La *ratio* ispiratrice della strategia dell'Unione europea in materia di sanità mira a garantire un approccio coerente alla salute in tutti i settori della politica comunitaria. Essa comprende un nuovo quadro d'azione nel settore della sanità pubblica ed al suo centro c'è un nuovo programma di azione, proposto dalla Commissione europea nel maggio 2000 ed attualmente in discussione al Parlamento europeo e al Consiglio. Il nuovo piano si concentrerà su tre operazioni prioritarie, con obiettivi e settori d'attività specifici:

1) - migliorare l'informazione e le conoscenze in materia di sanità.
2) - rispondere rapidamente alle minacce per la sanità.
3) - tenere conto dei determinanti sanitari.

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. Solo un'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più sani e sicuri, servizi pubblici più equi, e ambienti più igienici e accoglienti.

L'Unione europea sembra avere accolto questi orientamenti e inizia a dimostrare anche che 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.

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 anche non sanitari, e 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 derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti per l'individuo e per la stessa collettività.

Cosimo Notarstefano è Jean Monnet Professor di "Politica dell'Unione Europea in materia di Sanità Pubblica" presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia e di "Politica di Coesione Economica e Sociale" presso il Politecnico di Bari e l'Università degli Studi di Lecce.

nuovocentrostampa - 080.397.51.41

AZIONE JEAN MONNET
MODULO EUROPEO

COMUNITÀ DELLE UNIVERSITÀ
MEDITERRANEE

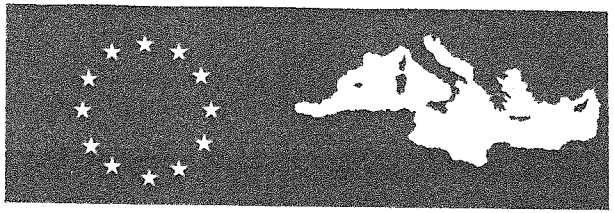
PROGRAMMA
MEDITERRANEO

FACOLTÀ DI MEDICINA
E CHIRURGIA

LA POLITICA DELLA SANITÀ PUBBLICA NELLA UNIONE EUROPEA: STATO ATTUALE E LINEE EVOLUTIVE

a cura di Cosimo Notarstefano

Prefazione Prof. Luigi Ambrosi



AZIONE JEAN MONNET
MODULO EUROPEO

COMUNITÀ DELLE UNIVERSITÀ
MEDITERRANEE

PROGRAMMA
MEDITERRANEO

FACOLTÀ DI MEDICINA
E CHIRURGIA

LA POLITICA DELLA SANITÀ PUBBLICA NELLA UNIONE EUROPEA: STATO ATTUALE E LINEE EVOLUTIVE

a cura di Cosimo Notarstefano

Prefazione Prof. Luigi Ambrosi

Prefazione

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

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 dei prossimi anni i quali, peraltro, vedranno un allargamento dell'Unione Europea a Stati che certamente non hanno raggiunto in termini di qualità della Sanità pubblica i livelli attuali degli Stati membri.

Va pertanto apprezzato 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 del 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 europei.

Prof. Luigi Ambrosi

Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Foggia
Presidente Comunità Università Mediterranee

Introduzione: l'"Azione Jean Monnet".

La Commissione europea sin dal 1989 (all'epoca l'organismo competente era la Direzione generale X, Informazione, Comunicazione, Cultura, Audiovisivo, Informazione Istituzionale, Ambienti universitari) ha varato una interessante iniziativa nota come Azione Jean Monnet "Insegnamenti sull'Integrazione europea nelle Università".

Trattasi di una specifica azione comunitaria 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 (costruzione dell'Europa comunitaria ed i suoi sviluppi istituzionali, giuridici, politici, economici e sociali) per mezzo di finanziamenti di avviamento.

Tale iniziativa riguarda le discipline delle Scienze Umane nelle quali gli sviluppi comunitari occupano una parte sempre più importante (diritto comunitario, integrazione economica europea, integrazione politica europea, storia della costruzione europea) ed è condotta fin dall'inizio in collaborazione diretta con le autorità universitarie attraverso il Consiglio Universitario per l'Azione Jean Monnet che è composto (quale organo accademico indipendente che assiste la Commissione europea nella realizzazione del progetto, selezione delle candidature, verifica accademica dei progetti selezionati e animazione delle reti dei Professori Jean Monnet) 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.

Dal 1989, l'Azione Jean Monnet ha contribuito alla costituzione negli Stati membri di molteplici nuovi progetti universitari d'insegnamento sull'integrazione europea (di cui 70 Poli europei, 528 Cattedre Jean Monnet, 800 tra Corsi permanenti e Moduli europei). Parallelamente all'Azione Jean Monnet, le stesse università hanno intrapreso, nel corso di quest'ultimo decennio, degli sforzi considerevoli per adattare i loro corsi e per fare in modo che i loro studenti siano preparati al nuovo ambiente europeo.

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.

La sovvenzione riguarda il costo di attività accademiche svolte nell'àmbito del Modulo Europeo come seminari, tavole rotonde, conferenze e attività di ricerca nel settore dell'integrazione europea.

L'iniziativa che in questi ultimi anni è principalmente destinata a studenti che non sono normalmente coinvolti nello studio dalle quattro discipline prioritarie (Diritto comunitario, Integrazione economica europea, Integrazione politica europea, Storia della costruzione europea), quali gli studenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze, Lettere, Lingue, Architettura, ha visto ottenere un prestigioso riconoscimento per l'Ateneo di Foggia con l'attivazione per l'Anno accademico 2001-2002 del Modulo Europeo Jean Monnet di "Politica dell'Unione Europea in materia di Sanità Pubblica".

L'attivazione quale insegnamento integrativo al 6° Anno del Piano di Studi della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia del Modulo Europeo Jean Monnet costituisce un importante riconoscimento e riferimento per le risorse scientifiche e umane legate allo studio e alla ricerca dell'integrazione europea consentendo di promuovere sinergie e nuove attività.

Il Programma del Modulo Jean Monnet previsto si articola in seminari che rappresentano una fondamentale opportunità di:

1) diffusione delle conoscenze relative

- al ruolo della Unione Europea

- alla base giuridica esistente e alla evoluzione delle attività della U.E. in materia di sanità pubblica dopo il Trattato di Maastricht

- alla esperienza acquisita con l'adozione del programma di Sanità Pubblica 1996-2000

- allo stato di salute in seno all'Unione Europea

2) approfondimento delle sfide che dovranno affrontare gli Stati membri in termini di spese sanitarie, tendenze demografiche, evoluzioni tecnologiche e dei sistemi sanitari, lavoro;

3) esame e dibattito sui risultati del programma-quadro vigente, sui futuri orientamenti della politica comunitaria finalizzata al miglioramento della salute previsto dal nuovo programma generale nel campo della sanità pubblica.

Prof. Cosimo Notarstefano

Foggia, novembre 2001

INDICE

PARTE PRIMA

SANITÀ PUBBLICA E UNIONE EUROPEA IN UN CONTESTO GIURIDICO IN EVOLUZIONE

CAPITOLO I

LE INIZIATIVE COMUNITARIE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

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

In generale, lo stato di salute della popolazione comunitaria presenta alcune caratteristiche confortanti se consideriamo che nel corso di questi ultimi trenta anni l'aspettativa di vita al momento della nascita è aumentata di circa 5 anni e mezzo per le donne e di quasi 5 anni per gli uomini. Una donna nata nel 1995 può prevedere di vivere bene per oltre 80 anni, un uomo per quasi 74.
Un altro importante indicatore della salute costituito dal tasso di mortalità infantile comunitario, nel periodo intercorrente dal 1970 al 1992, si è più che dimezzato, scendendo a meno di 10 decessi su 1000 nati vivi (le differenze tra gli stessi Stati membri sono diminuite). Nel medesimo periodo, la mortalità materna è rapidamente scesa a 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. Ma, nonostante il perseguimento di tali risultati, restano evidenti alcune problematiche sanitarie che necessitano interventi programmatici a livello comunitario. Tra le maggiori preoccupazioni possiamo annoverare 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 inadeguata, ecc., 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[1]

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 - i tassi di mortalità e di morbilità risultano essere sensibilmente più elevati[2].
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 stimano 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 prestatori di cure.

Le precedenti considerazioni ci inducono alla 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. Diversi fattori, incidendo sia sull'offerta che sulla domanda di servizi medico-sanitari, hanno contribuito all'aumento della spesa sanitaria.

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 30 anni le spese per l'assistenza sanitaria cresceranno almeno di una percentuale variante tra l'1% e il 3% rispetto al PIL. Il problema, quindi sarà aggravato dalla riduzione delle dimensioni delle famiglie e dal numero crescente di nuclei familiari piccoli o di *single*, 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, ed il loro impatto è un fattore importante 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 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.
In questo contesto una tendenza incoraggiante 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.[3] 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). - L'evoluzione degli interventi dell'Unione europea in materia di sanità pubblica.

L'Unione europea si occupa di problematiche sanitarie da oltre quattro decenni. 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 prevedendo diverse disposizioni relative alla limitazione della libera circolazione delle merci per motivi di salute nonché alla salute e sicurezza dei lavoratori.
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 annoverava 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 ha manifestato un interesse particolare che si è accresciuto nel corso degli 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-istituzionale che necessitano di una pianificazione pluriennale).
- Il Parlamento europeo agli inizi degli anni '80 ha adottato 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 ha adottato 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 ha regolarmente emesso pareri su questioni sanitarie quali: la medicina del lavoro, le sostanze e le preparazioni pericolose, il cancro di origine professionale, la prevenzione dell'inquinamento da amianto, la promozione e l'educazione sanitaria, le vaccinazioni ed i controlli periodici, le attività contro il cancro e l'AIDS, l'anno europeo degli anziani, la trasparenza dei prezzi dei prodotti farmaceutici, la tossicologia.

Tuttavia è solo in concomitanza con l'entrata in vigore il 1° novembre 1993 del Trattato di Maastricht, con le sue nuove disposizioni in materia di sanità pubblica, che l'Unione europea viene definitivamente legittimata a sviluppare una strategia coerente in materia di sanità pubblica.
Difatti all'articolo 3 si attribuisce all'Unione europea il nuovo 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 definisce ulteriormente un quadro dettagliato per lo svolgimento di attività comunitarie in materia di sanità pubblica volte al perseguimento di tale obiettivo prioritario. Le principali disposizioni dell'articolo sostanzialmente indicano che:
- la Comunità contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione;
- l'azione comunitaria in materia di tutela della salute dovrebbe concentrarsi sulla prevenzione delle malattie;
- le attività comunitarie nel campo della sanità pubblica dovrebbero concentrarsi in particolare sui grandi "flagelli", compresa la tossicodipendenza;
- in questi settori, la Comunità deve cooperare con altre organizzazioni attive nel settore.
L'articolo prevede anche l'adozione di misure di incentivazione, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative degli Stati membri, e di raccomandazioni, rammentando che le esigenze di protezione della salute costituiscono una componente rilevante delle altre politiche comunitarie.
Oltre all'articolo 129, nel Trattato di Maastricht vi sono diversi altri articoli correlati alla salute. Trattasi in particolare:
- 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.
Ma il ruolo dell'Unione europea in materia di sanità pubblica è stato ulteriormente definito con la Comunicazione della Commissione relativa al quadro di azione nel campo della sanità pubblica del 24 novembre 1993 che ha dettato alcuni criteri utili per assicurare che le azioni comunitarie in materia di sanità pubblica rispettino pienamente i principi di sussidiarietà, di proporzionalità e di trasparenza e che il lavoro intrapreso assicuri un valore aggiunto alle attività degli Stati membri.

Da tener presente che gli Stati membri decidono sui principi e sull'organizzazione dei loro sistemi sanitari, ognuno dei quali è diverso (e riflette la diversità delle necessità e delle culture).
Tuttavia, gli Stati membri hanno adottato 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[4].
Per quanto riguarda la salute, esse prevedono l'accesso alle cure sanitarie necessarie e alle misure di prevenzione delle malattie ad ogni persona risiedente sul territorio dello Stato membro nonché lo sviluppo di un sistema di assistenza sanitaria di qualità, adeguato all'evoluzione delle necessità della popolazione; in particolare, le linee guida prevedono servizi per la riabilitazione delle persone convalescenti e servizi nel campo della maternità; inoltre, secondo la raccomandazione, i lavoratori dipendenti che interrompono il loro lavoro per malattia o maternità devono beneficiare di una protezione sociale adeguata.

CAPITOLO II

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

Nell'ambito del quadro di azione per la sanità pubblica definito nella relativa Comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993[5] sono stati 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)[6];

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)[7];

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)[8];

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)[9];

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)[10];

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) [11];

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)[12];

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)[13].

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

La 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) 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).

La Decisione n. 646/96/CE del 29 marzo 1996, che adotta un piano d'azione contro il cancro nell'ambito del programma quadro per la sanità pubblica (1996-2000) è 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 specifici 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 comportano 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 è 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, è altresì prevista secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA, e in conformità delle procedure da convenire con questi paesi).

La 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), intende 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 sono:
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.

La 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) intende 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 articolano 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), predilige 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).

La 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), si prefigge di contribuire alla creazione di un sistema comunitario di monitoraggio sanitario che consenta di:
a) misurare stato, tendenze e determinanti della salute nell'insieme dell'U.E.;
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 vengono 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, e 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 è riservata al rispetto della coerenza e della complementarità fra le azioni da attuare 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.

La 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), 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.

La 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), mira a garantire, in coordinamento con altre misure comunitarie, un livello elevato di protezione sanitaria contro le malattie rare migliorando le conoscenze in materia, in particolare 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, ed assicurando una gestione adeguata dei raggruppamenti, nonché favorendo la sorveglianza delle malattie rare.
Le azioni previste da tale programma intendono:
1). 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.
2). 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.
3). 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.
4). 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.

La 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), mira 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 possono 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[14];
- intrapreso nuove iniziative sul fumo, quali una comunicazione sul ruolo attuale e di prospettiva della Comunità nel combattere il consumo di tabacco[15] 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[16];
- intrapreso un'analisi completa sulle radiazioni non ionizzanti;
- prodotto relazioni periodiche, segnatamente sullo stato di salute nella Comunità[17], 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[18] (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. Per esempio, la Commissione ha presentato una seconda proposta modificata per un quinto programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico 1998-2002. 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. Del pari, 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 [19];
- 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 [20];
- 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 [21].

NOTE

[1] Eurostat, Statistiche della mortalità.
[2] COM(2000) 285 def. del 16.5.2000.
[3] Raccomandazione del Consiglio del 27.7.1992.
[4] G.U.C.E. L 19 del 22.1.1997, pag. 25.
[5] COM(93) 559 del 24.11.1993.
[6] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 1.
[7] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 9.
[8] G.U.C.E. L 95 del 16.4.1996, pag. 16.
[9] G.U.C.E. L 19 del 22.1.1997, pag. 25.
[10] G.U.C.E. L 193 del 22.7.1997, pag. 1.
[11] G.U.C.E. L 46 del 20.2.1999, pag. 1.
[12] G.U.C.E. L 155 del 22.6.1999, pag. 1.
[13] G.U.C.E. L 155 del 22.6.1999, pag. 7.
[14] COM(96)78 def. del 7.3.1996.
[15] COM(96)609 def. del 18.12.1996.
[16] COM(97)605 def. del 17.11.1997.
[17] COM(95)357 del 19.7.59 e COM(97)224 def. del 22.5.97.
[18] COM(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.
[19] G.U.C.E. L 203 del 21.7.1998, pag. 14.
[20] G.U.C.E. L 268 del 3.10.1998, pag. 1.
[21] G.U.C.E. L 199 del 30.7.1999, pag. 59.

PARTE SECONDA

LA FUTURA POLITICA COMUNITARIA IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

CAPITOLO I

GLI ORIENTAMENTI COMUNITARI DEL NUOVO PROGRAMMA DI AZIONE 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 :
- 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 introdotte nel paragrafo 4, che tratta delle 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 quest'articolo (e dunque 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 vi è un ambizioso programma d'azione, rappresenta un importante impegno e dimostra che la Commissione attribuisce alla sanità pubblica uno spazio importante 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 sanità pubblica vengono comunque perseguiti tramite altre disposizioni normative.
I principali articoli del Trattato concernenti la protezione della salute, oltre agli articoli 152 e 3, 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, vale a dire i fondi strutturali e il 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 di 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]. Tale comunicazione 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 per dare attuazione alle disposizioni del nuovo Trattato, sostenere lo sviluppo di strumenti giuridici e strategie, far fronte alle nuove sfide tenendo conto delle esperienze maturate in precedenza.
Gli obiettivi generali individuati nel programma tendono a:
- migliorare lo stato d'informazione e di conoscenza ai fini dello sviluppo della sanità pubblica e 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 coadiuverà 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. Essa contiene disposizioni rivedute sul contenuto delle sigarette e sull'etichettatura dei prodotti, introduce un limite sul tenore di nicotina e di monossido di carbonio delle sigarette e propone restrizioni quanto alla descrizione del prodotto, oltre a imporre la dichiarazione degli additivi del tabacco. (il programma nel campo della sanità pubblica affronterà il problema del fumo inteso quale importante determinante della salute e recherà un sostegno alle misure di prevenzione in questo ambito).

Sono 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 dovranno dettagliare le precipue esigenze sul piano sanitario e, 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 valutare le proposte politiche e la loro attuazione (alcune iniziative comunitarie potrebbero essere selezionate con metodologie di valutazione d'impatto approfondita).
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 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 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 prevede difatti la disciplina della:
- libera circolazione degli operatori sanitari in materia di riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali;
- 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 aveva già proposto 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. 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 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.

Ora, dato che i primi programmi in materia di sanità pubblica sono già scaduti dalla fine del 2000 e per evitare un vuoto nella politica comunitaria in un settore tanto importante, è stata adottata la Decisione n. 521/2001/CE[9] del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2001 che proroga 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 modifica dette decisioni.
In sostanza, mentre vengono esaminate la nuova strategia e le proposte per un nuovo programma generale nel campo della sanità pubblica, gli attuali programmi di questo settore in scadenza vengono prorogati fino al 31 dicembre 2002, prevedendo una ripartizione annuale della dotazione finanziaria per la loro esecuzione (da ricordare che i restanti programmi d'azione comunitaria sulle malattie rare e sulla prevenzione delle lesioni personali scadranno nel 2003).
Affinché il passaggio dalle azioni comunitarie dei programmi esistenti al programma globale in materia di sanità pubblica, che è in fase di adozione, avvenga senza difficoltà ed in modo efficace, è stato recentemente pubblicato l'Invito a presentare proposte per la dotazione finanziaria relativa all'anno 2002[10]. Nell'applicazione di questi programmi, la Commissione garantirà che le azioni effettuate siano 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 comporterà l'abrogazione della serie attuale di otto programmi).

L'applicazione degli attuali programmi di sanità pubblica si baserà su:
– azioni descritte dettagliatamente negli allegati alle otto decisioni che stabiliscono i programmi suddetti;
– programmi di lavoro annui definiti nell'ambito di ciascun programma;
– orientamenti generali del nuovo programma globale di azione nel settore della sanità pubblica proposto dalla Commissione;
– accordi, criteri e procedure per la scelta e il finanziamento dei progetti.
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 fornirà 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.
I progetti presentati dagli organi e dalle organizzazioni competenti dei paesi candidati possono essere finanziati a condizione che gli strumenti giuridici che permettono la loro partecipazione ai programmi comunitari aperti ai paesi candidati siano già stati adottati e che siano stati conclusi gli accordi che stabiliscono le modalità della loro partecipazione.
Saranno privilegiati quei progetti che recheranno un valore aggiunto effettivo alla Unione europea in termini di:
- attività che comportano 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 producono economie importanti a livello europeo;
- attività in grado di essere applicate in altri Stati membri.
Saranno considerati prioritari progetti su larga scala metodologicamente importanti e in grado di apportare un contributo reale al raggiungimento degli obiettivi dei programmi nell'ambito della strategia sanitaria e della politica di sanità pubblica dell'Unione europea.
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.

Al fine di evitare duplicazioni e promuovere sinergie, si terrà 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.

CAPITOLO II

LA DIMENSIONE INTERNAZIONALE DELLA POLITICA COMUNITARIA DI SANITÀ PUBBLICA E LA SFIDA DELL'ALLARGAMENTO DELL'UE

1).- La dimensione internazionale della politica comunitaria di sanità pubblica.

La dimensione internazionale della politica sanitaria comunitaria viene inequivocabilmente sancita dall'articolo 152, 3°comma del Trattato che afferma: "La Comunità e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica". Non è quindi casuale la previsione, inserita già nel progetto di decisione concernente il nuovo programma quadro di sanità pubblica, di consentire ai paesi associati dell'Europa centrale e orientale (definiti con l'acronimo PECO), a Cipro, a Malta e alla Turchia, nonché ai paesi dell'EFTA (European Free Trade Association) di partecipare attivamente alla realizzazione di quelle iniziative che li aiuteranno ad affrontare gli importanti problemi sanitari cui si trovano confrontati. Il periodo precedente l'entrata in vigore del programma è caratterizzato da intensi e proficui contatti intercorsi con i paesi candidati per assicurare che, nei limiti del possibile, le grandi linee della strategia comunitaria in materia di sanità rispecchino i loro bisogni e le loro preoccupazioni.
Particolare attenzione è rivolta a favorire la cooperazione con altri paesi intensificando l'uso di meccanismi quali il Partenariato euromediterraneo, l'Agenda transatlantica, la dimensione nordica per le politiche dell'Unione, la partnership e la cooperazione con la Russia.
L'articolo 152 del Trattato, incoraggiando la cooperazione con le principali organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, intende avvalersi in *primis* del contributo tecnico-scientifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che svolge un ruolo centrale nell'affrontare su scala mondiale le minacce per la salute. La cooperazione riguarda una serie di politiche comunitarie (in tal senso si è raggiunto un accordo politico per rafforzare le relazioni con l'OMS sulla base di un nuovo scambio di lettere ed i lavori nel merito sono ora in fase avanzata). L'OMS sta attualmente aggiornando i propri Regolamenti sanitari internazionali e gli obiettivi in materia di "Salute per tutti".
Vi è inoltre una crescente cooperazione con l'UNFPA nell'attuazione del programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (Il Cairo 1994).
Le relazioni della Comunità con il Consiglio d'Europa in virtù dell'articolo 303 del Trattato e con l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (O.C.S.E.) in virtù dell'articolo 304, nonché quelle con le pertinenti Agenzie delle Nazioni Unite vengono ulteriormente rafforzate. Difatti, l'OCSE

recentemente ha prodotto una documentazione e una base dati sulla sanità e sui costi sanitari e il Consiglio d'Europa sta svolgendo lavori in diversi settori relativi alla sanità pubblica, tra cui i prodotti farmaceutici, le droghe e le questioni bioetiche.
I temi attinenti alla sanità svolgono un ruolo importante nelle relazioni della Comunità verso i paesi terzi, nella cooperazione allo sviluppo come nelle attività di aiuto umanitario.
I problemi sanitari nei paesi terzi possono avere conseguenze per la salute della popolazione comunitaria. È quindi necessario rafforzare le iniziative miranti a una sorveglianza globale a livello epidemiologico nonché i meccanismi volti a reagire rapidamente alle minacce sanitarie, nonché aiutare i paesi in via di sviluppo a migliorare i loro sistemi sanitari.
Attualmente una serie di attività collegate alla salute si svolgono ad esempio nel contesto dell'Accordo sullo spazio economico europeo, della Cooperazione euromediterranea e nel quadro del G7.
Inoltre il Gruppo di lavoro UE-USA sta prendendo in considerazione una cooperazione in materia di sorveglianza globale e di risposta alle malattie infettive. I risultati di tali azioni si inseriranno nella politica comunitaria in materia di sanità pubblica.
Gli accordi tra la Comunità e i paesi terzi costituiscono il tassello utile per affrontare le malattie presenti in tali paesi, per contribuire a creare condizioni socioeconomiche favorevoli a una migliore salute e per istituire sistemi sanitari in grado di erogare le cure necessarie alla popolazione (in modo tale da proteggere anche i cittadini della Comunità).
Da non ignorare che in virtù dell'articolo 177 del Trattato, l'Unione europea cerca di favorire la lotta contro la povertà nei paesi in via di sviluppo e, in tale contesto, la politica sanitaria è particolarmente importante nell'ambito delle strategie volte a ridurre la povertà quale elemento chiave della politica comunitaria complessiva in materia di sviluppo.
Per concludere si segnala che lo IOM (International Organisation for Migration / Organizzazione mondiale dell'emigrazione) ha cooperato con la Banca mondiale su questioni attinenti la sanità e l'emigrazione. L'ONUAIDS ha organizzato programmi sulle malattie trasmissibili e sull'AIDS.
Il Consiglio d'Europa è stato molto attivo nello sviluppo della cooperazione su materie come la sicurezza del sangue, la prevenzione del consumo di droghe e l'etica (anche taluni paesi terzi quali Canada, Svizzera e USA, sono stati assai attivi nei paesi candidati nei settori della sanità e dell'assistenza sanitaria).

2). - La sfida dell'allargamento dell'U.E.

La sanità rappresenta un fondamentale banco di prova nel quadro delle iniziative previste per la realizzazione del processo di ampliamento dell'Unione europea (si consideri che il settore sanitario rappresenta una quota significativa del PNL di tutti i paesi, e oggi in tutti gli Stati membri si presta un'attenzione crescente alle spese sanitarie).
Nei paesi candidati la situazione sanitaria è influenzata negativamente dalle conseguenze sociali indesiderate scaturite dalla svolta politica (crisi fiscale, aumento delle diseguaglianze sociali, allargamento delle differenze di reddito, aumento del tasso di dipendenza e aumento della criminalità) e da un aumento dei fattori di rischio quali l'alcol, le droghe e l'inquinamento ambientale, nonché dalla crescente prevalenza delle malattie trasmissibili.
Risulta evidente che per migliorare la situazione sanitaria saranno necessari progressi in questi settori.
In base ai più affidabili indicatori sanitari (aspettativa di vita e mortalità infantile) i paesi candidati sono ancora staccati dalla Comunità. Mentre negli anni '70 la differenza di aspettativa di vita tra i paesi candidati e la Comunità era di 2-3 anni in media, oggi è superiore a 6 anni. Molti paesi candidati hanno subito un forte calo dell'aspettativa di vita durante i primi anni '90, anche se la situazione è ormai in miglioramento.
In quasi tutti i paesi candidati la mortalità è significativamente più alta di quella registrata nell'UE (i più importanti fattori di mortalità sono rappresentati dalle malattie dell'apparato circolatorio, malattie cerebrovascolari e il cancro). Anche se la differenza nella mortalità infantile è diminuita, i livelli continuano ad essere significativamente maggiori a quelli dell'UE.
L'alta incidenza di alcune malattie croniche sembra essere legata alla maggiore diffusione di alcuni fattori di rischio, come il fumo, le diete squilibrate, determinati stili di vita e l'inquinamento ambientale.
L'abuso di alcol rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica in quasi tutti i paesi candidati, anche se sembra avere ormai raggiunto il picco; in questi paesi l'alcol è a buon mercato e ne consegue certamente un consumo smodato.
L'abuso di droghe legali e illegali è un fenomeno crescente che desta grande preoccupazione al pari della presenza di un elevato tasso di suicidi e numero di incidenti.
La situazione demografica nei paesi candidati è caratterizzata da un aumento della popolazione assai limitato, e in alcuni casi perfino da una diminuzione (l'effetto a lungo termine sarà un aumento della popolazione anziana).

Da tali considerazioni si evince quanto lo sviluppo della politica della sanità pubblica dovrà tenere conto delle conseguenze dell'ampliamento della Comunità verso l'Europa centrale e orientale.
I problemi sanitari di questi paesi sono sostanzialmente diversi, e spesso più difficili da affrontare, rispetto a quelli degli attuali Stati membri.
In questi paesi gli indicatori principali dello stato di salute differiscono alquanto da quelli negli Stati membri.
Gli ultimi dati disponibili (1995) relativi all'indice di sviluppo umano (IDU) - che combina l'aspettativa di vita, il livello di studi e il PIL corretto - segnano, per i paesi candidati, un arco che va dallo 0,913 allo 0,704; i paesi candidati si situano tra la 23ª e 922ª posizione della classifica mondiale - per gli Stati membri dell'Unione europea l'IDU si situa invece tra lo 0,946 e lo 0,892, e tutti appaiono nei primi 33 posti della classifica-.
Alcuni paesi candidati hanno visto un ribasso drammatico del loro IDU in questi ultimi anni a causa, soprattutto della forte discesa del PIL, che nel frattempo ha però iniziato a risalire, ma anche al calo dell'aspettativa di vita.
Le risorse che vengono destinate a favore della sanità e dell'assistenza sanitaria sono alquanto limitate; il ribasso del PIL e la concorrenza di altre emergenze e priorità durante la fase di transizione lasciano spesso ridotti spazi alle spese per le cure sanitarie.
La quota delle spese sanitarie, in valore assoluto e in percentuale, è assai divergente tra gli Stati membri dell'Unione europea e i paesi candidati.
In questi ultimi paesi bisogna tenere nella giusta considerazione il fatto che le loro strutture per le cure sanitarie richiedono profondi lavori di manutenzione e che l'ammodernamento di strutture di gestione obsolete costituisce un complesso lavoro a lungo termine.
La pressione esercitata sulle risorse esistenti probabilmente crescerà a causa dell'evoluzione demografica, e in particolare della crescita demografica limitata, dell'invecchiamento della popolazione, nonché dell'introduzione di nuove e più costose tecnologie.

La Commissione sta già fornendo sostegno ai paesi candidati i quali devono poter garantire di esser pronti ad attuare le normative in materia sanitaria della Comunità europea (l'*acquis* comunitario), utilizzando meccanismi come il programma PHARE e gli strumenti strutturali.
Inoltre si sta provvedendo ad aprire i programmi comunitari in materia di sanità pubblica alla partecipazione dei paesi candidati, per assisterli nel processo di adeguamento alla politica comunitaria in questo campo.

