità degli operatori del settore sanitario;
- identificazione e creazione di una rete di centri europei di riferimento;
- coordinamento della valutazione delle nuove tecnologie della sanità.

Le proposte oggetto della comunicazione costituiscono la risposta della Commissione alle raccomandazioni cui è approdato il processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria, istituito a seguito delle conclusioni del Consiglio Sanità del giugno 2002 e, fanno parte di una strategia più vasta.

I ministri della sanità assieme gli altri partecipanti al processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e gli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea hanno individuato una serie di questioni per le quali sono necessari progressi. La relazione del processo di riflessione segna un punto fermo, in quanto riconosce l'utilità che può avere la cooperazione europea nell'aiutare gli Stati membri a raggiungere i loro obiettivi in materia di sanità.

Ovviamente la realizzazione di questi obiettivi costituirà il risultato di un *iter* complesso, lungo, per il quale saranno forse necessarie altre proposte in futuro. Col tempo, si contribuirà ad un migliore utilizzo di risorse investite nei sistemi sanitari europei stimolando crescita economica, sviluppo e solidarietà.

**RIEPILOGO DELLE RACCOMANDAZIONI DEL PROCESSO DI RIFLESSIONE
E DELLE RISPOSTE DELLA COMMISSIONE**

RACCOMANDAZIONI	RISPOSTE DELLA COMMISSIONE
Diritti e doveri dei pazienti	
<p>Esaminare ulteriormente la possibilità di giungere a una concezione comune a livello europeo dei diritti e dei doveri individuali e sociali dei pazienti, iniziando col raccogliere le informazioni esistenti su tali questioni e sul modo in cui esse sono affrontate negli Stati membri e nei paesi aderenti.</p>	<p>Se ne occuperà il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica, iniziando col raccogliere le informazioni esistenti, come raccomandato dal processo di riflessione.</p>
Condivisione delle capacità inutilizzate e assistenza transnazionale	
<p>Valutare gli attuali progetti transfrontalieri in materia sanitaria, in particolare i progetti Euregio, e sviluppare le reti tra progetti per condividere le migliori pratiche.</p>	<p>La Commissione sostiene, nel quadro del programma per la sanità pubblica, lavori di valutazione dei progetti Euregio ed esaminerà come favorire la creazione di reti tra questi progetti.</p>
<p>La Commissione è invitata ad esaminare se sia possibile stabilire un quadro chiaro e trasparente per l'acquisto di assistenza sanitaria, che gli enti competenti degli Stati membri potrebbero utilizzare quando stipulano tra di loro accordi, e a formulare opportune proposte.</p>	<p>La Commissione inviterà gli Stati membri a fornire informazioni sulle disposizioni esistenti tramite il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica ed esaminerà con gli Stati membri in che modo procedere quando le informazioni saranno disponibili.</p>
Operatori della sanità	
<p>Gli Stati membri e i paesi in via di adesione e la Commissione sono invitati a sviluppare e rafforzare il sistema di raccolta di dati precisi sulla mobilità degli operatori del settore sanitario; gli Stati membri e i paesi in via di adesione sono invitati a raccogliere e a mettere in comune, in collaborazione con la Commissione e le organizzazioni internazionali interessate, dati comparabili riguardanti gli operatori del settore sanitario. È incoraggiata l'azione attualmente intrapresa da Commissione, Consiglio e Parlamento per garantire procedure di riconoscimento chiare, semplici e trasparenti che diano largo spazio al riconoscimento automatico, come le norme settoriali attuali, per facilitare e sviluppare la mobilità degli operatori del settore sanitario.</p>	<p>La Commissione chiede agli Stati membri di fornire statistiche aggiornate e complete sui movimenti degli operatori del settore sanitario tramite le strutture preposte al riconoscimento delle qualifiche professionali. La Commissione continuerà ad agire, con il Consiglio e il Parlamento, per garantire procedure di riconoscimento chiare, semplici e trasparenti. La Commissione proseguirà, con gli Stati membri, i lavori preparatori destinati ad assicurare, nel rispetto della riservatezza, un efficace scambio di informazioni sulla libera circolazione degli operatori del settore sanitario e altri. La Commissione invita gli Stati membri a considerare le questioni relative alle carenze presenti e future di operatori sanitari nell'Unione.</p>

RACCOMANDAZIONI	RISPOSTE DELLA COMMISSIONE
Centri di riferimento europei	
<p>La Commissione è invitata ad effettuare, in collaborazione con gli Stati membri e membri, un censimento dei centri di riferimento, tenendo conto dei principi anzidetti, e a esaminare i modi per favorire la creazione di reti e la cooperazione su tali temi, nonché l'organizzazione, la designazione e lo sviluppo dei centri.</p>	<p>La Commissione darà seguito a questa raccomandazione nel quadro del programma per la sanità pubblica ed esaminerà su questa base ogni altra proposta.</p>
Valutazione della tecnologia sanitaria	
<p>La Commissione è invitata a esaminare le possibili modalità di organizzazione e finanziamento di una funzione sostenibile di rete e di coordinamento per la valutazione della tecnologia sanitaria e a presentare opportune proposte.</p>	<p>La Commissione si propone di affrontare la questione tramite proposte specifiche, compreso uno studio specifico al fine di creare un meccanismo di collaborazione nell'ambito della cooperazione sui servizi sanitari e presenterà, se opportuno, distinte proposte.</p>
Strategia d'informazione sui sistemi sanitari	
<p>La Commissione è invitata a</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborare un quadro per l'informazione in materia sanitaria a livello dell'Unione, prendendo le mosse dai risultati del programma per la sanità pubblica, che comprenda un'individuazione dei vari bisogni informativi dei responsabili politici, dei pazienti e degli operatori sanitari, le modalità di fornitura di tali informazioni e le responsabilità degli attori interessati e tenendo conto dei lavori dell'OMS e dell'OCSE. - agevolare la condivisione delle informazioni sul piano europeo per quanto riguarda le possibilità di cura disponibili, i fornitori di assistenza sanitaria, i diritti e le procedure, i costi, i prezzi, i casi negativi, i dati sui pazienti, la nomenclatura di condizioni, cure e prodotti, la continuità e la qualità delle cure attraverso l'Unione, nell'ambito del quadro generale di informazione discusso nella sezione dedicata all'informazione. L'azione potrebbe comportare il sostegno a reti e all'elaborazione di basi di dati. - esaminare come allestire una struttura di raccolta sistematica di dati nell'Unione allargata su volume e natura degli spostamenti dei pazienti, sia nell'ambito che al di fuori dei sistemi istituiti dal regolamento 1408/71, compresi i dati sui flussi turistici e sui soggiorni di lunga durata. 	<p>La Commissione agirà nel quadro dell'aspetto "informazione" del programma per la sanità pubblica, in particolare tramite il gruppo di lavoro sui sistemi sanitari e il previsto portale della sanità pubblica. Questa azione sarà svolta in stretta collaborazione con altri organismi interessati a livello europeo e internazionale.</p>

RACCOMANDAZIONI	RISPOSTE DELLA COMMISSIONE
Motivazione e portata dell'assistenza transfrontaliera	
<p>La Commissione è invitata a effettuare uno studio volto ad accertare le ragioni che inducono i pazienti ad attraversare le frontiere, le specialità interessate, la natura degli accordi bilaterali, le necessità d'informazione dei pazienti e dei medici e le esperienze dei pazienti, con particolare attenzione per l'allargamento.</p>	<p>La Commissione propone di affrontare la questione con uno studio specifico nel quadro del programma per la sanità pubblica e del progetto di ricerca "L'Europa per i pazienti".</p>
Protezione dei dati	
<p>La Commissione è invitata a considerare le questioni concernenti la protezione dei dati e lo scambio di dati riservati tra gli Stati membri e a livello dell'Unione.</p>	<p>La Commissione collaborerà con gli Stati membri, tramite il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica, per far meglio conoscere le disposizioni sulla protezione dei dati e affrontare ogni altra questione che si presenti.</p>
L'applicazione delle tecnologie dell'informazione alla sanità	
<p>La Commissione è invitata a esaminare l'opportunità di introdurre principi europei relativi alle competenze e alle responsabilità di tutte le persone chiamate a fornire servizi sanitari online.</p>	<p>La Commissione esaminerà queste questioni in modo più approfondito nel quadro del suo piano d'azione generale per la sanità online, presentato nella comunicazione "E-health - migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo della sanità <i>online</i>".</p>
Maggiore integrazione degli obiettivi sanitari in tutte le politiche e attività europee	
<p>Gli Stati membri e in via di adesione sono invitati a esprimere il loro parere su come le diverse vie d'accesso all'assistenza sanitaria in altri Stati membri funzionano nel loro paese e con quali conseguenze; la Commissione e gli Stati membri sono invitati a esaminare le opzioni di risposta opportune.</p>	<p>La Commissione collaborerà con gli Stati membri per raccogliere queste informazioni tramite il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica, tenendo conto dei dati raccolti nel quadro della strategia d'informazione sopra descritta.</p>
<p>La Commissione è invitata a preparare un esame delle attività comunitarie per accertare come esse possano meglio contribuire all'accesso e alla qualità dell'assistenza sanitaria, tenendo conto delle attività pertinenti di altre organizzazioni internazionali. La Commissione è invitata a esaminare gli aspetti connessi ai problemi posti dall'interazione tra le norme comunitarie e gli obiettivi delle politiche sanitarie nazionali.</p>	<p>La Commissione si baserà sui progetti esistenti relativi alla valutazione dell'impatto sulla sanità affinché l'impatto delle future proposte sulla sanità e l'assistenza sanitaria sia preso in considerazione nella loro valutazione complessiva.</p>

RACCOMANDAZIONI	RISPOSTE DELLA COMMISSIONE
Creazione di un meccanismo di sostegno della cooperazione in materia di servizi sanitari e assistenza medica	
La Commissione è invitata a considerare lo sviluppo, a livello dell'Unione, di un meccanismo permanente per sostenere la cooperazione europea nel campo dell'assistenza sanitaria e monitorare l'impatto dell'Unione europea sui sistemi sanitari, e a presentare le opportune proposte.	La Commissione ha istituito un gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica.
Sviluppo di una concezione europea comune dei sistemi sanitari	
La Commissione è invitata a esaminare, in consultazione con gli Stati membri, i modi per rafforzare la certezza giuridica, conformemente alla giurisprudenza della Corte di giustizia, per quanto riguarda il diritto dei pazienti di beneficiare di cure mediche in un altro Stato membro, e a presentare opportune proposte.	La Commissione propone di estendere il metodo aperto di coordinamento all'assistenza sanitaria e alle cure a lungo termine e, adotterà misure su vari aspetti per rafforzare la certezza giuridica in questo campo (fornire maggiori informazioni sul diritto di fruire di un'assistenza sanitaria in altri Stati membri e di essere rimborsati secondo la legislazione comunitaria, chiarire l'applicazione della giurisprudenza vigente in materia di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria, migliorare la valutazione dell'impatto sulla sanità delle proposte europee, semplificare le norme sul coordinamento dei regimi di sicurezza sociale e facilitarne la fruizione mediante la carta europea di assicurazione sanitaria, migliorare l'informazione sulla mobilità dei pazienti e facilitare la cooperazione a livello europeo istituendo il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica. La Commissione invita inoltre gli Stati membri ad agire per rafforzare la certezza giuridica nei rispettivi sistemi ed è pronta a sostenere gli sforzi in questo senso, ad esempio con uno scambio di informazioni o eventualmente elaborando orientamenti a livello europeo.
Far fronte all'allargamento con investimenti nella sanità e nell'infrastruttura sanitaria	
La Commissione, gli Stati membri e i paesi in via di adesione sono invitati a considerare come agevolare l'inclusione degli investimenti nella sanità, nello sviluppo dell'infrastruttura sanitaria e nello sviluppo delle competenze quali settori ammessi a fruire in via prioritaria di finanziamenti nel quadro degli strumenti finanziari comunitari esistenti.	La Commissione collaborerà con gli Stati membri, tramite il gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica, e tramite le strutture appropriate per gli strumenti finanziari interessati, per far sì che sia attribuita alla sanità l'importanza necessaria nell'elaborazione dei programmi generali. La necessità di un investimento europeo supplementare nelle infrastrutture sanitarie sarà anche esaminata in sede di elaborazione delle nuove prospettive finanziarie dell'Unione a partire dal 2006.

