

COMMISSIONE DELLE COMUNITA' EUROPEE

COM(94) 223 def.
Bruxelles, 21.06.1994
94/0135 (COD)

COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE

AZIONE COMUNITARIA NEL CAMPO DELLA TOSSICODIPENDENZA

Proposta di DECISIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

che adotta un programma di azione comunitaria in materia di prevenzione
della tossicodipendenza nel quadro d'azione comunitaria
nel campo della sanità pubblica
(1995 - 2000)

(presentate dalla Commissione)

AZIONE COMUNITARIA NEL CAMPO DELLA TOSSICODIPENDENZA

I. INTRODUZIONE	3
II. SITUAZIONE NELLA COMUNITÀ	4
III. RASSEGNA DELLE AZIONI IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZA GIÀ INTRAPRESE A LIVELLO COMUNITARIO	5
IV. APPROCCIO COMUNITARIO	7
A. Obiettivi e strumenti	7
B. Il quadro della sanità pubblica e l'azione sulla tossicodipendenza	9
C. L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze	10
D. La cooperazione fra gli Stati membri	11
E. La cooperazione con le organizzazioni internazionali e con i paesi terzi in materia di tossicodipendenza	12
V. LA PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZA E L'AZIONE COMUNITARIA	13
A. Un contesto pluridisciplinare e multi dimensionale	13
1. Azioni specifiche di prevenzione	14
2. Individuazione precoce e sorveglianza	17
3. Reinserimento sociale e professionale	19
4. Tossicodipendenti detenuti	19
5. Sostanze lecite	19
6. Raccolta dati	19
7. Elaborazione e diffusione della ricerca	21
B. Primo programma d'azione comunitaria sulla prevenzione della tossicodipendenza	21
1. Settori d'attività	21
2. Consultazione e partecipazione	22
3. Valutazione e relazioni	22

INTRODUZIONE

1. La presente Comunicazione e la presente proposta di programma di prevenzione della tossicodipendenza vanno viste nel duplice contesto della comunicazione della Commissione del 24 novembre 1993 sul quadro d'azione nel campo della sanità pubblica e del Piano d'azione dell'Unione europea per la lotta contro la droga⁽¹⁾ che la Commissione presenta al Consiglio e al Parlamento e di cui la presente comunicazione costituisce una componente essenziale.
2. Nella sua comunicazione del 24 novembre 1993⁽²⁾, la Commissione ha definito un contesto di futura azione comunitaria al fine di conseguire gli obiettivi di tutela della salute di cui agli articoli 3 (0) e 129 del trattato che istituisce la Comunità europea in seguito all'entrata in vigore del trattato sull'Unione europea. Alla Comunità viene riconosciuto il compito di sostenere gli sforzi degli Stati membri nel campo della sanità pubblica, contribuire all'elaborazione e alla realizzazione di obiettivi e strategie, provvedere alla tutela della salute nella Comunità, prefiggendosi come finalità i migliori risultati già conseguiti in altri determinati settori comunitari.
3. Un'azione iniziale ai sensi dell'articolo 129 deve orientarsi verso la prevenzione delle malattie e la tutela della salute. La tossicodipendenza è l'unica minaccia esplicitamente menzionata in tale articolo e la comunicazione della Commissione ne ritiene la prevenzione una priorità dell'azione comunitaria.
4. La tossicodipendenza è un problema poliedrico legato ai principali flagelli sociali, quali l'esclusione sociale, la disoccupazione e la criminalità. Le difficoltà incontrate dagli Stati membri in sede di lotta contro le sue gravi conseguenze per la società hanno condotto all'adozione, nell'arco dei cinque anni trascorsi, di una serie di iniziative comunitarie. La vasta gamma di iniziative adottate dal Consiglio e dal Parlamento europeo è una riprova della serietà con cui tali istituzioni considerano il problema e della loro convinzione che risultano necessarie azioni a livello comunitario per affrontarlo. La Comunità si trova ora nella posizione di poter consolidare le proprie conquiste nel campo della prevenzione della tossicodipendenza e di valersi dell'opera già svolta, proponendo un programma lungimirante per quanto concerne la tossicodipendenza, nel contesto generale della sanità pubblica. Il programma si ripropone di contemplare:
 - l'uso di stupefacenti e sostanze psicotrope;
 - l'abuso di prodotti farmaceutici⁽³⁾;
 - l'uso improprio di sostanze o prodotti chimici a fini di tossicodipendenza (solventi...) ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ COM(93)559 def.

⁽²⁾ COM (94) 234 def.

⁽³⁾ in particolare i farmaci classificati come "prescrizioni mediche speciali" ai sensi della direttiva del Consiglio 92/26/CEE del 31 marzo 1992.

⁽⁴⁾ I termini "uso", "abuso", e "uso improprio" vengono comunemente utilizzati per denotare l'assuefazione risultante da droghe e sostanze lecite e illecite.

5. Il programma riposa fra l'altro su un'analisi delle esperienze ricavate dalle iniziative avviate in passato sul piano comunitario su richiesta degli Stati membri. Esso tiene inoltre tenere conto dei lavori svolti o previsti da organizzazioni internazionali per quanto concerne la riduzione del consumo di droga, sia che si tratti del programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe, delle istituzioni specializzate delle Nazioni Unite, in particolare dell'Organizzazione mondiale della Sanità, oppure di organizzazioni regionali come il Consiglio d'Europa (Gruppo Pompidou). Un rafforzamento della cooperazione con tali strutture, come pure l'apertura del programma ai paesi terzi, ed in particolare ai paesi dell'Europa centroorientale, terrà conto della dimensione internazionale del fenomeno della droga.

II. Situazione nella Comunità

6. Due relazioni sulla riduzione della domanda di droga nella Comunità europea hanno fornito informazioni estremamente utili⁽⁵⁾ ma hanno rivelato la mancanza di indicatori affidabili e comparabili, sottolineata nelle due relazioni sulla riduzione del consumo di droga nella Comunità europea, rende difficile sia la valutazione del numero complessivo di consumatori di droga che un raffronto dei livelli e delle tendenze di tale consumo. L'Osservatorio europeo della droga e della tossicodipendenza contribuirà a colmare tali lacune⁽⁶⁾. Nonostante la carenza di dati disponibili, ed in particolare quelli forniti dagli Stati membri per la seconda relazione, hanno in particolare fatto risaltare le seguenti tendenze generali:
- aumento del numero di decessi dovuti al consumo di droga e alla morbidità;⁽⁷⁾
 - aumento del numero di domande di terapia;
 - aumento del numero di prime esperienze con la droga;
 - percentuale elevata di detenuti tossicomani;
 - aumento del numero di casi di AIDS legati al consumo di droga
 - crescente inquietudine di fronte ai problemi dovuti al HIV presso i consumatori di droga, le loro famiglie ed altre persone.
7. Di particolare importanza risulta il problema della tossicodipendenza negli stabilimenti di pena. Dalle cifre risulta infatti che la percentuale di tossicodipendenti in rapporto alla popolazione carceraria superi il 30% in 8 Stati membri (stime fornite dagli Stati membri nel 1993).
8. Il numero elevato di casi di AIDS connessi con il consumo di droga è motivo costante di gravi preoccupazioni. I dati forniti dalla sorveglianza dell'AIDS nella Comunità europea e nei paesi COST⁽⁸⁾ mostrano che i tossicomani per via parenterale rappresentano, fra il 1991

⁽⁵⁾ COM (90) 527 def. dell'8.11.1990 e SEC (92) 725 def. del 25.5.1992.

⁽⁶⁾ GU L 36 del 12.2.1993, p.1 e GU C 225 del 20.8.1993, p.3

⁽⁷⁾ Soltanto nell'area di Schengen i casi di decesso per overdose sono aumentati dai 1034 del 1980 ai 4843 del 1991 (senza i dati per il Belgio, la Grecia e i Paesi Bassi) - Statistiche Nazionali - Interpol, Lione.

⁽⁸⁾ Centro di cooperazione CE/OMS sull'AIDS, relazione trimestrale, 30 giugno 1993.

e il 1993, oltre il 34% dei casi di AIDS negli uomini e oltre il 54% dei casi di AIDS nelle donne; sono inoltre in continuo aumento le cifre assolute di incidenza dell'AIDS in questo gruppo esposto a contagio.

9. Per il tramite di sondaggi EUROBAROMETRO⁽⁹⁾ effettuati in marzo e maggio 1992, la Commissione ha effettuato un sondaggio speciale destinato all'accertamento del livello di conoscenze e dell'atteggiamento degli europei per quanto riguarda le droghe illecite e la loro opinione in proposito. Ne risulta che oltre 500.000 giovani europei si vedono proporre la droga ad un'età inferiore ai 15 anni e quasi tre milioni e mezzo prima dei 19 anni. Droghe quali l'hascisc, la cocaina e l'eroina sono in genere ben note ai giovani europei, più delle nuove droghe quali il crack e l'ecstasy i cui rischi sono molto meno chiari alle persone interrogate. Le persone che si vedono più spesso proporre la droga hanno il profilo seguente: sesso maschile, studente, di età inferiore ai 35 anni (per l'eroina, l'hascisc e la cocaina) e inferiore ai 25 anni (per l'LSD, il crack e l'ecstasy). Se è da un lato generalmente accolta l'apertura di centri specifici di assistenza ai tossicodipendenti, è dall'altro ancora relativamente soggetta a controversie la terapia di questi ultimi con l'ausilio di droghe sostitutive. La distribuzione gratuita di siringhe è accettata soltanto dai giovani, dagli intellettuali e dagli abitanti delle grandi città. Le persone più anziane o meno scolarizzate sono piuttosto favorevoli alla repressione e/o all'isolamento dei tossicodipendenti.

III. RASSEGNA DELLE AZIONI IN MATERIA DI TOSSICODIPENDENZA GIÀ INTRAPRESE A LIVELLO COMUNITARIO

Consiglio europeo

10. La tossicodipendenza è stata successivamente evocata dai Consigli europei di Milano (85), dell'Aia e di Londra (1986). Gli Stati membri sono stati invitati ad attingere alla loro esperienza in materia di terapia e riadattamento dei tossicodipendenti al fine di partecipare all'informazione degli insegnanti, dei genitori e dei giovani per quanto concerne i rischi legati alla tossicodipendenza, nonché a contribuire all'elaborazione di relazioni e raccomandazioni circa le misure suscettibili di essere adottate a livello comunitario. Fin d'allora, il Consiglio europeo ha riservato al problema una costante attenzione che ha trovato eco nelle sue ulteriori dichiarazioni, in particolare di Dublino e Roma (1990), Lussemburgo e Maastricht (1991), Lisbona (1992) e Bruxelles (1993). Il Piano europeo adottato dal Consiglio europeo di Roma (1990) e riesaminato dal Consiglio europeo di Edimburgo (1992) ha inoltre contribuito in misura cospicua allo sviluppo dell'azione comunitaria nel campo della tossicodipendenza.

