

IRRE PUGLIA
Istituto Regionale
di Ricerca Educativa
della Puglia

CIRP UNIBA
Centro Interdipartimentale
di Ricerche sulla Pace
dell'Università degli Studi di Bari

COSTRUIRE LA PACE
Percorsi di ricerca educativa

a cura di

GLAUCO AMBROSI
MARIA DE ROSE
FRANCA PINTO MINERVA



EDIZIONI GIUSEPPE LATERZA
di Giuseppe Laterza

LE INIZIATIVE DELL'UNIONE EUROPEA
PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
QUALE ELEMENTO DI COESIONE SOCIALE E PACE
di *Cosimo Notarstefano**



Introduzione

È ormai percezione diffusa che la tematica della promozione della salute quale elemento di coesione sociale e fattore di pace costituisce il terreno di sperimentazione più avanzato di ricerca/azione delle iniziative comunitarie di armonizzazione, oltre che il modello di integrazione (forse il più delicato assieme alla previdenza sociale) del diritto dell'Unione europea.

In questi ultimi anni proprio le azioni a favore della tutela e della promozione della salute hanno "misurato", in qualche modo, il livello di armonizzazione possibile attraverso le tradizionali tecniche normative, costituendo una sorta di "bandiera" della integrazione di una dimensione sociale dell'Europa comunitaria.

La *ratio* ispiratrice e le modalità sono state oggetto di una riflessione condotta in altra sede¹: trattasi di ragioni individuabili sia in

* Cattedra "Jean Monnet" di Diritto dell'Unione Europea, Facoltà di Lingue e Letterature Straniere dell'Università degli Studi di Lecce e responsabile del Polo "Euro-Mediterraneo" Jean Monnet promosso dalla Commissione dell'Unione Europea.

¹ Si rinvia a C. NOTARSTEFANO, *La Politica della Sanità Pubblica nella Unione Europea: stato attuale e linee evolutive*, Azione Jean Monnet - Università degli Studi di Foggia, 2001, p. 145.

chiave di lettura di natura essenzialmente giuridica, che storico-istituzionale.

Il profilo giuridico di rilievo comunitario in tema di promozione della salute trova i suoi riferimenti essenziali in diversi articoli del Trattato: 152 (*Sanità pubblica*), 43 - 48 (*Diritto di stabilimento*, che copre tra l'altro i medici e altri operatori sanitari), 49 e 50 (*Servizi*, compresi i servizi medici e altri servizi sanitari), 71 (*Sicurezza dei trasporti*), 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), 131 - 133 (*Politica commerciale comune*, ad esempio in materia di alimenti e prodotti farmaceutici), 137 (*Sicurezza sociale e protezione sociale dei lavoratori*), 149 (*Istruzione e formazione professionale*, compresi gli scambi nel settore della sanità), 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), 163 - 173 (*Ricerca e sviluppo tecnologico*, che comprende l'ambito della sanità), 177 (*Cooperazione allo sviluppo*, anche in campo sanitario), 300 e 302 (*Conclusioni di accordi con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali*, anche in merito a questioni sanitarie).

Ma è proprio la chiave di lettura storico-istituzionale dello sviluppo delle politiche di tutela e di promozione della salute nell'Europa comunitaria allargata a rappresentare una sorta di grimaldello per scardinare quelle tensioni sociali che minacciano la nostra epoca.

Ma quale approccio terminologico stiamo considerando in riferimento al concetto di salute?

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità".

In occasione del 1° Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute (svoltosi ad Ottawa dal 17 al 21 novembre 1986 e promosso a cura di *World Health Organization - Health and Welfare Canada - Canadian Public Health Association*), si è concordato di elaborare e sviluppare politiche sociali che si facciano garanti della ricomposizione dell'intervento sulla persona nella sua globalità, in modo integrato, multidisciplinare e multisetoriale.

Di particolare rilevanza risultano essere i "Requisiti per la salute" intesi quali "Condizioni e risorse fondamentali della salute (...): 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 e saldamente ancorato a questi requisiti", al fine di "ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, assicurando a tutti eguali opportunità e risorse per (...) 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".