FONTE: Allegato 1 - COM(2004) 301 def., pp. 21-25.

NOTE

[1] Tra i vari approfondimenti tematici di matrice comunitaria che hanno affrontato la problematica della mobilità in ambito sanitario si segnalano, tra gli altri, i seguenti contributi :

- Documenti di sintesi dei gruppi di lavoro n. 1 sulla cooperazione europea per consentire un miglior uso delle risorse; n. 2 sull'informazione ai pazienti, agli operatori professionali, ai fornitori; n. 3 sull'accesso all'assistenza e sulla qualità della stessa; n. 4 sulla conciliazione degli obiettivi nazionali con gli obblighi europei.
- Relazione del Comitato ad alto livello sulla salute del 17 dicembre 2001 concernente il mercato interno e i servizi sanitari.
- Contributo ad opera della DG Occupazione e Affari Sociali "Regolamento (CE) n. 1408/71 del Consiglio - una solida base per la mobilità sia per i pazienti che per le istituzioni di sicurezza sociale".
- Relazione di sintesi dei servizi della Commissione sull'applicazione a livello nazionale della giurisprudenza della Corte per quanto concerne il rimborso dei servizi medici sostenuti in un altro Stato membro (SEC (2003) 900 del 28 luglio 2003).
- Relazione HOPE sulla cooperazione ospedaliera nelle regioni frontaliere d'Europa, giugno 2003.
- Ricerca EHMA di letteratura sulle questioni di qualità nell'assistenza transfrontaliera, aprile 2003.
- Raccomandazioni del Forum europeo della sanità sulla sanità e l'allargamento e sulla mobilità degli operatori sanitari.

[2] Il "Piano d'azione sulle competenze e la mobilità" COM(2002)72 def., *Eliminare le rimanenti barriere amministrative e giuridiche al punto 12*) prevede che "Le disposizioni relative alla libera circolazione dei lavoratori (regolamento 1612/68) e ai sistemi di coordinamento dei regimi di previdenza sociale degli Stati membri (regolamento 1408/71) dovrebbero essere applicate in modo più rigoroso onde assicurare ad esempio un accesso non discriminatorio all'occupazione (in particolare nel settore pubblico) come anche il calcolo e l'esportazione di benefici (tenendo conto di fatti ed eventi che si sono verificati sul territorio degli Stati membri). Vanno inoltre risolti i restanti problemi proibendo le discriminazioni a motivo della nazionalità in ambito fiscale e previdenziale. Gli Stati membri dovrebbero intensificare gli sforzi per assicurare la piena applicazione delle rispettive disposizioni. Per ridurre i problemi che i lavoratori migranti si trovano ad affrontare in relazione all'occupazione nel settore pubblico, la Commissione pubblicherà nell'estate del 2002 una comunicazione sulla libera circolazione dei lavoratori nel settore pubblico. Il Parlamento europeo e il Consiglio dovrebbero fare in modo di adottare rapidamente la proposta della Commissione relativa a una direttiva sul diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di muoversi e di risiedere liberamente nel territorio degli Stati membri, direttiva finalizzata ad agevolare la libera circolazione e residenza nell'Unione semplificando le formalità amministrative".

[3] G.U.C.E. C 183, dell'1.8.2002, pag. 1.

[4] Da notare che a sua volta la mobilità costituisce una delle priorità degli interventi comunitari come dimostra il "Piano d'azione sulle competenze e la mobilità" presentato nel febbraio 2002 [COM(2002)72 def.], quale concreto risultato del processo avviatosi nel febbraio 2001 con la Comunicazione della Commissione sui nuovi mercati del lavoro europei, le conclusioni del Consiglio europeo di Stoccolma del marzo 2001 e i lavori della *Task-force* ad alto livello sulle competenze e la mobilità definiti nella relazione alla Commissione del dicembre 2001. Tale Piano d'azione si basa anche sulla Comunicazione "Realizzare uno spazio europeo dell'apprendimento permanente", promuovendo una politica a favore delle risorse umane conformemente agli obiettivi di Lisbona (tesi a creare in primo luogo opportunità per i cittadini di spostarsi nell'Unione a fini educativi o professionali e aiutarli a cogliere i vantaggi dell'integrazione europea).

[5] In tal senso sarebbe opportuna una maggiore chiarezza sui diritti dei pazienti ed utile una maggiore chiarezza a livello europeo su questioni come informazioni di carattere generale sull'assistenza sanitaria, informazioni personali, tutela dei dati personali, indennizzi e consenso informato. Si potrebbero inoltre chiarire diritti e obblighi dei professionisti nei confronti dei pazienti, come pure l'obbligo dei pazienti di fornire informazioni complete e accurate.

[6] G.U.C.E. C 364, del 18.12.2000, pp. 1-22.

[7] Esso dovrà anche affrontare punti specifici come ad esempio appropriate soluzioni e norme tecnologiche, la gestione delle registrazioni, le regole sulla responsabilità, gli orientamenti per le

buone pratiche e il reclutamento degli operatori sanitari nonché la notifica di procedure attinenti a casi di pratica professionale carente.

[8] Esistendo in Europa una vasta gamma di sistemi sanitari eterogenei, ne discendono modalità di accesso e di qualità diverse. L'accesso comprende l'accessibilità fisica e finanziaria, l'accesso all'informazione e riguarda in particolare i seguenti aspetti:

- percentuale di popolazione coperta da regimi finanziati con fondi pubblici;
- gamma di servizi disponibili nell'ambito del regime finanziato con fondi pubblici;
- accesso all'assicurazione malattia volontaria;
- tempo richiesto per ottenere un servizio;
- disponibilità di servizi di buona qualità;
- disponibilità di cure innovative;
- prezzo dei servizi di assistenza sanitaria e livello di ripartizione dei costi;
- scelta di cui dispongono le persone (accordi di riferimento o prestatori contrattuali);
- variazioni socioeconomiche;
- informazioni sui servizi/professionisti.

La qualità comprende condizioni di ingresso nel mercato, condizioni procedurali e valutazione di pratiche mediche individuali, e copre in particolare i seguenti settori:

- norme nazionali fondate su prove di efficienza;
- meccanismi organizzativi per garantire assistenza di alta qualità;
- meccanismi di sorveglianza;
- sicurezza dei pazienti;
- esperienza dei pazienti.

[9] COM(2004) 301 def. del 20.4.2004.

[10] (COM(2002) 774 – C5-0408/2003 - 2003/2134(INI)) - Relazione elaborata in seno alla Commissione per l'occupazione e gli affari sociali (Documento di seduta finale A5-0098/2004) e presentata in data 24 febbraio 2004 dall'On. Karin Jöns. Tale relazione al punto n. 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;*
- *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...”.*

CAPITOLO IV

LA TESSERA SANITARIA EUROPEA

- Sommario:*
- 1. - La Comunicazione della Commissione relativa all'introduzione della carta europea di assicurazione malattia.*
 - 2. - La disciplina comunitaria adottata per l'entrata in vigore della tessera europea di assicurazione malattia.*

1. - La Comunicazione della Commissione relativa all'introduzione della carta europea di assicurazione malattia.

Con l'adozione del Piano di azione per le competenze e la mobilità (destinato ad eliminare gli ostacoli alla mobilità territoriale e professionale in seno all'Unione europea entro il 2005), il Consiglio europeo di Barcellona del marzo 2002 decise di creare una carta europea di assicurazione malattia che avrebbe dovuto sostituire «*tutti gli attestati attualmente necessari per beneficiare delle cure in un altro Stato membro*», consentendo anche una notevole semplificazione delle procedure e relative modalità di fruizione esistenti.

In tal senso, la Commissione nel febbraio 2003 presentò una “*Comunicazione relativa all'introduzione della carta europea di assicurazione malattia*”[1].

La nuova carta europea intende favorire i cittadini europei, evitando loro le formalità necessarie per ottenere i vari attestati che saranno sostituiti da un'unica carta individuale che agevolerà la mobilità nel quadro di soggiorni temporanei:

- in un primo tempo i viaggi, in quanto l'attestato "E 111" dovrebbe essere il primo ad essere sostituito dalla carta europea,
- in un secondo tempo il distacco in un altro paese da parte del datore di lavoro (E 128), il trasporto stradale internazionale (E 110), gli studi (E 128) o la ricerca di un posto di lavoro (E 119).

L'introduzione della carta secondo quanto delineato nella comunicazione si realizzerebbe in maniera progressiva secondo tre fasi:

- una prima fase di preparazione giuridica e tecnica;
- una seconda fase di avviamento a partire dal 2004, costituita da due iniziative:
 - 1) la sostituzione dell'attestato E111 e
 - 2) la sostituzione di altri attestati utilizzati durante un soggiorno temporaneo;
- una terza fase che porterà a termine il passaggio ad un supporto elettronico[2] degli attestati e di talune procedure[3].

Da notare che il progetto di carta europea si inserisce in un contesto giuridico comunitario alquanto eterogeneo in riferimento alla competenza nazionale in materia di organizzazione dei sistemi di cure sanitarie e di sicurezza sociale[4].

Questa diversità offre flessibilità e progressività nella sua applicazione e, rispetta, anche, una stretta e correlata proporzionalità tra l'obiettivo perseguito - favorire la mobilità al momento di soggiorni temporanei - ed i mezzi utilizzati[5]. Ovviamente la carta europea necessita di caratteristiche comuni per essere riconosciuta e utilizzata in tutti gli Stati membri in termini di:

- natura delle informazioni presenti,
- presentazione leggibile a prescindere dalla lingua dell'utente,
- modello europeo[6].

Dal punto di vista prettamente tecnico la carta di assicurazione malattia dovrebbe coinvolgere tre principali attori:

- l'assicurato, che sarà sicuramente il primo beneficiario della introduzione della stessa carta [7];
- i prestatori di cure sanitarie (medici, ospedali, ausiliari, ecc.), che non riceveranno più un attestato spesso male compilato, poco leggibile e comprensibile [8];
- le istituzioni di sicurezza sociale (sia della Stato di affiliazione che quella del luogo di soggiorno che richiede il rimborso delle spese sanitarie) [9].

Tuttavia, affinché l'introduzione della carta europea realizzi una semplificazione delle procedure, si rendevano utili due misure, che necessitavano una modifica sia del regolamento 1408/71 che del suo regolamento di applicazione 574/72:

- l'allineamento dei diritti tra tutte le categorie di assicurati;
- la soppressione di alcune esigenze degli assicurati che si aggiungono alla presentazione dell'attestato per la concessione delle cure in un altro Stato membro che non sia lo Stato di affiliazione.

La Commissione, peraltro, nel quadro della sua proposta di modernizzazione e di semplificazione del regolamento 1408/71 aveva già proposto un allineamento dei diritti per la totalità degli assicurati che si spostano in un altro Stato membro, affinché possano beneficiare delle cure "*medicalmente necessarie*" a prescindere dalla natura del soggiorno temporaneo.

Il Consiglio dei ministri degli Affari sociali del 3 dicembre 2002, grazie al suo accordo politico sul capitolo "malattia" del regolamento 1408/71, aveva aperto la via ad una proposta dedicata soprattutto all'allineamento dei diritti.

Inoltre, in taluni casi e per alcuni Stati membri, si verificava l'obbligo di passare attraverso l'istituzione di sicurezza sociale del luogo di soggiorno, prima di ricorrere ad un prestatore delle cure.

Nei casi di breve soggiorno in un altro paese, un simile obbligo poteva risultare irrealistico ed ostativo all'accesso alle cure ed al principio della libera circolazione delle persone e dei pazienti che in buona fede avevano ritenuto che il semplice possesso dell'attestato garantisse loro un accesso alle prestazioni in caso di bisogno nello Stato membro di soggiorno temporaneo.

Per ovviare a ciò, la Commissione presentava la proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio tesa a modificare il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio che stabilisce le

modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, per quanto riguarda l'allineamento dei diritti e la semplificazione delle procedure [10].

In data 31 marzo 2004 viene, quindi, adottato il Regolamento (CE) n. 631/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, per quanto riguarda l'allineamento dei diritti e la semplificazione delle procedure [11].