Già prima della fine degli anni '80 i sistemi sanitari integrati nei paesi candidati iniziarono a soffrire per la mancanza di investimenti e perché i fondi non bastavano per le attività correnti: la quota del bilancio nazionale dedicata al settore sanitario calava.
Attualmente, nell'ambito generale della transizione alla democrazia e ad un'economia di mercato, i paesi candidati devono affrontare importanti sfide.
Alcune delle difficoltà derivano dalla rapida privatizzazione, che ha drasticamente cambiato i sistemi precedentemente esistenti. La maggior parte dei paesi candidati si sono ripresi dall'iniziale grave crisi fiscale, ma anche se il PIL sta di nuovo crescendo la sanità non rappresenta una priorità nella destinazione delle risorse. Malgrado gli importanti sforzi che si stanno compiendo per riformare l'assistenza sanitaria, i progressi sono frenati dai problemi causati da infrastrutture invecchiate e spesso afflitte da cattiva manutenzione, dai sistemi di gestione obsoleti e dalla scarsità delle risorse.
L'aumento degli squilibri sociali (allargamento delle differenze di reddito, emarginazione sociale) e un crescente tasso di dipendenza, l'aumento del consumo di alcol e di tabacco, l'inquinamento ambientale e il crollo della crescita naturale della popolazione causano gravi problemi e crescenti necessità nel settore sanitario. I sistemi sanitari devono diventare economicamente sostenibili e socialmente accettabili, garantendo l'esistenza del dialogo sociale e della partecipazione anche a livello di promozione sanitaria e di prevenzione delle malattie. Alcune delle caratteristiche positive comuni ai sistemi sanitari di tutti gli Stati membri (solidarietà, copertura e accesso generalizzato a un'assistenza sanitaria efficace ed economicamente sostenibile, in altre parole un "sistema europeo di valori comuni") non sono sufficientemente diffuse nella maggior parte dei paesi candidati.
A prescindere dal sistema adottato (tassazione generalizzata, assicurazione nazionale obbligatoria e/o sistemi d'assicurazione privati), dovrebbero essere salvaguardati i seguenti elementi di base:
(i) sistema di valori: approccio solidale in materia di redditi e rischi, mercato opportunamente regolamentato;
(ii) qualità (formazione, licenze, codice etico, tutela dei consumatori);
(iii) redditività; (limitazione dell'offerta, controllo, impegni contrattuali),
(iv) uguaglianza (accesso, finanziamento, ripartizione),
(v) responsabilità finanziaria,
(vi) autoregolamentazione, partecipazione.
Una regolamentazione volta ad assicurare opportuni ed efficienti accorgimenti di garanzia è ancora più necessaria nelle fasi di profondi cambiamenti del sistema, con l'introduzione di meccanismi di mercato.

I sistemi di assistenza sanitaria articolati verticalmente, come quelli che esistevano in passato in tutti i paesi candidati, richiedevano un minor grado di regolamentazione, giacché di norma possedevano strutture di gestione gerarchiche, ed i flussi finanziari erano indipendenti dai risultati.
Ora si rifanno [redacted] al modello degli Stati membri, e le riforme in corso prevedono sistemi meno integrati verticalmente, in linea con gli elementi basilari dei sistemi di assistenza sanitaria dell'UE. Ciò implica la creazione di sistemi di regolamentazione e una forte presenza istituzionale, non ancora adeguatamente sviluppata nella maggior parte dei paesi candidati.
Le riforme dei sistemi sanitari mirano inoltre ad accrescerne l'efficacia, compito non certo facile in un momento di difficile congiuntura economica. L'introduzione indiscriminata di nuove tecnologie rischia di aumentare le difficoltà e di provocare un'inopportuna eliminazione di metodi di cura esistenti, spesso più efficaci e meno costosi. I paesi candidati, come del resto gli Stati membri dell'UE, devono affrontare la sfida dell'introduzione di metodi e cure nuove ed efficaci, badando al contempo a controllare e limitare la fornitura e la distribuzione di cure e metodi non efficaci, o meno efficaci, specie se questi ultimi consumano risorse che potrebbero essere destinate a finanziare i metodi più efficaci. In molti paesi candidati sono state messe a punto strategie quali i metodi di assicurazione della qualità, la fondazione dei risultati su basi scientifiche, le raccomandazioni di pratica clinica (*clinical guidelines*), la gestione delle cure (*managed care*) e la valutazione delle tecnologie, ma tali strategie necessitano di un ulteriore messa a punto.
In linea generale la decentralizzazione nei paesi candidati è considerata un fattore di aumento dell'efficacia e della capacità di reazione - non necessariamente dell'efficienza - grazie a un migliore adattamento dei servizi alle necessità locali. Tuttavia i governi e/o le istituzioni locali non possiedono ancora l'esperienza e le capacità necessarie ad affrontare la crescente complessità del settore sanitario. Il numero di medici impiegati nel settore sanitario è in quasi tutti i paesi candidati più elevato che nell'Unione europea (ma manca la motivazione necessaria, essendo pagati male e spesso, posseggono una formazione strettamente clinica, sono sprovvisti di quelle particolari conoscenze più ampie relative alla gestione della salute, specie per quanto riguarda la limitazione dei costi nei sistemi sanitari moderni).
Inoltre, mentre gli Ordini dei medici hanno svolto un ruolo chiave nell'evoluzione del settore delle cure sanitarie negli Stati membri dell'UE, i loro omologhi dei paesi candidati devono ancora concretizzare tutto il proprio potenziale.

Gran parte dei paesi candidati conserva - pur con risorse via via più scarse - reti di sorveglianza epidemiologica create nel passato.
Tali reti erano dotate di un surplus di personale sottopagato e di attrezzature insufficienti e nel momento in cui i paesi candidati passano a sistemi basati sull'assicurazione sanitaria, vi è il rischio che la sorveglianza epidemiologica venga abbandonata o, qualora mantenuta, debba funzionare con minori risorse ed essere gestita da istituzioni che non hanno nessuna relazione diretta con altre parti del settore sanitario.
Anche se in passato tutti i paesi candidati possedevano sistemi di notificazione obbligatoria per una serie di malattie trasmissibili, alcune delle pratiche adottate nella maggior parte dei sistemi non sono compatibili con le odierne esigenze di confidenzialità, sempre più severe.
Inoltre gli attuali cambiamenti organizzativi nei servizi di assistenza sanitaria probabilmente incideranno sulla comparabilità interna dei dati nella maggior parte dei paesi candidati (i dati epidemiologici disponibili sono spesso obsoleti e poco affidabili; i paesi candidati si stanno sforzando di migliorare i propri sistemi d'informazione, ma non possiedono ancora sistemi di sorveglianza sanitaria efficienti).
Una delle conseguenze più negative dei vecchi sistemi di assistenza sanitaria era la deresponsabilizzazione del cittadino riguardo alla propria salute.
La mancanza di associazioni di cittadini impegnati, a livello nazionale e locale, e di una società civile autonoma (la cui creazione costituisce ancora una sfida da vincere), era allo stesso tempo la causa e il sintomo di una situazione caratterizzata da un atteggiamento passivo riguardo a una serie di problemi che si presumeva dovessero essere risolti esclusivamente dallo Stato.
Un segno sicuramente incoraggiante è dato dal recente emergere di una società civile, e in particolare dalla comparsa di ONG nei settori sanitari e sociali.
Attività di prevenzione delle malattie oltre che iniziative di promozione della salute possono essere efficacemente promosse dalle ONG, che spesso sono attrezzate al meglio per essere più vicine alla situazione e alle necessità locali costituendo una valida risposta alle emergenze socio-sanitarie.
Si tratta di un'evoluzione incoraggiante, che necessita di essere sostenuta anche attrraverso mirate strategie di comunicazione relative alla sanità con la partecipazione dei cittadini al miglioramento della propria salute e di quella degli altri. Il concetto di "società civile" - associazioni di volontari, organizzazioni benefiche o non-profit - e di ONG non esisteva nel vecchio sistema e si diffonde soltanto molto lentamente.

In definitiva, l'Unione europea intende svolgere un importante ruolo riguardo al tema "adesione e sanità".
Opzioni e approcci come quelli elencati qui di seguito potrebbero essere presi in considerazione per affrontare i maggiori temi sanitari correlati all'adesione che dovrebbero essere sottoposti a una revisione permanente, includendone altri eventuali che potrebbero proporsi in futuro in uno o più paesi candidati:
– Elaborazione, da parte di ogni paese candidato, di un piano di azione specifica che potrebbe comportare una valutazione dei principali problemi sanitari da trattare nel quadro dell'adesione nonché una valutazione delle priorità assolute, l'indicazione delle strategie più adeguate da adottare e la fissazione degli obiettivi da raggiungere.
– Relazioni sulla situazione sanitaria nei paesi candidati, complementari a quelle pubblicate regolarmente per l'Unione europea, dedicate, se del caso, a temi sanitari specifici.
– Oltre a trasporre "l'*acquis* comunitario" nella loro legislazione, i paesi candidati devono anche dimostrare di possedere l'infrastruttura necessaria per adempiere agli obblighi che ne derivano (edilizia istituzionale per le istituzioni del settore sanitario, ivi comprese la prevenzione delle malattie e la promozione della salute).
– Scambio d'informazioni sul difficile compito consistente nella dislocazione delle risorse nonché sui settori prioritari per l'investimento. Questi corrisponderebbero ai temi individuati per ciascun paese (servizi d'emergenza, sistemi d'informazione e sorveglianza sanitaria, vaccinazione), e ispirerebbero le decisioni sugli investimenti, sia che si tratti di fondi nazionali che di fondi esterni.
– L'ambiente rappresenta una componente rilevante dell'*acquis* comunitario. Il miglioramento delle condizioni ambientali richiede uno sforzo oneroso e a lungo termine. L'impatto più efficace sulla salute della popolazione potrebbe costituire un criterio importante in occasione della determinazione delle priorità in questo settore.
Naturalmente risulta importante la partecipazione dei vari settori economici e del pubblico e oltre che coinvolgere la ricerca sulle politiche sanitarie come fattore produttivo
– Anche lo sviluppo della ricerca sulla sanità pubblica è un tema importante in vista dell'adesione. La partecipazione dei paesi candidati ai programmi quadro di ricerca comunitari potrebbe essere presa in considerazione sostenendo attivamente la partecipazione degli istituti di ricerca sulla sanità pubblica dei paesi candidati.

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.

CONSIDERAZIONI FINALI

La salute costituisce [redacted] un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale dell'individuo e della collettività quale fondamentale aspetto della qualità della vita.
Tale connotazone veniva affermata durante il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, riunitosi a Ottawa nel novembre 1986, nel quale fu elaborata la Carta per la promozione della salute, documento di alto profilo per la conquista dell'Obiettivo "Salute per Tutti per l'anno 2000 e oltre" dell'OMS. La Conferenza intendeva soprattutto dare una risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute sostenendo 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 capacita 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 quindici anni possiamo riscontrare nelle iniziative intraprese a livello comunitario una sostanziale identità di vedute peraltro avvalorata dalle diposizioni normative dell'art. 152 del Trattato.
Ovviamente i rapidi cambiamenti che vedono coinvolta l'Europa esercitano un profondo e sempre più incisivo impatto sulla vita e relativa salute delle persone. Si avverte maggiormente la necessità di sviluppare una strategia comunitaria in materia di sanità che sia in grado di rispondere sia alle condizioni attuali che alle tendenze emergenti.
Una strategia che deve non solo rispecchiare i nuovi poteri in materia di sanità pubblica conferiti dal Trattato, ma essere anche in grado di affrontare importanti sfide per la salute del pubblico (nell'ambito generale dell'azione della Unione europea nel settore) 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.
Tali azioni tendono a contribuire al miglioramento delle conoscenze, alla valutazione di metodi e pratiche sanitarie al fine di elevarne la qualità e di facilitarne la loro accettabilità, alla valorizzazione ed al sostegno delle azioni di ricerca.

In tale ottica si collocano anche le iniziative che accompagnano la stessa futura politica comunitaria in materia di sanità pubblica, e che riguardano in *primis* le seguenti emergenze sanitarie:
- Malattie cardiovascolari
- Malattie ereditarie
- Malattie derivanti da esposizione ad agenti tossici
- Miglioramento della prevenzione e del trattamento delle intossicazioni acute
- Lotta alla resistenza agli antibiotici
- Lotta alla violenza contro i bambini, gli adolescenti e le donne

Proprio quest'ultima emergenza di notevole rilevanza sociale e civile trova la sua base giuridica nella Decisione n. 293/2000/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 gennaio 2000, relativa ad un programma d'azione comunitaria sulle misure preventive intese a combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne (2000-2003). Il programma noto come DAPHNE, mira ad adottare misure volte a garantire un elevato livello di tutela della salute fisica e psichica proteggendo i bambini, i giovani e le donne dalla violenza (anche sotto forma di sfruttamento e abusi sessuali) mediante la prevenzione e l'assistenza alle vittime, al fine di prevenire in futuro la loro esposizione alla violenza. Rappresenta l'avvio di una cooperazione europea a livello delle ONG e delle organizzazioni di volontariato che svolgono un ruolo fondamentale nella lotta contro la violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne ed offrono spesso servizi che le autorità pubbliche non sono in grado di assicurare o per le quali non hanno la competenza necessaria.

Anche dalla testimonianza dell'adozione del programma DAPHNE viene confermata la *ratio* ispiratrice della strategia dell'Unione europea in materia di sanità che mira a garantire un approccio coerente alla salute in tutti i settori della politica comunitaria. Essa comprende un nuovo quadro d'azione nel settore della sanità pubblica ed al suo centro c'è un nuovo programma di azione, proposto dalla Commissione europea nel maggio 2000 ed attualmente in discussione al Parlamento europeo e al Consiglio.

Il nuovo piano si concentrerà su tre operazioni prioritarie, con obiettivi e settori d'attività specifici:

1) - migliorare l'informazione e le conoscenze in materia di sanità.

Si realizzerà un ampio sistema d'informazione sanitaria che fornirà ai decisori, i professionisti del campo sanitario e al pubblico i principali dati sanitari e le informazioni di cui hanno bisogno (sulle condizioni sanitarie, sui determinanti sanitari e sui sistemi sanitari).

2) - rispondere rapidamente alle minacce per la sanità.

Sarà messo in atto un sistema di risposta rapida ed efficace per affrontare le minacce alla salute pubblica, ad esempio quelle derivanti dalle malattie trasmissibili.

3) - tenere conto dei determinanti sanitari.

Azioni destinate ad affrontare le cause che determinano la cattiva salute, mediante una promozione sanitaria e misure di prevenzione efficaci.

È estremamente importante che i paesi candidati aderiscano al programma quanto prima, in modo da essere pienamente coinvolti nello sviluppo delle azioni e da trarne i benefici sociosanitari inevitabilmente connessi.

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. Solo un'azione comune contribuisce a garantire prodotti e servizi più sani e sicuri, servizi pubblici più equi, e ambienti più igienici e accoglienti.

L'Unione europea sembra avere accolto questi orientamenti e inizia a dimostrare anche che 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.

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 anche non sanitari, e 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 derivano condizioni di vita e di lavoro più sicure, stimolanti, gratificanti per l'individuo e per la stessa collettività.

ALLEGATI

Estratto da Raccolta dei trattati

TRATTATO CHE ISTITUISCE LA COMUNITÀ EUROPEA

PARTE TERZA — POLITICHE DELLA COMUNITÀ

TITOLO XIII (EX TITOLO X)

Sanità pubblica

Articolo 152 (ex articolo 129)

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.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. C 209 del 27/07/2001 pag. 0009 - 0013

COMMISSIONE

INVITO A PRESENTARE PROPOSTE 2002
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE, L'INFORMAZIONE, L'ISTRUZIONE E LA FORMAZIONE (HP/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLA PREVENZIONE DEL CANCRO (CAN/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLA PREVENZIONE DELL'AIDS E DI ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI (SID/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLA PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZA (DRG/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SUL MONITORAGGIO SANITARIO (HM/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLA PREVENZIONE DELLE LESIONI PERSONALI (IPP/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLE MALATTIE RARE (RD/2002)
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA SULLE MALATTIE CONNESSE CON L'INQUINAMENTO (POLL/2002)

(Testo rilevante ai fini dell'SEE[1])

1. CONTESTO

Il 26 febbraio 2001, il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato una decisione sull'estensione del programma di azione comunitaria sulla promozione della salute, l'informazione, l'istruzione e la formazione, il piano d'azione contro il cancro, il programma sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili, il programma sulla prevenzione della tossicodipendenza, il programma sul monitoraggio sanitario e il programma sulle malattie connesse con l'inquinamento[2] . Questi programmi vengono estesi fino al 31 dicembre 2002, mentre i programmi di azione comunitaria sulle malattie rare e sulla prevenzione delle lesioni personali termineranno nel 2003.

Tutti gli otto programmi di azione sulla salute pubblica saranno abrogati dopo l'entrata in vigore del nuovo programma di azione comunitaria sulla salute pubblica.

Nel maggio 2000, la Commissione europea ha presentato una comunicazione sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità (COM(2000) 285 del 16 maggio 2000).

La strategia comunitaria in materia di sanità mira a garantire un approccio coerente alla sanità in tutti i settori della politica comunitaria. Essa comprende un nuovo quadro d'azione nel settore della sanità pubblica ed al suo centro c'è un nuovo programma di azione, proposto dalla Commissione europea nel maggio 2000 ed attualmente in discussione al Parlamento europeo e al Consiglio. Esso si concentrerà su tre operazioni prioritarie, con obiettivi e settori d'attività specifici:

- migliorare l'informazione e le conoscenze in materia di sanità. Si realizzerà un ampio sistema d'informazione sanitaria che fornirà ai decisori, i professionisti del campo sanitario e al pubblico i principali dati sanitari e le informazioni di cui hanno bisogno (sulle condizioni sanitarie, sui determinanti sanitari e sui sistemi sanitari).
- rispondere rapidamente alle minacce per la sanità. Sarà messo in atto un sistema di risposta rapida ed efficace per affrontare le minacce alla salute pubblica, ad esempio quelle derivanti dalle malattie trasmissibili.
- tenere conto dei determinanti sanitari. Azioni destinate ad affrontare le cause che determinano la cattiva salute, mediante una promozione sanitaria e misure di prevenzione efficaci.

2. QUADRO D'AZIONE DEL 2002

Il programma di azione comunitaria concernente la promozione della salute, l'informazione, l'istruzione e la formazione, nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 645/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio[3] ;

il programma "L'Europa contro il cancro" nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 646/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio[4] ;

il programma d'azione comunitaria sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 647/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio[5];

il programma di azione comunitaria sulla prevenzione della tossicodipendenza nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 102/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio[6];

il programma di azione comunitaria sul monitoraggio sanitario nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio[7],

il programma di azione comunitaria sulle malattie connesse con l'inquinamento nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, adottato con la decisione n. 1296/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 1999[8],

sono prorogati fino al 31 dicembre 2002.

Il programma di azione comunitaria sulle malattie rare[9] e il programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali[10] nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica sono validi sino al 31 dicembre 2003.

Nell'applicazione di questi programmi, la Commissione garantirà che le azioni effettuate siano complementari e coerenti con l'ambito e gli obiettivi della strategia comunitaria in materia di sanità e il nuovo programma di sanità pubblica proposto. In seguito all'adozione di questo programma, la serie attuale di otto programmi sarà abrogata.

Ciò considerato, l'applicazione degli attuali programmi di sanità pubblica si baserà su:

– azioni descritte dettagliatamente negli allegati alle otto decisioni che stabiliscono i programmi suddetti;
– programmi di lavoro annui definiti nell'ambito di ciascun programma;
– orientamenti generali del nuovo programma globale di azione nel settore della sanità pubblica proposto dalla Commissione;
– accordi, criteri e procedure per la scelta e il finanziamento dei progetti.

Al fine di promuovere la complementarità dei programmi scelti con gli obiettivi proposti del nuovo programma di sanità pubblica, ciascuno dei programmi di lavoro annui fornirà 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.

I progetti presentati dagli organi e dalle organizzazioni competenti dei paesi candidati possono essere finanziati a condizione che gli strumenti giuridici che permettono la loro partecipazione ai programmi comunitari aperti ai paesi candidati siano già stati adottati e che siano stati conclusi gli accordi che stabiliscono le modalità della loro partecipazione. I richiedenti dei paesi candidati sono perciò invitati a rivolgersi alle autorità competenti del loro paese per avere informazioni in merito alle condizioni vigenti nel loro paese.

3. OGGETTO DELL'INVITO A PRESENTARE PROPOSTE

La Commissione cerca proposte di azione di enti attivi nel settore.

Le parti interessate sono invitate a presentare domanda alla Commissione in conformità alla procedura stabilita al punto 5, tenendo conto dei criteri di selezione e di finanziamento dei progetti stabiliti al punto 4.

Le proposte selezionate dovranno possedere i requisiti necessari per godere dell'assistenza finanziaria comunitaria, in base al principio delle spese ripartite. Si attira l'attenzione dei candidati sul fatto che la Commissione dà la priorità alle azioni di finanziamento che rientrano nell'obiettivo dei programmi di lavoro annui e alle priorità in esso specificate, tenendo conto degli obiettivi generali del nuovo programma per la sanità pubblica sopraindicato.

Ammissibilità dei candidati. Senza pregiudicare le disposizioni dettagliate contenute nei documenti elencati al punto 2, vengono qui di seguito elencate le norme principali che determinano le organizzazioni aventi diritto all'assistenza:
- gli enti giuridici dovranno essere costituiti e registrati in conformità con la legge;
- le organizzazioni commerciali sono ammissibili solo per progetti il cui obiettivo immediato non sia commerciale e assolutamente non a scopo di lucro;
- non sono consentite richieste provenienti da agenzie che agiscono in qualità di intermediari per conto di altri.

4. CRITERI DI SELEZIONE E DI FINANZIAMENTO DEI PROGETTI

La selezione dei progetti presentati nell'ambito dei programmi si basa principalmente sui seguenti criteri:
(1) Progetti corrispondenti a una o più azioni previste negli allegati alle decisioni:
– n. 645/96/CE sulla promozione della salute;
– n. 646/96/CE sull'Europa contro il cancro;
– n. 647/96/CE sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili;
– n. 102/97/CE sulla prevenzione della tossicodipendenza;
– n. 1400/97/CE sul monitoraggio sanitario;
– n. 372/99/CE sulla prevenzione delle lesioni personali;
– n.1295/99/CE sulle malattie rare;
– n.1296/1999/CE sulle malattie connesse con l'inquinamento;
e alle priorità dei corrispondenti programmi annui di lavoro di queste decisioni.
(2) I progetti che recano un valore aggiunto effettivo alla Comunità europea. Si ritiene che le seguenti attività rechino un valore aggiunto:
- attività che comportano 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 producono economie importanti a livello europeo;
- attività in grado di essere applicate in altri Stati membri.
(3) Saranno considerati prioritari progetti su larga scala metodologicamente importanti e in grado di apportare un contributo reale al raggiungimento degli obiettivi dei programmi nell'ambito della strategia sanitaria e della politica di sanità pubblica della Comunità europea.
(4) Saranno considerati prioritari progetti che coinvolgono enti/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) Per evitare duplicazioni e promuovere sinergie, si terrà 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.

5. PROCEDURE, TERMINI E PRESENTAZIONE DELLE PROPOSTE

Non saranno prese in considerazione le proposte che non soddisfano i requisiti indicati qui di seguito:
– devono essere presentate utilizzando il modulo e la scheda riassuntiva disponibili all'indirizzo sottoindicato;
– devono essere inviate per posta, corriere o consegnate direttamente, in triplice copia,

entro il 30 ottobre 2001
al seguente indirizzo:
Programma "Promozione della salute" – Unità G/3
O
Programma "L'Europa contro il cancro" – Unità G/2
O
Programma "AIDS e altre malattie trasmissibili" – Unità G/4
O
Programma "Prevenzione della tossicodipendenza" – Unità G/2
O

Programma "Monitoraggio sanitario" – Unità G/3
O
Programma "Prevenzione delle lesioni personali" – Unità G/3
O
Programma "Malattie rare" – Unità G4
O
Programma "Malattie connesse con l'inquinamento" – Unità G/2
Commissione europea
Direzione generale "Salute e tutela dei consumatori"
Direzione G, Salute pubblica
Edificio EUROFORUM
Ufficio EUFO 4/4297
L 2920 LUSSEMBURGO

Le proposte pervenute alla Commissione dopo il termine suddetto saranno accettate se spedite prima o il giorno stesso della scadenza (fa fede il timbro postale); se inviate per corriere o consegnate direttamente, dovranno essere presentate entro le ore 17.00 (ora locale del Lussemburgo) del giorno suddetto.
Tutta la corrispondenza riguardante il presente invito a presentare proposte dovrà riportare il numero di riferimento HP/2002 o CAN/2002 o SID/2002 o DRG/2002 o HM/2001 o IPP/2002 o RD/2002 o POLL/2002.
I candidati devono utilizzare solo una delle modalità indicate per far pervenire le proposte, presentare un'unica versione (in triplice copia) di qualsiasi proposta e in un'unica occasione.
– Non saranno accettate domande per fax o posta elettronica.
– Le proposte devono essere scritte a macchina e firmate.
– Con la presentazione di una proposta, i candidati accettano le procedure e le condizioni descritte nel presente bando di gara e i documenti che ad esso fanno riferimento.
– In tutta la corrispondenza riguardante il presente invito (p. es. le richieste d'informazioni o la presentazione di una domanda), va fatto riferimento a questo specifico invito e al rispettivo programma di azione comunitaria. Una volta che i servizi della Commissione avranno attribuito un numero di registrazione ad un progetto, tale numero dovrà essere utilizzato dal candidato in tutta la successiva corrispondenza.
– Non saranno prese in considerazione le richieste di cartelle d'informazione e le domande di finanziamento inviate prima della pubblicazione del presente invito a presentare proposte.

6. DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Come guida viene fornito il seguente estratto delle principali disposizioni finanziarie applicate ai progetti:
- Dopo un'adeguata consultazione e selezione dei progetti, la Commissione stabilirà l'importo del finanziamento che sarà concesso in base alle disponibilità di bilancio.
- I progetti sono finanziati in base al principio delle spese ripartite. Se l'importo concesso dalla Commissione è inferiore all'appoggio finanziario richiesto dal candidato, spetta a quest'ultimo trovare finanziamenti supplementari o ridurre i costi globali del progetto senza attenuarne gli obiettivi o il contenuto.
- La Commissione concede una percentuale del costo globale previsto del progetto fino ad un massimo del 70% di costi ammissibili. Se le spese effettive sono inferiori al costo totale previsto, il contributo della Commissione verrà ridotto in proporzione alla differenza tra il costo effettivo del progetto e il costo stimato. Qualora le spese siano superiori al costo totale previsto, la Commissione pagherà al massimo la somma equivalente alla percentuale concessa in base al bilancio iniziale allegato all'accordo.
- La durata dei progetti è compresa normalmente tra 1 e 2 anni. Costi ammissibili e non ammissibili: senza pregiudicare le disposizioni più dettagliate contenute nei documenti elencati al punto 2, le principali categorie di spese ammissibili e non ammissibili sono le seguenti:
(1) Costi ammissibili: spese per il personale, di viaggio, vitto e alloggio; attrezzature, oneri per servizi finanziari; costi di cancelleria e forniture; costi di servizi connessi con i costi ammissibili; subappalto (solo se menzionato nell'accordo); costi di divulgazione delle informazioni;
(2) Costi non ammissibili: costi in capitale fissi, disposizioni generali, debiti, interessi pagati, debiti di

dubbia natura, perdite di cambio, spese stravaganti e contributi in natura.
Il quadro finanziario
Gli stanziamenti annui sono autorizzati dall'autorità di bilancio entro i limiti delle prospettive finanziarie.
A titolo indicativo e senza pregiudicare le procedure di applicazione che seguiranno, si prevede che gli stanziamenti d'impegno e il numero di progetti sostenuti nel 2001 per i vari programmi di azione comunitaria saranno di circa:
– 7,053 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sulla promozione della salute, l'informazione, l'istruzione e la formazione; 10-14 progetti con un importo tra 300.000 e 700.000;
– 12,85 milioni di euro per il programma "L'Europa contro il cancro"; 8-10 progetti con un importo tra 500.000 e 2.000.000;
– 9,74 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sulla prevenzione dell'AIDS e di talune altre malattie trasmissibili; 10-15 progetti con un importo tra 150.000 e 1.000.000;
– 5,22 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sulla prevenzione della tossicodipendenza; 10-15 progetti con un importo tra 350.000 e 700.000.
– 4,4 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sul monitoraggio sanitario; 10-12 progetti con un importo tra 300.000 e 500.000.
– 2,7 milioni euro per il programma di azione comunitaria sulla prevenzione delle lesioni personali; 15-20 progetti con un importo tra 100.000 e 150.000.
– 1,3 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sulle malattie rare; 10-12 progetti con un importo tra 100.000 e 150.000.
– 1,3 milioni di euro per il programma di azione comunitaria sulle malattie connesse con l'inquinamento; 5-8 progetti con un importo tra 200.000 e 400.000.
La selezione di una domanda non impegna la Commissione a concedere l'intero importo richiesto dal candidato. La sovvenzione non supererà in alcun caso l'importo richiesto.
7. INFORMAZIONI PRATICHE
Una cartella con tutta la documentazione necessaria per presentare la domanda è disponibile dietro richiesta scritta (lettera o fax: 00352 4301 34511) all'indirizzo indicato al punto 5. (Si ricorda che il modulo di domanda, vari altri documenti e alcune informazioni aggiuntive sono disponibili e possono essere trasferiti dal seguente sito web: http://europa.eu.int/comm/health/index_en.html).
La documentazione comprende:
(a) la proposta del nuovo programma globale di azione in materia di salute pubblica presentato dalla Commissione per l'approvazione del Parlamento europeo e del Consiglio;
(b) la decisione che stabilisce i programmi indicati;
(c) il progetto del programma di lavoro annuale con indicazione delle priorità per il 2002;
(d) il progetto di norme, criteri e procedure per la scelta e il finanziamento dei progetti;
(e) il modulo di domanda accompagnato da una scheda riassuntiva;
(f) il vademecum sulla gestione delle sovvenzioni;
(g) altre informazioni pertinenti, se necessarie.