La salute non può essere, quindi, un obiettivo isolato, "è essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad apprendere per tutto il corso della vita², preparandosi ad affrontare 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".

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

Il concetto positivo di salute nella accezione delineata - assieme al prerequisito fondante della condizione di pace - costituisce la pietra

² In tal senso "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", riconoscendo "le persone stesse come la maggior risorsa per la salute" e "nella salute e nella sua tutela un fondamentale investimento sociale e una sfida decisiva ad affrontare in modo globale il problema ecologico del nostro modo di vita", e condividendo "il potere decisionale con altri settori, altre discipline e, in particolare, con gli stessi utenti dei servizi".

miliare che garantisce all'individuo il pieno godimento delle proprie facoltà, potenzialità ed aspirazioni.

1- La Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 settembre 2002 che adotta un Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008)

L'Unione Europea è costantemente impegnata a promuovere e migliorare la salute prevenendo le malattie, lottando contro le minacce potenziali nell'intento di ridurre la morbilità, la mortalità precoce e le disabilità invalidanti evitabili.

Già nel contesto del "Quadro di azione per la sanità pubblica", definito nella Comunicazione della Commissione, del 24 novembre 1993³, venivano adottati ben otto specifici programmi d'azione: 1) per

³ Nel contesto del quadro di azione per la sanità pubblica definito nella comunicazione della Commissione, del 24 novembre 1993, relativa al quadro di azione nel campo della sanità pubblica sono stati adottati i seguenti otto programmi d'azione:

- 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),
- 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),
- 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),
- 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),
- 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),
- 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),

la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria, 2) contro il cancro, 3) sulla prevenzione dell'AIDS e di altre malattie trasmissibili, 4) in materia di prevenzione della tossicodipendenza, 5) in materia di monitoraggio sanitario, 6) sulla prevenzione delle lesioni personali, 7) sulle malattie rare, 8) sulle malattie connesse con l'inquinamento.

Più recentemente, nell'intento di contribuire al benessere dei cittadini europei, in data 23 settembre 2002, è stata approvata la Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio che ha adottato il "Programma di azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003 - 2008)".

In sintesi gli obiettivi generali del nuovo programma consistono nel:

- a) migliorare l'informazione e la conoscenza per lo sviluppo della sanità pubblica;
- b) aumentare la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato ai rischi per la salute;
- c) promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari nell'ambito di tutte le politiche e attività.

- 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),

- 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).

Inoltre, è stata adottata la decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 settembre 1998, che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità. In forza di tale decisione, la Commissione ha adottato il 22 dicembre 1999 la decisione n. 2000/57/CE sul sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili. Altre iniziative nel contesto del quadro di azione per la sanità pubblica comprendono la raccomandazione 98/463/CE del Consiglio, del 29 giugno 1998, sull'idoneità dei donatori di sangue e di plasma e la verifica delle donazioni di sangue nella Comunità europea e 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.

Gli stessi obiettivi generali del programma costituiscono i tre capisaldi⁴, anche se la decisione prevede una più ampia strategia comunitaria in materia di salute pur restando l'unica base finanziaria per le misure di sanità pubblica.



Il Programma di azione comunitaria (2003-2008) nel campo della sanità pubblica intende in sostanza contribuire a:

⁴ I tre capisaldi non sono nettamente delimitati tra di loro, dato che molte azioni si sovrappongono. Questo è in particolare il caso della misura di sostegno telematico alle attività del secondo caposaldo e a molte del terzo. Il primo caposaldo fornisce ampiamente la base di conoscenze per le azioni del programma. Definire in anticipo e in modo dettagliato la suddivisione dei vari compiti tra i capisaldi può risultare difficile e, da un punto di vista pratico, inutile. Le attività di formazione e l'informazione nei confronti del pubblico, per esempio, utilizzate per promuovere la salute possono rientrare in qualsiasi caposaldo. Sia la raccolta dei dati che l'analisi e la consulenza basate sui dati stessi rientrano nel primo caposaldo ma l'analisi delle condizioni e lo sviluppo della strategia sono compresi nel terzo caposaldo. Tale principio si applica in particolare alle dinamiche di monitoraggio delle malattie trasmissibili e dei loro focolai in base alla decisione adottata a questo proposito, ai sistemi previsti per le minacce di malattie non trasmissibili o all'emosorveglianza ai sensi della futura direttiva relativa al sangue di cui al caposaldo 2. In questi settori informazione e azione sono direttamente collegate. Gli operatori responsabili potranno pertanto definire le richieste di informazioni, raccogliere i dati e intervenire all'interno di un medesimo quadro. Si può riscontrare la stessa situazione in alcuni settori del caposaldo 3. Il compito del caposaldo 1 è quello di coordinare le esigenze degli interessati, il progetto del sistema di informazione e di assegnare la priorità a informazioni che non sono ancora definite in altri contesti.

a) garantire un alto livello di protezione della salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche e attività comunitarie, attraverso la promozione di una strategia sanitaria integrata e intersettoriale;

b) affrontare le disuguaglianze nel campo sanitario;

c) incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri nei settori previsti dall'art. 152 del Trattato.

L'obiettivo 1) teso a "migliorare l'informazione e la conoscenza per lo sviluppo della sanità pubblica" si estrinseca attraverso molteplici attività ben individuate:

- elaborazione e conseguente attuazione di un sostenibile sistema di monitoraggio sanitario per stabilire, a livello comunitario, indicatori quantitativi e qualitativi comparabili, sulla base dei lavori esistenti e dei risultati conseguiti e per raccogliere, analizzare e diffondere, specifiche informazioni in base al sesso e all'età sulla salute umana concernenti lo stato di salute, le politiche sanitarie e i determinanti sanitari, inclusi la demografia, la geografia e le situazioni socioeconomiche, i fattori personali e biologici ed i comportamenti che incidono sulla salute (quali abuso di determinate sostanze, nutrizione, attività fisica, comportamento sessuale, condizioni di vita e di lavoro), nonché le condizioni ambientali prestando particolare attenzione alle disuguaglianze di ordine sanitario;

- sviluppo di un sistema informativo per la sorveglianza, l'allarme e l'individuazione rapidi delle minacce che incombono sulla salute, tanto per le malattie trasmissibili, anche per quanto riguarda il pericolo della trasmissione transfrontaliera delle malattie (compresi i resistenti patogeni), che per le malattie non trasmissibili;

- miglioramento del sistema di trasmissione e scambio di informazioni e dati sanitari, compreso l'accesso del pubblico;

- sviluppo e impiego di meccanismi di analisi, consulenza, relazione, informazione e consultazione con gli Stati membri e gli operatori interessati relativamente alle questioni sanitarie pertinenti a livello comunitario;

- miglioramento dell'analisi e delle conoscenze riguardanti il ruolo svolto dall'evoluzione della politica sanitaria e dalle altre attività e politiche comunitarie, quale il mercato interno in quanto capace di in-

fluenzare i sistemi sanitari, ai fini del conseguimento di un livello elevato di protezione della salute umana,

- riesame, analisi e sostegno degli scambi di esperienze sulle tecnologie sanitarie, comprese le nuove tecnologie dell'informazione;
- sostegno allo scambio di informazioni e di esperienze in materia di buone pratiche;

- elaborazione e relativa attuazione di un'azione comune unitamente ai piani elaborati in base a *e-Europe*, al fine di migliorare, per il pubblico in generale, la disponibilità su Internet delle informazioni su questioni sanitarie, nonché l'esame della possibilità di istituire un sistema di sigilli comunitari di qualità riconoscibili per i siti Internet.