La nuova disciplina entra in vigore (ai sensi dell'articolo 5) sin dal 1° giugno 2004 proprio nell'intento di garantire ai soggetti beneficiari l'accesso diretto ai prestatori di cure.

Difatti, la nuova redazione dell'articolo 22 paragrafo 1 lettera a), annulla la precedente distinzione tra *“cure immediatamente necessarie e cure necessarie”* nell'ambito di un soggiorno temporaneo. Il rimborso delle cure avverrà secondo le stesse modalità già adottate per i pensionati, gli studenti e i disoccupati.

Di conseguenza tutti i titolari di tessera europea d'assicurazione malattia o di un attestato E 111 avranno diritto a fruire *“delle prestazioni in natura che risultino necessarie sotto il profilo medico, tenuto conto della natura delle cure sanitarie e della durata prevista del soggiorno”* (testo dell'articolo 22 § 1 a) i) del regolamento 1408/71).

La disposizione normativa in definitiva prescrive che le cure e le prestazioni sanitarie, per poter essere oggetto di rimborso, dovranno soddisfare le tre seguenti condizioni concomitanti:

- 1) necessità medica, tenuto conto
- 2) della durata del soggiorno e
- 3) della natura delle prestazioni.

Naturalmente, il fulcro di questa disposizione risiede nel criterio medico per il quale diventa essenziale una valutazione tramite apposita visita presso uno studio medico generico durante il soggiorno temporaneo (il che non dovrebbe in linea di principio essere oggetto di alcuna difficoltà per il rimborso).

In effetti, è necessario effettuare in ogni caso la prima visita perché diretta innanzitutto all'identificazione del problema.

Da notare che fino ad oggi, in alcuni Stati membri l'assicurato munito di un attestato E 111 doveva in via preliminare presentarsi all'istituzione di sicurezza sociale del luogo di soggiorno temporaneo prima di rivolgersi a un qualsiasi erogatore di prestazioni sanitarie.

Questa procedura che spesso costituiva ostacoli procedurali e lungaggini burocratiche, ora è abolita.

Le cure saranno direttamente assicurate dagli erogatori di prestazioni sanitarie degli Stati membri di dimora ai titolari della tessera europea di assicurazione malattia. Al fine di prevenire eventuali difficoltà, si raccomandano le istituzioni di sicurezza sociale di informare gli stessi erogatori di prestazioni sanitarie circa il comportamento da tenere per accogliere e curare i titolari della nuova tessera europea o di un attestato E 111, in particolare perché valutino le loro prestazioni mediche in base alla durata del soggiorno dell'assicurato nello Stato membro.

ALLEGATO

UNIONE EUROPEA

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna	
Nome della carta / progetto	Carta SIS / SIS Kaaft: Sociaal Identiteit Carte / Carte d'Identité Sociale (carta d'identità sociale)	Sygeskringsbeviset (carta di sicurezza sociale)	Versicherten-karte (carta d'assicurazione)	AMKA-EMAES (creazione del registro generale nazionale della sicurezza sociale)	TASS Tarjeta de Afiliación de la Seguridad Social (carta di affiliazione alla sicurezza sociale)	TSI Tarjeta Sanitaria Individual (carta di assicurazione sanitaria)
Obiettivo della carta	Questa carta ha numerose funzioni: i dati visibili e il PDBF possono essere utilizzati dalle organizzazioni di sicurezza sociale, dai prestatori di cure sanitarie, dai datori di lavoro e dalle autorità fiscali; i dati contenuti in SFDP possono essere consultati solo mediante una carta di un professionista della salute munito di un modulo SAM (ad es. attraverso l'organismo di assicurazione malattia, prestatori di cure sanitarie e l'autorità d'ispezione sociale)	Certifica il diritto alle prestazioni di cure sanitarie in natura. Serve anche come attestato di assicurazione malattia per i turisti. Inoltre può essere utilizzata come carta di biblioteca e come carta d'identità in relazione con le imprese pubbliche e private.	Consente all'affiliato al regime legale di assicurazione malattia l'accesso alle cure mediche e odontoiatriche.	Ogni persona iscritta al registro generale nazionale di sicurezza sociale deve ricevere una carta di sicurezza sociale.	Può essere utilizzata come documento di identificazione individuale nell'ambito dei settori di sicurezza sociale e sanitario. Il suo uso faciliterà le operazioni comuni soprattutto con il Ministero del lavoro e degli affari sociali e l'immediata fornitura di dati generali e personali attraverso terminali (chioschi) sparsi attraverso la Comunità.	
Data d'introduzione della carta	1998	1993	1994	1993	Nel 1995 è stato avviato un progetto che riunisce le due carte in una sola. È stato presentato come progetto pilota in seno alla Comunità autonoma di Andalusia.	

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna
<p>Numero di carte in circolazione</p>	<p>Più di 10 milioni</p>	<p>Una carta di sicurezza sociale contenente dati di identificazione viene rilasciata a tutte le persone residenti in Danimarca.</p>	<p>Tutti gli affiliati al regime legale di assicurazione malattia in Germania, cioè circa 80 milioni di carte.</p>	<p>Dal dicembre 2002, 2,5 milioni di persone hanno già ricevuto la carta.</p>	<p>5,5 milioni</p>
<p>Evoluzione</p>	<p>Questa carta comprende ancora dello spazio disponibile per le applicazioni settoriali che potranno essere attivate da una carta SAM di altro tipo. Potrebbe anche essere utilizzata nel quadro dei servizi pubblici belgi. Una nuova versione della carta sarà distribuita a tutti i detentori nel 2003/2004. Si prevede che una carta d'identità pubblica dotata di un dispositivo di autenticazione e di firma sia distribuita a tutti i residenti belgi; il progetto pilota è stato avviato nel 2002. Questa carta potrebbe essere utilizzata per ottenere un accesso sicuro on-line ai dati di assicurazione malattia.</p>	<p>Si è tenuta una discussione per decidere se l'attestato di assicurazione malattia dovesse essere una carta intelligente con firma numerica basata sull'infrastruttura a chiave pubblica (ICP). Ora aspettiamo la messa in opera di un software di firma numerica basato sull'ICP. Se le esigenze di sicurezza in Danimarca richiederanno un dispositivo materiale di firma numerica, riasamineremo se l'attestato di assicurazione malattia dovrà essere rappresentato da una carta intelligente con una firma numerica.</p>	<p>Si prevede di introdurre nel corso dei prossimi quattro anni una carta di assicurazione malattia della nuova generazione dotata di un microprocessore. Oltre ai dati amministrativi, questa carta comprenderebbe i dati sanitari e le informazioni richieste per consentire l'impiego della carta come un E 111. Si prevede anche di aggiungere la prescrizione elettronica sulla carta.</p>	<p>Dopo il completamento del progetto (2003), la carta di sicurezza sociale sarà sostituita da una carta intelligente/di memoria corrispondente alle decisioni prese dalle autorità greche competenti e dalla Commissione tecnica della Commissione amministrativa per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti.</p>	<p>Si prevede di distribuirlo a tutti gli assicurati (titolari e beneficiari)</p>
<p>Spagna</p>	<p>Tutti i cittadini indipendentemente dal loro diritto ad accedere alle cure sanitarie pubbliche. Le carte TSI sono emesse da ciascuna delle 17 comunità autonome + il Ministero della sanità e dei problemi dei consumatori responsabile per le città autonome di Ceuta e Melilla</p>				

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna
Commenti	La carta SIS funziona in interazione con la carta di professionista della sanità che è composta da una carta con microprocessore dotata di un SAM (modulo di accesso sicuro). In considerazione della sua natura multifunzionale, questa carta non può includere dati più visibili dei dati di identificazione.	Il nome e l'indirizzo dell'assicurato e il numero RCP e il gruppo di prestazioni sanitarie a cui appartiene, sono iscritti in caratteri in rilievo. Il retro della carta contiene informazioni in inglese sull'assicurazione malattia per i turisti, il nastro per la firma di sicurezza e il nastro magnetico.	a) I dati sulla carta non sono criptati. b) L'accesso ai dati non costituisce oggetto di alcuna protezione particolare. c) Gli assicurati ricevono una nuova carta quando la data di validità scade o in caso di cambiamento di cassa malattia. d) La prima serie di carte ha richiesto un investimento di 250 milioni di euro circa.	Le caratteristiche tecniche della futura carta intelligente/di memoria devono essere ancora definite.	La carta TSI è utilizzata anche come elemento di un sistema d'informazione per facilitare l'ottenimento di dati sulla programmazione e gestione delle risorse sanitarie. La carta TSI non è utilizzata come documento d'identità né come prova della situazione assicurativa del lavoratore.
Identificazione (*) = Dati visibili	Numero di identificazione di sicurezza sociale (NISS) (*) cognome, primo nome, iniziale del secondo nome (*) sesso (icona grafica) (*) data di nascita (*)	N. RCP (numero di registro personale centrale del titolare della carta) (*) cognome e indirizzo (*)	Numero + nome della cassa malattia che ha rilasciato la carta (*) Cognome e nome dell'assicurato (*) Data di nascita (*) Indirizzo dell'assicurato Numero di assicurazione malattia (*) Statuto dell'assicurato (*)	Tutti i dati visibili (*); Tre prime lettere del cognome, prima lettera del patronimico e cognome del titolare della carta (in caratteri greci e latini) nome e del patronimico iniziali del cognome, del SSRN in codice a barre / SSRN in formato OCR SSRN a caratteri di stampa.	Cognome e nome del titolare della carta (*) Numero di affiliazione (*) Numero di documento di identità nazionale (*) Cognomi e nomi (*)

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna
Altri dati sulla carta (*) = Dati visibili	Data di validità (inizio e fine) (*), numero della carta (*)	Tutti i dati visibili (*): Cognome e numero di telefono del medico generalista Nome e logo del dipartimento di residenza. Nome e numero di telefono del comune Gruppo di prestazioni sanitarie. Nome, indirizzo e numero di telefono dell'assicurazione malattia per turisti. Data di inizio di validità	Schedario APC Data di inizio del periodo di copertura sociale Quando la carta è valida solo per un periodo limitato, periodo di validità della carta (*)	Identificazione del Segretariato generale per la sicurezza sociale (indirizzo postale, numero di telefono ...) Osservazione: la data di nascita e il sesso sono inclusi nell'SSRN	Data di distribuzione Data di nascita ... Sulla facciata anteriore: - Nome della Comunità autonoma che ha emesso la carta (*) - Codice di identificazione del territorio che ha emesso la carta: Spagna + Comunità autonoma (*) - Tip di accesso alle prestazioni (ad es. lavoratore, pensionato, particolari sulle prestazioni farmaceutiche) (*) - Data di scadenza (*) Sulla parte posteriore: - Nome del prestatario di cure primarie (*) - Indirizzo e numero di telefono del centro di assistenza primaria (*) In termini di aspetto, esistono 7 comunità in cui è diverso e 10, inclusa Ceuta e Melilla, dove è uguale
Autenticazione	Nessuna	Nastro per la firma di sicurezza	Sul retro della carta: nastro per la firma di sicurezza	Identificazione del titolare: sul retro della carta: nastro per la firma sicura	Il sistema di identificazione comporta il ricorso alla biometria (ad. es. impronte digitali)