1 Soggetto al fatto che la decisione del Comitato congiunto SEE sia in vigore, il presente invito a presentare proposte è aperto, sulla stessa base degli Stati membri, ai paesi EFTA-SEE (Norvegia, Islanda e Liechtenstein)
2 Decisione n. 521/2001/EC, GU L 79, 17.3.2001, p. 1
3 GU L 95, 16.4.1996, p.1
4 GU L 95, 16.4.1996, p. 9
5 GU L 95, 16.4.1996, p. 16
6 GU L 19, 22.1.1997, p. 25
7 GU L193, 22.7.1997, p. 1
8 GU L155, 22.6.1999, p.7
9 GU L155, 22.6.1999, p. 1
10 GU L46, 20.2.1999, p. 1

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 079 del 17/03/2001 pag. 0001 - 0007

Decisione n. 521/2001/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2001 che proroga 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 modifica dette decisioni

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 152,
vista la proposta della Commissione(1),
visto il parere del Comitato economico e sociale(2),
previa consultazione del Comitato delle regioni,
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 251 del trattato(3),
considerando quanto segue:
(1) Taluni programmi d'azione comunitari concernenti la sanità pubblica vengono a scadenza entro breve termine.
(2) I seguenti programmi e piani d'azione comunitari scadono alla fine del 2000:
- il programma concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria, adottato con la decisione n. 645/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(4),
- il piano d'azione contro il cancro, adottato con la decisione n. 646/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(5),
- il programma sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili, adottato con la decisione n. 647/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(6),
- il programma in materia di prevenzione della tossicodipendenza, adottato con la decisione n. 102/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(7).
(3) I seguenti programmi scadono alla fine del 2001:
- il programma in materia di monitoraggio sanitario, adottato con la decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(8),
- il programma sulle malattie connesse con l'inquinamento, adottato con la decisione n. 1296/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(9).
(4) Il Consiglio, nella risoluzione dell'8 giugno 1999 concernente la futura azione della Comunità nel settore della sanità pubblica(10), ha sottolineato la necessità di assicurare la continuità dell'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica vista l'imminente scadenza degli attuali programmi.
(5) La Commissione, nella sua comunicazione del 15 aprile 1998 al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sullo sviluppo della politica della sanità pubblica nella Comunità europea ha segnalato che gli attuali programmi in materia di sanità pubblica giungeranno a scadenza dalla fine del 2000 in poi e ha sottolineato la necessità di evitare un vuoto nella politica comunitaria in un settore tanto importante. Il dibattito suscitato da tale comunicazione ha trovato le istituzioni comunitarie concordi nel ritenere opportuna l'elaborazione di una nuova strategia in campo sanitario con un programma d'azione globale.
(6) Mentre vengono esaminate la nuova strategia e le proposte per un nuovo programma generale nel campo della sanità pubblica, gli attuali programmi in questo settore dovrebbero essere prorogati fino alla fine del 2002, per evitare interruzioni dell'azione comunitaria prevista da detti programmi.
(7) Per i programmi che scadono il 31 dicembre 2000 è opportuno prorogare su base annua per due anni successivi, rispettivamente per il periodo dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2001 e per il periodo dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2002, nonché una ripartizione annuale della dotazione finanziaria per la loro esecuzione.
(8) Affinché il passaggio dalle azioni comunitarie dei programmi esistenti al programma globale in materia di sanità pubblica, che è in fase di adozione, avvenga senza difficoltà ed in modo efficace, è opportuno che la presente decisione di proroga garantisca, al momento di fissare la dotazione finanziaria relativa al periodo di proroga, una ripartizione equilibrata del sostegno finanziario fra i diversi programmi d'azione.

(9) La presente decisione dovrebbe essere abrogata a decorrere dalla data di entrata in vigore di una nuova decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica.
(10) L'accordo sullo Spazio economico europeo (SEE) consente un potenziamento della cooperazione nel campo della sanità pubblica tra la Comunità europea e i suoi Stati membri da un lato, e i paesi dell'Associazione europea di libero scambio aderenti allo Spazio economico europeo (paesi EFTA/SEE) dall'altro. Occorre adottare disposizioni che consentano la partecipazione a questi programmi dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli aggiuntivi e nelle decisioni dei rispettivi Consigli di associazione, e inoltre di Cipro, mediante stanziamenti supplementari secondo procedure da convenire con detto paese, nonché di Malta e della Turchia, mediante stanziamenti supplementari in forza delle disposizioni del trattato.
(11) Nel prorogare i programmi si dovrebbe tenere conto della comunicazione della Commissione, del 15 giugno 2000, al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità, delle conclusioni del Consiglio del 26 novembre 1998(11) relative al futuro quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica, della risoluzione del Consiglio dell'8 giugno 1999 concernente la futura azione della Comunità nel settore della sanità pubblica(12), della risoluzione del Parlamento europeo del 10 marzo 1999(13), del parere del Comitato economico e sociale del 9 settembre 1998(14) e del parere del Comitato delle regioni del 19 novembre 1998(15). Si dovrebbe inoltre tener conto della relazione intermedia della Commissione del 14 ottobre 1999 al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sull'attuazione dei programmi d'azione comunitari per la prevenzione del cancro, dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili, nonché in materia di prevenzione della tossicodipendenza nel quadro dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica e della relazione interlocutoria della Commissione del 22 marzo 2000 al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni sull'attuazione del programma d'azione comunitaria concernente la promozione della salute, l'istruzione, l'informazione e la formazione.
(12) La presente decisione stabilisce per il periodo di proroga dei programmi d'azione una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nell'ambito della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale ai sensi del punto 33 dell'accordo interistituzionale del 6 maggio 1999 tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione sulla disciplina di bilancio e il miglioramento della procedura di bilancio(16).
(13) È necessario modificare le 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 alla luce della decisione 1999/468/CE del Consiglio, del 28 giugno 1999, recante modalità per l'esercizio delle competenze di esecuzione conferite alla Commissione(17).
(14) I programmi d'azione prorogati dovrebbero essere sottoposti a controllo e a valutazione permanente da parte della Commissione che agisce in collaborazione con gli Stati membri,
HANNO ADOTTATO LA PRESENTE DECISIONE:

Articolo 1
La decisione n. 645/96/CE è modificata come segue:
1) Sono prorogati dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2002 i seguenti piani e programmi.
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "in conformità dell'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
3) All'articolo 3, il paragrafo 1 è sostituito dal seguente:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo dal 1o gennaio 1996 al 31 dicembre 2000, ammonta a 35 milioni di EUR, per il periodo dal 1o gennaio 2001 al 31 dicembre 2001 a 7,27 milioni di EUR, e per il periodo dal 1o gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 7,27 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5
Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate

secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 3:
a) il programma di lavoro annuale indicante le priorità d'azione;
b) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
c) la procedura di valutazione;
d) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
e) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti tutte le altre questioni sono adottate secondo la procedura consultiva di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2."
5) È inserito il seguente articolo:
"Articolo 5 bis
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 4 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto dell'articolo 8 della stessa.
Il periodo di cui all'articolo 4, paragrafo 3, della decisione 1999/468/CE è fissato a due mesi.
4. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3";
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."
7) L'articolo 7 è sostituito dal seguente:
"Articolo 7
Controllo e valutazione
1. Nell'esecuzione della presente decisione la Commissione, in collaborazione con gli Stati membri, prende le misure necessarie a garantire il controllo e la valutazione delle azioni del programma di cui all'articolo 1.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria di valutazione nel mese di luglio 1998 e, al termine dei programmi e del piano, una relazione definitiva. La relazione contiene l'esito della valutazione di cui al paragrafo 1. La relazione è trasmessa anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni."

Articolo 2
La decisione n. 646/96/CE è modificata come segue:
1) All'articolo 1, paragrafo 1, la data "31 dicembre 2000" è sostituita dalla data "31 dicembre 2002".
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
3) All'articolo 3, il paragrafo 1 è sostituito dal seguente:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente piano, per il periodo dal 1o gennaio 1996 al 31 dicembre 2000, ammonta a 64 milioni di EUR, per il periodo dal 1o gennaio 2001 al 31 dicembre 2001 a 13,3 milioni di EUR, e per il periodo dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 13,3 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5

Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 3:
a) il programma di lavoro annuale indicante le priorità d'azione;
b) la semplificazione e il miglioramento delle procedure amministrative di base del presente piano;
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente piano, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
f) le forme di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti tutte le altre questioni sono adottate secondo la procedura consultiva di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2."
5) È inserito il seguente articolo:
"Articolo 5 bis
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 4 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto dell'articolo 8 della stessa.
Il periodo di cui all'articolo 4, paragrafo 3, della decisione 1999/468/CE è fissato a due mesi.
4. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."
7) L'articolo 7, paragrafo 2, è sostituito dal seguente:
"2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria di valutazione nel mese di luglio 1998 e, al termine del presente piano, una relazione definitiva. Tali relazioni mettono soprattutto in evidenza la complementarità fra la presente azione e le altre menzionate all'articolo 4. La Commissione vi integra l'esito delle valutazioni, e le trasmette anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni."

Articolo 3
La decisione n. 647/96/CE è modificata come segue:
1) All'articolo 1, paragrafo 1, la data "31 dicembre 2000" è sostituita dalla data "31 dicembre 2002".
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "in conformità dell'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
3) All'articolo 3, il paragrafo 1 è sostituito dal seguente:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo dal 1o gennaio 1996 al 31 dicembre 2000, ammonta a 49,6 milioni di EUR, per il periodo dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2001 a 10,07 milioni di EUR, e per il periodo dal 1o gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 10,07 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5

Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 3:
a) il programma di lavoro annuale indicante le priorità d'azione;
b) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
c) la procedura di valutazione;
d) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
e) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti tutte le altre questioni sono adottate secondo la procedura consultiva di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2."
5) È inserito il seguente articolo:
"Articolo 5 bis
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 4 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto dell'articolo 8 della stessa.
Il periodo di cui all'articolo 4, paragrafo 3, della decisione 1999/468/CE è fissato a due mesi.
4. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."
7) All'articolo 7, il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria di valutazione nel mese di luglio 1998 e, al termine del presente programma, una relazione definitiva. La Commissione vi integra l'esito delle valutazioni, e trasmette le relazioni anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni."

Articolo 4
La decisione n. 102/97/CE è modificata come segue:
1) All'articolo 1, paragrafo 1, la data "31 dicembre 2000" è sostituita dalla data "31 dicembre 2002".
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "a norma dell'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
3) All'articolo 3, il testo del paragrafo 1 è sostituito dal seguente testo:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2000, ammonta a 27 milioni di EUR, per il periodo dal 1o gennaio 2001 al 31 dicembre 2001 a 5,38 milioni di EUR, e per il periodo dal 1o gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 5,38 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5
Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate

secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 3:
a) il programma di lavoro annuale indicante le priorità d'azione;
b) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
c) la procedura di valutazione;
d) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
e) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti tutte le altre questioni sono adottate secondo la procedura consultiva di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2."
5) È inserito il seguente articolo:
"Articolo 5 bis
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 4 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto dell'articolo 8 della stessa.
Il periodo di cui all'articolo 4, paragrafo 3, della decisione 1999/468/CE è fissato a due mesi.
4. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."
7) All'articolo 7, il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria di valutazione nel mese di luglio 1998 e, al termine del presente programma, una relazione definitiva. La Commissione vi integra l'esito delle valutazioni, e trasmette le relazioni anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni."

Articolo 5
La decisione n. 1400/97/CE è modificata come segue:
1) All'articolo 1, paragrafo 1, la data "31 dicembre 2001" è sostituita dalla data "31 dicembre 2002".
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "in conformità dell'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
3) All'articolo 3, il paragrafo 1 è sostituito dal seguente:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo dal 1° gennaio 1997 al 31 dicembre 2001, ammonta a 13,8 milioni di EUR, e per il periodo dal 1o gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 4,4 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5
Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 3:
a) il programma di lavoro annuale indicante le priorità d'azione;
b) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente

programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
c) la procedura di valutazione;
d) Le disposizioni relative alla comunicazione dei dati e al loro trattamento e gli altri metodi impiegati per renderli confrontabili al fine di raggiungere l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2;
e) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2;
g) le disposizioni in materia di definizione e di selezione degli indicatori;
h) disposizioni riguardanti le specificazioni necessarie per garantire la realizzazione e il funzionamento delle reti.
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti tutte le altre questioni sono adottate secondo la procedura consultiva di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2."
5) È inserito il seguente articolo:
"Articolo 5 bis
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 4 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto dell'articolo 8 della stessa.
Il periodo di cui all'articolo 4, paragrafo 3, della decisione 1999/468/CE è fissato a due mesi.
4. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "conformemente alla procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafi 2 e 3".
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."

Articolo 6
La decisione n. 1296/1999/CE è modificata come segue:
1) All'articolo 1, paragrafo 1, la data "31 dicembre 2001" è sostituita dalla data "31 dicembre 2002".
2) All'articolo 2, paragrafo 1, le parole "a norma dell'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafo 2".
3) All'articolo 3, il paragrafo 1 è sostituito dal seguente:
"1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2001, ammonta a 3,9 milioni di EUR e per il periodo dal 1° gennaio 2002 al 31 dicembre 2002 a 1,3 milioni di EUR."
4) L'articolo 5 è sostituito dal seguente:
"Articolo 5
Misure di esecuzione
Le misure di esecuzione della presente decisione riguardanti le questioni elencate in appresso sono adottate secondo la procedura di gestione di cui all'articolo 5 bis, paragrafo 2:
a) il programma di lavoro;
b) i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma;
c) la procedura di controllo e valutazione permanente di cui all'articolo 7."
5) È inserito l'articolo seguente:
"Articolo 5 bis

Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato.
2. Nei casi in cui è fatto riferimento al presente paragrafo si applicano gli articoli 3 e 7 della decisione 1999/468/CE, tenendo conto delle disposizioni dell'articolo 8 della stessa.
3. Il comitato adotta il proprio regolamento interno."
6) All'articolo 6:
a) al paragrafo 1 le parole "secondo la procedura di cui all'articolo 5" sono sostituite dalle parole "secondo l'articolo 5 bis, paragrafo 2".
b) il paragrafo 2 è sostituito dal seguente:
"2. Il presente programma è aperto alla partecipazione:
a) dei paesi EFTA/SEE, conformemente alle condizioni stabilite nell'accordo SEE;
b) dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale, alle condizioni stabilite negli accordi europei, nei protocolli addizionali a tali accordi e nelle decisioni dei relativi consigli di associazione;
c) di Cipro sulla base di stanziamenti supplementari, secondo procedure da convenire con questo paese;
d) di Malta e della Turchia sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le disposizioni del trattato."

Articolo 7
Entrata in vigore
La presente decisione entra in vigore il giorno della pubblicazione nella Gazzetta ufficiale delle Comunità europee.
Essa è applicabile a partire dal 1o gennaio 2001.

Fatto a Bruxelles, addì 26 febbraio 2001.

Per il Parlamento europeo
La Presidente
N. Fontaine
Per il Consiglio
Il Presidente
A. Lindh

(1) GU C 365 E del 19.12.2000, pag. 135.
(2) Parere espresso il 29 novembre 2000 (non ancora pubblicato nella Gazzetta ufficiale).
(3) Parere del Parlamento europeo del 13 dicembre 2000 (non ancora pubblicato nella Gazzetta ufficiale) e decisione del Consiglio del 29 gennaio 2001.
(4) GU L 95 del 16.4.1996, pag. 1.
(5) GU L 95 del 16.4.1996, pag. 9.
(6) GU L 95 del 16.4.1996, pag. 16.
(7) GU L 19 del 22.1.1997, pag. 25.
(8) GU L 193 del 22.7.1997, pag. 1.
(9) GU L 155 del 22.6.1999, pag. 7.
(10) GU C 200 del 15.7.1999, pag. 1.
(11) GU C 390 del 15.12.1998, pag. 1.
(12) GU C 200 del 15.7.1999, pag. 1.
(13) GU C 175 del 21.6.1999, pag. 135.
(14) GU C 407 del 28.12.1998, pag. 21.
(15) GU C 51 del 22.2.1999, pag. 53.
(16) GU C 172 del 18.6.1999, pag. 1.
(17) GU L 184 del 17.7.1999, pag. 23.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 155 del 22/06/1999 pag. 0007 - 0012

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione(1),
visto il parere del Comitato economico e sociale(2),
visto il parere del Comitato delle regioni(3),
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato(4), visto il progetto comune approvato dal comitato di conciliazione il 4 febbraio 1999,
(1) considerando che le malattie connesse con l'inquinamento sono in continua crescita nella Comunità e provocano notevole preoccupazione nella popolazione;
(2) considerando che, a norma dell'articolo 3, lettera o), del trattato, l'azione della Comunità comporta un contributo al conseguimento di un livello elevato di protezione della salute;
(3) considerando che l'articolo 129 del trattato attribuisce espressamente una competenza alla Comunità in questo settore, nella misura in cui la Comunità vi contribuisce, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendo la loro azione, promuovendo il coordinamento delle rispettive politiche e dei rispettivi programmi e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le competenti organizzazioni internazionali in materia di sanità pubblica; che l'azione comunitaria dovrebbe indirizzarsi alla prevenzione delle malattie e alla promozione dell'educazione e dell'informazione sanitaria;
(4) considerando che, il presente programma contribuisce alla realizzazione degli obiettivi comunitari di cui all'articolo 129 del trattato, in quanto l'acquisizione di migliori conoscenze e di una migliore comprensione delle malattie connesse con l'inquinamento, nonché una maggiore diffusione delle informazioni che le riguardano, sulla loro associazione con gli agenti inquinanti e sulla loro prevenzione, garantendo una migliore comparabilità delle informazioni su questi temi e sviluppando azioni complementari rispetto alle azioni ed ai programmi comunitari esistenti, evitando al tempo stesso le inutili duplicazioni;
(5) considerando che a norma dell'articolo 130 R del trattato la politica della Comunità in materia ambientale contribuisce alla protezione della salute umana;
(6) considerando 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, e considerando che i dati sugli effetti sanitari e sull'esposizione dovrebbero essere raccolti contestualmente ai dati sulle concentrazioni degli agenti inquinanti;
(7) considerando che, nella risoluzione dell'11 novembre 1991 sulla salute e l'ambiente(5), il Consiglio e i ministri della sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, hanno invitato la Commissione, in stretta cooperazione con le autorità competenti degli Stati membri, ad inventariare le conoscenze e l'esperienza disponibili a livello degli Stati membri, della Comunità e delle organizzazioni internazionali per quanto riguarda il rapporto tra salute e ambiente;
(8) considerando che le malattie connesse con l'inquinamento sono state dichiarate area prioritaria per l'azione comunitaria nella comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione nel settore della sanità pubblica;
(9) considerando che nella risoluzione del 16 gennaio 1996 su un programma di azione sociale a medio termine 1995-1997(6) il Parlamento europeo ha chiesto alla Commissione di presentare, secondo le procedure adeguate, il programma d'azione sulle patologie da inquinamento, previsto in tale comunicazione;

(10) considerando che secondo il principio di sussidiarietà, nei settori che non rientrano nella sua competenza esclusiva, come le azioni sulle malattie connesse con l'inquinamento, la Comunità dovrebbe intervenire solo se e nella misura in cui, a motivo delle loro dimensioni o dei loro effetti, possono essere realizzate meglio a livello comunitario;
(11) considerando che il presente programma dovrebbe contribuire alla diffusione di informazioni al pubblico e ai gruppi specifici nonché alle organizzazioni di volontariato che assistono le persone colpite direttamente o indirettamente dalle malattie legate all'inquinamento;
(12) considerando che le misure proposte nel presente programma apporteranno un valore aggiunto comunitario riunendo attività già realizzate in relativo isolamento a livello nazionale, rendendole reciprocamente complementari, con significativi risultati per la Comunità nel suo insieme, contribuendo al rafforzamento della solidarietà e della coesione nella Comunità e portando, ove ciò risulti necessario, all'introduzione di norme e di standard relativi alle migliori prassi;
(13) considerando che dovrebbe essere favorita la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e con i paesi terzi;
(14) considerando che il 20 dicembre 1994 è stato raggiunto un "modus vivendi"(7) tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione, relativo agli strumenti di applicazione degli atti adottati secondo la procedura di cui dall'articolo 189 B del trattato;
(15) considerando che la presente decisione determina, per tutta la durata del programma, la dotazione finanziaria di massima che costituisce il riferimento principale, a norma del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995(8), per l'autorità di bilancio nell'ambito della procedura di bilancio annuale;
(16) considerando che, per aumentare il valore e l'impatto del presente programma, occorrerebbe effettuare un controllo e una valutazione continua delle azioni intraprese, con particolare riguardo alla loro efficacia e alla realizzazione degli obiettivi stabiliti, per apportare eventualmente gli adeguamenti necessari;
(17) considerando che il presente programma dovrebbe durare almeno tre anni per contribuire ad elaborare politiche e strategie in questo settore e per tener conto di ogni nuovo sviluppo nel contesto generale del quadro d'azione comunitario nel settore della sanità pubblica;
(18) considerando che per attuare il presente programma è opportuno prevedere disposizioni in materia di comitato consultivo adeguate alla durata limitata e al carattere evolutivo del programma stesso,
HANNO DECISO QUANTO SEGUE:
Articolo 1
Durata e obiettivo generale del programma
1. È adottato un programma di azione comunitaria contro le malattie causate, provocate o aggravate dall'inquinamento ambientale, in prosieguo denominato "il programma", per il periodo dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2001, nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica.
2. L'obiettivo generale di questo programma è di contribuire, nel settore della sanità e dell'ambiente, a 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:
a) migliorando l'informazione sulle malattie connesse con l'inquinamento, e
b) migliorando la conoscenza e la comprensione circa la valutazione e la gestione di tali malattie e l'efficacia delle azioni di prevenzione.
3. Le azioni da attuare nell'ambito del programma ed i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato.
Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate nell'allegato, a norma dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e le organizzazioni attive nel settore delle malattie connesse con l'inquinamento.
Articolo 3
Coerenza e complementarità
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(9) nonché le azioni nei settori dell'ambiente e della ricerca.
Articolo 4
Bilancio
1. La dotazione finanziaria per l'attuazione del programma per il periodo di cui all'articolo 1 è stabilita in 3,9 milioni di euro.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio entro i limiti delle prospettive finanziarie.
Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato consultivo, composto dai rappresentanti degli Stati membri e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare, riguardanti in particolare:
a) il programma di lavoro;
b) i criteri e le procedure di selezione e, di finanziamento dei progetti nel quadro del presente programma;
c) la procedura per il controllo e la valutazione permanente di cui all'articolo 7.
Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
3. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità e sull'attuazione dei programmi in altri settori rilevanti ai fini della realizzazione degli obiettivi del programma.
Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Fatto salvo l'articolo 228 del trattato, durante l'attuazione del presente programma la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica è incoraggiata e realizzata, per quanto riguarda le azioni previste dal programma, secondo la procedura di cui all'articolo 5.
2. Il programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale secondo le condizioni stabilite negli accordi di associazione o nei relativi protocolli addizionali, concernenti la partecipazione a programmi comunitari.
Il presente programma è aperto alla partecipazione di Cipro e Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA), secondo le procedure da convenire con questi due paesi.
Articolo 7
Controllo e valutazione permanente
1. In sede di attuazione della presente decisione, la Commissione adotta le misure necessarie a garantire il controllo e la valutazione permanente del programma, tenendo conto degli obiettivi generali e specifici di cui all'articolo 1 e all'allegato.
2. Nell'ultimo anno di attuazione del presente programma la Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione completa di valutazione corredata dalle sue conclusioni sulla necessità di azione futura. La relazione è inviata anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.
3. La Commissione inserisce nella relazione di cui al paragrafo 2 le informazioni relative al finanziamento comunitario nei diversi settori di azione e alla complementarità con le altre azioni di cui all'articolo 3, nonché i risultati della valutazione di cui al paragrafo 1 del presente articolo. Tale relazione dovrebbe inoltre tener conto degli sviluppi intervenuti nel quadro dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica relativamente al settore di attività oggetto del programma.
Fatto a Lussemburgo, il 29 aprile 1999.

Per il Parlamento europeo
Il Presidente
J. M. GIL-ROBLES
Per il Consiglio
Il Presidente
W. MÜLLER

(1) GU C 214 del 16.7.1997, pag. 7 eGU C 156 del 21.5.1998, pag. 21.
(2) GU C 19 del 21.1.1998, pag. 6.
(3) GU C 64 del 27.2.1998, pag. 91.
(4) Parere del Parlamento europeo dell'11 marzo 1998 (GU C 104 del 6.4.1998, pag. 136), posizione comune del Consiglio del 30 aprile 1998 (GU C 227 del 20.7.1998, pag 10), e decisione del Parlamento europeo dell'8 ottobre 1998 (GU C 328 del 26.10.1998, pag. 145). Decisione del Consiglio del 22 aprile 1999 e decisione del Parlamento europeo del 14 aprile 1999.
(5) GU C 304 del 23.11.1991, pag. 6.
(6) GU C 32 del 5.2.1996, pag. 24.
(7) GU C 102 del 4.4.1996, pag. 1.
(8) GU C 102 del 4.4.1996, pag. 4.
(9) GU L 193 del 22.7.1997, pag. 1.

ALLEGATO

AZIONI E OBIETTIVI SPECIFICI

I. AZIONI VOLTE A MIGLIORARE L'INFORMAZIONE SULLE MALATTIE CONNESSE CON L'INQUINAMENTO

Obiettivo:
contribuire ad una migliore comprensione del ruolo degli agenti inquinanti nell'eziologia e nell'aggravamento delle malattie nella Comunità

1. Individuare priorità per identificare le malattie in cui si ritiene che specifici agenti inquinanti svolgano un ruolo, tra l'altro confrontando la prevalenza e/o l'incidenza di tali malattie con i dati sui fattori ambientali nelle varie zone della Comunità, al fine di determinare le eventuali relazioni tra gli stessi e informare il pubblico.
2. Esaminare la qualità dei dati epidemiologici di tali malattie e individuare le eventuali carenze per contribuire a migliorare la base esistente per l'ulteriore sviluppo della cooperazione europea nel settore epidemiologico e per incoraggiare il proseguimento della ricerca comunitaria, tenendo conto dei lavori svolti a livello internazionale, compresi quelli eventualmente esistenti in seno all'OMS.
3. Riesaminare i dati attualmente disponibili sulla tossicologia degli agenti inquinanti che intervengono in tali malattie e individuare le lacune nelle conoscenze che sarebbe importante colmare, tenendo presenti gli effetti a lungo termine e le possibili sinergie tra agenti inquinanti.

II. AZIONI VOLTE A MIGLIORARE LA CONOSCENZA E LA COMPRENSIONE CIRCA LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DELLE MALATTIE CONNESSE CON L'INQUINAMENTO

Obiettivo:
aumentare il livello di conoscenza e di comprensione circa la valutazione e la gestione dei rischi sanitari connessi con l'inquinamento

1. Contribuire a migliorare la comparabilità dei dati utilizzati nelle azioni di prevenzione contro le malattie connesse con l'inquinamento tramite scambi di informazione.
2. Sostenere lo scambio di informazione destinata a migliorare la comprensione da parte della popolazione dei rischi per la salute legati all'inquinamento.
3. Promuovere le azioni e gli scambi di informazioni sui metodi per aumentare il livello di conoscenza della

popolazione e di coloro che concorrono a formarne l'opinione sui rischi per la salute connessi con l'inquinamento e sulla loro valutazione e la loro gestione. Promuovere le attività relative alla percezione di tali rischi da parte della popolazione nell'ambito della Comunità e dell'impatto sull'inquinamento e sulla salute delle varie politiche; promuovere, innanzitutto per il tramite dei professionisti della sanità, la conoscenza dei comportamenti, degli stili di vita e delle abitudini alimentari che possono ridurre i rischi per la salute dovuti ai diversi tipi di inquinamento.

Dichiarazione congiunta del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione
Il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione dichiarano che, tra le questioni prioritarie da trattare nel quadro del futuro programma di sanità pubblica, essi rivolgeranno un'attenzione particolare alle malattie rare e alle malattie connesse all'inquinamento e terranno debitamente conto delle implicazioni di bilancio.

Dichiarazione della Commissione
Nella realizzazione degli aspetti concernenti l'informazione sul programma sulle malattie connesse all'inquinamento, la Commissione si sforzerà per sostenere prioritariamente le iniziative che coinvolgano le autorità competenti degli Stati membri e i professionisti interessati.