Il secondo obiettivo rivolto essenzialmente ad *"aumentare la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato ai rischi per la salute"* prevede invece le seguenti misure di sostegno:

- rafforzamento della capacità di affrontare le malattie trasmissibili, attraverso il sostegno all'ulteriore attuazione della decisione n. 2119/98/CE sulla rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili;

- supporto al funzionamento della rete, negli Stati membri e nei paesi partecipanti, in particolare per quanto concerne indagini comuni, formazione, valutazione continuativa e assicurazione di qualità;

- sviluppo di strategie e meccanismi di prevenzione, scambi di informazioni e reazione alle minacce delle malattie non trasmissibili, comprese le minacce per la salute differenziate in base al sesso e le malattie rare;

- scambi di informazioni concernenti strategie per far fronte alle minacce di carattere fisico, chimico o biologico che incombono sulla salute in situazioni di emergenza, comprese quelle relative ad atti terroristici;

- scambio di informazioni sulle strategie di vaccinazione e di immunizzazione;

- miglioramento della sicurezza e della qualità degli organi e delle sostanze di origine umana, incluso il sangue, i componenti e i precursori del sangue mediante lo sviluppo di *standard* elevati di qualità e di sicurezza per la raccolta, la lavorazione, lo stoccaggio, la distribuzione e l'uso di tali sostanze;

- realizzazione di reti di sorveglianza per i prodotti di origine umana quali il sangue, i componenti e i precursori del sangue;

- promozione di strategie e misure riguardanti la protezione della salute umana da eventuali effetti nocivi dovuti ad agenti ambientali quali le radiazioni ionizzanti e non ed i rumori;

- sviluppo di strategie atte a ridurre la resistenza agli antibiotici.

Non meno rilevante risulta il terzo obiettivo finalizzato a *"promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari nell'ambito di tutte le politiche e attività"* con la esplicita previsione di una serie articolata di iniziative deputate alla:

- elaborazione ed attuazione di strategie e misure, comprese quelle connesse alla sensibilizzazione del pubblico sui determinanti sanitari legati agli stili di vita, quali l'alimentazione, l'attività fisica, il tabacco, l'alcool, le droghe e altre sostanze, nonché sulla salute mentale, ivi incluse le misure da prendere in tutte le politiche comunitarie e le strategie comunitarie specifiche a seconda del sesso e dell'età;

- analisi della situazione ed elaborazione di strategie sui determinanti sanitari di ordine sociale ed economico, al fine, da un lato, di individuare e combattere le disuguaglianze per quanto riguarda la sanità e, dall'altro, di valutare l'incidenza dei fattori sociali ed economici sulla salute;

- analisi della situazione ed elaborazione di strategie sui fattori determinanti sanitari legati all'ambiente e il contributo all'individuazione e alla valutazione delle conseguenze dei fattori ambientali sulla salute;

- analisi della situazione e degli scambi di informazioni sui determinanti genetici e sull'impiego dello *screening* genetico;

- implementazione di metodi atti a valutare la qualità e l'efficacia delle strategie e delle misure di promozione della salute;

- incoraggiamento delle pertinenti attività di formazione connesse alle suddette misure.

Occorre tener presente che i margini di manovra delle istituzioni comunitarie in questa materia sono inusitabilmente più ampi che in altre politiche ed in questo caso non funziona la (per altri aspetti) comprensibile generalizzazione di R. Dahrendorf, per la quale la riforma

dello stato sociale in Europa non può che realizzarsi attraverso lo stato nazione⁵.

Tale modello costituisce, tuttavia, una pagina ormai, in larga misura, scritta, almeno nella costituzione materiale, del nuovo ordinamento transnazionale in fieri. Proprio per ciò, tale capitolo del diritto comunitario, mentre non può essere considerato un tratto di una stucchevole e burocratica concezione dell'*acquis communautaire* (in questa materia nulla per definizione può essere considerato statico e immodificabile), assume piena dignità giuridica ed istituzionale di una nuova e moderna Costituzione sociale europea.

Il quadro comunitario della legislazione di tutela della salute si basa su alcuni principi utili sia per orientare⁶ la stessa disciplina tecnica o

⁵ R. DAHERENDORF, *Perché l'Europa? Riflessioni di un europeista scettico*, Laterza, Bari 1997, p. 53.