	Belgio	Danimarca	Germania	Grecia	Spagna
Altri dati registrati sulla carta	Repertorio della carta (CDIR) => consente di localizzare gli schedari dei dati. Schedari di dati relativi all'emittente (ISDF) => comprende tra l'altro la data di validità della carta Schedario di dati pubblici (PDBF) => comprende tutti i dati visibili relativi al titolare della carta Schedario di dati relativi alla cassa malattia (SFDF) => contiene il codice di identificazione degli organismi assicurativi, il loro codice di accesso e taluni dati relativi ai diritti all'assicurazione malattia + ATR; AID=A0 00 00 33	I dati visibili più alcuni altri come la nazionalità, l'emittente della carta, il tipo della carta, il numero di registrazione del medico generalista, il numero di codice del dipartimento e del comune sono registrati sul nastro magnetico. Il numero RCP figura su un codice a barre.	Informazioni di controllo (protocollo e configurazione della memoria) Informazioni per la diagnosi e l'identificazione della carta (dati relativi al produttore della carta) Informazioni del repertorio (identificazione delle domande e del personalizzatore) Schedario di applicazione (cfr. elenco dati qui sopra) Elemento di compilazione per l'occupazione controllata della memoria utilizzata per il file d'applicazione	Nessuno	Identificatore personale del titolare della carta Cognomi e nomi Il codice di identificazione del territorio che emette la carta: Spagna + Comunità autonoma Tipo di accesso alle prestazioni Data di scadenza
Tipo di carta	Carta di memoria	Carta a nastro magnetico	Carta di memoria	Carta, formato carta di credito senza nastro magnetico sul retro	Una carta a nastro magnetico ad eccezione della carta della Comunità autonoma di Andalusia che mette insieme la carta TSI con la TASS
Tipo di elaboratore utilizzato sulla carta intelligente	1024-bytes EEPROM	Nessuno	256-bytes EEPROM	Nessuno	Nessuno
Sistema operativo utilizzato sulla carta	Starcos s2.1c	Nessuno	/.	Nessuno	Nessuno
Norme internazionali applicate	ISO 7816 (dimensioni della carta, posizione e caratteristiche della memoria e protocolli di interfaccia e di comunicazione)	Nastro magnetico: DS/ISO 7811-2, Codice a barre: EAN/UPC-128	Conforme alle norme ISO corrispondenti, soprattutto per quanto concerne il collocamento dei contatti conformi alla norma ISA (ISO 7816-2)	ISO 843 per la conversione dei caratteri greci in caratteri latini	Norme ISO applicabili alle carte TIBC, compatibile con VISA

	Francia	Irlanda	Italia		Lussemburgo	Paesi Bassi	
Nome della carta / progetto	Carte Vitale (Carta Vitale)	Social Service Card (Carta di servizio sociale)	Carta Nazionale dei Servizi CNS	CIE (Carta d'identità elettronica)	Carte d'identification à la sécurité sociale (Carta d'identificazione alla sicurezza sociale)	Verzekeringpas (Passaporto assicurativo)	Zorgpas (Passaporto sanitario)
Obiettivo della carta	Rimborso cure sanitarie (ad es. visite presso medici, prodotti farmaceutici). La carta Vitale è strettamente collegata alla carta CPS dei professionisti della sanità e all'FSE (foglio elettronico di assistenza sanitaria). Più di 130.000 professionisti della sanità producono mensilmente 60 milioni di fogli elettronici di assistenza sanitaria (50% dell'importo totale) utilizzando la carta Vitale per ottenere i dati necessari concernenti l'assicurato.	- La carta reca in permanenza il PPSN del titolare - La carta è anche utilizzata per effettuare per via elettronica taluni pagamenti della previdenza sociale e dai disoccupati per timbrare. - La carta è anche utilizzata allo scopo di fornire vari tipi di servizi (servizi pubblici e on-line, trasporti, sanità, ecc.) ai cittadini. Equivale alla carta CIE, ma è priva di nastro laser.	Questa carta è emessa dalle autorità locali (comuni e regioni) in conformità con le norme nazionali. Fornisce vari tipi di servizi (servizi pubblici e on-line, trasporti, sanità, ecc.) ai cittadini. Equivale alla carta CIE, ma è priva di nastro laser.	Carta d'identità e carta di servizio di rete	La carta è utilizzata unicamente a scopi di identificazione (numero di registrazione) e non dà diritto ad alcuna prestazione.	Identificazione dell'assicurato e prova del diritto alle prestazioni	
Data d'introduzione della carta	1998 / 2001	1992	1998 (progetto pilota presso quattro unità sanitarie locali nel quadro del progetto NETLINK)	2001	Negli anni ottanta	1998	1999 (Tentativo di impiego di una carta intelligente a livello regionale)

Numero di carte in circolazione	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Paesi Bassi
	40 milioni 53,5 milioni	1,75 milioni di persone hanno ricevuto questa carta	<p>Il primo esempio di carta CNS è la carta regionale dei servizi di Lombardia (CRS-SISS), una carta sanitaria distribuita a 300.000 persone di Lecco. Altro esempio è la carta sanitaria militare . Altri comuni hanno distribuito anche una carta analoga alla carta CNS (Bologna, Siena, Brescia).</p> <p>100.000 fino alla fine del 2001 , nell'ottica di una distribuzione all'insieme della popolazione nei prossimi anni</p>	La carta è emessa per tutte le persone coperte da un'assicurazione malattia	<p>Ciascun organismo di assicurazione malattia è libero di utilizzare la carta come prova del diritto alle prestazioni. Tuttavia, in caso di impiego di una carta magnetica, questa dev'essere conforme alla prescrizioni nazionali.</p>

	Paesi Bassi	Lussemburgo	Italia	Irlanda	Francia	Evoluzione
<p>Paesi Bassi</p> <p>L'impiego della carta può essere esteso ad altre applicazioni in futuro, ad esempio ai dati sanitari.</p>	<p>Nessuna</p>	<p>Nel corso dei prossimi quattro anni, la carta diventerà la carta d'identità elettronica nazionale.</p>	<p>La carta dei servizi sociali sarà sostituita da una carta di servizio pubblico che prevede una nuova tecnologia destinata a facilitare l'accesso a questi servizi.</p>	<p>Il progetto Vitale 1ter (2003-2004) apre di più il sistema Vitale ai regimi complementari, per creare una "richiesta di rimborso elettronico". Poiché la carta è utilizzata sempre più di frequente su Internet, l'insieme del flusso di dati dovrà essere criptato.</p> <p>Il progetto Vitale 2 intende fornire a tutti i beneficiari (60 milioni) una carta comprendente i dati sanitari richiesti in caso di urgenza, le tre o quattro ultime prescrizioni firmate, le indicazioni (come l'indirizzo del prestatario delle cure sanitarie, il luogo in cui si trovano le cartelle mediche) e indicazioni relative alle ultime operazioni finanziarie e una serie di informazioni relative al regime complementare di assicurazione malattia.</p>	<p>Vedi informazioni concernenti Transcards, Netlink e Netc@rds</p>	<p>Comentari</p>
<p>I prestatori di cure dispongono di altre soluzioni per verificare in modo elettronico che i loro pazienti abbiano effettivamente diritto alle cure interessate, senza utilizzare la carta. Per questo motivo l'uso della carta come prova del diritto alle prestazioni è stato soppresso il 1° settembre 2002.</p>	<p>Qualsiasi persona affiliata ad un organismo di sicurezza sociale riceve una carta. Le informazioni non sono aggiornate automaticamente, ma gli utenti possono richiedere una nuova carta non appena si presenta un elemento da modificare.</p>	<p>Questa carta può accogliere varie funzioni ed è possibile che diventi in futuro l'unica carta utilizzata in Italia. In ogni caso essa costituisce la norma seguita nel settore dell'amministrazione pubblica dall'autorità italiana per le tecnologie dell'informazione.</p>	<p>Gli operatori qualificati riceveranno una carta speciale CNS/O ("Carta Nazionale dei Servizi/Operatore") che consentirà loro di accedere ai dati confidenziali controllati dal cittadino.</p>	<p>a) In virtù di leggi recenti, l'impiego del PPSN sarà esteso e finirà per diventare la chiave unica che consentirà ai cittadini di accedere a tutta una gamma di servizi nel settore pubblico.</p>	<p>Il nastro magnetico non è sempre utilizzato, in parte a causa dei prestatori di cure, soprattutto i medici generalisti che non dispongono dell'attrezzatura necessaria per leggere la carta.</p>	

	Francia	Irlanda	Italia		Lussemburgo	Paesi Bassi	
Identificazione (*) = Dati visibili	Numero di identificazione nazionale (NIR) (*) Cognome, nome del titolare (*) Cognome da coniugata per le donne (*)	PPSN (numero personale attribuito dal servizio pubblico) (*) nome del titolare (*) data di nascita (*)	Dati a carattere personale, numero di registrazione nazionale (numero di identificazione fiscale) del titolare. Dati d'identificazione del comune	Dati a carattere personale, numero di registrazione nazionale (numero di identificazione fiscale) del titolare. Dati di identificazione del comune.	Numero di registrazione (in formato numerico e sotto forma di un codice a barre), nome alla nascita, cognome e per le donne sposate, cognome del marito	Cognome e nome (*) Numero di registrazione (*) Data di nascita (*) Sesso (*)	
Altri dati sulla carta (*) = Dati visibili	Regime obbligatorio di assicurazione malattia Ufficio di contatto Indirizzo del titolare	Data di emissione della carta Data di scadenza della carta Sesso	Dati d'urgenza Data Netlink E111	Dati d'urgenza Data Netlink E111	Numero carta	Nome dell'organismo assicurativo (*) Nome del prestatario delle cure primarie e del farmacista (*) Dettagli relativi all'assicurazione (*) Data di validità (inizio e fine) (*)	
Autenticazione	Riconoscimento reciproco della carta Vitale e della carta CPS (carta a microprocessore per i professionisti della salute)	Sul retro della carta: nastro per la firma di sicurezza	Si, sulla base di un dispositivo affidabile di firma numerica e di un meccanismo di stimolazione/risposta.	Si, sulla base di un dispositivo affidabile di firma numerica e di un meccanismo di stimolazione/risposta.			
Categorie di altri dati registrati sulla carta	Validità della carta particolari riguardanti i diritti, compresa la validità diritti ad un'assicurazione malattia complementare		E-111 in funzione delle caratteristiche Netlink	E-111 in funzione delle caratteristiche Netlink la carta non comporta alcuna applicazione, ma solo due chiavi destinate al criptosistema asimmetrico basato sull'identificazione e l'autenticazione e dati relativi ai servizi in vista di un impiego come carta di servizio.	Oltre ai dati citati, il nastro magnetico contiene anche particolari sull'indirizzo del titolare.		

	Francia	Irlanda	Italia	Lussemburgo	Paesi Bassi
Tipo della carta	Carta a microprocessore	Carta in plastica dotata di un nastro magnetico	Carta intelligente (microprocessore)	Carta formato carta di credito con nastro magnetico sul retro	Carta a microprocessore
Tipo processore utilizzato sulla carta intelligente		Nessuno	16 K EEPROM	Nessuno	Nessuno
Sistema operativo utilizzato sulla carta	COS	Nessuno		Nessuno	Nessuno
Norme internazionali applicate	ISO 7816	Conforme alle norme ISO pertinenti	Vedi raccomandazioni NETLINK		ISO/IEC 7810: Carte di identificazione - caratteristiche fisiche NEN-EN-ISO/IEC 7811: Carte di identificazione - tecniche di registrazione ISO/IEC 7813: Carte di identificazione - carte di transazioni finanziarie NEN 1888: definizione generale dei dati a carattere personale NEN 5825: Indirizzi - definizione, giochi di caratteri, formato di scambi e presentazione fisica EN 1387: Applicazioni alla salute - carte: caratteristiche generali ENV 12018: Struttura dei dati d'identificazione, dei dati amministrativi e dei dati clinici comuni

	Austria	Portogallo	Svezia	Finlandia	Regno Unito
Nome della carta / progetto	e-Card	Cartão do Utente Ministério da Saúde (Carta d'identificazione per le persone registrate presso il servizio nazionale sanitario)	CARDLINK (Carta di emergenza per diabetici)	(Carta standard di assicurazione sanitaria (senza con foto))	Nessuno (vedi COMMENTI)
Obiettivo della carta	La prima fase consiste nell'utilizzare la carta per sostituire il vecchio sistema di certificati di assicurazione sanitaria per tutti gli assicurati in Austria.	Da utilizzare in qualsiasi SNS (servizio nazionale sanitario) e nelle farmacie e istituzioni che hanno accordi con il Ministero della sanità		Il campo principale in cui le carte sono utilizzate sono le farmacie, dove le persone assicurate devono presentare la loro carta personale per ricevere rimborsi per farmaci. La carta con la foto è utilizzata per dimostrare l'identità anche se non rappresenta una prova ufficiale di identità.	L'obiettivo principale è di sfruttare il potenziale della carta come chiave di ricerca portatile per il reperimento di informazioni basata sul network. - Identità elettronica - Assicurazione malattia e assistenza sociale e assistenza sanitaria
Data introduzione carta	2001			1990	1999
Numero di carte in circolazione	Tutti gli assicurati in Austria	Circa 9 milioni	1100 carte per diabetici e 250 carte per professionisti della salute	La carta standard è stata rilasciata a tutti i residenti in Finlandia, di cui circa 600.000 l'hanno scambiata per una carta con foto (disponibile contro pagamento di una somma).	Progetto pilota regionale