Dichiarazione della Commissione
La Commissione si impegna ad informare annualmente il Parlamento europeo in merito alle decisioni prese per attuare il presente programma.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 155 del 22/06/1999 PAG. 0001 - 0006

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione(1),
visto il parere del Comitato economico e sociale(2),
visto il parere del Comitato delle regioni(3),
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato(4), visto il progetto comune approvato dal comitato di conciliazione il 4 febbraio 1999,

(1) considerando che le azioni comunitarie devono mirare alla prevenzione delle malattie e che l'azione comunitaria è in grado di apportare un valore aggiunto unico al trattamento di problemi che, nei singoli paesi, presentano dimensioni troppo limitate per permettere un'adeguata analisi o un valido intervento;

(2) considerando che, ai fini del presente programma, le malattie rare, comprese quelle di origine genetica, sono le malattie che comportano una minaccia per la vita o una debilitazione cronica la cui prevalenza è talmente bassa da richiedere, per lottare contro di esse, sforzi combinati particolari, atti ad evitare un'elevata morbilità o mortalità perinatale e precoce, o un considerevole abbassamento della qualità della vita o del potenziale socioeconomico dell'individuo;

(3) considerando che, a titolo indicativo, può ritenersi bassa una prevalenza generalmente riconosciuta inferiore a 5 su 10000 nella Comunità;

(4) considerando che il fatto stesso della rarità delle malattie e affezioni a bassa prevalenza e la mancanza di informazioni a loro riguardo può far sì che le persone colpite non ricevano le risorse e i servizi sanitari di cui hanno bisogno;

(5) considerando che il numero di persone affette da malattie rare è per definizione relativamente modesto rispetto a malattie più comuni; che tuttavia tali affezioni sono complessivamente alquanto diffuse e interessano una percentuale significativa della popolazione nel suo insieme;

(6) considerando che le malattie rare sono ritenute di scarso impatto sulla società nel suo insieme a causa della loro bassa prevalenza individuale; che tuttavia tali malattie comportano gravi difficoltà per le persone colpite e le loro famiglie;

(7) considerando che è necessario progredire nella comprensione delle malattie rare, in quanto esse possono rappresentare un segnale d'allarme per la salute pubblica;

(8) considerando che, a norma dell'articolo 3, lettera o), del trattato, l'azione della Comunità comporta un contributo al conseguimento di un livello elevato di protezione della salute;

(9) considerando che l'articolo 129 del trattato attribuisce espressamente una competenza alla Comunità in questo settore, nella misura in cui la Comunità vi contribuisce, incoraggiando la collaborazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendo la loro azione, promuovendo il coordinamento delle politiche e dei programmi rispettivi e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica; che l'azione comunitaria deve indirizzarsi alla prevenzione delle malattie e alla promozione dell'educazione e dell'informazione sanitaria;

(10) considerando che l'azione comunitaria deve indirizzarsi al miglioramento della qualità della vita di tutti i cittadini dell'Unione;

(11) considerando che il programma contribuisce alla realizzazione degli obiettivi della Comunità di cui all'articolo 129, in quanto sostiene l'acquisizione di migliori conoscenze e di una migliore comprensione delle malattie rare, nonché una maggiore diffusione delle informazioni che le riguardano, e sviluppando azioni complementari rispetto agli altri programmi e azioni comunitari nonché alle iniziative direttamente connesse alla realizzazione dell'obiettivo del presente programma, evitando al tempo stesso le inutili duplicazioni;

(12) considerando che si dovrebbe varare un programma d'azione sulle malattie rare nel quadro di una politica globale e coerente che comprende iniziative in materia di prodotti medicinali orfani e di ricerca medica;

(13) considerando che le malattie rare sono state dichiarate area prioritaria per l'azione comunitaria nella comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 sul quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica;

(14) considerando che, nella sua risoluzione del 16 gennaio 1996 su un programma d'azione sociale a medio termine 1995-1997(5), il Parlamento ha chiesto alla Commissione di presentare, secondo le procedure adeguate, il programma d'azione per le malattie rare previsto nella succitata comunicazione;

(15) considerando che, nei settori che non rientrano nella sua competenza esclusiva, come l'azione riguardante le malattie rare, la Comunità interviene, secondo il principio di sussidiarietà, solo se e nella misura in cui l'azione prevista, a motivo delle sue dimensioni o dei suoi effetti, può essere realizzata meglio a livello comunitario;

(16) considerando che la Comunità è in grado di apportare un valore aggiunto alle azioni degli Stati membri riguardanti le malattie rare attraverso il coordinamento delle misure nazionali, la diffusione delle informazioni e delle esperienze, l'individuazione congiunta delle priorità, lo sviluppo adeguato di reti, la selezione di progetti europei su scala comunitaria, nonché la motivazione e la mobilitazione di tutti i soggetti coinvolti, in particolare i professionisti nel campo della sanità, i ricercatori e le persone direttamente o indirettamente colpite da queste malattie;

(17) considerando che si dovrebbe promuovere al più presto possibile, a partire dall'inizio del presente programma, la creazione di una rete europea coerente e complementare di informazioni sulle malattie rare, nonché l'accesso alla medesima, facendo in particolare ricorso alle banche dati esistenti;

(18) considerando che deve essere favorita la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), e con i paesi terzi, promuovendo la collaborazione transnazionale tra le organizzazioni di volontariato che forniscono assistenza alle persone colpite direttamente o indirettamente da malattie rare;

(19) considerando che la tecnologia di alto livello attualmente disponibile può contribuire in misura significativa all'acquisizione di migliori conoscenze e a una migliore comprensione delle malattie rare, nonché a una migliore diffusione delle informazioni che le riguardano, come già indicato; che tale tecnologia dovrebbe essere impiegata per promuovere la realizzazione degli obiettivi e delle azioni previsti nell'ambito del programma; che si dovrebbe varare un programma d'azione sulle malattie rare nel quadro di una politica globale e coerente che comprenda iniziative in materia di prodotti medicinali orfani, per i quali la produttività commerciale potrebbe essere insufficiente, e di ricerca medica;

(20) considerando che la raccolta sistematica dei dati sanitari è già effettuata nell'ambito del programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario (1997-2001) adottato con la decisione n. 1400/97/CE del Parlamento europeo e del Consiglio(6); che occorre quindi assicurare un regolare scambio di informazioni e di dati tra il presente programma e il programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario;

(21) considerando che il presente programma deve avere una durata di cinque anni, affinché le azioni possano disporre di un periodo di attuazione sufficiente per realizzare gli obiettivi stabiliti;

(22) considerando che, per aumentare il valore e l'impatto del programma, occorre effettuare una valutazione continua delle azioni intraprese, con particolare riguardo alla loro efficacia e alla realizzazione degli obiettivi stabiliti;

(23) considerando che occorre prevedere la possibilità di adeguare o di modificare il programma per tenere conto sia della valutazione sia degli sviluppi eventualmente verificatisi nel contesto generale dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica;

(24) considerando che occorre che l'introduzione di disposizioni comunitarie specifiche contribuisca a un'informazione rapida degli Stati membri in caso di situazioni di emergenza, in modo da poter garantire la protezione della popolazione;

(25) considerando che occorre che tali disposizioni comunitarie relative allo scambio rapido di informazioni non modifichino i diritti e gli obblighi degli Stati membri secondo quanto previsto da trattati o da convenzioni bilaterali e multilaterali;

(26) considerando che occorre che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma, in stretta cooperazione con gli Stati membri;
(27) considerando che il 20 dicembre 1994 è stato raggiunto un accordo tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione su un modus vivendi relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189B del trattato(7);
(28) considerando che la presente decisione determina, per tutta la durata del programma, una dotazione finanziaria di massima che costituisce il riferimento principale, a norma del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995(8), per l'autorità di bilancio nell'ambito della procedura di bilancio annuale,
DECIDONO:
Articolo 1
Durata e obiettivo del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare, comprese quelle di origine genetica, in prosieguo denominato "il presente programma", per il periodo dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2003, nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica.
2. L'obiettivo del presente programma è di contribuire, in coordinamento con altre misure comunitarie, a garantire un livello elevato di protezione sanitaria contro le malattie rare migliorando le conoscenze in materia, in particolare 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, ed assicurando una gestione adeguata dei raggruppamenti, nonché favorendo la sorveglianza delle malattie rare.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma figurano in allegato.
Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate in allegato, a norma dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e le organizzazioni attive nel campo delle malattie rare.
Articolo 3
Coerenza e complementarità
La Commissione assicura la coerenza e la complementarità tra le azioni comunitarie da attuare nel quadro del presente programma e con quelle realizzate nell'ambito di altri programmi e azioni comunitari, in particolare nel settore della sanità pubblica, da una parte, nonché delle iniziative in materia di medicinali orfani e di ricerca medica, dall'altra.
Articolo 4
Bilancio
1. La dotazione finanziaria di massima per l'attuazione del presente programma per il periodo di cui all'articolo 1 è stabilita a 6,5 milioni di euro.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio entro i limiti delle prospettive finanziarie.
Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, i criteri e le procedure di selezione e di finanziamento dei progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;

e) le modalità di diffusione e di trasferimento dei risultati;
f) le modalità di coordinamento con i programmi e le iniziative direttamente connessi al raggiungimento dell'obiettivo del presente programma;
g) le modalità di cooperazione con le istituzioni e le organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2, del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato ai voti dei rappresentanti degli Stati membri viene attribuita la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce di due mesi, a decorrere dalla data della comunicazione, l'applicazione delle misure da essa decise;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al primo trattino.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione riguardante la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- sulle proposte della Commissione o iniziative della Comunità e sull'attuazione dei programmi nell'ambito di altri programmi direttamente connessi con la realizzazione dell'obiettivo del presente programma al fine di assicurare la coerenza e la complementarità, di cui all'articolo 3.
Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Fatto salvo l'articolo 228 del trattato, durante l'attuazione del presente programma, la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), è incoraggiata e attuata per quanto riguarda le azioni previste dal presente programma, secondo la procedura di cui all'articolo 5.
2. Il presente programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale secondo le condizioni stabilite negli accordi di associazione o nei relativi protocolli addizionali, concernenti la partecipazione a programmi comunitari.
Il presente programma è aperto alla partecipazione di Cipro e Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA), secondo le procedure da convenire con questi due paesi.
Articolo 7
Controllo e valutazione
1. In sede di attuazione della presente decisione, la Commissione adotta le misure necessarie a garantire il controllo e la valutazione continua del programma, tenendo conto dell'obiettivo di cui all'articolo 1.
2. Nel terzo anno di attuazione del presente programma, la Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione intermedia e, al termine del programma, una relazione definitiva. Essa vi integra le informazioni relative al finanziamento comunitario nei diversi settori di azione, alla coerenza e alla complementarità con le altre azioni di cui all'articolo 3, nonché i risultati della valutazione di cui al paragrafo 1 del presente articolo. Le relazioni sono inoltre presentate al Comitato economico e sociale e al

Comitato delle regioni. La relazione intermedia dovrebbe inoltre tener conto degli sviluppi intervenuti nel quadro dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica.
3. In base alla relazione intermedia di cui al paragrafo 2 la Commissione potrà, se del caso, presentare le opportune proposte di modifica o di adeguamento del presente programma.
Fatto a Lussemburgo, addì 29 aprile 1999.
Per il Parlamento europeo
Il Presidente
J. M. GIL-ROBLES
Per il Consiglio
Il Presidente
W. MÜLLER

(1) GU C 203 del 3.7.1997, pag. 6 e
GU C 160 del 27.5.1998, pag. 8.
(2) GU C 19 del 21.1.1998, pag. 4.
(3) GU C 64 del 27.2.1998, pag. 96.
(4) Parere del Parlamento europeo dell'11 marzo 1998 (GU C 104 del 6.4.1998, pag. 133), posizione comune del Consiglio del 30 aprile 1998 (GU C 227 del 20.7.1998, pag. 1) e decisione del Parlamento europeo dell'8 ottobre 1998 (GU C 328 del 26.10.1998, pag. 148). Decisione del Consiglio del 22 aprile 1999 e decisione del Parlamento europeo del 14 aprile 1999.
(5) GU C 32 del 5.2.1996, pag. 24.
(6) GU L 193 del 22.7.1997, pag. 1.
(7) GU C 102 del 4.4.1996, pag. 1.
(8) GU C 102 del 4.4.1996, pag. 4.

ALLEGATO
AZIONI
1. Promuovere l'istituzione di una rete europea coerente a 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.
2. Contribuire alla formazione e all'aggiornamento delle conoscenze dei professionisti nel campo della sanità al fine di migliorare, nel campo delle malattie rare, la diagnosi precoce, l'identificazione, l'intervento e la prevenzione.
3. 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.
4. Sostenere, a livello comunitario, il monitoraggio delle malattie rare 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.
Dichiarazione congiunta dal Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione
Il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione dichiarano che, tra le questioni prioritarie da trattare nel quadro del futuro programma di sanità pubblica, essi rivolgeranno un'attenzione particolare alle malattie rare e alle malattie connesse all'inquinamento e terranno debitamente conto delle implicazioni di bilancio.
Dichiarazione della Commissione
La Commissione si impegna ad informare annualmente il Parlamento europeo in merito alle decisioni prese per attuare il presente programma.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 046 del 20/02/1999 pag. 0001 - 0005

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129, paragrafo 4, primo trattino,
vista la proposta della Commissione (1),
visto il parere del Comitato economico e sociale (2),
visto il parere del Comitato delle regioni (3),
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4),
(1) considerando che le lesioni personali devono essere considerate nell'insieme della Comunità uno dei grandi flagelli di cui all'articolo 129 del trattato e sono causa di gravi preoccupazioni pubbliche;
(2) considerando che l'articolo 129 del trattato attribuisce espressamente una competenza alla Comunità in questo settore nella misura in cui la Comunità contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se è necessario, sostenendone l'azione, promuovendo il coordinamento delle politiche e dei programmi rispettivi e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica; che l'azione comunitaria deve indirizzarsi alla prevenzione delle malattie e alla promozione dell'educazione e dell'informazione sanitaria;
(3) considerando che, a norma dell'articolo 3, lettera o) del trattato, l'azione della Comunità contribuisce al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute;
(4) considerando che la Commissione, nella comunicazione del 24 novembre 1993 relativa al quadro di azione nel campo della sanità pubblica, ha identificato le lesioni volontarie e involontarie e gli incidenti come un'area prioritaria di azione nel settore della sanità pubblica;
(5) considerando che l'elevato numero delle lesioni personali che si verificano ogni anno in Europa ha ripercussioni incalcolabili per le persone interessate nonché sul piano sociale ed economico;
(6) considerando che la prevenzione e la riduzione delle lesioni personali devono costituire una priorità nell'ambito delle azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica, soprattutto a causa del notevole vantaggio economico e sociale che scaturirà da un'azione comunitaria, che ha per di più un eccellente rapporto costi/benefici;
(7) considerando che, nei settori che non rientrano nella sua competenza esclusiva, come l'azione riguardante la prevenzione delle lesioni personali, la Comunità interviene, secondo il principio di sussidiarietà, solo se e nella misura in cui l'azione prevista, a motivo delle sue dimensioni o dei suoi effetti, può essere realizzata meglio a livello comunitario;
(8) considerando che un'azione comunitaria nel settore della prevenzione delle lesioni personali recherà un valore aggiunto riunendo attività già realizzate in condizioni di relativo isolamento a livello nazionale e rendendole reciprocamente complementari, con risultati significativi per la Comunità nel suo insieme;
(9) considerando che è opportuno avviare un programma d'azione inteso a contribuire a ridurre l'incidenza delle lesioni;
(10) considerando che le attività intraprese nell'ambito del sistema comunitario di informazione sugli incidenti domestici e durante il tempo libero (EHLASS) istituito mediante decisione n. 3092/94/CE del Parlamento europeo e del Consiglio (5) e giunto a scadenza alla fine del 1997 hanno dato risultati positivi; che pertanto è opportuno riprendere tali attività;
(11) considerando che un requisito indispensabile per l'applicazione del presente programma è il funzionamento di un sistema comunitario di raccolta di dati e di scambio delle informazioni; che tale sistema deve essere basato sul rafforzamento ed il miglioramento dei risultati del precedente sistema EHLASS;
(12) considerando che l'entrata in funzione del sistema comunitario di raccolta di dati e di scambio di

informazioni presuppone assolutamente l'osservanza di disposizioni legali in materia di tutela delle persone fisiche nel trattamento dei dati personali e l'introduzione di meccanismi atti a garantirne la confidenzialità e la sicurezza; che in materia il Parlamento europeo ed il Consiglio hanno adottato la direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (6);
(13) considerando che per l'epidemiologia delle lesioni personali e la determinazione degli indici sanitari enunciati nella 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) (7), sono di primaria importanza la raccolta di dati e lo scambio di informazioni sulla base di dati comparabili e confrontabili relativi alle lesioni;
(14) considerando che, sostenendo il progresso delle conoscenze sulla prevenzione delle lesioni e favorendo una più ampia diffusione di informazioni in materia, garantendo una migliore confrontabilità delle informazioni in questo settore e sviluppando azioni complementari rispetto ad altre azioni e programmi comunitari, evitando inutili duplicazioni, il presente programma contribuirà al perseguimento degli obiettivi comunitari indicati all'articolo 129 del trattato;
(15) considerando che in linea generale le azioni comunitarie di prevenzione delle lesioni personali devono tener conto delle applicazioni della telematica nel settore della sanità; che segnatamente l'applicazione del presente programma deve essere strettamente collegata con i progetti d'interesse comune del programma di scambio telematico dei dati tra amministrazioni pubbliche (IDA);
(16) considerando che la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti nel settore della sanità e con i paesi terzi deve essere favorita;
(17) considerando che il presente programma deve avere durata quinquennale onde disporre del tempo necessario per raggiungere gli obiettivi fissati;
(18) considerando che, per aumentare il valore e l'impatto del presente programma, occorre effettuare una valutazione costante delle azioni intraprese, con particolare riguardo alla loro efficacia e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
(19) considerando che occorre prevedere la possibilità di adeguare o di modificare il presente programma per tener conto sia della sua valutazione sia degli sviluppi eventualmente verificatisi nel contesto generale dell'azione comunitaria nel settore della sanità;
(20) considerando che occorre che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma, in stretta cooperazione con gli Stati membri;
(21) considerando che il 20 dicembre 1994 il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione hanno concluso un accordo su un "modus vivendi" (8) relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato;
(22) considerando che la presente decisione determina, per tutta la durata del programma, una dotazione finanziaria di massima che costituisce il referimento principale, a norma del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione, del 6 marzo 1995 (9), per l'autorità di bilancio nell'ambito della procedura di bilancio annuale,
DECIDONO:
Articolo 1
Durata e obiettivo del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitario sulla prevenzione delle lesioni personali (in prosieguo "il presente programma") per il periodo dal 1° gennaio 1999 al 31 dicembre 2003 nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica.
2. L'obiettivo del presente programma è di contribuire ad attività sanitarie finalizzate alla riduzione dell'incidenza delle lesioni personali in particolare 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.

3. Il sistema comunitario di cui al paragrafo 2, lettera a), e l'azione specifica di cui al paragrafo 2, lettera b), da realizzare nell'ambito del programma sono indicati nell'allegato.
Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione assicura, in stretta cooperazione con gli Stati membri, l'attuazione del sistema comunitario e dell'azione specifica che figurano nell'allegato, conformemente all'articolo 5.
2. La Commissione collabora con gli enti e le organizzazioni operanti nel settore della prevenzione delle lesioni personali.
Articolo 3
Coerenza e complementarità
La Commissione assicura la coerenza e la complementarità tra il sistema comunitario e l'azione specifica da attuare nell'ambito del presente programma e le azioni realizzate nell'ambito di altri programmi, azioni e iniziative comunitarie, in particolare nel settore degli infortuni sul lavoro, della sicurezza stradale, della sicurezza dei prodotti e della protezione civile.
Articolo 4
Bilancio
1. La dotazione finanziaria di massima per l'attuazione del presente programma per il periodo di cui all'articolo 1 è stabilita a 14 milioni di euro.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio entro i limiti delle prospettive finanziarie.
Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato composto dai rappresentanti degli Stati membri e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma annuale di lavoro che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, procedure e specificazioni relative al contenuto e al finanziamento necessarie per garantire l'attuazione del sistema comunitario figurante nella parte A dell'allegato, comprese quelle relative alla partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) le modalità, i criteri e le procedure di selezione e di finanziamento dei progetti per l'attuazione dell'azione specifica figurante nella parte B dell'allegato, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
e) la procedura di controllo e di valutazione;
f) le modalità di coordinamento con i programmi e le iniziative direttamente connesse al raggiungimento dell'obiettivo del presente programma;
g) le modalità di cooperazione con gli enti e le organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2, del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato ai voti dei rappresentati degli Stati membri viene attribuita la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce di due mesi, a decorrere dalla data della comunicazione, l'applicazione delle misure da essa decise;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa dentro il termine di cui al primo trattino.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione riguardante la realizzazione del programma.

Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- sulle proposte della Commissione o iniziative delle Comunità e sull'attuazione dei programmi nell'ambito di altri settori direttamente connessi con la realizzazione dell'obiettivo del presente programma, al fine di assicurare la coerenza e la complementarità di cui all'articolo 3.

Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Fatto salvo l'articolo 228 del trattato, durante l'attuazione del presente programma, la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica è incoraggiata e attuata per quanto riguarda l'azione specifica prevista nella parte B dell'allegato, secondo la procedura di cui all'articolo 5.
2. Il presente programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale alle condizioni stabilite negli accordi di associazione o nei relativi protocolli addizionali, concernenti la partecipazione a programmi comunitari.
Il programma è aperto alla partecipazione di Cipro e Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA), in base alle procedure da convenire con questi due paesi.

Articolo 7
Controllo e valutazione
1. In sede di attuazione della presente decisione, la Commissione adotta le misure necessarie a garantire il controllo e la valutazione continua del presente programma, tenendo conto dell'obiettivo di cui all'articolo 1.
2. Nel terzo anno di attuazione del presente programma, la Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione intermedia e, al termine del programma, una relazione finale. Essa vi include le informazioni relative al finanziamento comunitario nel contesto del presente programma, alla coerenza e alla complementarità con i programmi, le azioni e iniziative di cui all'articolo 3, nonché i risultati della valutazione di cui al paragrafo 1 del presente articolo. Le relazioni sono inoltre presentate al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni. La relazione intermedia deve anche tener conto degli sviluppi nel contesto del quadro d'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica.
3. In base alla relazione intermedia di cui al paragrafo 2 la Commissione potrà, se del caso, presentare le opportune proposte di modifica o di adeguamento del presente programma.
Fatto a Bruxelles, addì 8 febbraio 1999.
Per il Parlamento europeo
Il Presidente
J. M. GIL-ROBLES
Per il Consiglio
Il Presidente
O. LAFONTAINE

(1) GU C 202 del 2. 7. 1997, pag. 20 e
GU C 154 del 19. 5. 1998, pag. 14.
(2) GU C 19 del 21. 1. 1998, pag. 1.

(3) GU C 379 del 15. 12. 1997, pag. 44.
(4) Parere del Parlamento europeo dell'11 marzo 1998 (GU C 104 del 6. 4. 1998, pag. 119), posizione comune del Consiglio del 23 novembre 1998 (GU C 404 del 23. 12. 1998, pag. 21) e decisione del Parlamento europeo del 16 dicembre 1998 (non ancora pubblicata nella Gazzetta ufficiale). Decisione del Consiglio del 25 gennaio 1999.
(5) GU L 331 del 21. 12. 1994, pag. 1.
(6) GU L 281 del 23. 11. 1995, pag. 31.
(7) GU L 193 del 22. 7. 1997, pag. 1.
(8) GU C 102 del 4. 4. 1996, pag. 1.
(9) GU C 102 del 4. 4. 1996, pag. 4.

ALLEGATO
SISTEMA COMUNITARIO E AZIONE SPECIFICA DA ATTUARE PER RAGGIUNGERE L'OBIETTIVO DI CUI ALL'ARTICOLO 1, PARAGRAFO 2
A. SISTEMA COMUNITARIO DI RACCOLTA DI DATI E DI SCAMBIO DELLE INFORMAZIONI SULLE LESIONI PERSONALI
1. Il sistema comunitario di raccolta di dati e di scambio delle informazioni sulle lesioni personali, di seguito denominato "sistema", si prefigge di raccogliere informazioni sulle lesioni personali, in particolare quelle risultanti da incidenti nell'ambiente domestico e nel tempo libero.
2. Il sistema sarà attuato utilizzando, a titolo principale, i mezzi telematici e in particolare la rete telematica EUPHIN (European Union Public Health Information Network) sviluppata nell'ambito dei progetti d'interesse comune del programma di scambio telematico di dati tra amministrazioni (IDA).
3. Il sistema sarà sviluppato sulla base dell'esperienza acquisita con il precedente sistema EHLASS e della sua valutazione.
4. La raccolta dei dati è effettuata conformemente ai sistemi di raccolta presentati a tal fine dagli Stati membri, presso gli ospedali e/o gli altri stabilimenti e strutture appropriate e mediante inchieste. La raccolta e la trasmissione verso il sistema delle informazioni sono effettuate sotto la responsabilità degli Stati membri che provvedono ad assicurare l'attendibilità delle fonti di dati.
5. Un'attenzione particolare è rivolta:
- al metodo di raccolta dei dati a fini di confrontabilità e compatibilità,
- ai criteri di rappresentatività dei dati,
- alla garanzia di qualità dei dati.
6. I dati devono essere codificati, segnatamente secondo un approccio fondato sui criteri comuni del manuale di codifica del precedente sistema EHLASS.
7. Le modalità di accesso dei vari organismi o associazioni al sistema saranno definite nel contesto dell'attuazione del programma.
B. AZIONE SPECIFICA RELATIVA ALLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLE LESIONI PERSONALI E AGLI SCAMBI DI INFORMAZIONI
Obiettivo della presente azione specifica è incoraggiare, rafforzare e sostenere la creazione di reti comunitarie concernenti l'epidemiologia delle lesioni personali e gli scambi di informazioni, destinate in particolare a svolgere i seguenti compiti:
- promuovere strategie concordate per quanto riguarda tutti gli elementi tecnici e metodologici, segnatamente i codici, le definizioni e la raccolta di dati;
- mettere a disposizione del sistema, e comunicare ad esso, dati confrontabili e compatibili;
- esaminare la copertura offerta dagli attuali sistemi di raccolta dei dati e, ove necessario, studiare misure volte a migliorare tale copertura; assistere nell'individuazione dei bisogni in materia di inchiesta;
- promuovere la creazione di una banca dati che riprenda i risultati delle inchieste;
- procedere alla raccolta, al trattamento e alla diffusione delle informazioni;
- agevolare l'individuazione dei prodotti pericolosi;
- sviluppare nuovi approcci o metodi innovativi per affrontare determinati problemi;
- analizzare i fattori di rischio e le strategie di prevenzione.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 193 del 22/07/1997 pag. 0001 - 0011

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione (1),
visto il parere del Comitato economico e sociale (2),
visto il parere del Comitato delle regioni (3),
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4), visto il progetto comune approvato dal comitato di conciliazione il 16 aprile 1997,

(1) considerando che, secondo l'articolo 3, lettera o) del trattato, l'azione comunitaria deve contenere un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute; che l'articolo 129 del trattato prevede espressamente una competenza della Comunità in tale settore stabilendo che essa contribuisce incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione;

(2) considerando che nella risoluzione del 27 maggio 1993 relativa all'azione futura nel settore della sanità (5) il Consiglio ha ritenuto che un miglioramento della raccolta, dell'analisi e della diffusione dei dati sanitari, nonché della qualità e della comparabilità dei dati disponibili, sia essenziale per l'elaborazione dei futuri programmi;

(3) considerando che nella sua risoluzione sulla politica della sanità pubblica dopo Maastricht (6) il Parlamento europeo ha sottolineato quanto sia importante poter disporre di sufficienti informazioni pertinenti come base per l'elaborazione di azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica; che il Parlamento europeo ha invitato la Commissione a raccogliere e ad esaminare i dati sanitari degli Stati membri per valutare gli effetti delle politiche di sanità pubblica sullo stato della sanità nella Comunità;

(4) considerando che sarebbe auspicabile realizzare uno studio di fattibilità per la creazione di una struttura permanente incaricata della verifica e della valutazione dei dati e degli indicatori sanitari della Comunità europea;

(5) considerando che nella comunicazione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica la Commissione ha considerato una cooperazione accresciuta in materia di normalizzazione e di raccolta di dati sanitari comparabili/compatibili e la promozione dei sistemi di monitoraggio come condizioni preliminari alla costituzione di una rete di sostegno delle politiche e dei programmi degli Stati membri; che il settore del monitoraggio sanitario, compresi i dati e gli indicatori sanitari, è stato prescelto quale settore prioritario per la formulazione di proposte riguardanti programmi comunitari pluriennali nel settore della sanità pubblica;

(6) considerando che nella risoluzione del 2 giugno 1994 relativa al quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (7) il Consiglio ha indicato che occorre assegnare priorità alla raccolta di dati sanitari e ha invitato la Commissione a presentare proposte in merito; che il Consiglio ha ritenuto che i dati e gli indicatori utilizzati dovrebbero comprendere misure attinenti alla qualità della vita della popolazione, accurate valutazioni delle esigenze a livello sanitario, stime dei decessi che si possono evitare grazie alla prevenzione, fattori socioeconomici in materia di sanità tra i diversi gruppi della popolazione, nonché eventualmente, se gli Stati membri lo giudicano necessario, l'assistenza sanitaria, le prassi mediche e l'impatto delle riforme;

(7) considerando che il monitoraggio sanitario a livello comunitario è essenziale per la programmazione, il controllo e la valutazione delle azioni comunitarie nel campo della sanità pubblica, nonché per il controllo e la valutazione dell'impatto delle altre politiche comunitarie sulla salute;

(8) considerando che sarà possibile, in base segnatamente ai dati relativi alla sanità pubblica in Europa ottenuti grazie all'istituzione di un sistema comunitario di monitoraggio della sanità pubblica, seguire l'evoluzione di quest'ultima e definire priorità e obiettivi in tale campo;

(9) considerando che il monitoraggio sanitario comprende, ai sensi della presente decisione, la definizione di indicatori sanitari comunitari, la raccolta, la diffusione e l'analisi dei dati e degli indicatori sanitari comunitari;

(10) considerando che nella decisione 93/464/CEE, del 22 luglio 1993, relativa al programma quadro per azioni prioritarie nel settore dell'informazione statistica 1993-1997 (8) il Consiglio ha individuato, alla rubrica "statistiche sulla salute e la sicurezza", l'analisi della mortalità e della morbilità ripartite per cause come uno dei settori di azioni prioritarie, da condurre a titolo dei programmi settoriali per la politica sociale, la coesione economica e sociale e la protezione dei consumatori;

(11) considerando che nella decisione 94/913/CE, del 15 dicembre 1994, relativa all'adozione di un programma specifico di ricerca, di sviluppo tecnologico e di dimostrazione nel settore della biomedicina e della sanità (1994-1998) (9) il Consiglio ha individuato come compito specifico di ricerca il coordinamento e il raffronto delle basi di dati sanitari europei, compresi i dati sulla nutrizione, provenienti dai vari Stati membri; che nel pertinente programma di ricerca è stato incluso tale compito;

(12) considerando che il monitoraggio sanitario, a livello comunitario, dovrebbe permettere misurazioni dello stato di salute, delle tendenze e dei determinanti, facilitare la programmazione, il controllo e la valutazione dei programmi e delle azioni comunitarie, nonché fornire agli Stati membri informazioni sanitarie utili all'elaborazione e alla valutazione delle rispettive politiche in materia sanitaria;

(13) considerando che, per soddisfare appieno le esigenze e le aspettative del settore, risulta opportuno organizzare un sistema comunitario di monitoraggio sanitario che comporti anche la definizione di indicatori sanitari, la raccolta dei dati, in particolare di quelli necessari per pervenire a termine a indicatori sanitari comparabili, la creazione di una rete di trasmissione e di messa in comune dei dati e degli indicatori sanitari e la creazione di una capacità di analisi e di diffusione delle informazioni sanitarie;

(14) considerando che le opzioni disponibili e le possibilità di realizzazione delle varie parti di un sistema comunitario di monitoraggio sanitario, comprese quelle relative al rafforzamento dei dispositivi esistenti, devono essere esaminate accuratamente in base ai risultati, alla flessibilità e al rapporto costi/benefici; che è necessario un sistema flessibile, che possa comprendere elementi fin d'ora giudicati validi e adattarsi alle nuove esigenze e ad altre priorità; che un tale sistema dovrebbe comprendere la definizione di più serie di indicatori sanitari comunitari e la raccolta dei dati necessari a determinare tali indicatori;

(15) considerando che è opportuno che dati e indicatori sanitari comunitari si ispirino a dati e indicatori europei esistenti, come quelli in possesso degli Stati membri e/o da loro trasmessi alle organizzazioni internazionali, in modo da evitare qualsiasi inutile duplicazione;

(16) considerando che la situazione relativa alla raccolta dei dati varia da uno Stato membro all'altro; che la Comunità potrebbe fornire un supporto alle azioni degli Stati membri, comprese quelle relative alla raccolta di dati nel contesto di un sistema di monitoraggio sanitario comunitario, qualora detto supporto permetta di realizzare un valore aggiunto comunitario;

(17) considerando che un sistema comunitario di monitoraggio sanitario può trarre profitto dalla costituzione di una rete telematica di raccolta e di diffusione dei dati e degli indicatori sanitari comunitari;

(18) considerando che il sistema comunitario di monitoraggio sanitario dovrebbe poter fornire dati per la stesura di relazioni periodiche sullo stato della salute nella Comunità nonché analisi delle tendenze e dei problemi sanitari, e poter contribuire alla produzione e alla diffusione di informazioni sanitarie;