⁶ I progetti suscettibili di poter beneficiare di un contributo finanziario in base al programma «Sanità pubblica» devono contribuire a proteggere la salute dell'uomo e a migliorare la sanità pubblica, concorrendo alla realizzazione di uno o più obiettivi definiti dalla decisione n. 1786/2002/CE. Nell'attuare il programma, la Commissione accorderà la priorità ai progetti che:

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

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

di dettaglio (come dimostrano gli otto programmi d'azione dinanzi citati), che per quei riferimenti giuridici inderogabili che le legislazioni di attuazione degli ordinamenti nazionali debbono rispettare comunque.

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

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

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

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

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

Pertanto è fondamentale che tutte le attività dell'Unione Europea aventi attinenza alla sanità debbano avere un elevato grado di visibilità

derati (la Commissione determinerà in ciascun caso singolo la percentuale massima da aggiudicare).

e di trasparenza e consentire la consultazione e la partecipazione di tutti gli interessati in modo equilibrato, al fine di promuovere una migliore conoscenza e comunicazione quale esempio di un più ampio coinvolgimento delle persone nelle decisioni riguardanti la loro salute.

In tale contesto, occorre tener conto del diritto della popolazione dell'Unione europea a ricevere informazioni⁷ semplici, chiare e scientificamente valide sulle misure volte a tutelare la salute ed a prevenire le malattie, allo scopo di migliorare la qualità della vita.

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

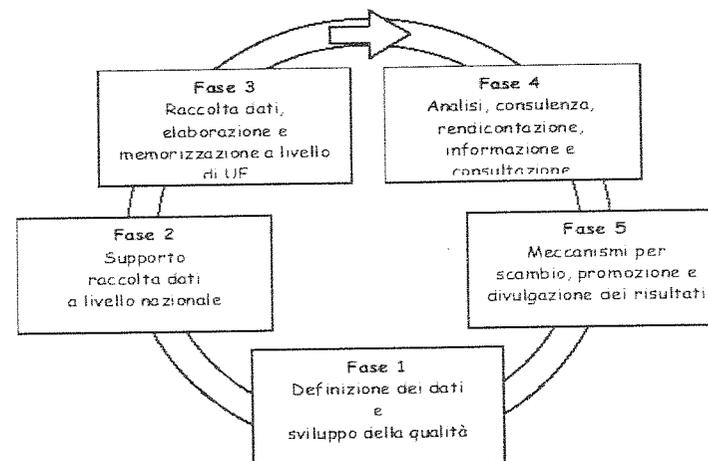
Se da un lato le diverse tipologie di pubblico usufruiscono delle stesse informazioni, dall'altro richiedono caratteristiche diverse all'interno del sistema.

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

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

⁷ Documento programmatico sull'attuazione del Caposaldo 1 relativo all'informazione e alle conoscenze in materia di salute nel futuro programma d'azione nel campo della sanità pubblica. Tale documento propone un modello programmatico e organizzativo per il sistema d'informazione e conoscenza in materia di salute. Esso non comprende il contenuto esatto del sistema che sarà definito nei progetti di lavoro che si svilupperanno in base al programma e ad altre decisioni relative alla sua attuazione. Molti ambiti, come quelli relativi al contenuto dei dati, alla raccolta di informazioni, all'analisi quantitativa e qualitativa dei dati, alle prassi migliori, alle analisi e azioni pertinenti in altre politiche, non sono trattati dettagliatamente.

- autorità competenti ed esperti altamente specializzati spesso necessitano di un accesso sicuro e di applicazioni molto specifiche e la protezione dei dati costituisce spesso la questione più importante.



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

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

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

Dove si constata carenze di dati, si svilupperanno nuovi sistemi di raccolta per particolari questioni prioritarie, quali il comportamento sanitario, gli infortuni e i dati di base relativi agli anni di vita senza invalidità (ed in tal senso esistono varie possibilità di promozione di

sondaggi europei in materia di salute utilizzando il lavoro di base esistente).