	Austria	Portogallo	Svezia	Finlandia	Regno Unito
Evoluzione	Nella seconda fase, la carta diventerà una carta chiave per altre applicazioni nei settori della sicurezza sociale e dell'assistenza sanitaria e - soprattutto per mezzo di una firma elettronica - una carta del cittadino per applicazioni dei servizi pubblici disponibili su Internet.	Una carta d'identificazione di sicurezza sociale (in esame)			
Commenti	a) La carta deve servire come "chiave" d'accesso al sistema sanitario austriaco, non contiene dati specifici ma facilita piuttosto l'accesso ai servizi e ai dati. b) L'accesso ai dati nella carta e/o l'attivazione delle applicazioni è possibile solo con una carta giusta presentata simultaneamente. c) La carta può utilizzare un dispositivo di firma elettronica.	La carta può essere utilizzata quando si utilizza la carta di registrazione SNS	Non esistono carte di identificazione/informazione elettronica per le persone residenti in Svezia in uso nell'ambito dell'amministrazione svedese di sicurezza sociale e non esistono piani per introdurre tali carte. C'è tuttavia un progetto pilota per le carte d'identità elettroniche che forniscono autenticazione e servizi di firma elettronica da utilizzare nel contesto di servizi on-line	L'obiettivo principale è di fornire al cliente una identificazione elettronica, criptare informazioni separate da inviare e verificare i messaggi inviati con la firma elettronica.	Una consultazione pubblica è iniziata nel luglio 2002 e continuerà fino al gennaio 2003 (www.office.gov.uk/dob/ecu.htm)
Identificazione (*) = Dati visibili	Numero di sicurezza sociale nazionale (*) cognome, nome e titolo (*) data di nascita sesso numero carta (*)	Numero di registrazione SNS (*) nome del titolare (*) data di nascita (*) luogo di nascita, sesso, nazionalità	Numero di registrazione SNS (*) nome del titolare (*) data di nascita (*)	- numero del titolare al registro della popolazione - cognome e nome - data di nascita - luogo di residenza	Per quanto riguarda la sicurezza sociale, la carta include gli stessi dati di quella dell'assicurazione sanitaria.

	Austria	Portogallo	Svezia	Finlandia	Regno Unito
Altri dati nella carta (*) = Dati visibili	Certificati di autenticazione e firma elettronica con ammesse chiavi private.	Data di rilascio (*), Centro sanitario regionale/provinciale		La carta con foto contiene informazioni supplementari riguardanti soprattutto i destinatari delle pensioni. + Nome dell'istituzione di sicurezza sociale Data di emissione Altri dati connessi con la sicurezza sociale	Il contenuto di dati elettronici comprenderà - oltre a elementi sull'identificazione, la firma e la cifratura (PKI) - ad es. vaccinazioni, malattie croniche e direttive per il dono di organi, parenti più prossimi.
Autenticazione	La "chiave" è unica nell'intero sistema. A seconda della riservatezza delle varie applicazioni, sono possibili varie fasi di sicurezza: una seconda carta autorizzata, una procedura di cifratura, un codice PIN e una firma elettronica.	Nessuna	Nessuna	La carta con foto reca la firma del titolare.	Certificati di autenticazione e firma elettronica
Categoria di altri dati memorizzati sulla carta	Sono in corso lavori per un possibile caricamento di E 111 nel quadro del progetto Nete@rds	Identificazione del regime di rimborso dei farmaci, ad eccezione dei tickets e dell'esistenza di sottosistemi o compagnie assicuratrici con particolari sulla validità			Informazioni chiave (criptate) sulla fornitura di servizi sociali e sanitari
Tipo di carta	Carta intelligente processore con criptoprocessore	Nastro magnetico	Carta intelligente con nastro magnetico	"Carta SH" di plastica	Carta a microprocessore con criptoprocessore
Tipo processore utilizzato sulla carta intelligente	32 K EEPROM	Nessuno		Nessuno	

2. - *La disciplina comunitaria adottata per l'entrata in vigore della tessera europea di assicurazione malattia.*

La nuova disciplina comunitaria in tema di tessera europea di assicurazione malattia si incentra su tre atti normativi adottati il 18 giugno 2003 dalla Commissione Amministrativa [11]:

- Decisione n. 189 volta a sostituire la tessera europea di assicurazione malattia ai moduli necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 del Consiglio per quanto riguarda l'accesso alle cure durante un soggiorno temporaneo in uno Stato membro diverso dallo Stato competente o di residenza[12];
- Decisione n. 190 concernente le caratteristiche tecniche della tessera europea di assicurazione malattia[13];
- Decisione n. 191 relativa alla sostituzione dei moduli E 111 ed E 111 B con la tessera europea di assicurazione malattia[14].

In sostanza con la Decisione n. 189 si dispone che *«la tessera europea d'assicurazione malattia ... sostituirà progressivamente i moduli previsti dai regolamenti (CEE) n. 1408/71 e (CEE) n. 574/72 per poter beneficiare delle prestazioni per cure sanitarie in occasione di un soggiorno temporaneo in uno Stato membro diverso dallo stato competente o di residenza. Le varie tappe della sostituzione di tali moduli saranno oggetto di decisioni successive della commissione amministrativa per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti.»*

La tessera europea contiene i dati seguenti:

- cognome e nome del titolare della tessera,
- numero di identificazione personale del titolare della tessera o, quando questo numero non esiste,
- numero d'identificazione della persona assicurata da cui derivano i diritti del titolare della tessera,
- data di nascita del titolare della tessera,
- data di scadenza della tessera,
- codice ISO dello Stato membro che rilascia la tessera,
- numero d'identificazione e acronimo dell'istituzione competente,
- numero progressivo della tessera.

Con la Decisione n. 191 vengono invece definite le caratteristiche tecniche ed il relativo modello della tessera europea di assicurazione malattia e del certificato provvisorio sostitutivo precisando che l'introduzione della tessera *«è la prima tappa processo che sfocerà nella soppressione degli attuali moduli cartacei e nell'utilizzo di un supporto elettronico per accedere alle cure sanitarie in occasione di un soggiorno temporaneo in uno Stato membro diverso dallo Stato competente o di residenza. Tuttavia le istituzioni competenti degli Stati membri che lo desiderassero possono comunque fin dalla prima tappa inserire i dati in questione anche in un supporto elettronico (chip o banda magnetica).»*

Con la Decisione 191 relativa alla sostituzione dei moduli E 111 ed E 111 B con la tessera europea di assicurazione malattia viene sancita la decorrenza sin dal 1° giugno 2004.

ALLEGATO I

DISPOSIZIONI TECNICHE RIGUARDANTI IL MODELLO DI TESSERA EUROPEA D'ASSICURAZIONE MALATTIA

1. **Introduzione**

Concordemente alle decisioni in materia della commissione amministrativa per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti, la tessera europea di assicurazione malattia contiene una serie «basilare» di dati leggibili «a occhio» da utilizzarsi in uno Stato membro diverso dallo Stato membro in cui si è assicurati o residenti, al fine di:

- identificare la persona assicurata, l'istituzione competente e la tessera,
- dichiarare il diritto ad ottenere cure durante una permanenza temporanea in un altro Stato membro.

I modelli riprodotti qui di seguito sono basati sulle caratteristiche tecniche definite nel presente documento; tuttavia essi vanno considerati come esempi puramente indicativi.



Illustrazione 1: Esempio per la parte frontale



Illustrazione 2: Esempio per il retro

Mentre l'ordine dei dati leggibili «a occhio nudo» è identico nei due modelli, ovvero a prescindere dal lato usato dalla tessera europea di assicurazione malattia, sono state definite strutture diverse per i due lati (fronte e retro). Ciò è il risultato del compromesso raggiunto tra il modello unico richiesto per la tessera europea e le differenze strutturali tra i due lati, nello sforzo di mantenere uno stile uniforme tra fronte e retro della tessera.

CALENDARIO DI INTRODUZIONE DELLA TESSERA SANITARIA

In linea di principio è previsto che le istituzioni degli Stati membri rilasceranno la tessera agli assicurati sin dal 1° giugno 2004 (Lussemburgo, Danimarca, Germania, Belgio, Spagna, Francia, Finlandia, Grecia, Irlanda, Svezia)

Gli Stati membri non in grado di adottare immediatamente le misure relative alla produzione e conseguente diffusione della tessera, possono beneficiare di un periodo transitorio, non prorogabile oltre il 31.12.2005. Alcuni di questi hanno adottato provvedimenti per introdurre progressivamente la tessera europea prima della fine del periodo transitorio articolando calendari (ad es. a livello regionale).

Stati membri, nuovi Stati membri e Stati membri² dell'EFTA	Periodo richiesto	Richiesta di calendari adattati a livello regionale
Austria	31.12.2005	no
Italia	31.12.2005	no
Paesi Bassi	31.12.2005	no
Portogallo	31.12.2005	no
Regno Unito	31.12.2005	sì
Ungheria	31.12.2005	no
Lettonia	31.12.2005	no
Lituania	31.12.2005	no
Malta	31.12.2005	no
Polonia	31.12.2005	no
Repubblica Slovacca	31.12.2005	no
Liechtenstein	31.12.2005	no
Islanda	31.12.2005	no
Svizzera³	31.12.2005	no
Cipro	31.12.2005	no

Ogni Stato membro sceglie autonomamente le istituzioni incaricate di rilasciare agli assicurati le tessere sanitarie europee. Le istituzioni competenti possono optare per una distribuzione generale della tessera a tutti gli assicurati, oppure per una distribuzione su richiesta.

Gli Stati membri che beneficiano di un periodo transitorio continueranno a rilasciare alle persone coperte dal loro regime previdenziale moduli cartacei equivalenti al modulo E 111⁴.

² Per quanto concerne i nuovi Stati Membri, l'elenco è provvisorio poiché tali Stati sono tenuti ad applicare formalmente le decisioni n. 189, 190 e 191 solo a decorrere dal 1° maggio 2004 e a informare la commissione amministrativa entro il 1° giugno 2004 in merito all'eventuale intenzione di beneficiare di un periodo transitorio.

³ Questa scadenza è valida unicamente se le decisioni n. 189, 190 e 191 figurano nel contesto dell'accordo UE-Svizzera.

⁴ Il modulo E 111 in quanto tale non esisterà più. Sarà semplificato e adattato per diventare il documento della mobilità delle persone assicurate nella Comunità.

Fonte: NOTA CASSTM 376/03 - ALLEGATO2REV, DOCUMENTO 3 - DIRITTI E OBBLIGHI DEI TITOLARI DELLE TESSERE SANITARIE EUROPEE O DEI DOCUMENTI EQUIVALENTI IN SEGUITO ALLA MODIFICA DEGLI ARTICOLI 22 §1 A) D), 25 §1 A) E 31 §1 A), pp. 1-2.

Date de publication: 1er juin 2004

Pays	Carte européenne	Certificat provisoire	Formulaire E111 (ancien modèle)	Formulaire E111 (nouveau modèle)
Allemagne	X	X	X	
Autriche			X	X
Belgique	X	X	X	
Chypre			X	X
Danemark	X	X	X	
Espagne	X	X	X	
Estonie	X	X	X	
Finlande	X	X	X	
France	X	X	X	
Grèce	X	X	X	
Hongrie			X	X
Irlande	X	X	X	
Islande			X	X
Italie			X	X
Lettonie			X	X
Liechtenstein			X	X
Lituanie			X	X
Luxembourg	X	X	X	
Malte			X	X
Norvège	X	X	X	
Pays Bas			X	X
Pologne			X	X
Portugal			X	X
République Tchèque	X	X	X	
Royaume Unis			X	X
Slovaquie			X	X
Slo vénéie	X	X	X	
Suède	X	X	X	
Suisse			X	X

Con la Decisione n. 198 del 23 marzo 2004 della Commissione amministrativa delle Comunità europee per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti sulla sostituzione e soppressione dei modelli di attestati necessari all'applicazione dei regolamenti (CEE) n. 1408/71 e 574/72 del Consiglio (E 110, E 111, E 111 B, E 113, E 114, E 119, E 128 ed E 128 B), si dispongono ulteriori precisazioni in merito all'entrata in vigore dei suddetti moduli (che sono disponibili nelle lingue ufficiali dell'Unione in modo tale che le versioni siano perfettamente sovrapponibili).