(19) considerando che la realizzazione di un sistema comunitario di monitoraggio sanitario presuppone imperativamente il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati, nonché l'attuazione di dispositivi di natura tale da garantirne la riservatezza e la sicurezza, quali le disposizioni che figurano nella direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (10) e nel regolamento (Euratom, CEE) n. 1588/90 del Consiglio, dell'11 giugno 1990, relativo alla trasmissione all'Istituto statistico delle Comunità europee di dati statistici protetti dal segreto (11);

(20) considerando che un programma pluriennale deve essere lanciato nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica, in modo da permettere la realizzazione del futuro sistema comunitario di monitoraggio sanitario e dei meccanismi necessari per la sua valutazione;

(21) considerando che secondo il principio della sussidiarietà le azioni in settori che non rientrano nell'esclusiva competenza della Comunità, come il monitoraggio sanitario, possono essere svolte dalla

Comunità solo qualora, a motivo delle loro dimensioni o dei loro effetti, esse possano essere realizzate meglio a livello comunitario;
(22) considerando che le politiche e i programmi formulati e attuati a livello comunitario, in particolare nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica, dovrebbero essere compatibili con gli scopi e gli obiettivi dell'azione comunitaria in materia di monitoraggio sanitario; che l'attuazione delle azioni comunitarie in materia di monitoraggio sanitario dovrebbe tener conto delle pertinenti attività di ricerca condotte a titolo del programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, ed essere coordinata con tali attività; che i progetti sulle applicazioni telematiche nel settore sanitario nel quadro del programma di RST dovrebbero essere coordinati con le azioni comunitarie di monitoraggio sanitario; che l'attuazione di azioni a titolo del programma quadro della Comunità nel settore dell'informazione statistica, dei progetti comunitari nel settore dello scambio telematico di dati tra amministrazioni (IDA) e dei progetti del G7 in materia sanitaria dovrebbe essere strettamente coordinata con l'attuazione delle azioni comunitarie in materia di monitoraggio sanitario; che si deve tener conto del lavoro intrapreso dalle agenzie europee specializzate, quali l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) o l'Agenzia europea dell'ambiente;
(23) considerando che è opportuno rafforzare la cooperazione con le competenti organizzazioni internazionali, comprese l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nonché con i paesi terzi; che anche altri organismi, quali le organizzazioni non governative, possono avere un ruolo da svolgere;
(24) considerando che, da un punto di vista operativo, occorre salvaguardare e sviluppare gli investimenti effettuati in passato tanto per quanto riguarda la costituzione di reti comunitarie che la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti in questo settore;
(25) considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma in stretta collaborazione con gli Stati membri;
(26) considerando che un "modus vivendi" (12) tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato è stato concluso in data 20 dicembre 1994;
(27) considerando che attualmente i dati non sono sufficientemente comparabili; che occorre evitare qualsiasi inutile duplicazione di attività mediante l'elaborazione congiunta di definizioni, metodi, criteri e tecniche di comparazione e conversione, la predisposizione di idonei strumenti di raccolta dei dati, quali indagini, questionari o parti di tali strumenti, nonché di specificazioni relative al contenuto delle informazioni sanitarie da mettere in comune in particolare tramite una rete telematica;
(28) considerando che per aumentare il valore e gli effetti del presente programma è opportuno procedere alla continua valutazione delle azioni avviate, in particolare sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che comunitario, procedendo, se del caso, ai necessari adeguamenti;
(29) considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del presente programma, una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale ai sensi del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995 (13);
(30) considerando che il presente programma deve avere una durata quinquennale per concedere alle azioni un tempo di realizzazione sufficiente per il conseguimento degli obiettivi fissati,
DECIDONO:
Articolo 1
Istituzione del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario, in appresso denominato "il presente programma", per il periodo dal 1° gennaio 1997 al 31 dicembre 2001 nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica.
2. Il presente programma si prefigge di contribuire a istituire un sistema comunitario di monitoraggio sanitario che consenta di:
a) misurare lo stato, le tendenze e i determinanti della salute nell'insieme della Comunità;
b) facilitare la programmazione, il controllo e la valutazione di programmi e azioni comunitarie;

c) fornire agli Stati membri informazioni sanitarie adeguate che consentano di effettuare comparazioni e sostenere le politiche sanitarie nazionali,
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, e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato I ai punti:
A. Definizione di indicatori sanitari della Comunità.
B. Costituzione di una rete comunitaria per la messa in comune dei dati sanitari.
C. Analisi e relazioni.
Un elenco non esaustivo dei settori nei quali potrebbero essere definiti degli indicatori sanitari figura nell'allegato II.
Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate nell'allegato I, in conformità dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e le organizzazioni attive nel settore del monitoraggio sanitario.
Articolo 3
Bilancio
1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 13,8 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio nel limite delle prospettive finanziare.
Articolo 4
Coerenza e complementarità
La Commissione vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare 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.
Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di diffusione e di trasferimento dei risultati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e le organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2;
g) le disposizioni relative alla comunicazione dei dati nonché alla conversione e gli altri metodi atti a rendere comparabili i dati, allo scopo di raggiungere l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2;
h) le disposizioni in materia di definizione e di selezione degli indicatori;
i) le disposizioni riguardanti le specificazioni relative ai contenuti necessarie per garantire la realizzazione e il funzionamento delle reti.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato viene attribuita ai voti dei rappresentanti

degli Stati membri la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione l'applicazione delle misure da essa decise;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al trattino precedente.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre, ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità nonché sull'attuazione di programmi in altri settori direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del presente programma.
Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Durante l'attuazione del presente programma viene promossa e attuata, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL) e con altre organizzazioni competenti in materia di monitoraggio sanitario.
2. Il presente programma è 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. Il programma è aperto alla partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA), secondo procedure da convenire con questi paesi.
Articolo 7
Controllo e valutazione
1. La Commissione, tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con l'eventuale partecipazione di esperti indipendenti, effettua una valutazione delle azioni intraprese.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio entro il 30 giugno 2000 una relazione interinale e, al termine del programma, in ogni caso non oltre il 30 giugno 2003, una relazione definitiva. Essa vi integra le informazioni relative al finanziamento comunitario nei diversi settori di azione e alla complementarità con gli altri programmi ed iniziative di cui all'articolo 4, nonché i risultati della valutazione di cui al paragrafo 1. Le relazioni sono inoltre inviate al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.
3. La Commissione potrà eventualmente presentare, in base alla valutazione di cui al paragrafo 1, idonee proposte per il proseguimento del presente programma.
Fatto a Lussemburgo, addì 30 giugno 1997.
Per il Parlamento europeo
Il Presidente
J. M. GIL-ROBLES

Per il Consiglio
Il Presidente
A. NUIS
(1) GU n. C 338 del 16. 12. 1995, pag. 4 e GU n. C 214 del 24. 7. 1996, pag. 6.
(2) GU n. C 174 del 17. 6. 1996, pag. 3.
(3) GU n. C 129 del 2. 5. 1996, pag. 50.
(4) Parere del Parlamento europeo del 17 aprile 1996 (GU n. C 141 del 13. 5. 1996, pag. 94), posizione comune del Consiglio del 18 giugno 1996 (GU n. C 220 del 29. 7. 1996, pag. 36) e decisione del Parlamento europeo del 23 ottobre 1996 (GU n. C 347 del 18. 11. 1996, pag. 73). Decisione del Consiglio del 5 giugno 1997 e decisione del Parlamento europeo del 10 giugno 1997.
(5) GU n. C 174 del 25. 6. 1993, pag. 1.
(6) GU n. C 329 del 6. 12. 1993, pag. 375.
(7) GU n. C 165 del 17. 6. 1994, pag. 1.
(8) GU n. L 219 del 28. 8. 1993, pag. 1.
(9) GU n. L 361 del 31. 12. 1994, pag. 40.
(10) GU n. L 281 del 23. 11. 1995, pag. 31.
(11) GU n. L 151 del 15. 6. 1990, pag. 1. Regolamento modificato dall'atto di adesione del 1994.
(12) GU n. C 102 del 4. 4. 1996, pag. 1.
(13) GU n. C 102 del 4. 4. 1996, pag. 4.
ALLEGATO I
OBIETTIVI E AZIONI SPECIFICHE
A. DEFINIZIONE DI INDICATORI SANITARI DELLA COMUNITÀ
Obiettivo
Definire indicatori sanitari comparabili della Comunità tramite un esame critico dei dati e degli indicatori sanitari esistenti, sviluppando metodologie per ottenere dati ed indicatori sanitari comparabili e mettendo a punto metodi adeguati per la raccolta di quei dati sanitari, gradualmente sempre più comparabili, necessari per definire tali indicatori.
1. Individuazione, esame e analisi critica degli indicatori e dei dati sanitari esistenti a livello europeo e a livello degli Stati membri, utilizzando come base i dati da essi convalidati, per determinarne l'interesse, la qualità e il grado di copertura in relazione alla definizione di indicatori sanitari della Comunità.
2. Individuazione di un insieme di indicatori sanitari della Comunità, che include un sottoinsieme di indicatori primari destinati al controllo di programmi e azioni comunitarie nel campo della sanità pubblica, e un sottoinsieme di indicatori secondari destinati al controllo di politiche, programmi e azioni comunitari in altri settori, volti a fornire agli Stati membri misure comuni che permettano di procedere a comparazioni. Un elenco non esaustivo dei settori per i quali potrebbero essere definiti indicatori sanitari figura nell'allegato II.
3. Sviluppo e sostegno alla raccolta sistematica di dati sanitari da rendere comparabili mediante l'elaborazione di dizionari di dati, la messa a punto di opportuni metodi e norme di conversione e altri metodi per raggiungere l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2.
4. Contributo alla raccolta di dati comparabili mediante il sostegno alla preparazione di indagini, comprese indagini comunitarie utili all'elaborazione delle politiche comunitarie, ovvero di moduli tipo o questionari tipo convenuti e utilizzati nelle indagini esistenti.
5. Promozione della cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti nel settore dei dati e degli indicatori sanitari della Comunità, nonché di reti di scambio di dati sanitari concernenti settori specifici della sanità pubblica, per migliorare la comparabilità dei dati.
6. Incoraggiamento e sostegno allo studio di fattibilità e all'analisi costi-efficacia dell'elaborazione di statistiche standardizzate sulle risorse sanitarie, ai fini di una loro inclusione nel sistema comunitario di monitoraggio sanitario che verrà istituito.
7. Sostegno alla prosecuzione dello studio di fattibilità in corso sulla possibilità di porre in essere una struttura permanente responsabile del monitoraggio e della valutazione dei dati e degli indicatori sanitari della Comunità.
B. COSTITUZIONE DI UNA RETE COMUNITARIA PER MESSA IN COMUNE DI DATI SANITARI

Obiettivo
Permettere la creazione di un sistema efficace e affidabile di trasferimento e scambio dei dati e degli indicatori sanitari con ricorso soprattutto allo scambio telematico dei dati.
8. Incoraggiamento e sostegno alla costituzione di una rete per il trasferimento e la messa in comune dei dati sanitari, che ricorra soprattutto allo scambio telematico e ad un sistema di basi di dati distribuite, in particolare mediante la definizione di specificazioni dei dati e di procedure relative all'accesso, al recupero, alla riservatezza e alla sicurezza dei diversi tipi di informazioni che saranno compresi nel sistema.
C. ANALISI E RELAZIONI
Obiettivo
Elaborare i metodi e gli strumenti necessari alla produzione di analisi e relazioni, e sostenere le analisi e le relazioni relative allo stato, alle tendenze e ai determinanti della salute, nonché all'impatto delle politiche sanitarie.
9. Incoraggiamento e sostegno alla creazione di capacità di analisi, mediante il rafforzamento delle capacità esistenti, nonché di una capacità che permetta di studiare la fattibilità di eventuali nuove strutture, di metodi e di strumenti di comparazione e previsione, di verificare le ipotesi, di sperimentare i modelli e di valutare gli scenari e i risultati in materia di salute.
10. Sostegno all'analisi dell'impatto delle azioni e dei programmi comunitari nel campo della sanità pubblica nonché alla produzione ed alla diffusione di rapporti sulla valutazione dell'impatto.
11. Sostegno alla preparazione, all'elaborazione e alla diffusione di relazioni, analisi e altre informazioni onde contribuire a realizzare comparazioni quanto a stato, tendenze e determinanti della salute, oltre che all'impatto delle politiche sulla salute.
ALLEGATO II
ELENCO NON ESAUSTIVO DEI SETTORI NEI QUALI POTREBBERO ESSERE DEFINITI INDICATORI SANITARI
A. Stato di salute
1. Speranza di vita:
- speranza di vita a varie età,
- speranza di vita in buona salute.
2. Mortalità:
- generale,
- cause di decessi,
- tasso di sopravvivenza per alcune malattie.
3. Morbilità:
- indici di morbilità per alcune malattie,
- morbilità congiunta.
4. Attività funzionante e qualità della vita:
- stato di salute autopercepito,
- disabilità fisica,
- restrizioni dell'attività,
- stato/capacità funzionale,
- diminuzione della capacità lavorativa per motivi di salute,
- salute psichica.
5. Caratteristiche antropometriche.
B. Stile di vita e pratiche igieniche
1. Consumo di tabacco
2. Consumo di alcool
3. Consumo di droghe illegali
4. Attività fisica
5. Regime alimentare
6. Vita sessuale
7. Altre
C. Condizioni di vita e di lavoro

1. Occupazione/disoccupazione:
- situazione professionale.
2. Ambiente di lavoro:
- infortuni,
- esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose,
- malattie professionali.
3. Condizioni di alloggio.
4. Attività domestiche e del tempo libero:
- incidenti domestici, - tempo libero.
5. Trasporti: - incidenti stradali.
6. Ambiente:
- inquinamento atmosferico,
- inquinamento idrico,
- altri tipi di inquinamento,
- radiazioni,
- esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose fuori dell'ambiente di lavoro.
D. Protezione della salute
1. Fonti di finanziamento.
2. Infrastrutture /personale:
- utilizzazione delle risorse sanitarie,
- personale sanitario.
3. Costo/spese:
- pazienti ospedalizzati,
- pazienti non ospedalizzati,
- prodotti farmaceutici.
4. Consumo/utilizzo:
- pazienti ospedalizzati,
- pazienti non ospedalizzati,
- prodotti farmaceutici.
5. Promozione della salute e prevenzione delle malattie.
E. Fattori demografici e sociali:
1. Sesso
2. Età
3. Stato civile
4. Regione di residenza
5. Istruzione
6. Reddito
7. Sottogruppi di popolazione
8. Situazione relativa all'assicurazione malattia
F. Varie
1. Sicurezza dei prodotti
2. Altro
Dichiarazioni della Commissione
In sede di attuazione del prossimo programma statistico comunitario (1998-2002) la Commissione si assicura che sia prestata la dovuta attenzione alla messa a punto di statistiche nell'ambito del monitoraggio sanitario, e ciò al fine di rafforzare il presente programma.
Articolo 5, paragrafo 4
La Commissione si impegna a fornire ogni anno al Parlamento europeo la stessa informazione sulle decisioni prese.
Dichiarazione del Parlamento europeo
Il Parlamento europeo prende atto della dichiarazione della Commissione e s'impegna a sostenere tale azione in sede di procedura di bilancio.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 019 del 22/01/1997 pag. 0025 - 0031

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione (1),
visto il parere del Comitato economico e sociale (2),
visto il parere del Comitato delle Regioni (3),
deliberando secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4), visto il progetto comune approvato il 1° ottobre 1996 dal comitato di conciliazione,
considerando che il fenomeno della tossicodipendenza si è sviluppato in modo preoccupante negli Stati membri e che esso comporta gravi ripercussioni sulla salute delle persone e sul benessere della popolazione;
considerando che, ne costituire nel 1985 una commissione d'inchiesta sul problema della droga negli Stati membri, il Parlamento europeo ha dato prova del proprio interesse ad uno studio approfondito dei fattori che generano la domanda di droga e che permettono la continuazione della produzione e della distribuzione della droga;
considerando che nelle risoluzioni dedicate a tale problema (5), il Parlamento europeo ha formulato una serie di proposte, in particolare ai fini di un'azione sul piano comunitario nel settore della prevenzione della tossicodipendenza;
considerando che, in occasione della riunione di Dublino del 25 e 26 giugno 1990, il Consiglio europeo "ha ribadito che ciascuno Stato membro era responsabile dell'elaborazione di un programma adeguato di riduzione della domanda di droga", ed "ha ritenuto che un'azione efficace di ciascuno Stato membro, sostenuta da un'azione comune dei Dodici e della Comunità, dovrebbe rappresentare una delle principali priorità" dei prossimi anni;
considerando che le azioni intraprese a livello comunitario in base alle risoluzioni, dichiarazioni e conclusioni del Consiglio relative alla prevenzione della tossicodipendenza, in particolare in seguito all'accento posto dal Consiglio europeo di Roma del 14 e 15 dicembre 1990, sul programma europeo di lotta contro la droga, hanno contribuito a sostenere gli sforzi degli Stati membri;
considerando che, nella risoluzione del 2 giugno 1994 (6), rispondendo alla comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 sul quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica, il Consiglio considera la tossicodipendenza una delle priorità dell'azione comunitaria per le quali la Commissione è invitata a presentare proposte d'azione;
considerando che il regolamento (CEE) n. 302/93 (7) ha istituito un Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) allo scopo di fornire alla Comunità e agli Stati membri informazioni attendibili e comparabili relative alla droga e alla tossicodipendenza;
considerando che, in base al suo regolamento costitutivo, l'OEDT è attivamente impegnato a ricercare la cooperazione delle organizzazioni internazionali e di altri enti governativi o non governativi, in particolare europei, competenti in materia di droghe;
considerando che la dichiarazione adottata dal Consiglio europeo di Bruxelles del 29 ottobre 1993 in occasione dell'entrata in vigore del trattato sull'Unione europea ha ribadito che il trattato prevede "un quadro istituzionale strutturato che consente di meglio controllare i problemi sociali che, come quello della droga, oltrepassano le frontiere ()";
considerando che i problemi associati al fenomeno della droga sono tali da richiedere un approccio pienamente coordinato e globale, come dichiarato dal Consiglio europeo di Bruxelles del 10 e 11 dicembre 1993;
considerando che un approccio multidisciplinare dovrebbe favorire in particolare la considerazione delle

implicazioni sociali e individuali del fenomeno, in modo da limitare le conseguenze negative per la salute e la situazione sociale delle persone danneggiate;
considerando che la tossicodipendenza è il solo flagello espressamente menzionato nelle norme in materia di sanità pubblica del trattato ed è quindi oggetto di priorità dell'azione comunitaria nel contesto dell'azione nel campo della sanità pubblica stabilita dalla Commissione;
considerando che le tossicodipendenze costituiscono una grave calamità per la salute, che può essere oggetto di prevenzione;
considerando che una strategia comunitaria diretta a contribuire alla prevenzione delle tossicodipendenze dovrebbe essere basata su un approccio globale in materia di prevenzione;
considerando che il presente programma costituisce una delle competenti essenziali della comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio, del 23 giugno 1994, relativa ad un piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (1995-1999), sul quale il Consiglio si è pronunciato nelle sue conclusioni del 2 giugno 1995;
considerando che un'azione comunitaria di incoraggiamento destinata a sostenere la prevenzione della tossicodipendenza consente, a motivo delle sue dimensioni e dei suoi effetti, di contribuire meglio alla realizzazione degli obiettivi previsti, che si situano nel contesto dell'articolo 129 del trattato, in particolare il paragrafo 1, secondo comma;
considerando che occorre rafforzare la cooperazione con i competenti organismi internazionali e i paesi terzi;
considerando che occorre avviare un programma pluriennale con chiari obiettivi di azione comunitaria e selezionare azioni prioritarie ai fini della prevenzione della tossicodipendenza e dei problemi connessi, come pure adeguati meccanismi di valutazione;
considerando che il programma deve porsi l'obiettivo di contribuire alla lotta contro la tossicodipendenza prevenendo le dipendenze connesse all'uso di stupefacenti e di sostanze psicotrope e all'uso combinato di altri prodotti ai fini delle tossicodipendenze;
considerando che una strategia comunitaria deve dare risalto ai dati, alla ricerca e alla valutazione, nonché all'informazione, all'educazione sanitaria e alla formazione, e che essa deve tener conto della natura complessa del fenomeno, dei rischi ad esso associati e dell'importanza fondamentale di una molteplicità di risposte sanitarie e sociali, essenziali per la protezione della salute e della qualità della vita;
considerando che tale strategia presuppone che sia assicurata la coerenza con le misure attuate in base ad altri programmi e iniziative comunitarie, particolarmente nel settore della sanità pubblica ed in quello sociale;
considerando che il programma d'azione comunitario in materia di promozione della salute comprende azioni specifiche di prevenzione dell'abuso di alcool e delle conseguenze sanitarie e sociali di quest'ultimo, nonché azioni volte a promuovere un uso razionale dei medicinali; che questo programma comprende azioni specifiche in materia di prevenzione dell'uso di tutti i tipi di stupefacenti e sostanze psicotrope, comprese le nuove droghe sintetiche, nonché l'uso combinato di altri prodotti ai fini delle tossicodipendenze (pluridipendenze);
considerando che occorre migliorare le conoscenze del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze e delle loro conseguenze, nonché dei mezzi e metodi di prevenzione della tossicodipendenza, compresa la prevenzione dei rischi che ne derivano;
considerando che, parallelamente alle azioni generali di prevenzione, si deve svolgere una prevenzione mirata nei confronti di gruppi specifici e, più particolarmente, dei giovani e degli emarginati, evitando gli stereotipi riguardanti i tossicodipendenti;
considerando che nella prevenzione delle tossicodipendenze è necessario tenere conto delle condizioni socioeconomiche e che esse possono pertanto influenzare le misure adottate;
considerando che l'ambiente carcerario fa parte degli ambienti per i quali risulta necessaria un'azione di prevenzione;
considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente piano in stretta collaborazione con gli Stati membri; che a tale scopo è necessario prevedere una procedura intesa ad assicurare che gli Stati membri partecipino pienamente a tale attuazione;
considerando che in data 20 dicembre 1994 è stato raggiunto un accordo su un "modus vivendi" tra il

Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione riguardante le misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato;
considerando che sotto il profilo operativo occorre tutelare e sviluppare l'investimento realizzato nel corso degli anni precedenti sia in termini di creazione di reti comunitarie di organizzazioni non governative sia di mobilitazione di tutti i soggetti coinvolti; che dovrebbero essere promosse le iniziative di cooperazione multidisciplinare e tra i settori pubblico e privato, comprese le ONG, ai fini di prevenzione della tossicodipendenza;
considerando tuttavia che occorre evitare inutili ripetizioni di attività tramite la promozione di scambi di esperienze e la predisposizione comune di modelli di base per l'informazione del grande pubblico, l'educazione sanitaria e la formazione del personale sanitario, nonché di quello dei vari gruppi coinvolti nella prevenzione delle tossicodipendenze che possono essere destinati a specifici gruppi bersaglio;
considerando che gli obiettivi del presente programma e delle azioni effettuate per realizzarlo fanno parte delle esigenze di protezione della salute di cui all'articolo 129, paragrafo 1, terzo comma del trattato e costituiscono pertanto una parte essenziale delle altre politiche della Comunità; che l'obiettivo perseguito è di sfruttare le opportunità offerte nel quadro di altre politiche, programmi e strumenti comunitari per rendere più efficace la prevenzione delle tossicodipendenze;
considerando che, per aumentare il valore e gli effetti del piano d'azione, occorre procedere alla valutazione continua delle azioni avviate, in particolare sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che a livello comunitario, procedendo, se richiesto, ai necessari adeguamenti;
considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del programma, una dotazione finanziaria che costituisce, per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale a norma del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995;
considerando che la durata del presente programma deve essere pari a 5 anni affinché si possa disporre per le azioni di un tempo di attuazione sufficientemente lungo per consentire che raggiungano gli obiettivi fissati,
DECIDONO:
Articolo 1
Istituzione del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza, in appresso denominato "presente programma", per il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2000 nell'ambito dell'azione nel campo della sanità pubblica.
2. Il presente programma è inteso a contribuire alla lotta contro la tossicodipendenza, in particolare 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.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato ai punti:
A. Dati, ricerche e valutazioni
B. Informazione, educazione sanitaria e formazione
Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta collaborazione con gli Stati membri, provvede all'attuazione delle azioni indicate nell'allegato, a norma dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera inoltre con le istituzioni e organizzazioni attive nel settore della riduzione della domanda di droga, promuove la cooperazione multidisciplinare nonché quella tra i settori pubblico e privato, comprese le ONG.
3. Gli Stati membri sono invitati ad adottare le misure che ritengono necessarie per coordinare ed organizzare l'attuazione del presente programma a livello nazionale.

Articolo 3
Bilancio

1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma per il periodo di cui all'articolo 1 è fissata a 27 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annui sono autorizzati dalle autorità di bilancio entro i limiti delle prospettive finanziarie.

Articolo 4
Coerenza e complementarità 1. La Commissione provvede alla coerenza e alla complementarità fra le azioni da attuare del presente programma e quelle degli altri pertinenti programmi e iniziative comunitarie, compresi i programmi "Socrate", "Leonardo da Vinci" e "Gioventù per l'Europa (III)", il programma di ricerca in biomedicina e sanità nell'ambito del programma quadro di ricerca comunitaria, nonché le iniziative volte a promuovere il reinserimento dei tossicodipendenti e degli ex tossicodipendenti.
2. La Commissione provvede inoltre a che le attività intraprese tengano conto delle attività dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. Provvede altresì con gli Stati membri affinché le priorità e le esigenze della Comunità siano prese nella debita considerazione nei programmi dell'OEDT.
3. La Commissione e gli Stati membri assicurano lo coerenza con il piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga.

Articolo 5
Comitato
La Commissione è assistita da un comitato, composto di due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sul progetto di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato, ai voti dei rappresentanti degli Stati membri, è attribuita la ponderazione fissata nell'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce l'applicazione delle misure da essa decise di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al primo trattino.
La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione riguardante la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è messo a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale. La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:

- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste di cui all'articolo 4, delle proposte della Commissione o delle iniziative della Comunità nonché dell'attuazione di programmi in altri settori aventi un rapporto diretto con il conseguimento degli obiettivi del presente programma.

Articolo 6
Cooperazione internazionale
Durante l'attuazione del presente programma è promossa e attuata, secondo la procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.
In particolare, la Commissione coopera con il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, con organizzazioni internazionali intergovernative 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).
Il presente programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale (PECO), secondo le condizioni stabilite nei protocolli aggiuntivi degli accordi di associazioni relativi alla partecipazione a programmi comunitari, da concludere con tali paesi, nonché alla partecipazione di Cipro e Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'AELS (EFTA), secondo le procedure da convenire con questi paesi.

Articolo 7
Controllo e valutazione
1. La Commissione tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con la partecipazione di esperti indipendenti, se del caso, effettua la valutazione delle azioni intraprese.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione intermedia a metà periodo e, al termine del presente programma, una relazione definitiva, integrandovi l'esito delle valutazioni, e le trasmette anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni.

Fatto a Bruxelles, addì 16 dicembre 1996.
Per il Parlamento europeo
Il Presidente
K. HÄNSCH
Per il Consiglio
Il Presidente
I. YATES

(1) GU n. C 257 del 14. 9. 1994, pag. 4 e GU n. C 34 del 7. 2. 1996, pag. 4.
(2) GU n. C 110 del 2. 5. 1995, pag. 8.
(3) GU n. C 210 del 14. 8. 1995, pag. 88.
(4) Parere del Parlamento europeo del 20 settembre 1995 (GU n. C 269 del 16. 10. 1995, pag. 65), posizione comune del Consiglio del 20 dicembre 1995 (GU n. C 37 del 9. 2. 1996, pag. 1) e decisione del Parlamento europeo del 16 aprile 1996 (GU n. C 141 del 13. 5. 1996, pag. 42). Decisione del Consiglio del 12 novembre 1996.
(5) GU n. C 172 del 2. 7. 1984, pag. 130.
GU n. C 283 del 10. 11. 1986, pag. 79.
GU n. C 47 del 27. 2. 1989, pag. 51.
GU n. C 150 del 15. 6. 1992, pag. 42.
(6) GU n. C 165 del 17. 6. 1994, pag. 1.
(7) GU n. L 36 del 12. 2. 1993, pag. 1.