Consiglio

11. Affrontata inizialmente dai ministri della Sanità in una riunione informale del 1984, la lotta contro la tossicodipendenza ha progressivamente acquistato rilievo come preoccupazione di prim'ordine del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio. La Commissione ha trasmesso a quest'ultimo due comunicazioni successive, rispettivamente sulla cooperazione a livello comunitario in materia di problemi sanitari⁽¹⁰⁾, con la

⁽⁹⁾ Eurobarometro 37 - Settimana europea della prevenzione della tossicodipendenza

⁽¹⁰⁾ COM (84) 502 def.

tossicodipendenza come oggetto di azione prioritaria, e sulle azioni comunitarie di lotta contro la droga⁽¹¹⁾ Imperniata sulle attività di prevenzione e di educazione alla salute, quest'ultima comunicazione s'iscriveva nell'ambito di un approccio globale del problema della droga, a complemento dei provvedimenti specifici di lotta contro la produzione e l'offerta di droga richiesti da una raccomandazione di decisione del Consiglio sulla partecipazione della Comunità ai lavori preparatori e alla conferenza internazionale sull'abuso e sul traffico illecito di droga⁽¹²⁾.

12. Gradualmente il Consiglio e i ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio hanno concretizzato la volontà degli Stati membri di adottare misure concertate al fine di risolvere il problema della droga, quale espressa dal Consiglio europeo dell'Aia, approvando una serie di risoluzioni e conclusioni⁽¹³⁾ che invitano la Commissione a sostenere gli Stati membri nei seguenti settori: screening, dati sanitari, prevenzione dell'AIDS presso i tossicodipendenti, realizzazione di azioni coordinate di prevenzione della tossicodipendenza, scambi di informazioni e produzione di relazioni periodiche sulla riduzione del consumo di droga, reinserimento dei tossicodipendenti in ambiente carcerario e coordinamento di due Settimane europee sulla prevenzione della tossicodipendenza. I ministri dell'Istruzione hanno parimenti sollevato il problema.
13. Per rispondere a tali richieste specifiche, la Commissione ha definito alcuni obiettivi fondamentali nell'intento di promuovere ed agevolare:
 - gli scambi di esperienze e informazioni fra gli Stati membri nei settori della prevenzione primaria, secondaria e terziaria della tossicodipendenza;
 - la realizzazione di progetti pilota nei settori precitati, ed in particolare in quelli che coinvolgono più Stati membri o sono suscettibili di costituire dei punti di riferimento per altri Stati membri;
 - il consolidamento della cooperazione fra le strutture nazionali e le organizzazioni non governative;
 - l'allestimento di reti comunitarie di organizzazioni non governative (ONG).
14. In seguito alle raccomandazioni del Consiglio europeo di Dublino (1990), la Commissione ha sottoposto al Consiglio una proposta di regolamento relativa alla creazione di un Osservatorio europeo della droga e della tossicodipendenza, che è stata successivamente adottata l'8 febbraio 1993⁽¹⁴⁾. Il regolamento è entrato in vigore il 30 ottobre 1993 in

(11) COM (86) 601 def.

(12) COM(86)457 def.

(13) Elenco in allegato

(14) GU L 36 del 12.2.1993, pag. 1 e GU C 225 del 20.8.1993, pag. 3.

seguito alla decisione del Consiglio europeo di Bruxelles che fissa la sede dell'Osservatorio a Lisbona. Il regolamento prevede che una delle principali priorità dell'Osservatorio riguardi la domanda e la riduzione della domanda di droga, che dovranno ricevere un'attenzione del tutto particolare durante i primi tre anni di funzionamento dell'Osservatorio.

Parlamento europeo

15. Il Parlamento europeo ha svolto un ruolo importante in sede di esame della tossicodipendenza a livello comunitario adottando, fin dal 1980, numerose risoluzioni in materia⁽¹⁵⁾ e creando nel 1985 una Commissione d'inchiesta sul problema della droga nei paesi della Comunità. In seguito alla relazione prodotta dalla Commissione d'inchiesta, il Parlamento europeo ha elaborato due progetti di risoluzioni⁽¹⁶⁾ che invitano ad un'azione concertata per risolvere il problema della droga e che, per quanto riguarda la riduzione della domanda, contemplano la prevenzione, la disassuefazione e la riabilitazione. Il PE ha in particolare ribadito la necessità di compiere maggiori sforzi di dissuasione dei potenziali consumatori di droga, in particolare fra i giovani tramite l'educazione alla salute.

IV. APPROCCIO COMUNITARIO

A. Obiettivi e strumenti

16. Conformemente all'articolo 129, la comunicazione della Commissione sulla sanità pubblica individua nella tossicodipendenza una priorità di future azioni per il tramite di un programma specifico. In sede di elaborazione di tale programma la Commissione deve individuare attività specifiche incentrate sulla prevenzione della tossicodipendenza. Tali attività devono essere coerenti e complementari di altri programmi e attività proposti nel quadro sanità pubblica.
17. La futura azione comunitaria nel campo della sanità pubblica dovrà tenere conto del principio di sussidiarietà e delle considerazioni esposte al paragrafo 27 della comunicazione della Commissione. La Comunità dovrà intervenire soltanto se gli obiettivi non potranno essere realizzati in maniera adeguata dagli Stati membri e potranno quindi, per via della portata o degli effetti dell'azione proposta, essere più efficacemente conseguiti a livello comunitario. Le attività dovrebbero essere prescelte sulla base di un preliminare apprezzamento e comportare un plusvalore comunitario, oltre a conseguire un massimo di efficacia rispetto ai costi.
18. In sede di valutazione dei bisogni di azione comunitaria nel campo della tossicodipendenza verranno in futuro applicati i seguenti criteri:

⁽¹⁵⁾ in particolare:

Risoluzione del 10.3.1980 (GU C 85 dell'8.4.1980, p. 15)

Risoluzione del 14.5.1982 (GU C 149 del 14.6.1982, p. 120)

Risoluzione del 13.9.1985 (GU C 262 del 14.10.1985, pp. 119-123)

⁽¹⁶⁾ Risoluzioni del 9.10.1986 (GU C 283 del 10.11.1986, pag. 79) e del 18.1.1989 (GU C 47 del 27.2.1989, pag. 51)

- attività di portata tale da non poter essere svolte, o esserlo soltanto con difficoltà, dagli Stati membri stessi;
- attività la cui realizzazione congiunta offrirebbe evidenti benefici, perfino tenendo conto degli eventuali costi supplementari;
- attività che per via della natura complementare dei lavori svolti sul piano nazionale consentirebbero il raggiungimento di considerevoli risultati a livello comunitario globale;
- attività suscettibili di condurre, se del caso, all'istituzione di norme e standard di buone prassi;
- attività suscettibili di condurre al rafforzamento della solidarietà e della coesione sociale nella Comunità, nonché di promuoverne uno sviluppo globale armonioso.

19. Conformemente alla Comunicazione della Commissione sulla sanità pubblica, il ruolo della Commissione sarà quello di:

- agevolare lo scambio di informazioni e modelli di prassi ottimali, in particolare per il tramite di reti e di altri sistemi di scambio di informazioni;
- fornire sostegno con adeguata incentivazione;
- promuovere e coordinare, qualora necessario, le attività a livello comunitario.

La Commissione sosterrà in particolare proposte presentate dagli Stati membri e iniziative provenienti da organizzazioni e agenzie che operano nel campo della prevenzione della tossicodipendenza. La Commissione coopererà inoltre con le organizzazioni internazionali e le associazioni transnazionali operanti nel settore.

20. Per ottenere il massimo effetto possibile con le risorse limitate disponibili occorrerà che la Commissione concentri il proprio sostegno su progetti che di regola coinvolgano più Stati membri. In tal modo sarà possibile conferire un massimo d'impatto alle azioni, garantendo nel contempo la trasparenza e il plusvalore dell'azione comunitaria.

21. Un'attenzione particolare sarà rivolta all'obbligo formulato dall'articolo 129 che i requisiti di tutela della salute diventino parte integrante delle altre politiche comunitarie. Numerosi aspetti della politica comunitaria interessano la prevenzione della tossicodipendenza e nella sua comunicazione sulla sanità pubblica la Commissione si impegna affinché si tenga pienamente conto degli aspetti di protezione della salute e di prevenzione della tossicodipendenza che ne derivano. La Commissione ha stabilito adeguate procedure allo scopo di far sì che tale impegno sia rispettato per il tramite di un coordinamento e di una consultazione appropriate nello sviluppo delle relative politiche. La Commissione presenterà inoltre su base annuale una relazione sugli aspetti di tutela sanitaria delle politiche che costituiranno parte della relazione annuale della Commissione.

22. A titolo illustrativo delle altre politiche e degli altri strumenti comunitari che possono esercitare un impatto sulla prevenzione della tossicodipendenza si possono citare:
- taluni strumenti relativi alla realizzazione del mercato interno e alla politica dei consumatori, in particolare nel campo delle soste alla base della produzione di droghe, dei prodotti farmaceutici, dei farmaci e delle sostanze e dei preparati pericolosi;
 - le politiche e gli strumenti del settore affari sociali, in particolare per quanto riguarda i migranti, la povertà, l'occupazione, la tutela della salute dei lavoratori e il Fondo sociale europeo;
 - le attività a favore dei giovani e degli operatori sanitari nel campo dell'istruzione e della formazione, nonché le attività destinate ai giovani nei settori della cultura, della comunicazione e dell'informazione;
 - gli strumenti relativi alla tutela dei diritti dei cittadini, quali i provvedimenti relativi alla protezione dei dati personali;
 - la ricerca sui sistemi sanitari, sui comportamenti dei tossicodipendenti quali descritti nella proposta della Commissione in ordine ad un programma specifico RST nel campo della biomedicina e della salute, 1994-1998⁽¹⁷⁾, la valutazione dei bisogni, l'istruzione e l'informazione in materia sanitaria.