5.8.2004

IT

Gazzetta ufficiale dell'Unione europea

L 259/3

ALLEGATO

**COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
PER LA SICUREZZA
SOCIALE DEI LAVORATORI MIGRANTI**

E 111 ⁽¹⁾

ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI IN NATURA DURANTE LA DIMORA IN UNO STATO MEMBRO DIVERSO

(Questo attestato è utilizzabile unicamente in taluni Stati a titolo transitorio. Nessun attestato E 111 potrà essere emesso o utilizzato dopo il 31 dicembre 2005, data in cui la tessera europea di assicurazione malattia sarà distribuita in tutti gli Stati).

Attenzione!

Il presente documento non dà alcun diritto se lo scopo del viaggio è quello di ricevere cure mediche all'estero.

Informazioni relative all'assicurato

1. Cognome (j):	<input type="text"/>
2. Nome (j):	<input type="text"/>
3. Data di nascita:	<input type="text"/>
4. Numero d'identificazione personale ⁽²⁾ :	<input type="text"/>

Informazioni relative all'istituzione

5. Nome dell'istituzione:	<input type="text"/>
6. Numero d'identificazione dell'istituzione:	<input type="text"/>

Periodo di validità dell'attestato

a) Dal:	<input type="text"/>
b) Al:	<input type="text"/>

Data di emissione dell'attestato

c) <input type="text"/>

Firma e timbro dell'istituzione

d)

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello

- a) Questo attestato è nominativo e individuale.
- b) Il presente documento consente all'assicurato e ai membri della sua famiglia di ottenere tutte le prestazioni in natura quando essi si trovino temporaneamente in un paese diverso da quello abituale, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata del soggiorno.
- c) Quando sono necessarie prestazioni, compreso il ricovero in ospedale, questo documento deve essere presentato al prestatore di cure.

NOTE

- ⁽¹⁾ Sigla del paese a cui appartiene l'istituzione che compila l'attestato: IT = Italia, NL = Paesi Bassi, AT = Austria, PT = Portogallo, UK = Regno Unito, IS = Islanda, LI = Liechtenstein, CY = Cipro, LV = Lettonia, LT = Lituania, HU = Ungheria, MT = Malta, PL = Polonia, SK = Slovacchia, CH = Svizzera.
- ⁽²⁾ Se il familiare non dispone di un numero d'identificazione personale, indicare il numero d'identificazione della persona da cui derivano i diritti della persona interessata.

**COMMISSIONE AMMINISTRATIVA
PER LA SICUREZZA SOCIALE
DEI LAVORATORI MIGRANTI**

E 119 ⁽¹⁾

**ATTESTATO RIGUARDANTE IL DIRITTO DEI DISOCCUPATI E DEI LORO FAMILIARI
ALLE PRESTAZIONI IN DENARO**

(Il modulo deve essere consegnato al lavoratore disoccupato dall'istituzione competente oppure da questa inviato all'istituzione del luogo di residenza o di dimora, qualora sia stata detta istituzione a richiederlo).

Informazioni relative al beneficiario

1. Cognome:	<input type="text"/>
2. Nome:	<input type="text"/>
3. Data di nascita:	<input type="text"/>
4. Numero d'identificazione personale ⁽²⁾ :	<input type="text"/>
5. Indirizzo nel paese ove è in cerca di lavoro:	<input type="text"/>

Informazioni relative all'istituzione del luogo di residenza o di dimora ⁽³⁾

6. Denominazione:	<input type="text"/>
7. Numero d'identificazione:	<input type="text"/>
8. Indirizzo:	<input type="text"/>
9. Vostro modulo <input type="checkbox"/> E 107 del <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> E 115 del <input type="text"/>

10. La persona sopraccitata ha diritto alle prestazioni in denaro
10.1 <input type="checkbox"/> per sé
10.2 <input type="checkbox"/> per i familiari

11. In caso di inabilità al lavoro le prestazioni in denaro possono essere erogate

11.1 per un periodo non superiore a quello previsto per il diritto alle prestazioni di disoccupazione

11.2 per i casi di malattia insorti fino al / / incluso,
per giorni settimane

12. Le suddette prestazioni in denaro saranno versate

12.1 da noi

12.2 da voi, per nostro conto

13. L'indennità dovrà essere corrisposta

13.1 per gli stessi giorni della settimana previsti per l'assicurazione disoccupazione

13.2 per tutti i giorni della settimana, salvo

<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì
<input type="checkbox"/> giovedì	<input type="checkbox"/> venerdì	<input type="checkbox"/> sabato
<input type="checkbox"/> domenica		

14. L'importo giornaliero netto di tale indennità ⁽⁴⁾

14.1 è pari a quello previsto per l'assicurazione disoccupazione

14.2 è di se l'assicurato non è ricoverato in ospedale
è di se ricoverato in ospedale

Informazioni relative all'istituzione competente

15. Denominazione:

16. Numero d'identificazione:

17. Indirizzo:

18. Timbro: _____

19. Data: / /

20. Firma: _____

ISTRUZIONI

Il presente modulo deve essere compilato in stampatello

Avvertenze per il disoccupato:

Per ottenere, per voi, le prestazioni in denaro in caso di inabilità al lavoro o di ricovero in ospedale, dovete presentare (a meno che vi troviate nei Paesi Bassi) i formulari sopraindicati e inoltre presentare alla seguente istituzione il certificato di inabilità al lavoro rilasciato dal vostro medico curante:

- in **Belgio**, all'organismo scelto (mutualité);
- in **Germania**, all'«Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)» (cassa locale generale di malattia);
- in **Grecia**, in linea di massima, all'ufficio regionale o locale dell'istituto assicurazioni sociali (IKA) che consegna all'interessato un libretto sanitario in mancanza del quale le prestazioni in natura non sono concesse;
- in **Spagna**, alla «Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social» (direzione provinciale dell'istituto nazionale della sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza;
- in **Francia**, alla «Caisse primaire d'assurance maladie» (cassa primaria di assicurazione malattia);
- in **Italia**, all'azienda sanitaria locale (ASL) competente per il territorio;
- in **Lussemburgo**, alla «Caisse de maladie des ouvriers» (cassa malattia degli operai);
- in **Austria**, al «Gebietskrankenkasse» (cassa malattia regionale) competente per il luogo di residenza o di dimora;
- in **Finlandia**, all'ufficio locale della «Kansaneläkelaitos» (istituto di sicurezza sociale), in caso di richiesta di risarcimento delle spese mediche sostenute nel settore privato. Prestazioni in natura possono essere ottenute dai centri sanitari municipali e dagli ospedali pubblici mediante esibizione del presente modulo;
- in **Islanda**, al «Tryggingastofnun ríkisins» (istituto statale di sicurezza sociale), Reykjavik;
- nel **Liechtenstein**, all'«Amt für Volkswirtschaft» (ufficio dell'economia nazionale), Vaduz;
- in **Norvegia**, al «lokale Trygdekontor» (ufficio assicurativo locale) del luogo di residenza o dimora. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, dentisti ecc.) si può richiedere senza contattare preventivamente l'istituzione in questione. Ad ogni richiesta di prestazioni è necessario esibire il modulo;
- in **Svezia**, al «försäkringskassan» (ufficio della sicurezza sociale) del luogo di residenza o dimora. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, dentisti ecc.) si può richiedere senza contattare preventivamente l'istituzione in questione;
- in **Danimarca**, alla «stedlige social- og sundhedsforvaltning» (commissione sociale e sanitaria) comunale e, nei comuni di Copenaghen, Odense, Ålborg e Århus al «magistrat» (amministrazione comunale);
- in **Irlanda**, al «Department of Social Welfare, EC Record Section» (ministero della previdenza sociale, servizio archivi CE), Dublino 2;
- nei **Paesi Bassi**, dovete dichiarare l'inabilità al lavoro alla sede del «Gemeenschappelijk Administratie - kantoor (GAK)» (ufficio amministrativo comune) che vi eroga le prestazioni di disoccupazione;
- in **Portogallo**, per il **continente**: al «Centro Regional de Segurança Social» (centro regionale di sicurezza sociale) del luogo di dimora o di residenza; per **Madera**: alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione regionale della sicurezza sociale), a Funchal; per **le Azzorre**: alla «Direcção Regional de Segurança Social» (direzione generale della sicurezza sociale), a Angra do Heroísmo;
- nel **Regno Unito**, al «Department of Social Security, Benefits Agency, Overseas Benefits Directorate» (ministero della sicurezza sociale, reparto prestazioni, servizio internazionale), Newcastle upon Tyne, oppure al «Northern Ireland Social Security Agency Overseas Branch» (ente nordirlandese per la sicurezza sociale, servizio internazionale), Belfast, a seconda dei casi.
- in **Svizzera**, all'istituzione comune LAMal («Institution commune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG»), Soletta. L'assistenza del servizio sanitario (ospedale, medici, farmacisti) si può ottenere senza contattare preventivamente tale istituzione;
- nella **Repubblica ceca**, alla cassa di assicurazione malattia nel luogo di soggiorno;
- in **Lettonia**, al «Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra» (agenzia statale per la previdenza sociale);
- in **Lituania**, al «Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai» (sedi locali dell'ente nazionale di previdenza e di assistenza sociale);
- in **Slovacchia**, al «Sociálna poisťovňa» (agenzia per la previdenza sociale), Bratislava;
- in **Estonia**, all'«Eesti Haigekassa» (cassa di assicurazione malattia estone);
- a **Malta**, Dipartimento della Sicurezza Sociale, La Valletta;
- in **Polonia**, «Wojewódzkiego Urzędu Pracy» (WUP);
- in **Ungheria**, la «Megyei Egészségbiztosítási Pénztár» (ufficio provinciale assicurazione sanitaria, competente per territorio);
- in **Slovenia**, l'unità regionale competente del «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)» (Istituto Nazionale Assicurazione Sanitaria) nel luogo di residenza o dimora;
- a **Cipro**, il Ministero della Sanità.

NOTE

⁽¹⁾ Indicare la sigla del paese dell'istituzione: BE = Belgio, DK = Danimarca, DE = Germania, GR = Grecia, ES = Spagna, FR = Francia, IE = Irlanda, LU = Lussemburgo, FI = Finlandia, SE = Svezia, IT = Italia, NL = Paesi Bassi, AT = Austria, PT = Portogallo, UK = Regno Unito, NO = Norvegia, IS = Islanda, LI = Liechtenstein, CZ = Repubblica ceca, CY = Cipro, EE = Estonia, LV = Lettonia, LT = Lituania, HU = Ungheria, MT = Malta, PL = Polonia, SI = Slovenia, SK = Slovacchia, CH = Svizzera.

⁽²⁾ Se il familiare non dispone di un numero d'identificazione personale, indicare il numero d'identificazione della persona da cui derivano i diritti dell'interessato/a.

⁽³⁾ Da compilare solo qualora il modulo sia stato richiesto dall'istituzione del luogo di residenza o dimora.

⁽⁴⁾ Il riquadro va compilato solo nel caso in cui le le prestazioni in denaro debbano essere versate dall'istituzione del luogo di residenza o dimora.

NOTE

[1] COM (2003) 73 def. del 17.2.2003.

[2] Da notare che tale supporto esiste già in talune regioni transfrontaliere, per le cure programmate (E112), ma la diversità delle situazioni nazionali e delle scelte tecniche non consente di passare subito a questa fase, che tuttavia costituisce l'ultimo obiettivo della creazione di una carta europea.

[3] Riguardo ai soggiorni temporanei alcuni progetti (es. *Netc@rds*, sostenuto dall'Unione europea nel quadro del Programma di azione *eTen*) riguardano aspetti tecnici, amministrativi, giuridici e finanziari della dimostrazione su vasta scala di soluzioni di passaggio dagli attestati ad un supporto elettronico. Il piano *eEurope 2005*, approvato dal Consiglio europeo di Siviglia, prevede di appoggiarsi alla creazione della carta europea per promuovere una strategia comune di identificazione del paziente e di sviluppare nuove funzionalità come la cartella medica d'urgenza.