3- Lo scenario nazionale

Dalla non omogenea effettività delle implementazioni nazionali del modello comunitario derivano una serie di questioni comuni a tutti gli Stati membri dell'Unione europea che ne rafforzano la percezione della oggettiva dimensione transnazionale della problematica della tutela e della promozione della salute.

In un contesto esclusivamente nazionale la nuova visione della transizione dalla "sanità" alla "salute" è fondata, in particolare, sui seguenti principi essenziali per il Servizio Sanitario Nazionale, che rappresentano altresì i punti di riferimento per l'evoluzione prospettata:

- il diritto alla salute e alle cure;
- l'equità interna del sistema;
- la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;
- la dignità ed il coinvolgimento "di tutti i cittadini";
- la qualità delle prestazioni;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;
- la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi fondanti l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, condordati ad esempio fra Stato e Regioni, assicurandone una prevenzione sanitaria efficace con un'ampia diffusione della cultura della promozione della salute.

L'equità interna del sistema presuppone che l'accessibilità ai servizi, in termini di conformità e di qualità delle cure è un fondamentale diritto da garantire. Spesso accade che, a parità di gravità ed urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori. In

particolare, è necessario ridurre al minimo la mobilità dei pazienti derivante dalla carenza nel territorio di residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

La *responsabilizzazione* piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni di cura è fondamentale per promuovere concreti percorsi di salvaguardia delle garanzie. In questo senso va sviluppata la piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che ne discendono, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base di linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche.

La *dignità e la partecipazione* di coloro che entrano in contatto con i servizi ed *in primis* di tutti i cittadini costituiscono nella nuova visione della salute un principio imprescindibile e corollario al pieno rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, e al diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più consona possibile alla vita sociale da parte dei pazienti avendo cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti. Il cittadino e la sua salute devono essere al centro del sistema, unitamente al rispetto dei principi etici e bioetici per la tutela della vita, che sono alla base della convivenza sociale.

La *qualità delle prestazioni* deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. Risulta necessario garantire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo la lunghezza delle liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari sono requisiti essenziali che devono essere assicurati tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione.

L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali a livello locale è indispensabile così come la collaborazione tra Istituzioni e pazienti e la disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per i pazienti cronici, i malati terminali, i soggetti deboli e coloro che non sono totalmente autosufficienti; inoltre, è molto rilevante, sotto il pro-

filo sociale, concorrere allo sviluppo di forme di supporto ai familiari dei pazienti.

Lo sviluppo della conoscenza nel settore della promozione della salute, attraverso la ricerca biomedica e sanitaria, è strategica per vincere le nuove sfide derivanti, specie, dalle malattie attualmente non guaribili, attraverso nuove analisi diagnostiche e terapie efficaci.

La sicurezza sanitaria dei cittadini è stata messa in evidenza in tutta la sua importanza anche dai recenti drammatici avvenimenti connessi al terrorismo. La sanità di questi anni non potrà più quindi prescindere dal comprendere tra gli elementi costitutivi della nuova visione quello dello sviluppo di strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché ovviamente di cura degli eventuali danni.

Ovviamente il raggiungimento dei suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo. Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà. La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali.

4- Le prospettive di tutela della promozione della salute e della pace alla luce della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea

Nei documenti ufficiali degli organi comunitari (specie quelli di taglio programmatico che originano dall'attività preparatoria della Commissione e che rilevano più esplicitamente delle misure e relativi strumenti che si intendono adottare) si evidenzia l'utilità delle politiche di intervento e dei metodi finora privilegiati in materia di tutela e promozione della salute.

È diffuso il convincimento della validità e conseguente efficacia della forza propulsiva del diritto regolativo⁸ quale strumento privilegiato di armonizzazione dei sistemi nazionali di protezione sanitaria.

Si evince, quindi, la consapevolezza che nuovi propositi, nuove politiche, nuove strategie sono visibili anche sullo sfondo di un contesto teorico generale in cui si inserisce la riflessione politica e strategica della stessa Commissione che, pur nello stile burocratico dei suoi documenti, riflette la ricchezza del dibattito sulle trasformazioni del diritto e sulla conseguente necessità, anche in ambito comunitario, di interventi più adatti alla funzione di promozione della regolazione giuridica.