B. Il quadro della sanità pubblica e la prevenzione della tossicodipendenza

23. La preminenza data alla lotta contro la tossicodipendenza nel contesto della sanità pubblica riflette le mutevoli percezioni di come condurre la lotta contro la droga, sia sul piano globale che in seno agli Stati membri. In passato, la strategia adottata dalla comunità internazionale tendeva a concentrarsi maggiormente su una riduzione dell'offerta e su una repressione dei traffici. Anche quando venivano introdotti, i provvedimenti di riduzione della domanda si basavano sostanzialmente sul principio dell'applicazione della legge. Numerosi fattori, fra cui quelli di seguito indicati, hanno condotto ad una modifica graduale di tale strategia:
- l'afflusso ininterrotto di droghe illecite nonostante gli sforzi compiuti per lottare contro il traffico e ridurre la domanda;
 - il crescente abuso di sostanze e prodotti leciti;
 - i rischi aggravati posti dalle malattie trasmissibili quali l'epatite e l'AIDS e che risultano in particolar modo associati al consumo di droga per via parenterale.
 - la necessità di elaborare approcci supplementari rispetto a quello dell'applicazione della legge per tenere conto dei bisogni sanitari e sociali dei consumatori.

Tali fattori hanno contribuito a rafforzare l'importanza della riduzione della domanda nella logica di un approccio globale di lotta contro la droga e al fine di porre in rilievo la priorità della prevenzione.

⁽¹⁷⁾ COM(94)68 def. del 30.3.1994

24. Questa tendenza è stata effettivamente confermata di recente dalle Nazioni Unite e risulta inoltre manifesta nelle attuali politiche degli Stati membri. L'impostazione preventiva nei confronti del consumo di droga e delle sue conseguenze viene sempre più frequentemente inserita nell'ambito più generale delle politiche e delle strutture sanitarie, sociali e educative⁽¹⁸⁾.
25. La tossicodipendenza non può essere considerata isolatamente da problemi e questioni di sanità pubblica, ai quali è spesso associata, quali per esempio il tabagismo, la promozione della salute e l'educazione alla salute. Questi ultimi costituiscono già l'oggetto di programmi comunitari individuali o verranno affrontati in maniera coordinata da futuri programmi. Desta in particolare gravi preoccupazioni la diffusione dell'HIV fra ai consumatori di droga per via intravenosa. In tale contesto occorre tenere presente che i tossicodipendenti per via parenterale possono combinare i tre canali attraverso i quali è noto che può trasmettersi l'HIV, i cioè tramite il flusso sanguigno, per via sessuale e dalla madre al bambino.
26. La dipendenza insorge inoltre quale risultato dell'abuso di alcool e di sostanze farmaceutiche o dell'uso improprio di prodotti chimici quali i solventi, in particolare da parte dei giovani. Ciò comporta la necessità di efficaci strategie di informazione sanitaria e di educazione alla salute.
27. È inoltre evidente che le azioni di prevenzione della tossicodipendenza svolte nell'ambito della politica di sanità pubblica devono essere coordinate con la politica di applicazione della legge che può comportare una dimensione medico-sociale (per esempio, alternative alla detenzione nel caso del consumatore detenuto) ed una dimensione sanitaria (per esempio, assistenza sanitaria ai tossicodipendenti detenuti).

C. L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

28. L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è stato creato per fornire alla Comunità ed agli Stati membri informazioni obiettive, attendibili e comparabili a livello europeo in materia di droga e tossicodipendenza e delle loro conseguenze. Per poter svolgere il suo compito, l'Osservatorio deve raccogliere, registrare e analizzare le informazioni esistenti, ivi compresi i dati provenienti dalla ricerca comunicati dagli Stati membri, come pure quelli provenienti dalla Comunità, dalle organizzazioni non governative nazionali e dalle competenti organizzazioni internazionali, svolgere indagini, studi propedeutici e studi di fattibilità, nonché eventuali progetti pilota necessari allo svolgimento dei propri compiti; organizzare riunioni di esperti; elaborare e rendere disponibili risorse di documentazione scientifica e contribuire alla promozione delle attività informative; allestire un sistema organizzativo e tecnico di fornitura dell'informazione su azioni o programmi analoghi o complementari perseguiti dagli Stati membri; allestire e coordinare la rete informativa europea sulla droga e sulla tossicodipendenza (REITOX), una struttura informatica che costituisce l'infrastruttura per la raccolta e lo scambio di informazioni fra decisori, ricercatori, specialisti e le istanze coinvolte nella lotta contro la droga nelle organizzazioni governative e nelle ONG.

⁽¹⁸⁾ SEC(92) 725 def. del 25.5.1992

29. L'Osservatorio avrà un ruolo importante da svolgere nel campo della riduzione della domanda di droga, alla quale dovrà prestare una particolare attenzione nei primi tre anni del programma. La Commissione e gli Stati membri, in qualità di membri del Consiglio d'amministrazione, dovranno poter garantire che l'Osservatorio svolga appieno il proprio mandato. In particolare in materia di riduzione della domanda l'Osservatorio avrà un determinato ruolo da svolgere in certi settori contemplati dalla presente comunicazione, in particolare per quanto concerne le statistiche e i dati, la ricerca, gli studi e le indagini epidemiologici, nonché la valutazione.
30. Le attività dell'Osservatorio relative alla raccolta e alla diffusione delle informazioni costituiranno un importante contributo ad eventuali proposte di azioni e provvedimenti ed agevoleranno l'elaborazione delle politiche da parte della Commissione, del Consiglio e degli Stati membri, a seconda delle rispettive competenze. Per parte sua la Commissione metterà a disposizione dell'Osservatorio le informazioni e i dati statistici in suo possesso.

D. Cooperazione fra gli Stati membri

31. Gli Stati membri sono principalmente responsabili della cura dei drogati e della terapia della tossicodipendenza, nonché degli aspetti relativi alla somministrazione e al finanziamento delle cure. Gli Stati membri possono tuttavia chiedere alla Commissione di aiutarli a migliorare la reciproca cooperazione in materia sanitaria e di fornire loro assistenza nel contesto di azioni intese a migliorare la qualità dell'assistenza e delle cure sanitarie. Come previsto dall'articolo 129, la Commissione è pronta ad agevolare la cooperazione nei seguenti settori:
- * opzioni ottimali relative allo sviluppo delle varie terapie;
 - * metodologia di valutazione e comparazione di strategie, strutture e pratiche terapeutiche;
 - * raffronti relativi alla possibilità di un trattamento ed all'accesso a quest'ultimo;
 - * analisi delle disposizioni che favoriscono un approccio terapeutico della tossicodipendenza, ed in particolare dei malati di AIDS e sieropositivi HIV, delle tossicodipendenti incinte e dei neonati dei tossicodipendenti;
 - * inserimento della terapia e di altri provvedimenti alternativi nel processo di applicazione della legge.
32. La Commissione, eventualmente in cooperazione con l'Osservatorio europeo della droga e della tossicodipendenza, incoraggerà la cooperazione fra gli Stati membri in questi settori, sostenendo scambi di informazioni e di esperienze, nonché la diffusione di pratiche migliori sul piano comunitario. Lo stimolo della cooperazione verrà parimenti esercitato con lo sviluppo di reti e con il sostegno finanziario alla realizzazione di programmi o progetti pilota sulla base di obiettivi comuni agli Stati membri che desiderino parteciparvi.
33. Salve restando le competenze della Comunità europea, ed in particolare quelle derivanti dall'articolo 129, il Titolo VI del Trattato sull'unione europea individua nella lotta contro la tossicodipendenza una questione di interesse comune nel contesto della cooperazione in

materia giudiziaria e di affari interni. Ciò consente la possibilità di elaborare nuovi strumenti (posizioni comuni, azioni comuni, convenzioni) per i quali la Commissione o qualsivoglia Stato membro potranno avanzare proposte e che saranno suscettibili di avere un impatto sulle politiche della sanità pubblica. Nel contesto della sua comunicazione relativa al Piano dell'Unione europea di lotta contro la droga, la Commissione affronta anche questo aspetto.

E. Cooperazione con le organizzazioni internazionali e con i paesi terzi in materia di tossicodipendenza

34. Il fenomeno della tossicodipendenza non si ferma alle frontiere, nazionali o dell'Unione. Una stretta cooperazione con i paesi terzi ed in particolare con quelli limitrofi dell'Unione risulta indispensabile non soltanto nel settore dei controlli del traffico e dell'offerta di droga ma anche e soprattutto in quello della riduzione della domanda.
35. Si dovrebbero consolidare gli scambi di informazioni con i paesi terzi sul fenomeno della tossicodipendenza. Occorrerà stabilire dei collegamenti con le strutture responsabili della prevenzione e della terapia della tossicodipendenza nei paesi limitrofi dell'Unione, tenuto conto dell'importanza del flusso di persone alle frontiere dell'Unione. Tali scambi di informazioni potrebbero essere integrati da scambi di specialisti e dall'organizzazione comune di conferenze, seminari e corsi di formazione.
36. A livello delle organizzazioni internazionali intergovernative, la cooperazione dovrà continuare e svilupparsi con ciascuna delle organizzazioni che trattano i vari aspetti della riduzione del consumo di droga per quanto riguarda l'aspetto della sanità pubblica.
 - Verranno rafforzati i collegamenti con il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa per gli aspetti di comune interesse, nonché elaborati progetti comuni al fine di creare una sinergia ed evitare i doppioni.
 - Continuerà la cooperazione con l'OMS sugli aspetti sanitari della tossicodipendenza, ivi comprese le connessioni con l'AIDS e l'analisi di nuove forme di tossicodipendenza.
 - Continuerà inoltre la stretta cooperazione con l'OIL per i problemi di tossicodipendenza sul lavoro al fine di elaborare modelli di prevenzione e di assistenza adatti al luogo di lavoro.
 - Il programma delle Nazioni Unite di lotta contro la droga (PNUCID) incrementa attualmente le proprie attività nel campo della prevenzione e della riduzione del consumo di droga, come pure nel contesto delle convenzioni internazionali. Ciò consentirà di stabilire connessioni adeguate fra le attività della Comunità e quelle del PNUCID. Di particolare importanza è in tale contesto il miglioramento delle modalità di accertamento di presenza della droga nelle secrezioni fisiologiche.
 - Continuerà e sarà approfondita la cooperazione con l'UNESCO nel contesto del programma (PEDDRO) in materia di prevenzione, istruzione e droga attualmente sviluppato in comune e che dovrà essere continuato e intensificato.