[4] Gli Stati membri che sono dotati di una carta di assicurazione malattia vi sono diverse funzioni: - talune servono esclusivamente all'identificazione dell'assicurato (L),

- altre permettono di verificare la natura dei diritti aperti e di facilitare le procedure di pagamento o di rimborso (F, B, D, DK, NL),

- altre contengono dati di identificazione che consentono l'accesso a servizi on-line (A, I, E, SI),

- talune carte coprono un campo più vasto della sicurezza sociale, possono contenere dati medici di urgenza (FIN, IT), servire alla verifica dello statuto della persona riguardo al diritto del lavoro per lottare contro il lavoro clandestino (B), consentire l'accesso ai servizi pubblici, ad esempio biblioteche pubbliche (DK) o agenzie di collocamento (E). In Irlanda la carta nazionale serve al rilascio elettronico di talune prestazioni sociali e all'iscrizione all'agenzia di collocamento. Alcuni Stati prevedono di integrare dati medici (patologie, trattamenti seguiti, anamnesi mediche o chirurgiche ...) nel quadro dello sviluppo di una rete sanitaria sicura (F, NL, SI).

[5] In ambito regionale transfrontaliero di soggiorni temporanei si registrano alcune esperienze che tentano di ricercare una migliore articolazione tra le offerte delle cure programmate:

- *Eurégio Mosa-Reno*: su iniziativa di due istituzioni di assicurazione malattia, una in Germania e l'altra nei Paesi Bassi, persone assicurate nei Paesi bassi già ricevono dal 2000 una carta di assicurazione malattia specifica (simile a quella tedesca) e che dà loro accesso alle cure sanitarie nella zona frontaliere tedesca. Parallelamente, persone assicurate in zona frontaliere tedesca possono utilizzare la loro carta tedesca presso i prestatori delle cure della zona nei Paesi Bassi.

- *Bade-Württemberg-Vorarlberg*: grazie ad un accordo tra istituzioni di assicurazione malattia, la carta tedesca è riconosciuta dai prestatori di cure austriache al posto dell'attestato "E111".

- *Transcards*: al fine di rendere accessibile la *Thiérache* francese e l'*Hainaut* belga, una convenzione conclusa tra le sicurezze sociali francese e belga consente dal maggio 2000 agli abitanti della zona transfrontaliera (circa 150.000 persone) di utilizzare la loro carta nazionale per accedere alle cure in un ospedale vicino al loro domicilio, ma situato dall'altra parte della frontiera.

- *Netlink*: dall'ottobre 2001, gli ospedali del Baden-Württemberg che accolgono pazienti alsaziani in emodialisi, nel quadro di una convenzione tra le sicurezze sociali tedesca e francese, possono leggere la carta VITALE ed emettere l'attestato E112 a partire dalla stessa.

[6] L'elaborazione di un modello di carta comune - con un simbolo distintivo europeo e/o un logo che simbolizzi la mobilità europea - serve a garantire il riconoscimento immediato della carta da parte degli attori del sistema sanitario e a prescindere dal luogo di soggiorno del titolare della carta. Il modello europeo deve tener conto di tre limitazioni:

- ogni Stato membro è libero di scegliere tra la creazione di una facciata europea su una carta nazionale o la creazione di una carta europea separata;

- nel caso di una scelta d'integrazione, il modello deve tener conto della diversità delle tecnologie adottate (carta a nastro magnetico o carta intelligente);

- nel caso in cui lo Stato scelga una carta europea specifica, la concezione del modello dovrà integrare sin dall'inizio la prospettiva del passaggio ad un supporto elettronico sotto forma di chip.

[7] Ogni assicurato dovrebbe ricevere una carta individualizzata, in quanto i soggiorni temporanei possono essere effettuati da una sola persona (viaggi d'affari, colonie scolastiche in campagna, ...).

[8] Il prestatario delle cure dovrà restituire la carta al suo titolare; ne farà una copia o avrà a disposizione un documento nazionale sul quale inserirà i dati che identificano l'assicurato e la sua istituzione competente. Non gli sarà imposto alcun onere o formalità amministrativa supplementare.

- [9] Anche in tal caso il passaggio a un supporto elettronico dovrebbe semplificare queste procedure riducendo fortemente i rischi di errori, di rifiuto delle domande di rimborso e di frode o di abuso.
- [10] COM (2003) 378 def. del 27.06.2003 e la Proposta modificata COM (831) def. del 19.12.2003.
- [11] G.U.U.E. L 100, del 6.04.2004, pp. 1-5.
- [12] G.U.U.E. L 276, del 27.10.2003, pp. 1-3.
- [13] G.U.U.E. L 276, del 27.10.2003, pp. 4-18.
- [14] G.U.U.E. L 276, del 27.10.2003, pp. 19-21.
- [15] G.U.U.E. L 259, del 5.8.2004, pp. 1-8.

ALLEGATI

CONGRESSO INTERNAZIONALE SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986

World Health Organization - Health and Welfare Canada - Canadian Public Health Association

CARTA DI OTTAWA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitosi a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa CARTA propositiva per la conquista dell'Obiettivo Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre. La Conferenza è stata soprattutto una risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. La discussione si è incentrata sui bisogni dei paesi industrializzati, senza però trascurare le situazioni consimili nel resto del mondo. Suo punto di partenza sono i progressi registrati grazie alla Dichiarazione di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria di Base, al documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'Obiettivo Salute per Tutti e al recente dibattito dell'Assemblea Mondiale della Sanità sull'intervento intersettoriale per la salute.

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Per promozione della salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani, per aspirare al benessere.

Requisiti della salute

Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute deve essere necessariamente saldamente ancorato a questi requisiti.

Sensibilizzare

La salute è un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla. L'azione di promozione si propone di indirizzarli in senso positivo attraverso un'intensa campagna di sensibilizzazione.

Fornire i mezzi

La promozione della salute mira soprattutto alla eguaglianza nella salute. Il suo intervento si prefigge di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, assicurando a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute. Questo comprende: un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita, la possibilità di compiere scelte adeguate per quanto concerne la propria salute. Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare tutto ciò che la determina: questo vale in eguale misura per le donne e per gli uomini.

Mediare

I requisiti e le potenzialità della salute non possono essere garantiti dal solo settore sanitario. Non soltanto: la promozione della salute impone il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati: i governi, i settori sanitari, sociali e economici, le organizzazioni volontarie non ufficiali, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione. Il problema riguarda tutti - indipendentemente dalla loro condizione - sul piano individuale, familiare e comunitario. Compito imprescindibile dei gruppi professionali e sociali, e del personale sanitario, è la mediazione dei diversi interessi presenti nella società ai fini della promozione della salute. Le strategie e i programmi di promozione della salute devono adattarsi alle condizioni e alle esigenze locali dei singoli paesi o regioni, tenendo conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

PROMUOVERE LA SALUTE SIGNIFICA:

Costruire una politica pubblica per la tutela della salute

La promozione della salute va oltre la mera assistenza sanitaria. Essa porta il problema all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze sul piano della salute di ogni loro decisione, e a una precisa assunzione di responsabilità in merito. Nella politica di promozione della salute si fondono componenti diverse ma complementari quali la legislazione, i provvedimenti fiscali e la modifica dei criteri organizzativi, in un'azione coordinata diretta a imporre politiche sanitarie, sociali e dei redditi ispirate a una maggiore equità. L'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più sani e sicuri, servizi pubblici più sani, e ambienti più igienici e accoglienti. La politica di promozione della salute richiede di identificare gli ostacoli che impediscono l'adozione di una politica pubblica che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari, e i modi migliori per rimuoverli. Occorre far sì che anche per i responsabili politici la scelta della tutela della salute divenga la scelta più facile.

Creare ambienti capaci di offrire sostegno

Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il legame inestricabile tra l'uomo e l'ambiente costituisce la base di un approccio socio-ecologico al problema della salute. Si tratti del mondo intero, di una nazione, di una regione o di una comunità, il principale informatore generale deve tendere sempre al sostegno reciproco - dobbiamo aver cura gli uni degli altri, della nostra comunità e dell'ambiente naturale. La tutela delle risorse naturali in tutto il mondo va ribadita come responsabilità globale. Il mutare dei modelli di vita, del lavoro e del tempo libero influisce in modo decisivo sulla salute. Lavoro e tempo libero devono divenire fonti di benessere per tutti. Il modo stesso in cui la società organizza il lavoro deve contribuire a renderla più sana. Dalla promozione della salute derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti e piacevoli. Una valutazione sistematica dell'incidenza sulla salute di un ambiente in via di rapida trasformazione - in particolare nei settori della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e della urbanizzazione - risulta indispensabile e ad essa deve seguire un'azione tesa a garantire sicuri benefici per la salute di tutti. Ogni strategia di promozione della salute deve tener conto della tutela dell'ambiente naturale, degli insediamenti e della conservazione delle risorse naturali.

Rafforzare l'azione della comunità

E' attraverso l'azione comunitaria concreta ed efficace che la promozione della salute può stabilire priorità, prendere decisioni e progettare e realizzare strategie tese al miglioramento della salute. Momento centrale di questo processo è il potenziamento della comunità, per renderla veramente padrona e arbitra delle sue aspirazioni e del suo destino. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per favorire l'autosufficienza e la solidarietà sociale, e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta dei problemi relativi alla salute. Occorre garantire l'accesso libero e costante a tutte le informazioni, opportunità di conoscenza in tema di salute, nonché un adeguato supporto finanziario.

Sviluppare le capacità personali

La promozione della salute favorisce lo sviluppo personale e sociale fornendo informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo la propria salute e l'ambiente. E' essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla scuola, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali, e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle stesse istituzioni.

Riorientare i servizi sanitari

La responsabilità per la promozione della salute all'interno dei servizi sanitari ricade ad un tempo sugli individui, sui gruppi comunitari, sugli operatori della sanità, sulle istituzioni del servizio

sanitario e sui governi. Solo dalla loro collaborazione potrà nascere un sistema di assistenza capace di contribuire alla conquista della salute. Il settore sanitario dovrà agire in misura sempre maggiore nella prospettiva della promozione della salute, al di là della mera offerta di servizi clinici e curativi. Il mandato dei servizi sanitari dovrà estendersi a comprendere la ricettività e la sensibilità alle esigenze culturali, rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana, e aprendo canali di comunicazione tra il settore sanitario e le più vaste componenti sociali, politiche, economiche e ambientali. Riorientamento dei servizi sanitari significa anche maggiore attenzione per la ricerca e per le trasformazioni nella preparazione e nell'addestramento professionale. L'atteggiamento e l'organizzazione dei servizi sanitari dovranno cambiare, restituendo la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità.

VERSO IL FUTURO

La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: l'apprendimento, il lavoro, il gioco, l'amore. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri. L'impegno, una strategia organica di supporto e l'attenzione all'ecologia sono fattori essenziali allo sviluppo della promozione della salute. Per chi se ne occupa, il principio ispiratore dovrà dunque essere che in ogni fase della progettazione, della realizzazione e della valutazione della promozione della salute, uomini e donne devono agire insieme su un piano di assoluta parità.

L'impegno per la promozione della salute

I partecipanti al Congresso si impegnano:

- a scendere in campo nella battaglia per una politica pubblica di tutela della salute, chiedendo un esplicito impegno politico per la salute e la giustizia in tutti i settori;
- a reagire alle pressioni che favoriscono prodotti dannosi, spreco delle risorse, condizioni di vita e ambientali malsane, e cattiva alimentazione; a richiamare l'attenzione delle istituzioni su questioni di tutela della salute attinenti l'inquinamento, la nocività del lavoro, i problemi dell'alloggio e dei nuovi insediamenti;
- a colmare le disparità sul piano della salute all'interno di ogni società, tra una società e l'altra, lottando contro le disegualianze nella salute create dalle norme e dalle consuetudini delle società stesse;
- a riconoscere le persone stesse come la maggiore risorsa per la salute; ad aiutarle e incoraggiarle a tutelare la salute propria, quella della famiglia e dei conoscenti, attraverso finanziamenti ed altro; ad accettare la comunità come principale interlocutore per quanto concerne la sua salute, le sue condizioni di vita e di benessere;
- a riorientare i servizi sanitari e le loro risorse in direzione della promozione della salute, e a condividere il potere decisionale con altri settori, altre discipline e, in particolare, con gli stessi utenti dei servizi;
- a riconoscere nella salute e nella sua tutela un fondamentale investimento sociale, e una sfida decisiva, nonchè ad affrontare in modo globale il problema ecologico del nostro modo di vita.