ALLEGATO

PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIA IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZA

A. DATI, RICERCHE, VALUTAZIONI
Obiettivo
Migliorare le conoscenze del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze e loro conseguenze nonché dei mezzi e metodi di prevenzione della tossicodipendenza e dei rischi ad essa connessi, in particolare utilizzando le informazioni fornite dall'OEDT e le possibilità offerte dai programmi e dagli strumenti comunitari esistenti.
Azioni
1. Contribuire alla definizione dei dati da raccogliere, da analizzare e divulgare ai fini del presente programma, compresi quelli concernenti il fenomeno della tossicodipendenza multipla.
2. Sfruttare i dati più utili all'attuazione del presente programma, in particolare in base a una comunicazione regolare dei lavori svolti dall'OEDT.
3. Contribuire allo sviluppo di una strategia di ricerca sulla prevenzione della tossicodipendenza e in particolare per migliorare le conoscenze sull'impatto nel settore della sanità pubblica delle politiche destinate ai tossicodipendenti, nonché sugli effetti delle droghe e sull'utilizzo a fini di prevenzione di tecniche appropriate.
4. Sostenere studi e progetti pilota sui fattori (socio-economici, socio-culturali, socio-psicologici) connessi alla tossicodipendenza, anche nei gruppi bersaglio.
5. Sostenere studi e azioni e promuovere lo scambio di esperienze sui mezzi e metodi di prevenzione dei rischi associati alla tossicodipendenza, in particolare allo scopo di:
- prevenire nelle donne tossicodipendenti in gravidanza le conseguenze farmacologiche sul feto e i rischi di trasmissione di infezioni al bambino;
- ridurre i rischi connessi all'iniezione di droghe;
- valutare le misure sanitarie di accompagnamento, in particolare i programmi di sostituzione;
- valutare i metodi e programmi di prevenzione e di riduzione dei rischi per quanto riguarda l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti.
6. Sostenere ed incoraggiare gli scambi di informazioni e di esperienze, specialmente tra i membri dei vari gruppi coinvolti nella prevenzione delle tossicodipendenze e tra coloro che esercitano un'influenza positiva a lungo termine sui tossicodipendenti, come le famiglie e i tutori, sulla prevenzione delle ricadute nella tossicodipendenza, compresa la riabilitazione dei tossicodipendenti nonché il collegamento tra i relativi aspetti sociali e sanitari, e sulle altre azioni previste all'articolo 4, paragrafo 1.
B. INFORMAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA E FORMAZIONE
Obiettivo
Contribuire al miglioramento dell'informazione, dell'educazione e della formazione ai fini della prevenzione alla tossicodipendenza e dei rischi connessi, in particolare nei confronti dei giovani nei contesti pertinenti (per esempio, famiglia, scuola, università e tempo libero) e dei gruppi particolarmente vulnerabili, inclusi gli ex tossicodipendenti.
a) Informazione e educazione sanitaria
Azioni
7. Sostenere le azioni intese a valutare l'efficacia delle campagne d'informazione e di educazione sanitaria; sondare regolarmente l'opinione pubblica, tramite Eurobarometro, per controllare l'evoluzione dell'atteggiamento degli europei nei confronti della droga.
8. Organizzare nuove settimane europee sulla prevenzione alla tossicodipendenza sulla scorta dell'esperienza precedente.
9. Contribuire all'individuazione, alla verifica e allo sviluppo degli strumenti e mezzi d'informazione e di educazione più idonei per taluni gruppi bersaglio, in particolare:
- favorire l'impiego di informazioni adatte a ambienti e situazioni particolari tenendo conto dell'evoluzione

delle forme di consumo e dei prodotti consumati nonché del fenomeno alla tossicodipendenza multipla;
- sostenere le azioni volte ad adattare i messaggi ai bisogni e alle specificità di gruppi particolarmente vulnerabili;
- sostenere lo sviluppo delle attività dei servizi di accoglienza telefonica ed esaminare la possibilità di istituire un unico numero telefonico per tali servizi in tutti gli Stati membri.
10. Contribuire alla definizione di linee direttrici in materia di prevenzione alla tossicodipendenza e promuovere la selezione e l'utilizzazione dei metodi pedagogici e di materiale didattico, specialmente nell'ambito della rete europea delle scuole di promozione sanitaria, che permettano in particolare di definire programmi altamente specializzati di comportamento sociale, al fine di sviluppare nei giovani gli atteggiamenti che consentano loro di evitare le droghe e la tossicodipendenza; sostenere progetti integrati, programmi ed altre iniziative di prevenzione alla tossicodipendenza nei luoghi frequentati dai bambini e dai giovani, in stretto dialogo con essi e assicurando, ogniqualvolta possibile, la partecipazione dei genitori e degli interessati; promuovere il ricorso alle competenze di persone che possano entrare in contatto con i gruppi di utenti potenziali.
11. Incoraggiare gli scambi di esperienze sulle iniziative volte a migliorare il coordinamento fra tutti gli operatori del settore dell'educazione.
12. Sostenere le iniziative volte a consigliare gli insegnanti, le famiglie e i responsabili dei giovani per quanto riguarda l'individuazione precoce dell'uso di droga e i mezzi per rimediarvi.
13. Favorire, eventualmente, in cooperazione con l'OEDT e il Consiglio d'Europa, l'ampliamento della rete europea delle "città campione" per incoraggiare la cooperazione tecnica sui modi e sugli strumenti posti in atto da tali città per ridurre la domanda di droga.
14. Sostenere gli scambi di esperienze, in particolare su base regionale transfrontaliera, riguardanti le iniziative locali di prevenzione adottate sul campo e per strada, che risultino utili a quei gruppi a rischio che non sempre è possibile raggiungere con le strategie classiche di assistenza e prevenzione; sostenere gli scambi di esperienze sui modelli e le prassi di prevenzione con la partecipazione di città di vari Stati membri particolarmente interessate dal problema della droga.
b) Formazione
15. Promuovere le iniziative volte a migliorare l'aspetto prevenzione delle tossicodipendenze nei programmi di formazione professionale degli insegnanti e dei responsabili dei giovani, e favorire gli scambi di studenti orientati verso le professioni sociali e sanitarie, compresi gli scambi nel quadro di altri programmi comunitari.
16. Sostenere lo sviluppo di programmi di formazione complementare, di materiali e moduli didattici per coloro che possono entrare in contatto con i tossicodipendenti e i gruppi a rischio, compresi in particolare gli operatori dei settori sociali e sanitario, gli agenti di polizia e il personale giudiziario; promuovere la cooperazione multidisciplinare e quella tra i settori pubblico e privato, comprese le ONG, ai fini di prevenzione della tossicodipendenza.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 095 del 16/04/1996 pag. 0016 - 0022

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)

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione (1),
visto il parere del Comitato economico e sociale (2),
visto il parere del Comitato delle Regioni (3),
deliberando conformemente alla procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4), visto il progetto comune approvato il 31 gennaio 1996 dal Comitato di conciliazione,
(1) considerando che, nella risoluzione del 2 giugno 1994 (5), rispondendo alla comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica, il Consiglio considera l'AIDS ed altre malattie trasmissibili una delle priorità dell'azione comunitaria per le quali la Commissione è invitata a presentare proposte d'azione;
(2) considerando che l'AIDS è attualmente una malattia incurabile, considerata come uno dei principali flagelli, la quale, per essere combattuta, richiede azioni coordinate per quanto riguarda sia la ricerca sia la prevenzione;
(3) considerando l'importanza della promozione dell'utilizzo e del corretto impiego dei profilattici quale strumento per impedire la trasmissione del virus HIV e di altre malattie sessualmente trasmissibili;
(4) considerando che l'AIDS è un fenomeno che mette in causa le relazioni umane per quanto riguarda sia le loro componenti più individuali, che i comportamenti collettivi; che tale fenomeno concerne la medicina, la sociologia e la ricerca, ma anche il diritto e l'economia, la politica, la sanità pubblica, l'educazione e la cultura;
(5) considerando che il piano d'azione adottato con decisione 91/317/CEE del Consiglio e dei Ministri della sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio (6), nel quadro del programma "L'Europa contro l'AIDS" si è concluso alla fine del 1993;
(6) considerando che il programma "L'Europa contro l'AIDS" è stato prorogato fino alla fine del 1995 con la decisione n. 1729/95/CE del Parlamento europeo e del Consiglio (7);
(7) considerando che il Consiglio nelle sue conclusioni del 13 dicembre 1993, relative alla creazione di una rete in materia di epidemiologia nella Comunità (8), e il Parlamento europeo nelle sue risoluzioni del 26 maggio 1989 (9), del 15 maggio 1991 (10) e del 19 novembre 1993 (11) hanno ritenuto indispensabile acquisire più ampie conoscenze delle malattie sulla base delle loro cause e del loro contesto epidemiologico; che pertanto hanno invitato la Commissione a presentare proposte relative all'istituzione di una rete di epidemiologia nella Comunità;
(8) considerando che il Parlamento europeo e il Consiglio hanno sottolineato che il funzionamento regolare di una rete di raccolta dei dati epidemiologici richiede una costante attenzione circa la comparabilità e la compatibilità dei dati nonché, per i gruppi che vi partecipano, la promozione della formazione teorica nel settore dell'epidemiologia e una preparazione pratica nel campo dell'epidemiologia;
(9) considerando che la Comunità è in grado di dare un contributo sostanziale all'organizzazione di scambi di esperienze e alla diffusione delle informazioni sia in materia di formazione specifica del personale sanitario che in materia di informazione di tutti gli operatori sociali interessati quali insegnanti, famiglie, autorità e imprenditori;
(10) considerando che, nella loro risoluzione del 13 novembre 1992 (12), il Consiglio e i Ministri della sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, hanno invitato la Commissione a considerare le intese esistenti che prevedono la cooperazione tra gli Stati membri nel settore del monitoraggio e del controllo delle malattie trasmissibili;
(11) considerando che le azioni intraprese a livello comunitario nel settore dell'AIDS devono essere proseguite ed ampliate per coprire altre malattie trasmissibili, in particolare le malattie sessualmente

trasmissibili (MST), nonché rafforzate nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica enunciato dalla Commissione, in coerenza con le azioni volte a combattere l'esclusione e le situazioni di precarietà;
(12) considerando che tali azioni devono tener conto, come richiesto dal Consiglio e dai Ministri della sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, nella loro risoluzione del 27 maggio 1993 (13), di altre azioni intraprese dalla Comunità nel settore della sanità pubblica o che possono avere un impatto sulla sanità pubblica;
(13) considerando che un'azione comunitaria destinata a sostenere la prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili consente, a motivo delle sue dimensioni e dei suoi effetti, una migliore realizzazione degli obiettivi previsti;
(14) considerando che è importante che le politiche e i programmi elaborati e attuati a livello comunitario siano coerenti con gli scopi e gli obiettivi dell'azione comunitaria intesa alla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili; che occorre in particolare assicurare uno stretto coordinamento dell'attuazione delle azioni svolte nell'ambito del programma comunitario di ricerca nel settore della biomedicina e della sanità, segnatamente per quanto riguarda lo sviluppo di vaccini e di nuove forme di trattamento, e delle azioni comunitarie intese alla prevenzione dell'infezione da virus HIV e di talune altre malattie trasmissibili;
(15) considerando che è necessario promuovere studi negli Stati membri allo scopo di individuare i metodi di prevenzione più efficaci e pubblicare i risultati più significativi di tali lavori;
(16) considerando che è opportuno rafforzare la cooperazione con le competenti organizzazioni internazionali e i paesi terzi;
(17) considerando che è necessario un programma pluriennale che deve permettere di determinare gli obiettivi dell'azione comunitaria, di definire le azioni prioritarie per la prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili nonché idonei meccanismi di valutazione;
(18) considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma in stretta collaborazione con gli Stati membri; che a tale scopo è opportuno prevedere una procedura intesa ad assicurare che gli Stati membri partecipino pienamente a tale attuazione;
(19) considerando che un "modus vivendi" tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato è stato concluso in data 20 dicembre 1994;
(20) considerando che sotto il profilo operativo è opportuno tutelare e sviluppare l'investimento realizzato nel corso dei precedenti piani di azione sia per le reti pilota europee sia per la mobilitazione degli operatori partecipanti alla lotta contro l'AIDS e le altre malattie trasmissibili;
(21) considerando che il presente programma deve tener conto delle varie azioni, già svolte o in corso, che vengono attuate negli Stati membri tanto dalle autorità competenti quanto da altri protagonisti della politica sanitaria;
(22) considerando tuttavia che è opportuno evitare inutili ripetizioni di attività tramite la promozione di scambi di esperienze e la predisposizione comune di modelli di base per l'informazione del grande pubblico, l'educazione alla salute e la formazione del personale sanitario, che possono essere destinati a specifici gruppi bersaglio e alle organizzazioni non governative, comprese le associazioni di malati;
(23) considerando che l'informazione dei bambini e dei giovani deve cominciare al più presto in un contesto globale di informazione sull'igiene e la vita sessuale e di educazione sanitaria;
(24) considerando che il presente programma deve porsi gli obiettivi di contribuire a ridurre la propagazione nella Comunità dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili favorendo il miglioramento delle conoscenze sulla loro prevalenza e la loro evoluzione, l'identificazione delle situazioni e dei comportamenti a rischio, l'accertamento precoce, il supporto sociale sanitario e medico al fine di prevenire la trasmissione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili riducendo in questo modo il tasso di mortalità e morbilità derivante nonché qualsiasi forma di discriminazione verso le persone colpite dall'AIDS o contaminate dall'HIV;
(25) considerando che per aumentare il valore e gli effetti del presente programma è opportuno procedere alla continua valutazione delle azioni avviate, segnatamente sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che comunitario, procedendo se del caso, ai necessari adeguamenti;

(26) considerando che gli obiettivi del presente programma e delle azioni intraprese per la sua realizzazione rientrano nelle esigenze in materia di protezione della salute di cui all'articolo 129, paragrafo 1, terzo comma del trattato, e costituiscono pertanto una componente delle altre politiche della Comunità;
(27) considerando che occorre facilitare l'accesso a questo programma in particolare alle organizzazioni che non dispongono dei mezzi per accedere agevolmente alle informazioni sui programmi comunitari;
(28) considerando che le procedure di attribuzione delle sovvenzioni devono essere semplici ed accessibili e che deve essere assicurata la totale trasparenza di tali procedure e del loro svolgimento;
(29) considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del presente programma, una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale ai sensi del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995;
(30) considerando che il presente programma dovrebbe avere una durata quinquennale per concedere alle azioni un tempo di realizzazione sufficiente per il conseguimento degli obiettivi fissati,
DECIDONO:

Articolo 1
Istituzione del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitario sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili, in appresso denominato "il presente programma", per il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2000 nel contesto dell'azione nel campo della sanità pubblica.
2. Il presente programma tende a 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.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i relativi obiettivi specifici figurano nell'allegato sotto le rubriche:
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.

Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta collaborazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate nell'allegato, in conformità dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e organizzazioni attive nel settore della prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili.

Articolo 3
Bilancio
1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 49,6 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio nel limite delle prospettive finanziarie.

Articolo 4
Coerenza e complementarità
La Commissione vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare nel quadro del presente programma e quelle degli altri pertinenti programmi e iniziative comunitari, compreso il programma di ricerca nel settore della biomedicina e della sanità nell'ambito del programma quadro di ricerca della Comunità e l'azione comunitaria nei paesi in via di sviluppo.

Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato viene attribuita ai voti dei rappresentanti degli Stati membri la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce l'applicazione delle misure da essa decise di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al trattino precedente.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma; (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità nonché sull'attuazione di programmi in altri settori direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del presente programma.

Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Durante l'attuazione del presente programma viene promossa e attuata, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione delle Nazioni Unite, segnatamente l'Organizzazione mondiale della sanità, e il Consiglio d'Europa, nonché con le organizzazioni non governative competenti in materia di sanità pubblica o dedite in modo particolare alla lotta contro l'AIDS ed altre malattie trasmissibili e alla relativa prevenzione.
2. Il presente programma è 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. Tale programma è aperto

alla partecipazione di Cipro e Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA, secondo procedure da convenire con questi paesi.

Articolo 7
Controllo e valutazione
1. La Commissione, tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con l'eventuale partecipazione di esperti indipendenti, effettua una valutazione delle azioni intraprese.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria intermedia e, al termine del presente programma, una relazione definitiva, integrandovi l'esito delle valutazioni, e le trasmette anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.

Fatto a Bruxelles, addì 29 marzo 1996.
Per il Parlamento europeo
Il Presidente
K. HÄNSCH
Per il Consiglio
Il Presidente
T. TREU

(1) GU n. C 333 del 29. 11. 1994, pag. 34 e GU n. C 228 del 2. 9. 1995, pag. 6.
(2) GU n. C 133 del 31. 5. 1995, pag. 23.
(3) GU n. C 100 del 2. 4. 1996, pag. 28.
(4) Parere del Parlamento europeo del 27 aprile 1995 (GU n. C 126 del 22. 5. 1995, pag. 60), posizione comune del Consiglio del 2 giugno 1995 (GU n. C 216 del 21. 8. 1995, pag. 11) e decisione del Parlamento europeo del 25 ottobre 1995 (GU n. C 308 del 20. 11. 1995). Decisione del Parlamento europeo del 15 febbraio 1996 (GU n. C 65 del 4. 3. 1996) e decisione del Consiglio del 16 febbraio 1996.
(5) GU n. C 165 del 17. 6.1994, pag. 1.
(6) GU n. L 175 del 4. 7. 1991, pag. 26.
(7) GU n. L 168 del 18. 7. 1995, pag. 1.
(8) GU n. C 15 del 18. 1. 1994, pag. 6.
(9) GU n. C 158 del 26. 6. 1989, pag. 477.
(10) GU n. C 158 del 17. 6. 1991, pag. 45.
(11) GU n. C 329 del 6. 12. 1993, pag. 375.
(12) GU n. C 326 dell'11. 12. 1992, pag. 1.
(13) GU n. C 174 del 25. 6. 1993, pag. 1.

ALLEGATO
PROGRAMMA D'AZIONE COMUNITARIO SULLA PREVENZIONE DELL'AIDS E DI ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI (1996-2000)
A. SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI
Obiettivo
Contribuire a migliorare la conoscenza e la diffusione delle informazioni e dei dati sull'HIV/AIDS e le altre malattie trasmissibili, tenendo conto delle norme internazionali di classificazione delle malattie, nonché a perfezionare il coordinamento dei sistemi di sorveglianza di tali malattie e il coordinamento delle risposte a livello comunitario, in particolare in caso di scoppio di epidemie.
Azioni
1. Ricercare con gli Stati membri i mezzi che consentano di aumentare il numero e migliorare la qualità, la comparabilità e la disponibilità dei dati e di fornire un aiuto al rafforzamento dei sistemi nazionali o regionali di sorveglianza e al loro collegamento in rete e, per quanto riguarda l'HIV/AIDS e le malattie connesse, un aiuto al Centro europeo di sorveglianza epidemiologica dell'AIDS.
2. Contribuire al miglioramento della qualità e del coordinamento dei sistemi di sorveglianza

epidemiologica degli Stati membri e partecipare allo sviluppo di reti di sorveglianza in base a metodologie e condizioni definite in comune per la trasmissione dell'informazione, della consultazione preventiva e del coordinamento delle risposte.
3. Mettere a punto una rete comunitaria di esperti epidemiologici della sanità pubblica allo scopo di definire metodi e strumenti comuni di sorveglianza e di migliorare la capacità di dare risposte coordinate di fronte allo sviluppo delle malattie trasmissibili, in particolare in caso di scoppio di epidemie.
4. Contribuire, in specie tramite la fornitura del necessario supporto logistico, alla produzione e alla diffusione di regolari note informative e di un bollettino della Comunità sulla sorveglianza delle malattie trasmissibili, comprendenti sia dati di sorveglianza di routine sia relazioni su indagini epidemiologiche specifiche.
5. Incoraggiare azioni volte ad aumentare la consapevolezza dei problemi e ad includere dati affidabili e raffrontabili sulle infezioni contratte in ospedale segnatamente in indagini di routine riguardanti le condizioni degli ospedali; promuovere le conoscenze e gli scambi di esperienze sui modi in cui i risultati della sorveglianza delle infezioni i cui germi patogeni sono resistenti alle terapie normali (antibiotici) vengono analizzati, trattati e usati dagli addetti ai lavori.
6. Promuovere le indagini sull'efficacia e la fattibilità dell'individuazione di taluni tipi di malattie trasmissibili (tubercolosi, epatiti, ecc.), in particolare tra le donne gestanti. Coordinamento della ricerca sul modo di ridurre al minimo la trasmissione madre/bambino delle malattie.

B. LOTTA CONTRO LA TRASMISSIONE

Obiettivo

Contribuire agli sforzi volti a prevenire la trasmissione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili (MST), in particolare per quanto riguarda gli ambienti e i comportamenti a rischio e ad assicurare una copertura di vaccinazione ottimale nella Comunità per determinate malattie trasmissibili.

Azioni

7. Coordinamento degli studi e delle informazioni su problemi e situazioni delle persone con comportamenti a rischio (uso di droga per via parenterale, prostituzione, rapporti sessuali a rischio, ecc.) o poste in circostanze particolari (viaggi, istituti di pena, ecc.) e modi di trasmissione; scambio di esperienze sulle azioni preventive che includano la promozione di misure di riduzione dei rischi; promozione di misure di prevenzione appropriate e di progetti pilota, tra cui la promozione dell'uso, della disponibilità di profilattici di buona qualità provvisti di istruzioni per l'uso, nonché dell'accessibilità degli stessi, onde scongiurare la trasmissione di malattie per via sessuale.
8. Scambio di vedute e di esperienze sull'informazione, la consulenza e l'assistenza psicologica a donne gestanti o intenzionate ad avere figli, che possono rischiare di trasmettere l'HIV al neonato.
9. Scambi di informazioni sui messaggi e promozione delle opportune misure che consentano la diffusione di messaggi efficaci destinati al grande pubblico e ai gruppi-bersaglio in particolare mediante campagne di sensibilizzazione, di informazione e di educazione sui mezzi di protezione dal rischio di trasmissione delle malattie per via sessuale, i problemi che essi pongono e il loro uso.
10. Promozione della cooperazione e dello scambio di informazioni tra gli Stati membri per quanto concerne le rispettive politiche e programmi di vaccinazione, nonché le modalità di attuazione e i risultati presso la popolazione in generale e più in particolare tra i bambini, i gruppi esposti a rischi e le persone che vivono in determinate situazioni di rischio. Promozione dello scambio di esperienze e di informazioni per quanto concerne la determinazione della copertura di vaccinazione e la relativa vigilanza, e promozione delle misure e iniziative volte a garantire una copertura di vaccinazione ottimale.

C. INFORMAZIONE, ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Obiettivo

Contribuire alla sensibilizzazione e al miglioramento dell'informazione e dell'educazione del pubblico e garantire, anche nell'ambito della diagnosi precoce delle malattie trasmissibili, una migliore formazione del personale sanitario e dell'altro personale interessato.

Azioni

11. Valutazione dell'incidenza delle campagne di informazione sulle malattie trasmissibili e loro prevenzione; promozione degli scambi tra gli Stati membri su campagne d'informazione a tutti i livelli; sviluppo di modi di collegamento e di rafforzamento delle campagne negli Stati membri, fornendo ad

esempio materiale specifico; utilizzazione del telefono e di altri meccanismi di risposta nonché definizione e promozione di attività a complemento degli sforzi nazionali, inclusi l'istituzione o il rafforzamento di reti e lo scambio di esperienze e conoscenze.
12. Raccolta e analisi di informazioni riguardanti le misure di prevenzione nonché promozione della diffusione di tali informazioni; promozione dello sviluppo e dell'uso di metodi di valutazione per stabilire l'efficacia delle misure di prevenzione e delle azioni di informazione rivolte al grande pubblico e ai gruppi-bersaglio.
13. Promozione di iniziative per accertare e divulgare le informazioni esistenti sulle conoscenze, gli orientamenti e i comportamenti del grande pubblico e di determinati gruppi-bersaglio, in particolare bambini e giovani, in relazione all'HIV/AIDS e alle altre malattie sessualmente trasmissibili nonché sulle misure preventive adottate nella Comunità europea; esame e valutazione delle attuali pratiche di diffusione delle informazioni sia all'interno, sia al di fuori di strutture ufficiali quali scuole, centri di formazione e società sportive; promozione dello scambio di materiali e metodi didattici e formativi nonché sostegno di progetti pilota destinati in particolare a gruppi di giovani privi di un inquadramento specifico e di una struttura educativa formale; sviluppo della formazione adattata a ciascuna fase dello sviluppo dell'individuo e scambio di materiale didattico a tale scopo.
Promozione di campagne di informazione negli Stati membri sull'utilizzo ed il corretto impiego dei profilattici quale strumento per impedire la trasmissione del virus HIV.
Realizzazione di nuove indagini dell'Eurobarometro sull'evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti di fronte all'HIV/AIDS, allorché le informazioni disponibili si rivelano inadeguate.
14. Promozione di iniziative relative ai messaggi destinati all'informazione e all'educazione dei lavoratori migranti negli Stati membri, tenendo conto in particolare delle differenze culturali e linguistiche.
15. Studio e scambio di esperienze sulla formazione impartita al personale sanitario e a coloro che sono a contatto, per motivi professionali, con talune malattie trasmissibili o possono agire per la loro prevenzione, compreso il personale incaricato dell'assistenza sociale e psicologica dei soggetti contagiati dall'HIV e del loro "entourage", per identificarne punti deboli e lacune e per contribuire alla messa a punto e alla promozione di nuovi programmi di formazione complementari; promozione degli scambi di personale sanitario interessato, nella misura in cui tale azione non si sovrapponga a programmi comunitari esistenti.
16. Sostegno alla formazione del personale sanitario, in particolare nel contesto della epidemiologia, della diagnosi precoce e dell'individuazione delle malattie trasmissibili, nonché alla consulenza personalizzata all'atto di tale individuazione.

D. ASSISTENZA ALLE PERSONE COLPITE DALL'HIV/AIDS E LOTTA CONTRO LA DISCRIMINAZIONE

Obiettivo

Contribuire agli sforzi volti a garantire alle persone colpite dall'HIV/AIDS un'assistenza adeguata ai loro bisogni e l'eliminazione di qualsiasi discriminazione nei loro confronti.

Azioni

17. Scambi di esperienze e di informazioni riguardanti le modalità di assistenza e di sostegno ai sieropositivi e ai malati di AIDS e al loro "entourage". Promozione di studi, di progetti pilota e di azioni sugli aspetti psicosociali dell'HIV/AIDS, anche per quanto concerne la situazione dei bambini sieropositivi nell'ambiente scolastico.
18. Elaborazione e diffusione di bollettini d'informazione e guide aggiornate sulle organizzazioni che forniscono informazioni e supporto; promozione di reti di associazioni che forniscono informazioni e un'assistenza psicosociale.
19. Analisi delle situazioni di discriminazione esistenti o che potrebbero verificarsi. Scambio di informazioni sulle misure adottate negli Stati membri per evitare o ridurre le discriminazioni, segnatamente in materia di occupazione, assicurazione, crediti, alloggi, istruzione e assistenza medica. Scambio di informazioni ed esperienze sulle politiche e prassi in materia di test HIV ed elaborazione di un codice di prassi corrette in materia.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 095 del 16/04/1996 pag. 0009 - 0015

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,
vista la proposta della Commissione (1),
visto il parere del Comitato economico e sociale (2),
visto il parere del Comitato delle regioni (3),
deliberando in conformità della procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4), visto il progetto comune approvato il 31 gennaio 1996 dal comitato di conciliazione,
(1) considerando che, in occasione delle riunioni del giugno 1985 a Milano e del dicembre 1985 a Lussemburgo, il Consiglio europeo ha sottolineato i vantaggi inerenti all'adozione di un programma europeo di lotta contro il cancro;
(2) considerando che il Consiglio e i rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio hanno adottato, il 7 luglio 1986, una risoluzione relativa ad un programma d'azione delle Comunità europee contro il cancro (5) e, il 17 maggio 1990, la decisione 90/238/Euratom, CECA, CEE relativa all'adozione di un piano d'azione 1990-1994 nel quadro del programma "L'Europa contro il cancro" (6);
(3) considerando che, nella sua risoluzione del 19 novembre 1993 sulla politica della sanità pubblica dopo Maastricht (7), il Parlamento europeo ha chiesto che le attività in materia di lotta contro il cancro vengano intensificate;
(4) considerando che, nella risoluzione del 13 dicembre 1993 (8), il Consiglio ha invitato la Commissione a proporre a tempo debito un terzo piano di azione per tener conto degli obiettivi e dei miglioramenti indicati nell'allegato nonché della risoluzione del Consiglio del 27 maggio 1993 sull'azione futura nel settore della salute pubblica (9);
(5) considerando che, nella risoluzione del 2 giugno 1994 (10), rispondendo alla comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica, il Consiglio considera il cancro una delle priorità dell'azione comunitaria per le quali la Commissione è invitata a presentare proposte d'azione;
(6) considerando che un'azione comunitaria destinata a sostenere la prevenzione del cancro consente, a motivo delle sue dimensioni e dei suoi effetti, una migliore realizzazione degli obiettivi previsti;
(7) considerando che è importante che le politiche e i programmi elaborati e attuati a livello comunitario siano coerenti con gli scopi e gli obiettivi dell'azione comunitaria intesa alla prevenzione del cancro; che occorre in particolare assicurare uno stretto coordinamento dell'attuazione delle azioni svolte nell'ambito del programma comunitario di ricerca nel settore della biomedicina e della sanità e delle azioni comunitarie intese alla prevenzione del cancro;
(8) considerando che è opportuno rafforzare la cooperazione con le competenti organizzazioni internazionali e con i paesi terzi;
(9) considerando che il cancro rappresenta una delle principali malattie legate in particolare alle abitudini di vita e che è opportuno lottare contro i fattori di rischio inerenti a quest'ultime, in particolare contro il tabagismo, contribuendo in tal modo anche alla lotta contro altre malattie, segnatamente cardiovascolari;
(10) considerando che, garantendo una maggiore diffusione delle conoscenze sulle cause e sulla prevenzione del cancro nonché promuovendo una migliore comparabilità e diffusione delle informazioni su tali argomenti e sviluppando azioni complementari, specialmente di educazione sanitaria, il presente piano contribuirà alla realizzazione degli obiettivi comunitari stabiliti all'articolo 129 del trattato;
(11) considerando che occorre prendere misure per contrastare l'incoraggiamento da parte dei mezzi di comunicazione di massa di abitudini suscettibili di provocare il cancro, per esempio cattive abitudini alimentari e tabagismo;
(12) considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente piano in stretta

collaborazione con gli Stati membri; che a tale scopo è opportuno prevedere una procedura intesa ad assicurare che gli Stati membri partecipino pienamente a tale attuazione;
(13) considerando che è stato concluso un accordo su un "modus vivendi" tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato in data 20 dicembre 1994;
(14) considerando inoltre che la Commissione, per disporre di tutte le informazioni necessarie sul piano scientifico, coopera con un comitato di esperti scientifici di alto livello designati dagli Stati membri;
(15) considerando che sotto il profilo operativo è opportuno tutelare e sviluppare l'investimento realizzato nel corso dei precedenti piani di azione sia per le reti pilota europee che per la mobilitazione degli operatori partecipanti alla lotta contro il cancro;
(16) considerando che il presente piano deve tener conto delle varie azioni, già svolte o in corso, attuate negli Stati membri tanto dalle autorità competenti quanto da altri protagonisti della politica sanitaria;
(17) considerando tuttavia che è opportuno evitare inutili ripetizioni di attività tramite la promozione di scambi di esperienze e la predisposizione comune di modelli di base per l'informazione del grande pubblico, l'educazione alla salute e la formazione del personale sanitario che possono essere destinati a specifici gruppi bersaglio, tra cui l'infanzia;
(18) considerando che una strategia comunitaria per contribuire alla lotta contro il cancro include tutti gli aspetti di prevenzione d'ordine primario, secondario e terziario, ivi compresi scambi di esperienze sul controllo di qualità in materia di diagnosi precoce della malattia e prevenzione del suo sviluppo e tiene conto degli aspetti psicosociali, con particolare riferimento alla qualità della vita;
(19) considerando che per aumentare il valore e gli effetti del presente piano è opportuno procedere alla continua valutazione delle azioni avviate, segnatamente sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che comunitario, procedendo, se del caso, ai necessari adeguamenti;
(20) considerando che gli obiettivi del presente piano e delle azioni intraprese per la sua realizzazione rientrano nelle esigenze in materia di protezione della salute di cui all'articolo 129, paragrafo 1, terzo comma del trattato e costituiscono pertanto una componente delle altre politiche della Comunità, in particolare l'ambiente, la protezione dei lavoratori, la protezione dei consumatori, l'alimentazione, l'agricoltura e il mercato interno;
(21) considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del piano, una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale ai sensi del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995;
(22) considerando che il presente programma dovrebbe avere una durata quinquennale per concedere alle azioni un tempo di realizzazione sufficientemente lungo per il conseguimento degli obiettivi fissati,
DECIDONO:

Articolo 1
Istituzione del piano
1. È adottato un piano d'azione comunitario di lotta contro il cancro intitolato "L'Europa contro il cancro", in appresso denominato "il presente piano", per il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2000 nell'ambito del programma quadro per la sanità pubblica.
2. Il presente piano è inteso a contribuire a garantire una protezione sanitaria di livello elevato e comprende 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.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente piano e i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato ai punti seguenti:
A. Raccolta dei dati e ricerca

B. Educazione alla salute ed informazione
C. Diagnosi precoce e screening
D. Formazione, controllo e garanzia della qualità
4. Le azioni da svolgere comportano in particolare:
- la fissazione di obiettivi comuni;
- la standardizzazione e 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, segnatamente 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.

Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate nell'allegato, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e organizzazioni attive nel settore della lotta contro il cancro.

Articolo 3
Bilancio
1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente piano, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 64 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio nel limite delle prospettive finanziarie.

Articolo 4
Coerenza e complementarità
La Commissione vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare nel quadro del presente piano e quelle degli altri pertinenti programmi e iniziative comunitarie, compresi il programma di ricerca nel settore della biomedicina e della sanità nell'ambito del programma quadro di ricerca comunitaria, nonché i programmi che assicurano una rete d'informazione integrata (telematica per settori d'interesse generale).

Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indica le priorità d'azione;
c) la semplificazione e il miglioramento delle procedure amministrative di base del presente piano tali procedure sono debitamente pubblicate;
d) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente piano, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
e) la procedura di valutazione;

f) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
g) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato viene attribuita ai voti dei rappresentanti degli Stati membri la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione l'applicazione delle misure da essa decise;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al trattino precedente.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente piano.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente piano (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità nonché sull'attuazione di programmi in altri settori direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del presente piano.

Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Durante l'attuazione del presente piano viene promossa e attuata, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione mondiale della sanità e il Centro internazionale di ricerca sul cancro.
2. Il presente piano è 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. Esso è aperto alla partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA, conformemente alle procedure da convenire con questi paesi.

Articolo 7
Controllo e valutazione
1. La Commissione, tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con l'eventuale partecipazione di esperti indipendenti, effettua una valutazione delle azioni intraprese.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria intermedia e, al termine del presente piano, una relazione definitiva che ponga soprattutto in evidenza la complementarità fra il piano d'azione e le altre iniziative menzionate all'articolo 4. La Commissione vi integra l'esito delle valutazioni, e le trasmette anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.
Fatto a Bruxelles, addì 29 marzo 1996.

Per il Parlamento europeo
Il Presidente
K. HÄNSCH
Per il Consiglio
Il Presidente
T. TREU

(1) GU n. C 139 del 21. 5. 1994, pag. 12 e GU n. C 143 del 9. 6. 1995, pag. 16.
(2) GU n. C 393 del 31. 12. 1994, pag. 8.
(3) GU n. C 210 del 14. 8. 1995, pag. 55.
(4) Parere del Parlamento europeo del 1° marzo 1995 (GU n. C 68 del 20. 3. 1995, pag. 17) posizione comune del Consiglio del 2 giugno 1995 (GU n. C 216 del 21. 8. 1995, pag. 1) e decisione del Parlamento europeo del 25 ottobre 1995 (GU n. C 308 del 20. 11. 1995). Decisione del Parlamento europeo del 15 febbraio 1996 (GU n. C 65 del 4. 3. 1996) e decisione del Consiglio del 16 febbraio 1996.
(5) GU n. C 184 del 23. 7. 1986, pag. 19.
(6) GU n. L 137 del 30. 5. 1990, pag. 31.
(7) GU n. C 329 del 6. 12. 1993, pag. 375.
(8) GU n. C 15 del 18. 1. 1994, pag. 1.
(9) GU n. C 174 del 25. 6. 1993, pag. 1.
(10) GU n. C 165 del 17. 6. 1994, pag. 1.

ALLEGATO

OBIETTIVI E AZIONI SPECIFICHE

A. RACCOLTA DEI DATI E RICERCA

Obiettivo

Ampliare e migliorare le conoscenze in merito alle cause, alla prevenzione e al trattamento del cancro e rendere più agevole la raccolta di dati affidabili e comparabili sull'incidenza del cancro, compresa la raccolta dei dati relativi all'oncologia pediatrica, in particolare per determinare le tendenze e realizzare studi epidemiologici su scala europea.

Azioni

1. Appoggiare gli scambi di informazioni e di esperienze per quanto riguarda la raccolta e la diffusione di dati affidabili e comparabili per quanto riguarda i registri del cancro (prevalenza, incidenza, mortalità, tasso di sopravvivenza e gruppi di età). Sviluppare e potenziare una rete europea in cooperazione con il Centro internazionale di ricerca sul cancro (CIRC).

2. Appoggiare la realizzazione di studi epidemiologici su scala europea e la diffusione delle loro conclusioni nel settore dell'identificazione degli agenti cancerogeni (fisici, chimici e biologici), rivolgendo particolare attenzione ai fattori ambientali e alle condizioni di lavoro connesse, dei rischi derivanti da un'esposizione a tali agenti (tipi di esposizione e categorie di popolazione interessate), dei metodi di prevenzione e dell'introduzione di programmi di valutazione obiettiva dei tassi di sopravvivenza in funzione di determinati parametri (età, sesso, localizzazione del tumore, stadio evolutivo, caratteristiche istologiche, ecc.), nonché la stima delle cause di disparità di tali tassi di sopravvivenza. Sulla base di tali conclusioni, appoggiare l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni. Proseguire gli studi sul cancro, l'alimentazione e la salute (rete EPIC), appoggiare la realizzazione di studi epidemiologici basati sulla ricerca del potenziale preventivo alimentare (identificazione di agenti protettori, modifica di fattori alimentari specifici) ed eventualmente di agenti di chemioprevenzione.

3. Contribuire alla definizione delle priorità per quanto riguarda la ricerca nel settore del cancro da svolgere nell'ambito dei programmi quadro comunitari di ricerca e, segnatamente, del programma di ricerca nel settore sanitario e biomedico che comprende le attività di ricerca fondamentale e clinica in materia di cancro, nonché la promozione di metodi di ricerca orientati ad una diagnosi precoce, precisa e affidabile grazie a tecniche diagnostiche di laboratorio, in particolare su base immunologica e genetica. Appoggiare la realizzazione di un inventario delle azioni di ricerca fondamentale e clinica svolte in Europa; contribuire al trasferimento dei risultati delle ricerche fondamentali per le verifiche cliniche; creare e/o sviluppare reti di scambio di informazioni sulle verifiche cliniche in corso e sostenere l'avvio di verifiche cliniche multicentriche e multinazionali per accelerare la valutazione dei nuovi metodi di cura.

B. INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA

Obiettivi

- Contribuire a migliorare le conoscenze del cittadino europeo in materia di rischi e di prevenzione del cancro e incoraggiarlo ad adottare sane abitudini di vita.
- Promuovere e valutare le politiche e i provvedimenti concernenti le cause e i rischi del cancro.

Azioni

4. Organizzare annualmente una settimana denominata "L'Europa contro il cancro".

5. Migliorare la divulgazione e l'efficacia dei messaggi di prevenzione delle malattie cancerogene e segnatamente delle raccomandazioni del Codice europeo contro il cancro, tramite un appoggio ad azioni specifiche (insegnanti, medici generici, ecc.) e progetti pilota, studi, analisi delle tecniche di promozione della salute, nonché alle valutazioni delle azioni in tale settore.

6. Appoggiare e ampliare reti di azioni pilota di informazione e di scambi in materia di prevenzione delle malattie cancerogene, tenendo conto delle raccomandazioni del Codice europeo contro il cancro, per contribuire alla segnalazione ed alla diffusione delle migliori prassi da seguire.

7. Promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione di gruppi di popolazione specifici sulla promozione della salute e sulla prevenzione del cancro, segnatamente nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro.

8. Sollecitare progetti di interesse europeo relativi alla prevenzione del tabagismo, valutare l'applicazione delle raccomandazioni sul consumo di tabacco nei luoghi pubblici, segnatamente nei trasporti pubblici e negli istituti scolastici. Promuovere strategie volte a proteggere dal tabagismo passivo i gruppi più vulnerabili, segnatamente le donne incinte e i bambini. Valutare l'effetto di provvedimenti adottati negli Stati membri per ridurre il consumo di tabacco, quali il divieto o il controllo della pubblicità diretta o indiretta, i provvedimenti fiscali, l'esclusione del tabacco dall'indice dei prezzi e la diffusione delle conoscenze acquisite in occasione di tali procedimenti di valutazione. Appoggiare e valutare azioni pilota di prevenzione del consumo del tabacco nel quadro di reti di scambi fra gli Stati membri quali le reti "città senza tabacco", "ospedali senza tabacco", "club di giovani senza tabacco", in collegamento con il personale sanitario e con gli insegnanti.

9. Selezionare a livello europeo, diffondere e valutare l'impatto dei metodi migliori di disassuefazione dal fumo nel quadro di azioni pilota di applicazione di tali metodi, in collegamento con i formatori di opinione e il personale sanitario negli Stati membri. Lanciare, tra i progetti pilota nei media, un progetto per combattere il tabagismo passivo. Proseguire la classificazione delle sostanze e dei preparati pericolosi in vista del miglioramento dell'imballaggio e dell'etichettatura.

10. Contribuire alla formulazione e all'attuazione dei programmi integrati di educazione alla salute nei diversi contesti di vita, garantendo un ruolo preponderante alla prevenzione del cancro. Definire e realizzare progetti complementari di prevenzione del cancro per gruppi specifici nei diversi contesti (urbanisti, specialisti dell'ambiente, architetti, radiologi).

Valutare, nel quadro di reti pilota comunitarie, le iniziative in fatto di educazione alla salute, che assegnano una priorità alla responsabilizzazione degli individui, di fronte alla loro salute, alla prevenzione del tabagismo nonché del consumo eccessivo di alcool, alla promozione di una sana alimentazione, segnatamente di un maggiore consumo di ortofrutticoli nonché alla promozione di adeguate campagne dei mezzi di informazione di massa su un'alimentazione sana e alla sensibilizzazione ai rischi derivanti da un'eccessiva esposizione della pelle alle radiazioni UV, con particolare riferimento ai giovani.

11. Appoggiare gli scambi di esperienze nel quadro di programmi integrati di educazione alla salute, in vista del miglioramento della formazione iniziale e continua degli insegnanti e dei responsabili di progetti nel settore della prevenzione del cancro, tenendo conto dell'esperienza acquisita con programmi quali Erasmus e con le azioni di appoggio svolte dalla Commissione nel settore dell'istruzione.

12. Appoggiare la realizzazione e la diffusione di materiali pedagogici comunitari relativi alla prevenzione del cancro, in particolare di quelli collaudati nel quadro di reti pilota di sperimentazione, nonché la valutazione dell'impatto di tali materiali.

13. Realizzare studi e diffondere le relative conclusioni per migliorare il livello di conoscenza sulla percezione che i giovani hanno del cancro, del tabacco, delle abitudini alimentari e dei rischi derivanti dall'esposizione eccessiva della pelle alle radiazioni UV. Effettuare analisi destinate ad aumentare

l'efficacia dei programmi di prevenzione presso i bambini e i giovanni.

C. DIAGNOSI PRECOCE E SCREENING

Obiettivo

Contribuire a migliorare e accrescere le possibilità di diagnosi precoce, in particolare sviluppando e diffondendo programmi di individuazione efficaci e prassi adeguate.

Azioni

14. Appoggiare la realizzazione e la valutazione di reti europee di progetti pilota nel settore della diagnosi di massa del cancro al seno e al collo dell'utero, sulla base di raccomandazioni formulate a livello europeo in materia di garanzia della qualità del rilevamento, nonché sostenere l'organizzazione di incontri per esaminare la fattibilità di un'estensione a livello nazionale e regionale dei progetti pilota.

15. Appoggiare la messa a punto e la diffusione a livello europeo di una terminologia e di una classificazione comuni al fine di migliorare la qualità dell'interpretazione anatomo-citopatologica, in particolare dei tumori mammari e uterini sospetti, segnatamente per gli anatomo-citopatologhi della Comunità.

16. Appoggiare gli studi di interesse europeo sulla realizzabilità di una diagnosi precoce di massa di altri tipi di cancro (ovaie, prostata, pelle, colon-retto, cavità orale) tenendo conto segnatamente degli aspetti medico-psicosociali ed economici.

D. FORMAZIONE, CONTROLLO E GARANZIA DI QUALITÀ

Obiettivo

Contribuire a migliorare la formazione del personale sanitario in materia di cancro, compresa la formazione in oncologia pediatrica, e i metodi di controllo della qualità.

Azioni

17. Perseguire l'attuazione della raccomandazione della Commissione dell'8 novembre 1989 riguardante la formazione in oncologia del personale sanitario: sostenere la valutazione periodica dell'impatto delle reti pilota europee sulla formazione iniziale e sulla formazione continua in materia di cancro per le professioni di medico, infermiere e odontoiatra, con particolare riguardo al personale dei reparti di oncologia pediatrica.

18. Appoggiare la mobilità degli operatori sanitari (in particolare degli addetti alla formazione), al fine di migliorare le conoscenze teoriche e pratiche in materia di cancro (in particolare prevenzione primaria, diagnosi precoce e screening di massa, segnatamente per quanto riguarda il cancro del collo dell'utero e del seno e garanzia della qualità), fra centri specializzati degli Stati membri che offrono una formazione di alto livello, nel caso in cui tale mobilità non sia garantita da programmi comunitari quali COMETT II ovvero FORCE.

19. Appoggiare gli scambi di esperienze nonché la realizzazione e la diffusione di raccomandazioni di conferenze volte a conseguire il consenso sulle buone prassi nel settore della lotta contro il cancro e di raccomandazioni di gruppi di esperti al fine di accelerare la diffusione e l'applicazione dei risultati degli studi controllati.

20. Preparare materiali didattici di interesse europeo per migliorare la formazione in oncologia del personale sanitario, segnatamente grazie all'impiego di programmi informatici interattivi, e valutare l'impatto di tali materiali nel quadro di reti pilota. In particolare, appoggiare lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di moduli di prevenzione destinati agli operatori sanitari, nonché di schemi per la diagnosi e le decisioni sulle misure volte a prevenire lo sviluppo della malattia e i rischi di ricaduta.

21. Promuovere iniziative e appoggiare la realizzazione di studi europei e diffonderne le conclusioni, segnatamente nel quadro di incontri e di scambi di esperienze a livello europeo, al fine di conoscere meglio i metodi di controllo qualitativi dei dispositivi destinati alla diagnosi corretta e precoce della malattia nonché alla prevenzione del suo sviluppo, dei rischi di ricaduta e delle sindromi associate e di migliorare l'efficacia di tali metodi, tenendo conto degli aspetti psicosociali riguardanti segnatamente la qualità di vita dei malati, comprese le cure palliative.

22. Appoggiare progetti pilota nel settore della garanzia di qualità, nonché diffonderne e valutarne i risultati, in particolare per quanto concerne le prassi connesse ai controlli degli impianti di radioterapia e alla formazione del personale sanitario.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. L 095 del 16/04/1996 PAG. 0001 - 0008

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)

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,

visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,

vista la proposta della Commissione (1),

visto il parere del Comitato economico e sociale (2),

visto il parere del Comitato delle regioni (3),

deliberando conformemente alla procedura di cui all'articolo 189 B del trattato (4), visto il progetto comune approvato il 31 gennaio 1996 dal Comitato di conciliazione,

(1) considerando che, secondo l'articolo 3, lettera o) del trattato, l'azione comunitaria deve contenere un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute; che l'articolo 129 del trattato prevede espressamente una competenza della Comunità stabilendo che essa contribuisce a tale fine incoraggiando in questo campo la cooperazione fra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione;

(2) considerando che le azioni da attuare devono essere svolte nell'ambito dell'azione nel campo della sanità pubblica definito dalla Commissione e che, come auspicato dal Consiglio nella risoluzione del 27 maggio 1993 (5), devono essere prese in considerazione anche altre azioni comunitarie relative al settore della sanità pubblica e che hanno un impatto su di essa;

(3) considerando che, nella risoluzione del 2 giugno 1994 (6), rispondendo alla comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica, il Consiglio considera la promozione della salute nonché l'educazione e la formazione in campo sanitario una delle priorità dell'azione comunitaria per le quali la Commissione è invitata a presentare proposte d'azione;

(4) considerando che nella risoluzione del 23 novembre 1988 sull'educazione alla salute nelle scuole (7) il Consiglio e i ministri dell'istruzione riuniti in sede di Consiglio hanno posto l'accento sul fatto che alcune abitudini alimentari, l'uso incontrollato di talune sostanze chimiche e di taluni farmaci, l'uso di stupefacenti, l'abitudine di fumare e l'inquinamento dell'ambiente, hanno un effetto nocivo sulla salute, senza dimenticare i problemi legati alla sicurezza e alla prevenzione degli infortuni;

(5) considerando che nella risoluzione del 3 dicembre 1990 relativa ad un'azione comunitaria su nutrizione e salute (8) il Consiglio e i rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio hanno sottolineato che la promozione di uno stile di vita sano in relazione alla nutrizione è uno strumento fondamentale che permette ai cittadini di compiere le scelte necessarie per assicurare un'alimentazione appropriata e corrispondente ai bisogni di ciascuno;

(6) considerando che nelle conclusioni del 13 novembre 1992 (9), in risposta alla comunicazione della Commissione al Consiglio dell'11 maggio 1992 in materia di educazione sanitaria nella scuola, il Consiglio e i ministri della sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio indicano la scuola come un luogo di importanza vitale per far acquisire ai giovani in modo sistematico uno stile di vita sano che consenta di ridurre le malattie e gli infortuni; che a loro parere esistono altri ambienti dove l'educazione alla salute ha un ruolo capitale, in particolare le collettività locali, i nuclei familiari, i luoghi di lavoro, gli ospedali, ecc.; che essi hanno invitato la Commissione a rafforzare la cooperazione fra gli Stati membri al fine di attuare azioni efficaci di educazione alla salute nei diversi ambienti;

(7) considerando che il Parlamento europeo, nella sua risoluzione del 19 novembre 1993 sulla politica della sanità pubblica dopo Maastricht (10), ha formulato una serie di proposte d'azione comunitaria nel settore della prevenzione degli infortuni e delle malattie cardiovascolari che non sono attualmente oggetto di programmi comunitari;

(8) considerando che, nella risoluzione del 2 giugno 1994 in materia di malattie cardiovascolari (11), il Consiglio ha invitato la Commissione ad esaminare le misure di incoraggiamento per la loro prevenzione e il proseguimento dello studio dei fattori di rischio di tali malattie;

(9) considerando che la strategia integrata messa a punto nel progetto congiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità, del Consiglio d'Europa e della Comunità europea denominato "Rete europea delle scuole di promozione della salute" ha conseguito risultati incoraggianti per quanto riguarda l'attuazione di misure di promozione della salute in ambienti specifici;
(10) considerando che le condizioni socio-economiche, in particolare l'urbanizzazione, la situazione abitativa, la disoccupazione e l'emarginazione sociale vanno prese in considerazione nel contesto della promozione della salute, specialmente per le persone che vivono nelle aree svantaggiate;
(11) considerando che l'educazione e l'informazione in materia di salute sono espressamente menzionate dalle disposizioni generali in materia di sanità pubblica del trattato e che esse costituiscono una priorità per l'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica;
(12) considerando che un'azione comunitaria volta ad appoggiare la promozione della salute permette, a motivo delle sue dimensioni e dei suoi effetti, di meglio realizzare gli obiettivi fissati;
(13) considerando che è opportuno rafforzare la cooperazione con le competenti organizzazioni internazionali e con i paesi terzi;
(14) considerando che occorre avviare un programma pluriennale che definisca chiaramente gli obiettivi dell'azione comunitaria e selezionare delle azioni prioritarie nonché dei meccanismi appropriati per promuovere la salute di tutti i cittadini della Comunità;
(15) considerando che il presente programma deve contribuire ad accrescere la consapevolezza delle cause che condizionano la salute e dei fattori di rischio, nonché incoraggiare lo sviluppo di un'impostazione integrata di promozione della salute;
(16) considerando che, dal punto di vista operativo, occorre mantenere e sviluppare le attività svolte in passato per quanto riguarda sia la creazione di reti comunitarie di organizzazioni non governative sia la mobilitazione di tutti i soggetti coinvolti nella promozione della salute e nell'educazione alla salute;
(17) considerando che il presente programma deve tener conto delle varie azioni, già svolte o in corso, attuate negli Stati membri tanto dalle autorità competenti quanto da altri protagonisti della politica sanitaria;
(18) considerando tuttavia che occorre evitare una duplicazione degli sforzi mediante la promozione degli scambi di esperienze e lo sviluppo congiunto di moduli di informazione di base destinati al grande pubblico, a fini di educazione alla salute e alla formazione degli operatori sanitari;
(19) considerando che gli obiettivi del presente programma e delle azioni intraprese per la sua realizzazione rientrano nelle esigenze in materia di protezione della salute di cui all'articolo 129, paragrafo 1, terzo comma del trattato e costituiscono pertanto una componente delle altre politiche della Comunità;
(20) considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma in stretta collaborazione con gli Stati membri; che a tale scopo è opportuno prevedere una procedura intesa ad assicurare che gli Stati membri partecipino pienamente a tale attuazione;
(21) considerando che un "modus vivendi" tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato è stato concluso in data 20 dicembre 1994;
(22) considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del presente programma, una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento principale ai sensi del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995;
(23) considerando che il presente programma dovrebbe avere una durata quinquennale per concedere alle azioni un tempo di realizzazione sufficiente per il conseguimento degli obiettivi fissati;
(24) considerando che per aumentare il valore e gli effetti del presente programma è opportuno procedere alla continua valutazione delle azioni avviate, in particolare sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che comunitario, procedendo, se del caso, ai necessari adeguamenti;
(25) considerando che le misure relative all'educazione in materia di sessualità in generale e, più in particolare, quelle destinate a favorire una migliore integrazione di tale educazione a scuola sono di competenza delle autorità degli Stati membri, nel rispetto delle loro strutture, soprattutto scolari,
DECIDONO:

Articolo 1
Istituzione del programma
1. È adottato un programma d'azione comunitario concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria, in appresso denominato "il presente programma", per il periodo dal 1° gennaio 1996 al 31 dicembre 2000 nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica.
2. Il presente programma si prefigge di contribuire a garantire una protezione sanitaria di livello elevato e comprende azioni 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 di stili di vita e di comportamenti propizi alla salute;
- favorire la conoscenza dei fattori di rischio o degli aspetti favorevoli alla salute;
- favorire impostazioni intersettoriali e multidisciplinari di promozione sanitaria tenendo conto delle condizioni socioeconomiche e di ambiente fisico necessarie alla salute dell'individuo e della collettività, in particolare per i gruppi svantaggiati.
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato ai punti:
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

Articolo 2
Attuazione
1. La Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, assicura l'attuazione delle azioni indicate nell'allegato, in conformità dell'articolo 5.
2. La Commissione coopera con le istituzioni e organizzazioni attive nel settore della promozione della salute, dell'informazione, dell'educazione e della formazione sanitaria.

Articolo 3
Bilancio
1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 35 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio nel limite delle prospettive finanziarie.

Articolo 4
Coerenza e complementarità
La Commissione vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare nel quadro del presente programma e quelle degli altri pertinenti programmi e iniziative comunitari, nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica nonché segnatamente nei settori dell'istruzione e formazione professionale (programmi SOCRATE e LEONARDO DA VINCI) e della ricerca (BIOMED II), nonché della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro.
Articolo 5
Comitato
1. La Commissione è assistita da un comitato, composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:
a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;

d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di divulgazione e trasferimento dei risultati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato viene attribuita ai voti dei rappresentanti degli Stati membri la ponderazione definita all'articolo precitato. Il presidente non partecipa al voto.
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:
- la Commissione differisce di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione l'applicazione delle misure da essa decise;
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al trattino precedente.
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre, ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità, nonché sull'attuazione di programmi in altri settori direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del presente programma.

Articolo 6
Cooperazione internazionale
1. Durante l'attuazione del presente programma viene promossa e attuata, conformemente alla procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e 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 dal presente programma.
2. Il presente programma è 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. Tale programma è aperto alla partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi EFTA, secondo procedure da convenire con questi paesi.

Articolo 7
Controllo e valutazione
1. La Commissione, tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con l'eventuale partecipazione di esperti indipendenti, effettua una valutazione delle azioni intraprese.
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interlocutoria intermedia e, al termine del presente programma, una relazione definitiva, integrandovi l'esito delle valutazioni, e le trasmette anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.
Fatto a Bruxelles, addì 29 marzo 1996.
Per il Parlamento europeo

Il Presidente
K. HÄNSCH
Per il Consiglio
Il Presidente
T. TREU

(1) GU n. C 252 del 9. 9. 1994, pag. 3 e GU n. C 135 del 2. 6. 1995, pag. 2.
(2) GU n. C 102 del 24. 4. 1995, pag. 15.
(3) GU n. C 210 del 14. 8. 1995, pag. 81.
(4) Parere del Parlamento europeo del 15 marzo 1995 (GU n. C 89 del 10. 4. 1995, pag. 72), posizione comune del Consiglio del 2 giugno 1995 (GU n. C 216 del 21. 8. 1995, pag. 21) e decisione del Parlamento europeo del 25 ottobre 1995 (GU n. C 308 del 20. 11. 1995). Decisione del Parlamento europeo del 15 febbraio 1996 (GU n. C 65 del 4. 3. 1996) e decisione del Consiglio del 16 febbraio 1996.
(5) GU n. C 174 del 25. 6. 1993, pag. 1.
(6) GU n. C 165 del 17. 6. 1994, pag. 1.
(7) GU n. C 3 del 5. 1. 1989, pag. 1.
(8) GU n. C 329 del 31. 12. 1990, pag. 1.
(9) GU n. C 326 dell'11. 12. 1992, pag. 2.
(10) GU n. C 329 del 6. 12. 1993, pag. 375.
(11) GU n. C 165 del 17. 6. 1994, pag. 3.

ALLEGATO
PROGRAMMA DI AZIONE COMUNITARIO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE (1996-2000)
A. STRUTTURE E STRATEGIE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
Obiettivo
Incoraggiare la valutazione dell'impatto delle politiche e degli strumenti sulla promozione sanitaria e lo sviluppo di un'impostazione fondata sulla promozione della salute negli Stati membri, favorendo la progettazione e la valutazione di strategie di promozione della salute e la diffusione di prassi ottimali.
Azioni
1. Studi ed analisi comparate dell'impatto delle politiche comunitarie e nazionali e degli strumenti sulla promozione sanitaria nonché delle strutture e strategie di promozione della salute e relativa valutazione, come pure attività volte ad incoraggiare e sostenere la cooperazione fra gli Stati membri in merito ai vari aspetti strategici della sanità pubblica e della promozione della salute.
2. Sostegno alle reti transnazionali tra enti nazionali, regionali o locali di promozione della salute che adottano una strategia integrata (basata ad es. sui differenti fattori che condizionano la salute, contesti e gruppi di popolazioni), nonché promozione di attività e progetti congiunti.
B. AZIONI SPECIFICHE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Obiettivo
Migliorare la conoscenza, in relazione segnatamente alle azioni nell'ambito del programma BIOMED, della situazione e dei problemi concernenti la promozione della salute relativamente a determinati fattori di rischio che condizionano la salute e a taluni gruppi sociali svantaggiati. Promuovere degli approcci intersettoriali e multidisciplinari di promozione della salute a favore di gruppi vulnerabili o svantaggiati.
Azioni
3. Sostegno ad azioni e progetti integrati di promozione della salute destinati più particolarmente ai gruppi svantaggiati a motivo della loro vulnerabilità o della loro esclusione sociale, di diversità socio-culturali, della loro situazione in quartieri o contesti di vita sfavorevoli, coerentemente con le azioni di lotta contro l'esclusione e le situazioni di precarietà.
4. Esame del ruolo dell'alimentazione e degli altri fattori legati allo stile di vita nell'eziologia delle malattie e informazione del pubblico in vista di una migliore comprensione dei principi di base della nutrizione e delle nuove tecniche e metodi di presentazione e di preparazione dei prodotti alimentari.
5. Promozione dell'analisi, della valutazione e dello scambio di esperienze ed informazioni su misure

innovative in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, nonché sostegno alle azioni relative a tali misure, tenendo conto dei fattori di rischio di tali malattie.
6. Sostegno agli scambi di esperienze e di informazioni sull'uso razionale dei medicinali, in particolare sui medicinali generici e sulle pratiche di automedicazione, in cooperazione con i medici generici e i farmacisti. Scambio di esperienze sull'informazione del pubblico in merito all'uso dei medicinali, in particolare di quelli non soggetti a prescrizione.
7. Promozione di analisi, valutazioni e scambi di esperienze concernenti le misure di prevenzione dell'abuso di alcol e le conseguenze sanitarie e sociali di quest'ultimo, nonché sostegno alle azioni relative.
8. Sostegno ad azioni di promozione di una regolare attività fisica e dell'apprendimento di buone abitudini di igiene corporale e mentale.
9. Sostegno a studi sull'invecchiamento delle popolazioni dell'Unione europea, promozione degli scambi di esperienze e di informazioni sulla prevenzione delle malattie legate all'età, in coordinamento con gli altri programmi specifici.

C. INFORMAZIONE SULLA SALUTE

Obiettivo

Migliorare la conoscenza dei meccanismi coinvolti nell'elaborazione dei messaggi e nella valutazione dei metodi di informazione sulla salute, e favorire lo scambio di informazioni e di documentazione fra gli operatori sanitari e i responsabili delle politiche di sanità pubblica e di promozione della salute.

Azioni

10. Sostegno e coordinamento dei lavori realizzati negli Stati membri al fine di migliorare la conoscenza dei meccanismi psicologici, sociologici e culturali e dei fattori economici interessati e i metodi di informazione che riguardano l'adozione di uno stile di vita sano; sostegno alla valutazione dei risultati e alla diffusione di prassi ottimali.
11. Sondaggi d'opinione sui vari aspetti della promozione della salute (indagini Eurobarometro) e sostegno all'approntamento e alla valutazione di specifiche campagne di informazione, ivi comprese quelle coordinate a livello comunitario o in più Stati membri.
12. Sostegno allo sviluppo di una infrastruttura europea, per esempio sotto forma di reti transnazionali, di centri di riferimento in materia di informazione e documentazione concernente la sanità pubblica e la promozione della salute destinata a operatori, amministratori e dirigenti nel campo della sanità pubblica, nonché diffusione alle parti interessate di informazioni sulle attività della Comunità in questo campo.

D. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Obiettivo

Incoraggiare una migliore integrazione dell'educazione alla salute nella scuola, ivi compresa l'educazione sessuale; promuovere lo sviluppo e la diffusione delle migliori esperienze e dei migliori metodi di educazione alla salute che rispondono alle esigenze di contesti differenti (ad esempio scuola, lavoro, tempo libero) e dei diversi gruppi di destinatari (ad esempio bambini, adolescenti, giovani e lavoratori).

Azioni

13. Scambio di esperienze fra gli Stati membri sull'elaborazione e la diffusione di programmi, di materiale didattico e di moduli di educazione alla salute adeguati. Sostegno alle campagne di informazione, ai progetti dimostrativi e alle esperienze innovative volte a promuovere stili di vita sani e comportamenti responsabili, ivi compreso il sostegno, in cooperazione con l'OMS e il Consiglio d'Europa, alla rete europea delle scuole di promozione della salute.
14. Sostegno, coordinamento e valutazione di progetti di educazione sanitaria destinati ai giovani e agli adolescenti che hanno lasciato la scuola, elaborati e realizzati da organismi ufficiali o da associazioni private e organizzazioni non governative nel contesto di attività sportive o del tempo libero e nei centri socioculturali.
15. Sostegno a strumenti innovativi volti ad assicurare una educazione alla salute permanente e strutturata, ricorrendo all'insegnamento a distanza e alle tecnologie dell'informazione, destinati agli adulti e agli anziani.
16. Sostegno alle azioni di educazione alla salute sul luogo di lavoro concernenti in particolare la nutrizione e i rischi legati al consumo di tabacco e di alcol nonché i fattori di salute mentale, compresa la prevenzione dei rischi legati allo stress.

E. FORMAZIONE PROFESSIONALE NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Obiettivo

Contribuire a sviluppare presso i differenti operatori sanitari, i dirigenti e gli amministratori di politica o di azione sanitaria nonché presso i personaggi chiave della promozione della salute (per esempio insegnanti, istruttori e assistenti sociali) le conoscenze, i concetti e i metodi della sanità pubblica, della prevenzione, della promozione della salute, dell'informazione e dell'educazione alla salute.

Azioni

17. Rassegna e valutazione delle strutture e dei piani di formazione esistenti in materia di sanità pubblica e di promozione della salute, nonché compilazione di un repertorio europeo. Sostegno alla cooperazione tra scuole di sanità pubblica, università e organismi di formazione nel settore al fine di organizzare corsi comuni di formazione e scambi di studenti e personale insegnante in collegamento con i programmi di educazione e di formazione esistenti.
18. Promozione della cooperazione fra gli Stati membri in merito al contenuto dei corsi e delle attività di formazione nel settore della sanità pubblica e della promozione della salute destinati ad operatori, amministratori e dirigenti, nell'ottica particolare di un approccio interdisciplinare, ivi compresi gli aspetti sociali, economici, psicologici e ambientali.
19. Sostegno alle misure di formazione concernenti l'educazione sanitaria nelle scuole mirate a insegnanti, istruttori e altro personale interessato, ivi compresa l'elaborazione di moduli, supporti pedagogici e materiali didattici.
20. Incoraggiamento e sostegno agli scambi di esperienze sulla formazione degli operatori sanitari per quanto concerne la promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie, comprese le malattie cardiovascolari, e sostegno all'identificazione e al controllo dei fattori e delle situazioni di rischio, comprese quelle legate all'abuso di alcol.

Gazzetta ufficiale delle Comunità europee n. C 165 del 17/06/1994 PAG. 0001 - 0002

RISOLUZIONE DEL CONSIGLIO
del 2 giugno 1994
relativa al quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica
(94/C 165/01)

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,
visto il trattato che istituisce la Comunità europea,
considerando che l'11 novembre 1991 il Consiglio e i ministri della sanità, riuniti in sede di Consiglio, hanno adottato una risoluzione (1) relativa alle scelte fondamentali nel settore della politica sanitaria;
considerando che il 27 maggio 1993 il Consiglio e i ministri della sanità, riuniti in sede di Consiglio, hanno adottato una risoluzione (2) relativa all'azione futura nel settore della sanità pubblica, che contiene, in allegato, orientamenti per tale azione;
considerando che il 19 novembre 1993 il Parlamento europeo ha adottato una risoluzione relativa alla politica della sanità pubblica dopo Maastricht;
considerando che il 1o dicembre 1993 la Commissione ha trasmesso al Consiglio una comunicazione relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica, alla luce dell'entrata in vigore del trattato sull'Unione europea che ha inserito tra l'altro nel trattato CE l'articolo 3, lettera o) e l'articolo 129;
considerando che per realizzare l'obiettivo di un contributo comunitario al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute, sancito nell'articolo 3, lettera o), occorre attuare azioni in un quadro in cui siano opportunamente stabiliti i ruoli rispettivi delle istituzioni della Comunità e degli Stati membri, conformemente al principio di sussidiarietà;
considerando che la portata delle questioni in materia di sanità che possono formare oggetto di cooperazione e coordinamento tra gli Stati membri rende necessario lo sviluppo di un approccio globale;
considerando che sulla base di detto approccio è necessario determinare, in funzione dei mezzi necessari disponibili, le priorità, i relativi criteri di scelta nonché le procedure di selezione, e inoltre riesaminare periodicamente gli obiettivi delle azioni comunitarie valutando il loro impatto e il permanere della loro importanza,
RITIENE che la comunicazione della Commissione relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica costituisca un importante contributo allo sviluppo di politiche e di azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica conformemente all'articolo 129 del trattato;
RAMMENTA che occorre concentrarsi sul rafforzamento di una più stretta cooperazione tra gli Stati membri e sul coordinamento delle loro azioni con la Commissione;
SOTTOLINEA che la necessità di assicurare la continuità, la coerenza e l'individuazione delle priorità dei lavori comunitari richiede che sia stabilito un calendario delle azioni comunitarie e siano determinati i mezzi finanziari e di altra natura necessari alla loro realizzazione;
RITIENE che la metodologia che permette, a partire da obiettivi individuati, di selezionare le priorità valendosi di criteri appropriati, debba essere costantemente riesaminata onde stabilire più accuratamente le priorità delle azioni in questo settore;
CONVIENE che si attribuisca attualmente la massima priorità al cancro, alla tossicodipendenza, all'AIDS e ad altre malattie trasmissibili, alla promozione, all'educazione e alla formazione in materia sanitaria, nonché al controllo delle malattie e alla raccolta di dati attendibili e raffrontabili sulla sanità;
SOTTOLINEA che l'azione comunitaria dovrà mirare a sostenere e favorire la cooperazione tra gli Stati membri e a promuovere il coordinamento della politiche e dei programmi relativi alla protezione sanitaria nei settori prioritari, comprese l'elaborazione e la divulgazione di metodologie efficaci, delle conoscenze e degli indicatori di controllo del progresso compiuto;
CONVIENE che per assicurare un'efficace utilizzazione delle risorse comunitarie in tali aree e per stabilire in quali altri settori sia necessaria un'azione comunitaria, occorra esaminare più dettagliatamente:
- la creazione di meccanismi che consentano agli Stati membri di partecipare pienamente allo sviluppo, all'attuazione e alla valutazione delle azioni comunitarie;

- come i requisiti di protezione della salute possano costituire una componente delle altre politiche della Comunità;
- come si possa estendere e rafforzare la cooperazione nel settore della sanità pubblica tra gli Stati membri, la Comunità e le organizzazioni internazionali competenti in materia;
- come si possa sviluppare la cooperazione nel settore della sanità pubblica tra gli Stati membri, la Comunità e i paesi terzi;
INVITA la Commissione:
- a presentare delle proposte di azioni nei settori prioritari che sono stati identificati nella presente risoluzione;
- a presentare proposte per l'istituzione di un organo consultivo che fornisca pareri alla Commissione nell'elaborazione di proposte relative alla sanità;
- a riesaminare costantemente i settori che richiedono attività e misure specifiche e a valutare i mezzi finanziari e di altra natura necessari alla loro realizzazione;
- a presentare una programmazione globale pluriennale delle azioni comunitarie presenti e future e una stima quantificata dei mezzi necessari per realizzarle e a tener conto delle linee direttrici figuranti nell'allegato.
(1) GU n. C 304 del 23. 11. 1991, pag. 5.
(2) GU n. C 174 del 25. 6. 1993, pag. 1.

ALLEGATO
1. La metodologia adottata nella selezione delle priorità dovrebbe tenere conto di tutti i fattori che influenzano la salute nonché dei vincoli di bilancio, facendo una distinzione tra i criteri che riguardano la salute (quali mortalità, morbilità e fattori di rischio, incluse disuguaglianze socioeconomiche sul piano della sanità), quelli relativi all'attuazione (quali la disponibilità di metodologie e di misure di prevenzione efficaci) e quelli comunitari.
2. I dati e gli indicatori dovrebbero comprendere misure attinenti alla qualità della vita della popolazione, accurate valutazioni delle esigenze a livello sanitario, stime dei decessi che si possono evitare grazie alla prevenzione, fattori socioeconomici in materia di sanità tra i diversi gruppi della popolazione, nonché eventualmente, se gli Stati membri lo giudicano necessario, l'assistenza sanitaria, le prassi mediche e l'impatto delle riforme.
3. Le future proposte devono evidenziare lo stretto legame tra la ricerca sanitaria e la prevenzione delle malattie, riconoscere la dimensione sanitaria nella ricerca che fruisce del sostegno della Comunità e sviluppare un approccio pratico coerente per incorporare tale dimensione. Gli obiettivi del programma di sanità pubblica devono collocarsi anche tra gli obiettivi dei programmi di promozione della ricerca.
4. La tossicodipendenza, che nell'articolo 129, paragrafo 1, secondo comma del trattato CE è indicata tra i grandi flagelli, deve essere oggetto di azioni globali nell'ambito della sanità pubblica, che dovrebbero essere proposte dalla Commissione ed esaminate d'urgenza dal Consiglio. Le azioni dovrebbero essere definite in modo da trarre il massimo vantaggio dalle possibilità offerte da altre politiche comunitarie, nonché dalle attività d'informazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, conformemente al regolamento (CEE) n. 302/93 (1) che istituisce detto Osservatorio.
5. Le malattie cardiovascolari, mentali e croniche, che sono causa di un elevato livello di morbilità e di spesa sanitaria globale, vanno esaminate immediatamente allo scopo di individuare il tipo e la portata di azioni che devono essere intraprese a livello comunitario per coadiuvare gli sforzi degli Stati membri in questo campo.

(1) GU n. L 36 del 12. 2. 1993, pag. 1.

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 capacita 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 dell'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 e degli insediamenti, nonché 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. Per questo 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 generate. 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 delle 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, e tra una società e l'altra, lottando contro le diseguaglianze 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-dicembre 1986

PROGRAMMA DAPHNE
LOTTA CONTRO LA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEI BAMBINI, DEGLI ADOLESCENTI E DELLE DONNE

OBIETTIVO
Il programma mira ad adottare misure volte a garantire un elevato livello di tutela della salute fisica e psichica proteggendo i bambini, i giovani e le donne dalla violenza (anche sotto forma di sfruttamento e abusi sessuali) mediante la prevenzione e l'assistenza alle vittime, al fine di prevenire in futuro la loro esposizione alla violenza.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Decisione n. 293/2000/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 gennaio 2000, relativa ad un programma d'azione comunitaria sulle misure preventive intese a combattere la violenza contro i bambini, i giovani e le donne (2000-2003) (programma DAPHNE).

CONTENUTO
1. La decisione affronta prima di tutto il concetto di violenza di cui i bambini, gli adolescenti e le donne possono essere vittime. Nel descriverne le gravi conseguenze il testo riprende la definizione del termine "salute" dell'Organizzazione mondiale della sanità: uno stato di benessere fisico, mentale e sociale completo, che non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità.
2. La necessità di un'azione concertata su scala mondiale per salvaguardare i diritti umani e porre fine alla violenza è riconosciuta da molto tempo a diversi livelli e in diverse maniere.
In questa prospettiva sono state adottate diverse misure quali la convenzione del 1979 per l'abolizione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, la convenzione del 1989 sui diritti dei bambini, il programma d'azione della conferenza di Pechino del 1995, la dichiarazione di Stoccolma del 1996 e il programma d'azione adottato dal primo congresso mondiale contro lo sfruttamento dei bambini a scopo commerciale.
3. Il programma Daphne, di durata quadriennale (2000-2003), intende anche essere uno strumento di informazione sulla violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne offrendosi come un importante aiuto complementare ai programmi esistenti. Benché l'azione nazionale di numerosi progetti sia di importanza cruciale per il successo di queste iniziative, il valore aggiunto della dimensione comunitaria è elevato.
4. Il programma rappresenta l'avvio di una cooperazione europea a livello delle ONG e delle organizzazioni di volontariato che svolgono un ruolo fondamentale nella lotta contro la violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne ed offrono spesso servizi che le autorità pubbliche non sono in grado di assicurare o per le quali non hanno la competenza necessaria. La società trarrà un grande profitto dall'incoraggiamento e dalla diffusione in tutta la Comunità dell'esperienza, delle idee e dei programmi delle ONG nonché dalla loro condivisione con organizzazioni analoghe in altri Stati membri.
5. Le misure che saranno proposte dalle ONG nel quadro del programma porteranno, da una parte, alla creazione e al rafforzamento delle reti europee e, dall'altra, alla realizzazione di progetti pilota innovatori i cui risultati possano essere sfruttati in altri Stati membri e regioni, apportando così un valore aggiunto a livello europeo. Il programma Daphne permette in particolare di promuovere e incoraggiare la diffusione delle migliori pratiche. Proprio in questa prospettiva, pur lasciando grande spazio alla sussidiarietà, l'Unione europea conta di svolgere un ruolo importante.
Saranno organizzate delle campagne di informazione per sensibilizzare l'opinione pubblica alle gravi conseguenze personali e sociali della violenza per le vittime, nella famiglia, nel gruppo sociale e nella società in generale.
6. L'azione delle ONG mirerà in particolare al miglioramento e allo sviluppo dei due seguenti settori, che inevitabilmente tenderanno spesso ad accavallarsi:
- scambio di informazioni, coordinamento e cooperazione (tra le ONG e le organizzazioni di volontariato

dei diversi Stati membri e tra le ONG e le autorità pubbliche, comprese le autorità di polizia e gli operatori sociali);
- sensibilizzazione del pubblico e scambio delle migliori pratiche mediante progetti pilota e programmi di ricerca.
7. Nell'ottica della strategia di preadesione dei paesi candidati dell'Europa centrale e orientale e al fine di consolidare ulteriormente i diritti dell'uomo, il programma DAPHNE sarà aperto a detti paesi e a quelli dell'EFTA/SEE, nonché a Cipro, a Malta e alla Turchia, secondo disposizioni particolari.
8. La Commissione sarà assistita nell'attuazione del programma da un comitato consultivo formato dai rappresentanti di ciascuno Stato membro e presieduto dalla Commissione.
Inoltre, la Commissione prenderà i provvedimenti necessari per garantire il controllo e la valutazione permanente del programma. A tal fine, la Commissione presenterà una relazione al Parlamento europeo e al Consiglio nel corso del secondo anno del programma e alla sua conclusione. Tali relazioni saranno trasmesse anche al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.
9. Il bilancio del programma Daphne, che copre il periodo dal 1° gennaio 2000 al 31 dicembre 2003, è fissato a 20 milioni di euro.

DATA D'ENTRATA IN VIGORE
9.2.2000

RIFERIMENTI
Comunicazione della Commissione COM(99) 244 def.
G.U.C.E. L 34 del 9.2.2000

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

OBIETTIVO
Facilitare lo scambio di informazioni e la cooperazione a livello comunitario in materia di malattie cardiovascolari.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Conclusioni del Consiglio e dei Ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio il 3 dicembre 1990 sulle malattie cardiovascolari nella Comunità.

CONTENUTO
1. Queste malattie rappresentano una delle principali cause di mortalità in tutti gli Stati membri e in particolare tra la popolazione attiva. Si tratta quindi di prevedere le azioni in questo settore che completino le azioni preventive già attuate per quanto riguarda il cancro.
2. La Commissione è invitata adesaminare i migliori strumenti per facilitare lo scambio di informazioni e la cooperazione nelle azioni nazionali, compreso il settore della ricerca e dei mezzi diagnostici, facendosi assistere da esperti e da rappresentanti nominati dagli Stati membri.
3. La Commissione tiene conto, in queste attività, dei lavori effettuati dall'OMS.

RIFERIMENTI
G.U.C.E. C 329, 31.12.1990
Il 2 giugno 1994, in occasione del Consiglio "Sanità", è stata approvata all'unanimità una risoluzione relativa alle malattie cardio-vascolari. Il Consiglio invita la Commissione a esaminare, nell'ambito globale dell'azione della Comunità nel settore della sanità pubblica, le azioni di stimolo concernenti la prevenzione delle malattie cardio-vascolari e la continuazione dello studio dei fattori di rischio di tali malattie, nonché a prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, qualsiasi iniziativa utile a promuovere il coordinamento delle loro politiche e dei loro programmi.

LE MALATTIE EREDITARIE

OBIETTIVO
Avviare una riflessione d'insieme sulle questioni connesse con la lotta contro le malattie ereditarie.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Conclusioni del Consiglio e dei Ministri della Sanità degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio, del 15 maggio 1992, sulle malattie ereditarie.

CONTENUTO
1. Considerata l'importanza delle malattie ereditarie e genetiche nel quadro generale dei problemi sanitari, e le loro ripercussioni a livello economico e sociale, è necessaria una cooperazione con gli Stati membri.
2. I risultati delle varie azioni nazionali e comunitarie connesse con l'eliminazione dei fattori di rischio devono infatti essere messi in comune per facilitare la lotta contro le malattie ereditarie.
3. La cooperazione tra le organizzazioni internazionali e gli enti nazionali attivi nel settore può inoltre contribuire ad accrescere l'efficacia delle risorse e le conoscenze su tutti i problemi connessi con la prevenzione di tali malattie.
4. Devono inoltre essere valorizzate le azioni di ricerca, nonché le misure adottate dalla Comunità in altri settori ma che contribuiscono a prevenire tali malattie.

RIFERIMENTI
G.U.C.E. C 148 del 12.06.1992

TOSSICOLOGIA AI FINI DELLA PROTEZIONE SANITARIA

OBIETTIVO
Proteggere la salute delle persone mediante la prevenzione delle malattie che possono derivare da un'esposizione ad agenti tossici.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in seno al Consiglio, del 29 maggio 1986, riguardante un programma di azione della Comunità in materia di tossicologia ai fini della protezione sanitaria.

CONTENUTO
1. Questo programma ha il compito principale di contribuire al miglioramento delle conoscenze in materia di tossicologia, conoscenze che sono indispensabili per attività settoriali come l'alimentazione umana, compresi gli additivi, i prodotti farmaceutici, i cosmetici, i prodotti chimici, i pesticidi e gli agenti nocivi per l'ambiente domestico e di lavoro.
2. Un apporto di conoscenze nuove è già fornito dai vari programmi di ricerca scientifica della Comunità.
3. Azioni prioritarie sono state definite nel settore della tossicologia sperimentale, ad eccezione dell'ecotossologia, della tossicologia clinica, della formazione e dell'informazione.
Nel campo della tossicologia sperimentale si tratta di:
* costituire e aggiornare un inventario delle strutture esistenti negli Stati membri e delle prove tossicologiche ivi effettuate per valutare la tossicità dei prodotti e dei preparati chimici;
* Valutare i metodi e le pratiche tossicologiche per migliorare la qualità e la comparabilità dei dati, facilitare la loro accettabilità nella Comunità e sul piano internazionale e infine ridurre il numero e le sofferenze degli animali da utilizzare;
* Valutare la fedeltà dell'estrapolazione dei dati tossicologici animali e in vitro all'uomo e promuovere lo sviluppo di nuove strategie in materia;
* Valutare la variabilità normale dei parametri per disporre di criteri comuni di valutazione della tossicità.
Per quanto riguarda la tossicologia clinica, favorire gli scambi di esperienze e di informazioni e sviluppare l'impiego di questi dati per valutare l'impatto dei prodotti e dei preparati chimici sulla salute dell'uomo, essenzialmente con i centri anti veleno come fonte principale di dati di tossicologia clinica umana. Infine, in materia di formazione e di informazione, occorre promuovere gli scambi di esperienze e di conoscenze tra gli Stati membri e sviluppare orientamenti relativi alla formazione di esperti in tossicologia.

RIFERIMENTI
G.U.C.E. C 184, 23.07.1986
Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in seno al Consiglio, del 15 maggio 1992, riguardanti la tossicologia ai fini della protezione sanitaria (Gazetta ufficiale C 148, 12.06.1992), che tiene conto dei risultati del programma di azione e invita la Commissione a diffondere questi risultati e a identificare altre azioni da mettere in atto in materia.
DISPOSIZIONI D'APPLICAZIONE DELLA COMMISSIONE
Comunicazione della Commissione al Consiglio concernente il programma d'azione della Comunità in materia di tossicologia ai fini della protezione sanitaria [COM (91)341 def.]. Gli obiettivi definiti in questo programma sono stati ampiamente raggiunti e sono state condotte a buon fine azioni di una grande diversità. Questi lavori hanno messo in evidenza l'importanza crescente di una strategia mirata e orientata verso le alterazioni di organi o di sistemi biologici nel loro insieme e dovranno particolarmente essere tenuti in considerazione per ulteriori lavori relativi agli effetti precoci. Essi consentiranno in particolare di migliorare i mezzi di rilevamento precoce delle condizioni favorevoli allo sviluppo di malattie, onde migliorare la prevenzione e la protezione sanitaria. Questo programma ha accordato particolare attenzione all'alterazione dei parametri biochimici e fisiologici precoci nei sistemi immunitario, renale e riproduttivo, condizione indispensabile per un rilevamento delle deviazioni patologiche e puo fornire particolare aiuto nella lotta contro i grandi flagelli.

PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE INTOSSICAZIONI ACUTE NELL'UOMO

OBIETTIVI
Disporre di un massimo di dati di tossicologia clinica comparabili a livello comunitario per prevenire i rischi di intossicazioni acute nella popolazione e tra i lavoratori.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in seno al Consiglio, del 3 dicembre 1990, relativo al miglioramento della prevenzione e del trattamento delle intossicazioni acute nell'uomo.

CONTENUTO
1. Poiché i centri antiveleno della Comunità sono meglio preparati a raccogliere, nel settore geografico di attività i dati di tossicologia clinica per le loro attività informative, terapeutiche e analitiche, gli Stati membri sono invitati a designare un'autorità incaricata di raccogliere i dati di appello e le relazioni annuali di questi centri.
2. Questa autorità elabora un riassunto di tali informazioni raccolte che accorda particolare attenzione al bilancio delle intossicazioni acute con indicazione delle misure destinate a migliorarne la prevenzione. Vengono anche menzionati i dati relativi alle intossicazioni per consumo di droghe illecite. Questo riassunto è trasmesso alla Commissione entro il 15 maggio dell'anno successivo, accompagnato dall'elenco dei centri antiveleno, con la loro zona d'attività e l'elenco degli antidoti in uso.
3. Per migliorare la disponibilità degli antidoti, cioè le sostanze e i preparati specificamente utilizzati nei casi d'intossicazioni acute, dovranno essere facilitati gli scambi di informazioni. Di conseguenza l'autorità stabilisce e diffonde ai centri antiveleno le informazioni relative alla disponibilità degli antidoti e alle fonti di approvvigionamento, ciò che deve consentire ai destinatari di procurarsi gli antidoti nei termini richiesti per una somministrazione efficace.
4. Sarà messo in atto un sistema comunitario di informazioni e di collaborazione in materia di disponibilità degli antidoti per facilitare gli scambi di informazioni tra gli Stati membri e in particolare tra le regioni limitrofe.
5. Per contribuire a migliorare la sicurezza d'uso dei farmaci:
* copia della relazione annuale dei centri antiveleno sarà indirizzata anche alle autorità responsabili della sicurezza dei farmaci;
* i centri antiveleno forniranno assistenza alle autorità di farmaco vigilanza rispondendo a tutte le loro domande di informazione.
6. La Commissione stabilisce relazioni periodiche di sintesi sulla base di informazioni incluse nelle relazioni annuali degli Stati membri e sviluppa temi specifici sulla prevenzione e sul trattamento delle intossicazioni acute.
7. Gli Stati membri prenderanno nuovamente in esame le disposizioni della presente risoluzione entro e non oltre i 3 dicembre 1995, sulla base di una relazione della Commissione.
8. Saranno effettuati la revisione e l'aggiornamento dell'elenco indicativo degli antidoti.

RIFERIMENTI
G.U.C.E. C 329 del 31.12.1990

DISPOSIZIONI D'APPLICAZIONE DELLA COMMISSIONE
Riunioni di esperti nazionali, autorità competenti designate dagli Stati membri, si occupano del problema dell'applicazione della risoluzione per quanto riguarda le relazioni annuali dei centri antiveleno e l'aggiornamento dell'elenco degli antidoti.

RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI

OBIETTIVO
Determinare una strategia comune e un'azione coordinata per combattere la resistenza agli antibiotici.

PROVVEDIMENTO COMUNITARIO
Risoluzione del Consiglio, dell'8 giugno 1999, sulla resistenza agli antibiotici: una strategia contro la minaccia microbica.

CONTENUTO
1. La resistenza agli antibiotici costituisce un grave problema per la sanità pubblica a livello europeo e mondiale. Essa infatti accresce la morbilità e la mortalità dovute alle malattie trasmissibili, il che causa un deterioramento della qualità della vita e maggiori costi per la sanità e le cure mediche.
2. Gli antibiotici sono indispensabili nella lotta contro le malattie infettive. È dunque di cruciale importanza preservare l'efficacia dei prodotti farmaceutici ancora efficaci.
3. La resistenza agli antibiotici e i diversi fattori che hanno consentito a quest'ultima di svilupparsi richiedono un approccio pluridisciplinare e plurisettoriale. Le iniziative nazionali in questo settore non sono sufficienti a ridurre i rischi, né a impedire in maniera efficace che i microrganismi diventino resistenti agli antibiotici utilizzati nella medicina umana e veterinaria e negli alimenti per animali, né a preservare l'efficacia degli antibiotici nel trattamento delle malattie infettive. Sono dunque necessarie una strategia comune e un'azione coordinata a livello comunitario e internazionale.
4. Vista la dimensione mondiale del problema, è necessario che gli Stati membri e la Commissione si impegnino attivamente per far adottare gli obiettivi della presente risoluzione agli organismi internazionali, in particolare l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), l'Ufficio internazionale delle epizoozie (UIE).
5. Secondo il Consiglio, la strategia globale deve basarsi sulla valutazione dei rischi e prevedere un controllo coordinato e un'azione preventiva (ad esempio, sorveglianza della resistenza agli antibiotici e delle sue conseguenze sugli esseri umani e gli animali e negli alimenti, lotta alle infezioni durante le cure sanitarie e nella produzione animale, preparazione di nuovi farmaci terapeutici e preventivi, ecc.), nonché attività di ricerca (in particolare per quanto riguarda gli effetti delle misure di prevenzione, la produzione di nuovi antibiotici e prodotti sostitutivi, un migliore utilizzo degli antibiotici, i meccanismi della diffusione e dello sviluppo della resistenza agli antibiotici o ancora le tecniche d'allevamento più adatte per migliorare la salute degli animali).
6. Contestualmente alla suddetta strategia, gli Stati membri sono invitati a:
- elaborare politiche pluridisciplinari e plurisettoriali che contribuiscano ad arrestare l'insorgere della resistenza agli antibiotici;
- cooperare per ottenere un controllo efficace e comparabile della fornitura e dell'utilizzo degli antibiotici e una sorveglianza anch'essa efficace e comparabile della resistenza agli antibiotici;
- difendere il principio per cui gli antibiotici il cui uso è autorizzato nella medicina umana e veterinaria sono medicinali "forniti unicamente su ricetta medica" e a vigilare sull'applicazione di tale principio;
- promuovere l'adesione ai princìpi della lotta contro le infezioni dentro e fuori l'ambiente ospedaliero e nella produzione animale;
- portare alla massima efficienza la prescrizione e l'utilizzo degli antibiotici (mediante la formazione degli operatori sanitari, la pubblicazione di orientamenti) e a impedire gli usi superflui o inadeguati nella medicina umana e veterinaria;
- promuovere le attività intese a una maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari, degli allevatori e del pubblico relativamente al problema della resistenza agli antibiotici;
- incentivare sistemi di produzione animale che privilegino la salute al fine da ridurre il bisogno di antibiotici;
- promuovere la ricerca in questo settore;
- cooperare strettamente con la Commissione, in particolare nei settori sopra indicati.

7. La Commissione è invitata a:
- inserire, con la massima urgenza, il monitoraggio della resistenza agli antibiotici nella medicina umana e nel settore della lotta contro le zoonosi e a promuovere la complementarità di tale monitoraggio attraverso la rete comunitaria di sorveglianza epidemiologica e di lotta contro le malattie trasmissibili;
- provvedere, sulla base di dati comparabili trasmessi dagli Stati membri, affinché sia stilata una relazione sulla fornitura e l'utilizzo degli antibiotici, in particolare nella medicina umana e veterinaria, nell'alimentazione animale, nell'orticoltura e nelle altre produzioni agricole nonché per quanto riguarda i prodotti alimentari, in modo da trarre le opportune conclusioni;
- sostenere lo scambio d'esperienze e informazioni sull'utilizzo razionale degli antibiotici mediante azioni comunitarie mirate;
- promuovere, nel contesto dell'attuazione del quinto programma quadro, le attività di ricerca riguardanti, ad esempio, l'insorgere della resistenza agli antibiotici nelle popolazioni batteriche e la comprensione della trasmissibilità dei batteri resistenti nell'uomo, negli animali e nell'ambiente;
- ponderare l'opportunità di una proposta di raccomandazione in conformità del trattato;
- accertarsi se è necessario modificare la normativa comunitaria in vigore nel settore della medicina umana e veterinaria;
- rivolgere un'attenzione particolare al problema della resistenza agli antibiotici nelle azioni sanitarie specifiche relative ai paesi candidati, soprattutto nel quadro del programma Phare 2000;
8. La Commissione deve incentivare la cooperazione, in stretto coordinamento con gli Stati membri e le organizzazioni internazionali competenti.

RIFERIMENTI
G.U.C.E. C 195, 13.07.1999