Dato il rafforzamento del suo ruolo ai sensi del Trattato sull'Unione europea, la Commissione può promuovere tale cooperazione grazie a due strumenti: tramite il suo diritto di iniziativa conformemente all'articolo 129 del Trattato CE e mediante il diritto di iniziativa di cui può valersi ai sensi del Titolo V del Trattato sull'Unione europea per quanto riguarda la politica comune estera e della sicurezza (PCES). Individuando nella lotta contro la droga un settore che si presta ad azioni comuni dell'Unione europea nel contesto della PCES, il Consiglio europeo di Lisbona ha aperto la via ad azioni complementari dell'Unione sul piano esterno.

37. Salvi restando i rapporti che la Commissione può voler mantenere conformemente all'articolo 229 del Trattato CE, l'Osservatorio dovrà inoltre continuare la cooperazione, nel campo che gli compete, con tali organizzazioni, adoperandosi in ogni caso per evitare i doppioni.

V. LA PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZA E L'AZIONE COMUNITARIA

38. La portata e la complessità del fenomeno della tossicodipendenza sono fortemente legate ai fattori socioculturali, giuridici, sanitari, psicosociali ed economici che esistono negli Stati membri. Tali fattori variano da uno Stato membro all'altro e si ripercuotono sulla politica condotta dagli Stati membri nel campo degli stupefacenti⁽¹⁹⁾.
39. Sussistono punti di convergenza negli approcci individuali praticati dagli Stati membri ed alcuni dei quali sono stati illustrati in passato, nella fattispecie dal Consiglio. Essi sottolineano per esempio la necessità di concentrare primariamente gli sforzi sulla prevenzione e più particolarmente sull'informazione e sull'educazione alla salute per il pubblico e per gruppi specifici⁽²⁰⁾, ivi compresa la necessità di stabilire chiare politiche al fine di affrontare i prolemi che risultano dal consumo di droga. Secondo il Consiglio,⁽²¹⁾ oltre all'obiettivo finale della cessazione del consumo di droga, tali politiche dovrebbero fissare non soltanto obiettivi ultimi (fine dell'abuso di droghe) ma anche obiettivi intermedi indispensabili da raggiungere (limitazione della mortalità, limitazione dei rischi di contagio da HIV o altri agenti contagiosi, riduzione dell'emarginazione).

A. Un contesto pluridisciplinare e multidimensionale

40. La tossicodipendenza è un fenomeno complesso che deve essere affrontato a vari livelli - locale, nazionale, comunitario e internazionale - e secondo modalità che comportino una reazione con azioni pluridisciplinari e multidimensionali in una serie di settori diversi. Le politiche di prevenzione della tossicodipendenza devono in particolare tenere conto di:
- attività destinate a gruppi specifici ad alto rischio in ambienti specifici;
 - individuazione, sviluppo, sperimentazione e impiego delle migliori pratiche di diffusione dell'informazione e fornitura di consulenza a gruppi specifici;

⁽¹⁹⁾ Estratto della risoluzione dell'11.11.1991

⁽²⁰⁾ Conclusioni del 3.12.1990, GU C 329 del 31.12.1992, pag. 20, dichiarazione del 15 maggio 1992, GU C 148 del 12.6.1992, pag. 3

⁽²¹⁾ Conclusioni del 16.5.1989, GU C 185 del 22.7.1989, pag. 3

- iniziative nel campo dell'istruzione e della formazione allo scopo di elaborare strategie di prevenzione del consumo di droga;
- azioni di individuazione precoce e consulenza per i consumatori di droga;
- riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

La portata dell'azione comunitaria relativa a tali settori può articolarsi nei seguenti capisaldi:

1. Azioni specifiche di prevenzione

41. Taluni aspetti sociali spesso associati con i consumatori di droga devono essere tenuti presenti in sede di impostazione preventiva in quanto possono porre in difficoltà lo svolgimento di azioni efficaci. Esse possono comportare un elevato grado di emarginazione, un comportamento aberrante risultante dalla somministrazione di sostanze altamente nocive per la salute, nonché considerevoli difficoltà ad essere raggiunti dai servizi medici e sociali. L'esperienza mostra tuttavia che azioni preventive adeguate e specifiche contribuiscono a motivare i tossicodipendenti a ridurre il consumo di droga o a persuaderli a utilizzare metodi meno pericolosi di somministrazione. Ciò dimostra che tali azioni devono continuare al fine di ridurre i rischi inerenti alla tossicodipendenza. Un'elevata priorità deve essere inoltre data ad azioni preventive intese a rendere i cittadini europei più consapevoli e sensibili alla tossicodipendenza, alle sue cause e conseguenze, per il tramite di azioni specifiche di informazione e di educazione alla salute. Occorre inoltre intraprendere azioni per migliorare le conoscenze e le specializzazioni dei professionisti direttamente coinvolti nella prevenzione della tossicodipendenza. Si sa poco dei metodi e delle tendenze dei consumi di droga in seno alla Comunità, in particolare presso gruppi specifici quali le minoranze etniche e gli immigranti, nonché dei fattori che condeterminano il consumo di droga, dalla sperimentazione iniziale all'uso regolare. La domanda di droga cambia inoltre continuamente e risultano quindi necessarie valutazioni continue, sia quantitative che qualitative, dei programmi e delle azioni al fine di migliorare e, se del caso, riformulare le politiche della prevenzione.

Maggiore sensibilizzazione del pubblico e di altri gruppi specifici

42. Oltre alle azioni previste nel contesto del programma di azione comunitaria in materia di promozione, informazione, istruzione, e formazione sanitaria⁽²²⁾, risultano necessarie azioni specifiche intese alla promozione di uno stile di vita sano e di un'informazione oggettiva sui rischi derivanti dal consumo di droga presso il grande pubblico e presso i gruppi interessati - in particolare i giovani e i genitori. Tali azioni richiedono la realizzazione di strategie che vanno dall'organizzazione di campagne ufficiali di prevenzione con l'ausilio dei media alla promozione di modelli positivi di riferimento quali i modelli sportivi e culturali.
43. Le attività del settore suscettibili di essere prese in considerazione comprenderebbero:
 - l'organizzazione di ulteriori Settimane europee della prevenzione della tossicodipendenza. Tali settimane europee d'informazione potrebbero aver luogo su base biennale

⁽²²⁾ COM(94) 202 def. del 1° 6.1994

conformemente agli orientamenti ricavati dalla valutazione della Settimana europea del 1992 e concentrarsi su un tema scelto in collegamento con i coordinatori nazionali;

- la creazione e il sostegno di iniziative di servizi d'accoglienza telefonica destinati ai giovani e lo studio della possibilità di introdurre un numero di chiamata unico di tali servizi in tutti gli Stati membri;
- il sostegno di azioni pilota al fine di migliorare l'efficacia delle campagne d'informazione e accertare la consapevolezza degli europei in materia di droga, ivi compresa l'evoluzione del loro atteggiamenti nei confronti della droga.
- il sostegno alla definizione e alla sperimentazione di strumenti e modelli d'informazione adattati alle zone a rischio;
- il sostegno all'individuazione e all'utilizzazione di reti d'informazione adeguate agli obiettivi prefissi (scuole, luoghi di lavoro, ospedali, laboratori farmaceutici, sale d'attesa di gabinetti medici, prigioni, caserme militari...);
- l'agevolazione degli scambi sui metodi di informazione più efficienti, specialmente nei confronti di taluni gruppi ritenuti particolarmente vulnerabili;
- la disponibilità del codice di comportamento antidoping per gli atleti.

Educazione alla salute

44. Conformemente agli orientamenti menzionati nel precedente Piano europeo di lotta contro la droga e all'impostazione sviluppata nella comunicazione della Commissione relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica, la prevenzione della tossicodipendenza con l'ausilio dell'educazione è meglio effettuata nell'ambito più generale di promozione di atteggiamenti maggiormente positivi nei confronti della salute.
45. Sono stati individuati in passato, in particolare dal Parlamento europeo,⁽²³⁾ interventi specifici; questi ultimi dovranno essere associati alle azioni del programma di azione comunitaria in materia di promozione, informazione, istruzione e formazione sanitaria. Essi si rivolgono non soltanto alla popolazione scolastica e studentesca ma anche all'ambiente sociale extrascolastico, come pure alle famiglie e agli operatori educativi.
46. Attività del settore suscettibili di essere prese in considerazione comprendono:
 - la creazione di una rete pilota comunitaria che dia la preminenza alla prevenzione della tossicodipendenza, sulla base di una selezione da parte degli Stati membri di scuole ubicate in zone a rischio e sulla falsariga dell'attuale rete europea di scuole per la salute;

⁽²³⁾ Risoluzione sull'educazione sanitaria e sull'abuso di droghe negli Stati membri della Comunità europea e del Consiglio d'Europa, GU C 150 del 15.6.1992, pag. 42

- l'elaborazione e la realizzazione di progetti integrati, di programmi e orientamenti di base in materia di prevenzione della tossicodipendenza nelle scuole facenti parte della rete, associandovi nella misura del possibile, i bambini, i giovani e i loro genitori;
- iniziative intese a migliorare l'inserimento dell'istruzione in materia di droga nella formazione professionale degli insegnanti e dei responsabili della gioventù nel campo della prevenzione della tossicodipendenza, nonché le iniziative volte a migliorare il coordinamento fra tutti coloro che sono impegnati nell'opera educativa (organizzazioni di genitori, corpo insegnante, educatori, associazioni di aiuto ai drogati, corpo medico...);
- studi e analisi che consentano di illustrare la percezione che i bambini e i giovani hanno della droga e della disponibilità di droga nelle scuole.

Formazione

47. L'efficacia della realizzazione del complesso di azioni precitate dipenderà dalla disponibilità di personale adeguatamente formato. Una formazione complementare relativa ai problemi della droga risulta necessaria non soltanto per i professionisti direttamente responsabili in materia di prevenzione - professionisti della sanità, educatori... - ma anche per i professionisti suscettibili di entrare in contatto con i tossicodipendenti in altri contesti (personale carcerario e funzionari di polizia), nell'intento di aiutarli a comprendere e diagnosticare il problema e ad utilizzare gli strumenti di prevenzione.
48. Le attività del settore suscettibili di essere prese in considerazione comprendono:
 - gli scambi di informazioni, esperienze, personale e studenti, ivi compresa l'elaborazione di progetti pilota di scambi di esperienze fra collettività locali dei vari Stati membri in ordine a modelli e pratiche di prevenzione nell'ottica di una definizione di azioni comuni;
 - programmi di perfezionamento destinati ai professionisti della sanità, in particolare ai medici generici e ai farmacisti;
 - l'elaborazione di materiali didattici adeguati ai bisogni delle categorie professionali interessate;
 - la realizzazione di progetti pilota di formazione complementare destinata alle forze dell'ordine e il personale carcerario;
 - la definizione di moduli di formazione pluridisciplinare alla prevenzione della tossicodipendenza.
49. I programmi e le azioni comunitarie nel settore dell'istruzione, della formazione e della gioventù, ed in particolare programmi quali SOCRATES, LEONARDO DA VINCI e GIOVENTÙ PER L'EUROPA III potranno fungere da contesto di progetti intesi a promuovere la cooperazione transnazionale, la mobilità e gli scambi in questo settore.