Il Congresso invita tutti gli interessati ad aderire al suo impegno in una solida alleanza per la salute.

APPELLO ALL'AZIONE INTERNAZIONALE

Il Congresso esorta l'Organizzazione Mondiale della Sanità ed altri organismi internazionali a sostenere la promozione della salute in tutte le sedi interessate, e ad aiutare i singoli paesi ad elaborare e realizzare strategie e programmi di promozione della salute.

Il Congresso è fermamente convinto che se la gente di ogni condizione, le organizzazioni non governative e volontarie, i governi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ogni altro organismo interessato uniranno le loro forze per realizzare strategie di promozione della salute, nel rispetto dei valori morali e sociali che costituiscono la base di questa CARTA, la Salute per Tutti entro il 2000 diventerà una realtà.

novembre 1986

Estratto dalla Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. C 325/100-101 del 24.12.2002

**VERSIONE CONSOLIDATA DEL
TRATTATO CHE ISTITUISCE LA COMUNITÀ EUROPEA
PARTE TERZA — POLITICHE DELLA COMUNITÀ
TITOLO XIII
SANITÀ PUBBLICA**

Articolo 152

1. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

L'azione della Comunità, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria.

La Comunità completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione.

2. La Comunità incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione.

Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori di cui al paragrafo 1. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento.

3. La Comunità e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.

4. Il Consiglio, deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 251 e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, contribuisce alla realizzazione degli obiettivi previsti dal presente articolo, adottando:

a) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati; tali misure non ostano a che gli Stati membri mantengano o introducano misure protettive più rigorose,

b) in deroga all'articolo 37, misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica,

c) misure di incentivazione destinate a proteggere e a migliorare la salute umana, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri.

Il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata su proposta della Commissione, può altresì adottare raccomandazioni per i fini stabiliti dal presente articolo.

5. L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica. In particolare le misure di cui al paragrafo 4, lettera a), non pregiudicano le disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego medico di organi e sangue.

INDICE

<i>Presentazione Prof. P. Ricci</i>	Pag	5
<i>Prefazione Prof. L. Ambrosi</i>	»	7
<i>Introduzione Prof. C. Notarstefano</i>	»	8

PARTE PRIMA SANITÀ PUBBLICA E UNIONE EUROPEA IN UN CONTESTO GIURIDICO IN EVOLUZIONE

CAPITOLO I

LE INIZIATIVE COMUNITARIE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

<i>1. - Lo stato di salute della popolazione dell'Unione europea.</i>	»	13
<i>2. - Gli interventi di sanità pubblica sino all'entrata in vigore del Trattato di Maastricht</i>	»	16

CAPITOLO II

IL PIANO DI AZIONE COMUNITARIO DI SANITÀ PUBBLICA

<i>(1996 - 2000)</i>	»	19
----------------------------	---	----

CAPITOLO III

I NUOVI ORIENTAMENTI DELLA POLITICA COMUNITARIA DI SANITÀ PUBBLICA

<i>1.- Le attuali basi giuridiche della politica comunitaria di sanità pubblica.</i>	»	27
<i>2. - I nuovi orientamenti della politica comunitaria di sanità pubblica.</i>	»	31

CAPITOLO IV

IL PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIO NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA (2003-2008)

<i>1. - Obiettivi generali ed attività previste dal nuovo programma di azione.</i>	»	35
<i>2. - L'informazione e lo sviluppo delle conoscenze in materia di salute nel Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica</i>	»	39

PARTE SECONDA SANITÀ PUBBLICA E UNIONE EUROPEA TRA STRATEGIE E AZIONI CONGIUNTE

CAPITOLO I

INTEGRAZIONE DEI REQUISITI DI PROTEZIONE DELLA SALUTE E VALUTAZIONE D'IMPATTO SANITARIO

<i>1.- L'integrazione dei requisiti di protezione sanitaria nelle politiche comunitarie</i> ..	»	47
<i>2. - La valutazione delle politiche e del loro impatto sulla salute</i>	»	49

CAPITOLO II

IL PIANO DI AZIONE EUROPEO PER L'AMBIENTE E LA SALUTE (2004 - 2010)

<i>1.- La strategia europea per l'ambiente e la salute.</i>	»	55
<i>2. - Il Piano di azione europeo per l'ambiente e la salute (2004-2010)</i>	»	58

CAPITOLO III

LE RISPOSTE DELL'UNIONE EUROPEA ALLE NUOVE MINACCE SANITARIE

1. - *La rete comunitaria di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili.*» 63
2. - *Il Centro Europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie*» 68

CAPITOLO IV

LE INFORMAZIONI DI CARATTERE MEDICO TRAMITE INTERNET: IL RUOLO DELL'UNIONE EUROPEA

1. - *La comunicazione della Commissione "eEurope: criteri di qualità per i siti web contenenti informazioni di carattere medico"*» 73
2. - *La comunicazione della Commissione sull'e-Health. Migliorare l'assistenza sanitaria per i cittadini europei: un piano d'azione per uno spazio europeo e-Health*» 77

PARTE TERZA

PROTEZIONE SOCIALE, ASSISTENZA SANITARIA E MOBILITÀ NELL'UNIONE EUROPEA

CAPITOLO I

LINEAMENTI EVOLUTIVI E TENDENZE DEI SISTEMI DI PROTEZIONE SOCIALE NELL'UNIONE EUROPEA

1. - *I sistemi di protezione sociale nell'Unione Europea*» 89
2. - *La «Relazione comune sull'integrazione sociale...»*» 93

CAPITOLO II

L'ASSISTENZA SANITARIA NELL'UNIONE EUROPEA

1. - *La strategia europea per l'Assistenza sanitaria.*» 99
2. - *Il sostegno delle strategie nazionali grazie al "metodo aperto di coordinamento"*» 101
3. - *La nuova disciplina del regolamento (CE) n. 883 del PE e del Consiglio del 29 aprile relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale*» 103

CAPITOLO III

LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI NELL'UNIONE EUROPEA

1. - *La mobilità dei pazienti nell'Unione europea: primo excursus*» 109
2. - *Il seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'UE*» 111

CAPITOLO IV

LA TESSERA SANITARIA EUROPEA

1. - *La Comunicazione della Commissione relativa all'introduzione della carta europea di assicurazione malattia.*» 119
2. - *La disciplina comunitaria della tessera europea di assicurazione malattia*» 135

Allegati» 147

L'Azione Jean Monnet – Polo "Euromediterraneo".» 157



L'Azione Jean Monnet

L'Azione Jean Monnet "*Insegnamenti sull'integrazione europea nelle università*" è un'azione di informazione della Commissione europea intrapresa sulla base di una richiesta proveniente dal mondo accademico diretta a promuovere l'istituzione di nuovi corsi di studio sull'integrazione europea nelle università per mezzo di finanziamenti di avviamento.

Per insegnamenti sull'integrazione europea, si intende lo studio della costruzione dell'Europa comunitaria ed i suoi sviluppi istituzionali, giuridici, politici, economici e sociali, cioè lo studio del fenomeno e del processo di integrazione europea che fanno l'oggetto di politiche a livello delle istituzioni europee e di ripercussioni di queste politiche a livello europeo e/o nazionale.

L'Azione Jean Monnet riguarda le discipline delle scienze umane nelle quali gli sviluppi comunitari occupano una parte sempre più importante, vale a dire:

- il diritto comunitario,
- l'integrazione economica europea,
- l'integrazione politica europea,
- la storia della costruzione europea.

L'Azione Jean Monnet è indirizzata alle Università e ad altri Istituti d'insegnamento superiore (riconosciuti come tali dalle rispettive autorità nazionali) dei paesi membri dell'Unione europea. Gli aiuti finanziari dell'Azione Jean Monnet sono concessi sotto forma di sovvenzioni che corrispondono a cofinanziamenti per la creazione di:

1. «Cattedre Jean Monnet» e Cattedre Jean Monnet «ad personam»

Termine simbolico corrispondente ad un posto di insegnamento a tempo pieno interamente dedicato all'integrazione europea.

2. Corsi permanenti sull'integrazione europea

Un corso di base di minimo 60 ore interamente dedicato all'integrazione europea, della durata equivalente ad un corso annuale permanente di un anno accademico.

3. Moduli europei

Insegnamenti di breve durata, minimo 30 ore, dedicati all'integrazione europea in una delle quattro discipline prioritarie dell'Azione Jean Monnet.

4. Poli europei Jean Monnet (lanciati a titolo pilota nel 1998)

Una struttura dotata dell'egida «Jean Monnet», che raggruppa all'interno di una o più università, le risorse scientifiche e umane legate allo studio e alla ricerca dell'integrazione europea esistenti all'interno dell'università o a livello regionale.

L'Azione Jean Monnet prevede l'erogazione di sovvenzioni sotto forma di cofinanziamento accordato per un periodo di avviamento di tre anni, con l'impegno da parte delle Università di conservare gli insegnamenti così creati per almeno quattro anni dopo il periodo del cofinanziamento comunitario, e quindi per un periodo totale di sette anni.

Questa azione è stata condotta fin dall'inizio in collaborazione diretta con le autorità universitarie attraverso il *Consiglio Universitario per l'Azione Jean Monnet*, organo accademico indipendente che assiste la Commissione europea nella realizzazione del progetto, la selezione delle candidature, la verifica accademica dei progetti selezionati e l'animazione delle reti dei Professori Jean Monnet.



Il *Consiglio Universitario Europeo per l’Azione Jean Monnet* è composto da rappresentanti delle Istituzioni universitarie (Rettori/Presidenti delle Università) designati dalla *Confederazione delle Conferenze dei Rettori dell’Unione europea* e da rappresentanti dei Professori specializzati nello studio dell’integrazione europea designati da *ECSA-Europa*, (“*European Community Studies Association*”), che riunisce le associazioni nazionali di studio sull’integrazione europea.

Dal 1990 l’Azione Jean Monnet ha contribuito alla realizzazione negli Stati membri di circa 2500 nuovi progetti d’insegnamento sull’integrazione europea di cui 82 Poli europei, 601 Cattedre Jean Monnet, 1560 Corsi permanenti e Moduli europei.

Il Polo « Euromediterraneo » Jean Monnet

Il *Polo Euromediterraneo “Jean Monnet”*, approvato dalla Commissione Europea per il quinquennio 2003-2008, si è costituito nel novembre 2003 e vede la partecipazione di realtà accademiche (Università degli Studi di Lecce, che ne è capofila, Foggia, Bari e Politecnico), dell’I.R.R.E.Puglia, della Biblioteca Multimediale & Centro di Documentazione del Consiglio Regionale della Puglia “Teca del Mediterraneo” e della Comunità delle Università Mediterranee.

Il Polo si propone di promuovere un complesso di attività e progetti, fra cui:

- seminari, conferenze, dibattiti e *meetings* per sensibilizzare i cittadini sul dialogo interculturale e sull’allargamento dell’UE, con attenzione particolare al ruolo che possono svolgere le Università e gli Enti Locali;

- moduli di insegnamenti sulla politica dell’UE in materia di sanità pubblica, diritti fondamentali, sport, turismo, beni culturali; assetto del territorio;

- iniziative per celebrare l’anno europeo dell’educazione attraverso lo sport (2004);

- alcune pubblicazioni sui lineamenti giuridici delle attività turistiche, sulla politica di sanità pubblica nell’Unione Europea, sulle attività sportive in rapporto al diritto comunitario, sulle politiche europee del dialogo sociale ed interculturale;
- iniziative su temi della pace, solidarietà e dei diritti umani, e della Costituzione Europea.

- campagne di informazione, comunicazione e divulgazione del testo della Costituzione Europea e della Carta dei diritti fondamentali presso le Università, i centri di ricerca, gli istituti scolastici e le biblioteche;

- organizzazione di *stages*, di una sezione web dedicata al Polo e la messa a disposizione di un punto-antenna presso “Teca del Mediterraneo” per la raccolta di documentazione comunitaria e la promozione di seminari e workshop.

Responsabile del *Polo Euromediterraneo “Jean Monnet”* è il Prof. Cosimo Notarstefano.