In questa prospettiva si colloca la configurazione della politica di promozione della salute e della pace alla luce della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (la cui attuazione dei principi enunciati è affidata alle normative ed alle prassi nazionali oltre che al diritto comunitario).

Il testo della Carta si compone di un preambolo e di 54 articoli raggruppati in sette capi i cui titoli enunciano i valori fondamentali promossi dall'Unione: *dignità* (articoli 1-5), *libertà* (articoli 6-19), *uguaglianza* (articoli 20-26), *solidarietà* (articoli 27-38), *cittadinanza* (articoli 39-46), *giustizia* (articoli 47-50), completati da un capitolo tecnico di disposizioni generali che precisano le condizioni della articolazione della Carta con la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU).

Di assoluto rilievo è l'articolo 35 rubricato "*Protezione della salute*" che dispone "*Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana.*"

I diritti contenuti nella Carta possono essere classificati in quattro categorie:

- i diritti, le libertà e le garanzie procedurali, quali risultano dalla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle

⁸ Cfr. J. H. H. WEILER, *Il sistema comunitario europeo*, Il Mulino, Bologna 2002, pp. 44 ss.

libertà fondamentali nonché dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri. Si tratta dei diritti civili e politici quali le garanzie procedurali, il principio di uguaglianza, il rispetto della vita privata, nonché i diritti risultanti dalle principali libertà pubbliche (libertà di stampa, coscienza, riunione ed associazione) che rientrano tra i principi generali del diritto comunitario secondo la giurisprudenza della Corte di giustizia, vincolando Stati membri ed istituzioni comunitarie;

- i diritti riservati ai cittadini dell'Unione che si trovano tra l'altro nella seconda parte del Trattato che istituisce la Comunità europea (TCE) intitolata "Cittadinanza della Unione". Sono le disposizioni di diritto elettorale proprie all'Unione (voto alle elezioni comunali e al Parlamento europeo), della protezione diplomatica comune, del diritto di petizione al Parlamento europeo e del ricorso al mediatore;

- i diritti economici e sociali, che corrispondono alle disposizioni del diritto del lavoro (diritto sindacale, diritto di sciopero, diritto a una retribuzione minima, diritto alla formazione professionale, diritto dei disabili all'inserimento professionale), nonché alle disposizioni del diritto sociale come la protezione sociale o il diritto all'assistenza sanitaria;

- i diritti moderni che, pur senza essere veramente nuovi (come protezione di dati personali o diritti connessi con la bioetica), mirano a fronteggiare le sfide legate al futuro sviluppo delle tecnologie dell'informazione o dell'ingegneria genetica.

La Carta è comunemente definita un documento a "diritto costante" in quanto non:

- crea alcuna competenza o nuovi ruoli per la Comunità e per l'Unione, lasciando inalterato quanto previsto nei trattati;

- modifica i mezzi di impugnazione o l'architettura giurisdizionale previsti dai trattati;

- crea nuovi obblighi per gli Stati membri poiché i diritti in essa enunciati corrispondono ad impegni vigenti in forza di convenzioni internazionali o di tradizioni costituzionali comuni.

Affrontare i principali determinanti della salute offre grandi possibilità di ridurre il peso della malattia e di promuovere la salute nella popolazione in genere. I determinanti sanitari possono essere raggruppati nelle seguenti categorie: comportamenti e stili di vita personali;

influenze esercitate all'interno delle comunità suscettibili di favorire o ledere la salute; condizioni di vita e di lavoro e accesso ai servizi sanitari; condizioni socio-economiche, culturali e ambientali in genere.