Riduzione dei rischi

50. I rischi per la salute risultanti dal consumo di droga sono considerevoli. Essi insorgono per via dell'uso collettivo del materiale d'iniezione intravenosa fra i tossicodipendenti e che favorisce la trasmissione di malattie quali l'epatite e d'AIDS ed è suscettibile di condurre all'intossicazione per setticemia e alla morte per overdose.
51. La prevenzione delle malattie trasmissibili dipende da una modifica dei comportamenti a rischio di taluni gruppi vulnerabili. Orbene, siffatti cambiamenti sono difficili da ottenere da parte dei tossicodipendenti: poichè sono spesso emarginati, essi costituiscono un gruppo difficile da raggiungere e tendono ad essere scarsamente ricettivi ai messaggi ufficiali.
52. Le attività suscettibili di essere prese in considerazione comprendono:
- il sostegno alla realizzazione di metodi specifici d'informazione sui comportamenti a rischio per i consumatori di droga per via parenterale, ivi compreso il coinvolgimento di persone aventi esperienze di prima mano nel settore e che possano servirsi delle loro conoscenze per diffondere adeguate informazioni preventive;
 - il sostegno alla realizzazione di metodi innovativi e dei metodi più efficaci di prevenzione, ivi compresi progetti che riguardano la definizione e distribuzione di kit di disinfezione e di materiali di iniezione sicuri;
 - una valutazione dell'impatto della distribuzione di siringhe sulla riduzione dei rischi derivanti dal consumo di droghe per via parenterale e delle concomitanti misure sanitarie richieste, ivi compresa l'elaborazione di programmi di rifornimento;
 - il sostegno all'allestimento di strutture di accoglienza e informazione;
 - la promozione del coordinamento dei centri antiveleno intesa a sviluppare un sistema d'allarme per i casi di intossicazione acuta dovuta alla tossicodipendenza.
 - l'allestimento di un inventario delle droghe comunemente consumate per via parenterale e dei loro effetti collaterali.

2. Individuazione precoce e sorveglianza.

53. In materia di individuazione e sorveglianza della tossicodipendenza vanno presi in considerazione due obiettivi principali che corrispondono ciascuno ad un ambiente particolare, rispettivamente l'ambiente dei bambini e dei giovani e il luogo di lavoro. Essi sono:
- l'individuazione precoce e la consulenza dei bambini e dei giovani consumatori di droga.
 - l'affidabilità degli esami delle secrezioni fisiologiche per scoprire l'uso di droghe illecite;
54. Poichè la vigilanza consente una diagnosi precoce del ricorso alla droga, particolarmente da parte dei bambini e dei giovani, essa può, se seguita da una reazione adeguata, impedire una fissazione nella tossicodipendenza. Le persone interessate dovrebbero poter riconoscere modifiche comportamentali tali da agevolare l'individuazione del problema, ed i responsabili della gioventù dovrebbero poter ricorrere alla consulenza e ad adeguati strumenti di

prevenzione. Risultano di particolare importanza le iniziative in materia di consulenza agli insegnanti e ad altre persone dell'ambiente sociale dei giovani (responsabili di organizzazioni giovanili, genitori) per quanto riguarda le manifestazioni suscettibili di rivelare un ricorso alla droga da parte di bambini e di giovani.

55. Il consumo di droghe può infatti essere reso evidente dall'esame dei tessuti e delle secrezioni fisiologiche, per esempio capelli e urine. I risultati di un esame siffatto devono essere interpretati con prudenza: raffronti fra vari test hanno posto in rilievo il rischio di risultati fallacemente positivi o negativi e possono richiedere una conferma. Sussiste inoltre la necessità di garantire la qualità delle prove.
56. Il problema dell'affidabilità degli esami delle secrezioni fisiologiche per scoprire l'uso di droghe illecite è stato oggetto delle conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio in data 16 maggio 1989⁽²⁴⁾. Con l'assistenza di un gruppo di lavoro composto di rappresentanti degli Stati membri, la Commissione è in procinto di elaborare un progetto di comunicazione. Le azioni previste rispondono ai veri punti espressi dalle conclusioni del Consiglio.

3. *Reinserimento sociale e professionale*

57. Le ripercussioni sociali della tossicodipendenza sono molteplici ed i tossicodipendenti sono spesso emarginati dal loro comportamento dovuto all'assuefazione alla droga. Un recente studio a livello europeo ha mostrato per esempio che la droga rappresenta di gran lunga la causa principale di esclusione sociale in quanto il 60% degli intervistati (su un campionario di 20.000 persone) ha dichiarato che si sarebbe opposto ad un immediato vicinato di tossicodipendenti (contro il 47% nei confronti di alcolizzati, il 36% nei confronti di persone con "la fedina penale sporca", il 32% riguardo ad estremisti di destra, il 30% nei confronti di omosessuali ed il 26 % riguardo a malati di AIDS). L'assistenza sanitaria dei tossicodipendenti deve andare di pari passo con l'assistenza sociale, condizione imprescindibile di un effettivo reinserimento nella società. In termini di analisi costi/efficacia risulta che una carenza di iniziative in materia di reinserimento sociale comporta un ulteriore onere finanziario per il sistema di sanità pubblica, rimettendo in causa il processo di prevenzione.
58. Le attività suscettibili di essere prese in considerazione nel settore comprenderebbero:
- la valutazione e il consolidamento di politiche e pratiche relative al reinserimento e alla riabilitazione dei tossicodipendenti sul luogo di lavoro, ivi comprese le azioni realizzate dal settore privato;
 - programmi ed azioni pilota che integrino possibilità di formazione professionale presso centri di assistenza ai fini di una definizione di programmi tipo;

⁽²⁴⁾ GU C 185 del 27.7.1989, p. 2

- programmi di attività sportive e culturali che promuovendo uno stile di vita sano presso i tossicodipendenti ne agevolino l'inserimento in altri ambienti.

4. *Tossicodipendenti detenuti*

59. I risultati del seminario sulla "Gestione della tossicodipendenza negli istituti di pena" del 3-5 marzo 1994, organizzata dalla Commissione con l'assistenza delle autorità elleniche e la partecipazione del Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa in risposta alla risoluzione del Consiglio dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio, relativa alla cura e al reinserimento dei tossicodipendenti oggetto di provvedimenti penali⁽²⁵⁾, hanno contribuito a individuare le relative sfere d'azione .
60. Le attività del settore suscettibili di essere prese in considerazione comprendono:
- lo sviluppo della formazione per tutte le categorie di personale (guardie, amministratori e personale sanitario delle prigioni) tenendo conto delle esperienze già realizzate, ivi compresi problemi di carattere sanitario quali l'AIDS;
 - lo sviluppo di progetti di riduzione dei rischi nelle prigioni tenendo conto dei provvedimenti già in applicazione nella collettività;
 - azioni destinate a gruppi di detenuti con problemi specifici;
 - consolidamento dei collegamenti fra i servizi disponibili nella collettività e i programmi in seno alle prigioni.
61. Eventuali attività relative ai detenuti tossicodipendenti ai sensi dell'articolo 129 potrebbero essere integrate da altre nel contesto del Titolo IV del Trattato sull'UE, per esempio per quanto riguarda l'applicazione di provvedimenti penali per corroborare la motivazione alla terapia (rilascio anticipato a condizione di sottoporsi ad un programma di cure).

5. *Sostanze lecite*

62. Per quanto riguarda l'abuso di alcool e di prodotti farmaceutici, occorre intraprendere sforzi preventivi in materia di informazione, istruzione e formazione destinate alle persone a rischio e ad ambienti specifici quali gli istituti d'istruzione e il luogo di lavoro. Risulterebbero in particolare utili progetti pilota intesi ad individuare principi e metodi preventivi.
63. La direttiva del Consiglio 92/109/CEE⁽²⁶⁾ relativa alla fabbricazione e all'immissione in commercio di talune sostanze impiegate nella fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope contiene disposizioni volte a far sì che le predette sostanze e le sostanze chimiche di base non vengano utilizzate impropriamente per la fabbricazione illecita di

⁽²⁵⁾ Risoluzione dell'11.11.1991, GU C 304 del 23.11.1991, pag. 7

⁽²⁶⁾ GU L 370 del 19.12.1992, p. 76

droghe. La Commissione sorveglierà la corretta applicazione dei dispositivi previsti dalla direttiva. Se del caso, la Commissione proporrà azioni adeguate per garantire che venga evitata nella misura del possibile qualsiasi forma di abuso di sostanze lecite.

6. *Raccolta dati*

64. Quando ha iniziato le sue attività nel dicembre del 1989, il Comitato europeo di lotta contro la droga (CELAD) ha rapidamente tratto la conclusione che le fonti di informazione sulle droghe erano sparse, eterogenee e contraddittorie e rendevano difficile, se non impossibile, l'elaborazione di un'immagine affidabile dell'entità del problema della droga, sulla quale basare azioni svolte in comune dagli Stati membri e dalla Comunità. A suo tempo, questo ha condotto alla creazione dell'Osservatorio europeo della droga e della tossicodipendenza⁽²⁷⁾ che, fra l'altro nel campo della prevenzione delle droghe, avrà il compito di raccogliere ed esaminare i dati esistenti. L'Osservatorio dovrebbe essere in grado di elaborare, per la Commissione per gli Stati membri, un quadro del problema dell'abuso di droghe, nonché delle strutture, tendenze e conseguenze di tale abuso, agevolando nel contempo la compatibilità e comparabilità dei dati medicosociali, l'allestimento di una rassegna comunitaria degli studi comparativi e delle statistiche di base degli Stati membri, nonché la creazione di una rete europea per la raccolta di dati sanitari sulla droga e sulla tossicodipendenza. Esso costituirà inoltre un ausilio in materia decisionale sia negli Stati membri che nella Comunità. L'OEDT e L'Eurostat assicureranno il coordinamento del programma statistico dell'Osservatorio con l'attuale sistema di statistiche socioeconomiche dell'Unione europea.
65. La Commissione opererà a stretto contatto con l'Osservatorio al fine di evitare i doppioni e di generare un plusvalore reciproco. Con la sua partecipazione al consiglio d'amministrazione dell'Osservatorio, la Commissione intende adoperarsi affinché le priorità e i bisogni della Comunità ricevano piena considerazione nei programmi dell'Osservatorio. Sulla base dei dati raccolti o prodotti da quest'ultimo, la Commissione può inoltre, conformemente al Trattato, adottare adeguate iniziative per l'introduzione di provvedimenti o la realizzazione di attività ritenute necessarie o particolarmente promettenti dall'Osservatorio o dalla Commissione stessa.
66. Al fine di sostenere l'azione degli Stati membri nel settore della sorveglianza epidemiologica, la Commissione favorirà, in cooperazione con l'Osservatorio e il Consiglio d'Europa, l'estensione a tutti gli Stati membri dello studio "Multicittà" svolto sotto l'egida del Gruppo Pompidou, il cui particolare obiettivo è quello di incentivare la cooperazione tecnica fra le più importanti città europee.
67. Organizzazioni degli Stati membri hanno elaborato vari modelli di gestione sulla base di svariati approcci. Pur non spettando alla Comunità il compito di valutare i modelli in quanto tali, risulta evidente il valore di un'azione coordinata ai fini dell'individuazione dei metodi applicati in tali ambiti. Un primo contributo dovrebbe risultare disponibile dalla

⁽²⁷⁾ Regolamento del Consiglio (CEE) n. 302/93 dell'8.2.1993, GU L 36 del 12.2.1993, pag. 1 e GU C 225 del 20.8.1993, pag. 3

collaborazione in materia di scienze sociali del COST. Esso ha di recente elaborato un'azione A6 che costituisce una prima rete sulla "Valutazione delle azioni contro l'abuso di droga in Europa" insieme con gruppi di lavoro sulla "Valutazione delle politiche, dei cambiamenti di politica e delle reazioni della società alle politiche", sulla "Valutazione dei primi interventi", sulla "Valutazione della terapia, sullo "Sviluppo degli strumenti di ricerca" e sulla "Delinquenza legata alla droga". La Commissione incoraggerà azioni volte ad individuare i provvedimenti adottati sulla base di un repertorio elaborato insieme con gli Stati membri.

7. *Elaborazione e diffusione della ricerca*

68. Come dichiarato nella Comunicazione della Commissione sul quadro d'azione nel campo della sanità pubblica, l'articolo 129 conferisce alla Comunità un chiaro mandato di ricerca nel settore dell'eziologia e della trasmissione delle malattie. La Commissione garantirà la coerenza fra il programma relativo alla tossicodipendenza, il lavoro svolto dall'Osservatorio e i programmi specifici comunitari del 4° programma quadro di ricerca, per quanto riguarda in particolare le ricerche in materia di biomedicina e salute, ivi compresa la ricerca delle cause e degli effetti tossici della tossicodipendenza, ma tenendo altresì conto dei risultati del nuovo programma di ricerca specifica socioeconomica, ed in particolare di quelli provenienti dalle "Ricerche sull'inserimento sociale e sull'esclusione sociale in Europa", come pure dall'azione A6 del COST.
69. L'individuazione dei bisogni di ricerca sulla tossicodipendenza è un'attività di carattere permanente. Occorre assicurare la diffusione dei risultati delle ricerche e gli scambi di personale scientifico. Sussiste inoltre la necessità di garantire l'utilizzazione dei ritrovati della ricerca in sede politica decisionale e di strategia preventiva. La Commissione incoraggerà in particolare gli Stati membri a coinvolgere i ricercatori in qualsivoglia attività relativa all'elaborazione di politiche di prevenzione della tossicodipendenza.

B. Primo programma d'azione comunitaria sulla prevenzione della tossicodipendenza

1. *Settori d'attività*

70. L'azione comunitaria in materia di prevenzione della tossicodipendenza deve rapportarsi agli obiettivi e strumenti indicati nei paragrafi da 16 a 22 della presente Comunicazione, in particolare per quanto concerne la trasparenza ed il plusvalore dell'azione comunitaria. Le limitate risorse disponibili suggeriscono inoltre l'opportunità che la Comunità si concentri sui settori di attività più promettenti e si valga degli strumenti più efficaci sotto il profilo dei costi. Per raggiungere questi obiettivi la Commissione propone che il programma si concentri su attività dei seguenti settori:
- maggiore sensibilizzazione del pubblico, in particolare tramite azioni transnazionali coordinate. Le precedenti esperienze comunitarie illustrano la trasparenza e l'efficacia sotto il profilo dei costi delle azioni nel settore;

- utilizzazione delle opportunità offerte dalle politiche, dai programmi e dagli strumenti comunitari, se del caso, per combattere la tossicodipendenza, in particolare nei settori di cui al paragrafo 22 della presente comunicazione e naturalmente in altri programmi sanitari sulla base dell'articolo 129, come per esempio quelli sull'AIDS e su altre malattie trasmissibili, nonché sulla promozione, sull'informazione sull'educazione e sulla formazione sanitaria.
- sostegno di iniziative ed azioni relative ai giovani di età scolare nei relativi ambienti - casa, scuola, tempo libero - e promozione di prassi ottimali al riguardo. In tutti gli Stati membri i giovani vengono considerati il gruppo specifico principale ai fini della prevenzione della tossicodipendenza. La diversità degli approcci preventivi adottati può fornire esempi di prassi ottimali suscettibili di aiutare i responsabili della prevenzione della tossicodipendenza negli Stati membri a trarre un reciproco insegnamento dalle proprie esperienze. Proponendosi come obiettivo i migliori risultati ottenuti in qualsivoglia settore dell'attività comunitaria, in particolare per quanto riguarda i relativi ambienti - familiare, scolastico e del tempo libero - la Commissione sosterrà iniziative e progetti pilota, e se del caso agevolerà la cooperazione e coordinerà le attività a livello comunitario.

2. *Consultazione e partecipazione*

a. Organismo consultivo sulla tossicodipendenza

71. Per quanto riguarda la realizzazione dei programmi adottati dal Parlamento europeo e dal Consiglio sulla base di decisioni ai sensi dell'articolo 129, la Commissione intende proporre la creazione di un comitato consultivo presieduto dalla Commissione e composto di rappresentanti di ciascuno Stato membro. La composizione del comitato dovrebbe garantire un'adeguata rappresentanza degli interessi e della perizia delle autorità nazionali, dei professionisti della sanità e delle organizzazioni non governative del settore.

b. Altri gruppi interessati

72. La Commissione intende esaminare insieme con gli Stati membri se l'allestimento di comitati nazionali di coordinamento del programma sulla tossicodipendenza sia suscettibile o meno di rafforzare la motivazione e l'impegno degli operatori nazionali. Tali comitati nazionali potrebbero rappresentare un punto centrale di riferimento per le numerose varie organizzazioni e professioni impegnate in tale opera.
73. In passato, le organizzazioni non governative attive nella prevenzione della tossicodipendenza hanno apportato un generoso contributo sia finanziario che di perizia alla realizzazione di azioni comunitarie quali le Settimane europee di prevenzione della droga. In considerazione del ruolo strumentale svolto da tali organizzazioni in materia di prevenzione, terapia e ricerca, la Commissione intende mantenere e rafforzare i propri rapporti con esse, sia per il tramite del comitato consultivo sopradescritto che tramite collegamento diretto, in particolare con le attuali reti.

3. *Valutazione e relazioni*

74. La struttura di valutazione ed elaborazione di relazioni del piano d'azione conterrà due elementi chiave:

- una rassegna indipendente delle principali attività finanziate;
- una relazione sulle azioni intraprese nel contesto del programma, che la Commissione dovrà presentare alle competenti istituzioni a metà programma, nonché una relazione finale al termine del programma.

La Commissione garantirà inoltre che i risultati delle azioni e delle iniziative più importanti siano resi disponibili alle parti interessate e al pubblico in generale.

ALLEGATO

**CONCLUSIONI E RISOLUZIONI DEL CONSIGLIO SANITÀ
RELATIVE ALLA RIDUZIONE DELLA DOMANDA DI DROGA E ALL'ABUSO
DI ALCOOL NELLA COMUNITÀ EUROPEA**

PRINCIPALI TESTI PUBBLICATI SULLA GAZZETTA UFFICIALE

1. Risoluzione del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 16 maggio 1989 relativa ed una rete europea di dati sanitari per quanto riguarda l'abuso di droga (GU C 185, del 22.7.1989, pag.1)
2. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 16 maggio 1989 relative all'affidabilità degli esami delle secrezioni fisiologiche per scoprire l'uso di droghe illecite (GU C 185, del 22.7.1989, pag.2).
3. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 16 maggio 1989 sulla prevenzione dell'Aids nei tossicodipendenti per via parenterale (GU C 185, del 22.7.1989, pag. 3)
4. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 13 novembre 1989 sull'attuazione di azioni coordinate di prevenzione della tossicodipendenza e di assunzione a carico dei tossicodipendenti (GU C 31, del 9.2.1990, pag. 1)
5. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 3 dicembre 1990 relative alla riduzione della domanda di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope (GU C 329, del 31.12.1990, pag. 20)
6. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 4 giugno 1991 sul seguito delle azioni relative alla riduzione della domanda di droga (GU C 170, del 29.6.1991, pag. 2)
7. Dichiarazione del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 4 giugno 1991 relativa alla lotta al doping, compreso l'abuso di medicinali, nelle attività sportive (GU C 170, del 29.6.1991, pag. 1)
8. Risoluzione del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio dell'11 novembre 1991 sul trattamento ed il reinserimento dei tossicodipendenti soggetti a provvedimenti penali (GU C 304, del 23.11.1991, pag. 7)
9. Risoluzione del Consiglio e dei Rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio relativa a un codice di comportamento antidoping nelle attività sportive (GU C 44, del 19.02.1992, pag. 1)
10. Dichiarazione del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 15 maggio 1992 relativa alla settimana europea sulla prevenzione dell'uso della droga (GU C 148, del 12.6.1992, pag. 3)

11. Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 13 novembre 1992 concernenti la seconda relazione sulla riduzione del consumo di droga nella Comunità europea (GU C 326, dell'11.12.1992, pag. 3)
12. Dichiarazione del Consiglio del 13.12.1993 relativa alla settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza (GU C 15, del 18.1.1994, pag. 7)
13. Risoluzione del Consiglio e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 29 maggio 1986 relativa all'abuso di sostanze alcoliche (GU C 184, del 23.7.1986, pag. 3)