Un impegno efficace per quanto riguarda i determinanti sanitari richiede un'ampia gamma di approcci dinamici. Per taluni determinanti si è rivelato particolarmente efficace un approccio contestuale (ad es. le azioni di strutture di sostegno nelle comunità può rafforzare il capitale sociale e facilitare l'adozione di comportamenti sani). I servizi di assistenza sanitaria sono al contempo protagonisti importanti nel campo della salute, di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

Non a caso iniziative come quella di promuovere la salute nelle scuole tramite la «*Rete europea di promozione della salute nelle scuole*» in cooperazione con gli Stati membri, il Consiglio d'Europa e l'OMS⁹ e la cooperazione tra gli istituti d'istruzione per quanto riguarda il contenuto dei corsi di formazione ed il sostegno ai corsi di formazione europei comuni nel campo della sanità pubblica, (basandosi su iniziative quali i Programmi di master europei in sanità pubblica e il Programma di formazione d'intervento epidemiologico EPIET) possono rappresentare validi modelli di sperimentazione in termini di ricerca/azione dei distinti fattori che influenzano il capitale di salute, educativo e sociale nelle diverse fasi della vita.

Fattori che influenzano il capitale di salute, educativo e sociale nelle diverse fasi della vita¹⁰ (M. Wadsworth, 1996):

⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe, "Health 21 - Health for All in the 21st Century", *European Health for All*, Series n. 6, WHO, Copenhagen 1999.

¹⁰ M. WADSWORTH, *Family and Education as Determinants of Health*, in D. BLANE, E. BRUNNER, R. WILKINSON, *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*, Routledge, London 1996, pp. 152-170.

FASI DELLA VITA	CONDIZIONI DI SVANTAGGIO SOCIALE	EFFETTI	RISCHI AUMENTATI
VITA FETALE NASCITA	- Malnutrizione materna - Fumo	- Prematurità - Sviluppo prenatale ritardato	- Mortalità perinatale e neonatale - Basso peso neonatale
<i>Costruzione del capitale di salute</i>	- Bassa scolarità	- Ritardo di maturazione tissutale - Scarsa frequenza di allattamento al seno	- Aumento del rischio di malattie respiratorie, metaboliche e cardiovascolari
INFANZIA E ADOLESCENZA	- Bassa scolarità materna - Povertà dell'ambiente domestico - Fumo	- Basso livello di istruzione - Abitudini alimentari errate - Comportamenti a rischio - Scarsa prevenzione delle malattie prevenibili	- Comportamenti a rischio - Malnutrizione - Ipertensione - Obesità - Malattie respiratorie
VITA ADULTA	- Salute scadente - Comportamenti a rischio - Basso livello di istruzione	- Basso livello di posizione sociale - Basso reddito - Scarse capacità di interagire e negoziare	- Comportamenti a rischio per la salute - Ipertensione - Malattie croniche - Rischio per la prole

Come afferma A. Maaluf¹¹, “bisognerebbe fare in modo che nessuno si senta escluso dalla civiltà comune che sta nascendo, che ciascuno possa ritrovarvi la propria lingua identitaria e certi simboli della propria cultura, che ciascuno possa identificarsi, anche solo un po', con ciò che vede emergere nel mondo che lo circonda, invece di cercare rifugio in un passato ideale. Parallelamente ciascuno dovrebbe poter includere, in quella che ritiene la sua identità, una componente nuova, chiamata ad assumere sempre più importanza nel corso del nuovo secolo, del nuovo millennio: la consapevolezza di appartenere anche all'avventura umana”.

¹¹ A. MAALUF, *L'identità*, Bompiani, Milano 1999.

APPENDICE
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.

Altri articoli del Trattato concernenti la protezione della salute 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 riferimento a questioni sanitarie)

Estratto da "Carta per la promozione della salute"

1° Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute

Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986

World Health Organization - Health and Welfare Canada - Canadian Public Health Association

PROMOZIONE DELLA SALUTE

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

REQUISITI DELLA SALUTE

"Condizioni e risorse fondamentali della salute sono:

- la pace,
- un tetto,
- l'istruzione,
- il cibo,
- il reddito,
- un eco-sistema stabile,
- la continuità delle risorse,
- la giustizia,
- l'equità sociale."