Proposta di

DECISIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

che adotta un programma di azione comunitaria
in materia di prevenzione della tossicodipendenza
nel quadro d'azione comunitaria nel campo
della sanità pubblica
(1995 - 2000)

RELAZIONE

1. Nella sua comunicazione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica, la Commissione ha indicato nella tossicodipendenza un oggetto di azione prioritaria in quanto si tratta della sola minaccia specificamente menzionata all'articolo 129 del Trattato che istituisce la Comunità europea.
2. La tossicodipendenza è un fenomeno complesso nelle sue cause e manifestazioni e comporta molteplici incidenze sia sanitarie che sociali. Per quanto i dati forniti dagli Stati membri non siano direttamente comparabili, quelli forniti per la seconda relazione sulla riduzione della domanda di droga nella Comunità europea hanno rivelato tendenze preoccupanti, quali un incremento della mortalità e della morbidità dovute alla droga, del numero di coloro che sperimentano la droga per la prima volta e del numero di casi di AIDS legati al consumo di droga. La varietà dei prodotti illeciti consumati e dei metodi di consumo, l'abuso di alcolici e di prodotti farmaceutici, nonché la deliberata inalazione di prodotti tossici a scopo d'abuso sono tutti fattori che destano grandi preoccupazioni, sia negli Stati membri che sul piano comunitario.
3. La tossicodipendenza è stata motivo di preoccupazione per tutte le istituzioni della Comunità. Un passo importante verso una definizione delle prospettive d'azione comunitaria in questo campo è stato compiuto con l'adozione da parte del Consiglio europeo (Roma 1990) del Piano europeo di lotta contro la droga, con il suo capitolo sulla riduzione della domanda di droga. Fin dal 1986, numerose risoluzioni e conclusioni del Consiglio sulla riduzione della domanda di droga hanno suscitato la realizzazione di azioni comunitarie concernenti la sorveglianza e i dati sanitari, la prevenzione dell'AIDS presso i tossicodipendenti, l'applicazione di misure coordinate di prevenzione, lo scambio di informazioni, la riabilitazione di tossicodipendenti in ambiente carcerario, la produzione di rapporti regolari sulla riduzione della domanda di droga, nonché il coordinamento di due Settimane europee sulla prevenzione della tossicodipendenza. Anche il Parlamento europeo ha svolto un ruolo importante in sede di inserimento del problema della droga nel calendario dei lavori della Comunità, adottando numerose risoluzioni sull'argomento.
4. La Commissione ha reagito intraprendendo diverse azioni e iniziative. Inoltre, su proposta della Commissione, il Consiglio ha inoltre adottato, nel febbraio 1993, un regolamento recante creazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze incaricato di fornire alla comunità e agli Stati membri informazioni obiettive attendibili e comparabili a livello europeo relative alla droga e alla tossicodipendenza e alle loro conseguenze. L'Osservatorio svolgerà quindi un ruolo importante nel campo della riduzione della domanda di droga alla quale dovrà rivolgere una speciale attenzione durante i primi tre anni di funzionamento del programma: raccogliere, esaminare e valutare dati relativi alla droga, insistendo in particolare nel suo primo programma di lavoro triennale sulla domanda e sulla riduzione del consumo di droga.
5. La menzione della tossicodipendenza all'articolo 129 comporta che la Comunità deve consolidare i propri risultati nel campo della lotta contro la droga e valersi dei lavori già svolti nel settore. Nella sua comunicazione sul quadro d'azione nel campo della sanità

pubblica, la Commissione ha già deciso che il modo migliore di procedere a tal fine è quello di lanciare un programma specifico nel contesto di una strategia che implichi una combinazione di azioni di carattere sia generale che specifico.

6. La presente proposta costituisce il primo programma pluriennale sulla tossicodipendenza nel quadro della sanità pubblica. Poiché la prevenzione della tossicodipendenza rientra nelle competenze degli Stati membri, spetta in linea di massima a questi ultimi di definire adeguati programmi di prevenzione. L'intervento comunitario si concentrerà in particolare sul sostegno ad azioni da essi intraprese, sulla promozione del coordinamento fra le loro politiche e i loro programmi, al fine di garantire una migliore utilizzazione delle politiche comunitarie in rapporto con la prevenzione della tossicodipendenza e di promuovere la cooperazione fra gli Stati membri.
7. Il ruolo della Commissione sarà quello di incoraggiare e facilitare gli scambi di informazioni, esperienze e modelli di prassi ottimali, come pure di sostenere e coordinare, qualora necessario, le attività a livello comunitario. La commissione sosterrà in particolare proposte presentate dagli Statimembri e iniziative che coinvolgono le organizzazioni e le agenzie che operano nel campo della prevenzione della tossicodipendenza. Verrà inoltre promossa la cooperazione con le organizzazioni internazionali e con le associazioni transnazionali operanti nel settore.
8. La raccolta di dati a livello comunitario, i progetti d'interesse comunitario, l'inserimento in rete degli organismi attivi nel campo della prevenzione, il sostegno a progetti pilota suscettibili di trasferimento in altri Stati membri, sono esempi di azioni che realizzate a livello comunitario migliorano la conoscenza della tossicodipendenza e della sua prevenzione. L'Osservatorio svolgerà un ruolo chiave in sede di diffusione delle informazioni a tal fine. Tali trasferimenti di know-how e pratiche possono essere di ausilio a ciascuno Stato membro e nel contempo illustrare il plusvalore dell'azione comunitaria. Quest'ultima dovrebbe inoltre aiutare gli Stati membri a ridefinire le rispettive strategie e ad attuare in modo più efficace provvedimenti e politiche di prevenzione della tossicodipendenza.
9. In considerazione della complessità del fenomeno della droga, le politiche di lotta contro la tossicodipendenza devono tenere conto degli aspetti seguenti:
 - attività destinate a gruppi ad alto rischio in situazioni specifiche;
 - individuazione, elaborazione, sperimentazione e impiego di prassi ottimali di diffusione dell'informazione e di consulenza a gruppi specifici;
 - iniziative nel campo dell'istruzione e della formazione al fine di elaborare strategia di prevenzione della tossicodipendenza;
 - attività di individuazione precoce e consulenza ai consumatori di droga;
 - riabilitazione e reinserimento sociale di tossicodipendenti;
10. Tenendo conto di questi elementi e della necessità di garantire un plusvalore comunitario, nonché in considerazione della limitatezza delle risorse disponibili, il presente programma d'azione comunitaria si concentrerà:

- a) sul miglioramento della sensibilizzazione del pubblico, in particolare tramite azioni transnazionali coordinate;
 - b) sullo sfruttamento, se del caso, delle possibilità offerte da altre politiche, programmi e strumenti comunitari volti a prevenire e combattere la tossicodipendenza;
 - c) sul sostegno di iniziative e azioni relative ai giovani in età scolare nei relativi ambienti - casa, scuola, tempo libero - nonché alla promozione di prassi ottimali in tal senso.
11. Il presente programma di prevenzione della tossicodipendenza è uno dei componenti del Piano d'azione dell'Unione europea di lotta contro la droga che riunisce il complesso di azioni intraprese nel contesto dei tre pilastri del Trattato sull'Unione europea: il trattato che istituisce la Comunità europea, la politica comune estera e della sicurezza, la politica giudiziaria e degli affari interni.
12. La proposta di decisione del Consiglio tiene conto delle richieste avanzate dal Parlamento europeo e dal Consiglio. Essa riflette le esperienze acquisite dalla Commissione in sede di svolgimento di un certo numero di azioni specifiche sulla tossicodipendenza. Tiene inoltre conto del principio di sussidiarietà e riconosce che la situazione varia da uno Stato membro all'altro. Introduce infine adeguate procedure di consultazione e opportuni provvedimenti di valutazione delle attività intraprese.

Proposta di

DECISIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

che adotta un programma di azione comunitaria
in materia di prevenzione della tossicodipendenza
nel quadro d'azione comunitaria nel campo
della sanità pubblica
(1995 - 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⁾,

considerando che il fenomeno della tossicodipendenza ha avuto uno sviluppo preoccupante negli Stati membri e che esso comporta gravi ripercussioni sulla salute delle persone e sul benessere della popolazione;

considerando che costituendo nel 1985 una commissione d'inchiesta sul problema della droga negli Stati membri, il Parlamento europeo ha dato prova del proprio interesse allo studio approfondito dei fattori che favoriscono la domanda di droga e permettono la continuazione della produzione e della distribuzione della droga;

considerando che nelle risoluzioni⁽⁴⁾ dedicate al problema 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;

⁽¹⁾ GU n....

⁽²⁾ GU n....

⁽³⁾ GU n....

⁽⁴⁾ GU C 172 del 2.7.1984, pag. 130
GU C 283 del 10.11.1986, pag. 79
GU C 47 del 27.2.1989, pag. 51
GU C 150 del 15.6.1992, pag. 42

considerando che in occasione della riunione di Dublino del 25 e 26 giugno 1990, il Consiglio europeo ha ribadito che rientrava nelle responsabilità di ciascuno Stato membro l'elaborazione di un programma adeguato di riduzione della domanda di droga, stimando che un'azione efficace da parte di ciascuno Stato membro, coadiuvata 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 e dei rappresentanti dei governi degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio relative alla prevenzione della tossicodipendenza, in particolare in seguito all'adozione, da parte del Consiglio europeo di Roma del 13 e 14 dicembre 1990, del programma europeo di lotta contro la droga, hanno contribuito a sostenere gli sforzi degli Stati membri;

considerando che tali iniziative debbano continuare e rafforzarsi nel contesto dell'azione in materia di sanità pubblica annunciata comunicazione alla Commissione del 24 novembre 1993⁽⁵⁾ e di tenere conto, come auspicato dal Consiglio nella risoluzione del 17 maggio 1993⁽⁶⁾, delle altre azioni intraprese dalla Comunità nel campo della sanità pubblica o aventi una ripercussione su di essa;

considerando che il regolamento (CEE) n. 302/93 del Consiglio⁽⁷⁾ istituisce un Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze allo scopo di fornire alla Comunità e agli Stati membri informazioni attendibili e comparabili relative alla droga e alla tossicodipendenza;

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 da richiedano un approccio pienamente coordinato e globale, come dichiarato dal Consiglio europeo di Bruxelles del 10-11 dicembre 1993;

considerando che la tossicodipendenza è il solo flagello espressamente menzionato nelle norme in materia di sanità pubblica del trattato che istituisce la Comunità europea ed è quindi oggetto di priorità dell'azione comunitaria nel quadro contesto dell'azione nel campo della pubblica sanità proposto dalla Commissione;

considerando che il presente programma costituisce una delle componenti essenziali della Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo relativo ad un Piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (1995-1999) del 23 giugno 1994⁽⁸⁾;

⁽⁵⁾ COM(93) 559 def.

⁽⁶⁾ GU C 174 del 25.6.1993, pag. 1

⁽⁷⁾ GU L 36 del 12.2.1993, pag. 1

⁽⁸⁾ COM (94) 234 def.

considerando che conformemente al principio di sussidiarietà le azioni relative a settori che non sono di esclusiva competenza comunitaria, quali quelli della tossicodipendenza, devono essere realizzate dalla Comunità soltanto se, e nella misura in cui, a motivo della loro dimensione od effetti i loro obiettivi possano essere meglio realizzati a livello comunitario;

considerando che occorre rafforzare la cooperazione con le competenti organizzazioni internazionali e con i paesi terzi;

considerando che dovrà essere avviato un programma pluriennale con chiari obiettivi di azione comunitaria, nonché azioni prioritarie ai fini della prevenzione della tossicodipendenza e dei problemi che ne derivano, come pure adeguati meccanismi di valutazione;

considerando che il programma deve porsi l'obiettivo di contribuire ad una maggiore consapevolezza del fenomeno del consumo di stupefacenti e di sostanze psicotrope, dell'abuso di alcool e di prodotti farmaceutici e dell'uso improprio di sostanze e prodotti chimici a scopo di abuso di droga; di contribuire a facilitare il riconoscimento delle situazioni di rischio, l'individuazione precoce, consulenza e l'orientamento, il sostegno sanitario e sociale al fine di prevenire il consumo di droga, promuoverne l'abbandono, ridurre il relativo tasso di mortalità e ridurre i rischi di infezione da parte di agenti infettivi, e diminuire l'emarginazione;

considerando che sotto il profilo operativo occorre mantenere e sviluppare gli investimenti effettuati in passato in termini di allestimento di reti comunitarie di organizzazioni non governative e di mobilitazione di tutti coloro che sono impegnati nella lotta contro la tossicodipendenza;

considerando tuttavia che occorre evitare, nella misura del possibile, una duplicazione degli sforzi in sede di promozione degli scambi di esperienze e di elaborazione comune di moduli d'informazione di base per il pubblico, per l'educazione alla salute e per la formazione del personale sanitario;

considerando che al fine di incrementare il valore e l'impatto del programma dovrebbe essere svolta una valutazione permanente dei provvedimenti applicati, con particolare riguardo alla loro efficacia e al conseguimento degli obiettivi ai livelli sia nazionale che comunitario e, se del caso, procedere alle necessarie modifiche;

considerando che il presente programma dovrà avere una durata di cinque anni affinché le azioni da realizzare dispongano di tempo sufficiente per raggiungere gli obiettivi prefissati;

DECIDONO:

Articolo 1

E' adottato un programma d'azione quinquennale sulla prevenzione della tossicodipendenza, dal..... al

Articolo 2

1. Il programma verte sui seguenti settori di attività:
 - a) miglioramento della sensibilizzazione del pubblico, in particolare tramite azioni transnazionali coordinate;
 - b) sfruttamento delle possibilità offerte da altre politiche, programmi e strumenti della Comunità, se del caso, al fine di prevenire e combattere la tossicodipendenza;
 - c) iniziative ed azioni relative ai giovani in età scolare nei relativi ambienti - casa, scuola, tempo libero - e promozione di prassi ottimali al riguardo.
2. La Commissione assicura la realizzazione delle attività di cui al paragrafo 1 e all'allegato conformemente all'articolo 4 ed in stretta cooperazione con gli Stati membri e con le istituzioni ed organizzazioni attive nel campo della prevenzione della tossicodipendenza.
3. La Commissione assicura inoltre che le attività intraprese tengano debito conto delle attività informative dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.

Articolo 3

L'autorità di bilancio stabilisce gli stanziamenti disponibili per ciascun esercizio finanziario.

Articolo 4

Ai fini dell'attuazione del programma la Commissione è assistita da un comitato consultivo, di seguito denominato "comitato", composto di due rappresentanti di ciascuno Stato membro e presieduto da un rappresentante della Commissione.

Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato, entro un termine che il presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, formula il suo parere sul progetto, eventualmente procedendo a votazione.

Il parere è iscritto a verbale; inoltre, ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la propria 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.

Articolo 5

1. In sede di attuazione del programma verrà incoraggiata la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali attive nel campo della sanità pubblica.
2. I paesi dell'EFTA e i paesi dell'Europa centrale ed orientale possono essere associati alle attività del presente programma alle condizioni previste dagli accordi conclusi con la Comunità.

3. La Commissione coopera con il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa. Essa rafforza fra l'altro i propri contatti regolari con organizzazioni internazionali intergovernative quali l'organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'organizzazione delle Nazioni Unite per l'istruzione, la scienza e la cultura (UNESCO), l'ufficio internazionale del lavoro (UIL) ed il programma di controllo della droga delle Nazioni Unite (UNDCP).

Articolo 6

1. La Commissione pubblica su base regolare informazioni sulle azioni intraprese nel contesto del presente programma.
2. La Commissione trasmette al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni una relazione interinale sulle azioni intraprese, nonché una relazione generale al termine del programma.

Articolo 7

La presente decisione entra in vigore il ventesimo giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta ufficiale delle Comunità europee.

Fatto a Bruxelles, addì

Per il Parlamento europeo

Per il Consiglio

Il Presidente

Il Presidente

ALLEGATO

Attività del programma:

- a) **migliorare la sensibilità del pubblico, in particolare tramite azioni transnazionali coordinate.** Le attività a questo titolo potrebbero prendere a modello la Settimana europea di prevenzione della tossicodipendenza, di particolare rilevanza per illustrare e stimolare gli sforzi comunitari e transnazionali, nonché precedenti azioni transnazionali coordinate.
- b) **sfruttare, se del caso, le opportunità offerte da altre politiche, programmi e strumenti comunitari per prevenire e combattere la tossicodipendenza.** Questo potrebbe risultare rilevante in settori quali quelli degli affari sociali, per quanto riguarda in particolare i migranti, la povertà, l'occupazione, la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori ed i Fondi strutturali, ivi comprese le Iniziative comunitarie; il mercato unico e la politica dei consumatori, in particolare per quanto riguarda i prodotti di base della fabbricazione delle droghe, i prodotti farmaceutici e medicinali e le sostanze e i preparati pericolosi; l'istruzione e la formazione professionale; le attività nel campo della cultura, della comunicazione e dell'informazione; la ricerca e i sistemi sanitari in ordine al comportamento dei tossicodipendenti, sulla base della proposta della Commissione relativa ad uno specifico programma RTS e nel settore della biomedicina e della sanità (1994-1998), e naturalmente altri programmi in conformità dell'articolo 129, per esempio AIDS e altre malattie trasmissibili, promozione, informazione, educazione e formazione sanitaria.
- c) **iniziative e azioni relative ai giovani di età scolare nei relativi ambienti - casa, scuola, tempo libero - e promozione di prassi ottimali in questo senso.** I giovani sono considerati il più importante gruppo specifico ai fini della prevenzione della tossicodipendenza. La diversità degli approcci preventivi adottati può fornire esempi di prassi ottimali che possono aiutare i responsabili in materia di prevenzione del consumo di droga negli Stati membri a trarre reciproco insegnamento dalle proprie esperienze. Sarà probabilmente utilissimo un sostegno specifico in particolare della diffusione dell'informazione e della consulenza destinate ai giovani nei relativi ambienti - casa, scuola, tempo libero.

SCHEDA FINANZIARIA

1. Denominazione dell'azione

Aspetti sanitari dell'abuso di droghe: primo programma di azioni comunitarie nel campo della prevenzione della tossicodipendenza.

2. Linea di bilancio

B3-4303 (ex B3-440) per la parte; capitolo B3-40 per la parte.

3. Base giuridica

Risoluzione del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 16 maggio 1989, concernente una rete di dati sanitari per quanto riguarda l'abuso di droga (GU N°C185 del 22.7.1989, p.1).

Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 16 maggio 1989, concernenti l'affidabilità degli esami delle secrezioni fisiologiche per scoprire l'uso di droghe illecite (GU N°C185 del 22.7.1989, p.2).

Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 13 novembre 1989, sull'attuazione di azioni coordinate di prevenzione della tossicodipendenza e di assunzione a carico dei tossicodipendenti (GU N°C31 del 9.2.1990, p.1)

Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 3 dicembre 1990, concernenti la riduzione della domanda di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope (GU N°C329 del 31.12.1990, p. 20)

Conclusioni del Consiglio europeo del 14 e 15 dicembre 1990, relative al piano europeo di lotta contro la droga.

Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio del 4 giugno 1991, sul seguito delle azioni relative alla riduzione della domanda di droga (GU N°C170 del 29.6.1991, p.2).

Risoluzione del Consiglio e dei ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio dell'11 novembre 1991, sul trattamento ed il reinserimento dei tossicodipendenti soggetti a provvedimenti penali (GU N°C304 del 23.11.1991, p.7).

Dichiarazione del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 15 maggio 1992, relativa alla settimana europea sulla prevenzione dell'uso della droga (GU N°C 148 del 12.6.1992, p.3).

Conclusioni del Consiglio e dei ministri della Sanità degli Stati membri riuniti in sede di Consiglio del 13 novembre 1992, concernenti la seconda relazione sulla riduzione del consumo di droga nella Comunità europea (GU N°C326 dell' 11.12.1992, p.3).

Comunicazione della Commissione relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica (COM (93) 559 def.)

Dichiarazione del Consiglio del 13.12.1993 relativa alla settimana europea della prevenzione della tossicodipendenza (GU C15 del 18.1.1994, p.7)

Articoli 3 (0) e 129 del Trattato che istituisce la Comunità europea.

4. Descrizione dell'azione

4.1 Obiettivo generale dell'azione:

Programma di azioni comunitarie nel campo della prevenzione della tossicodipendenza, che assicura fra l'altro una continuazione dell'attuazione delle conclusioni e risoluzioni del Consiglio Sanità anteriormente adottate conformemente agli orientamenti del Piano europeo di lotta contro la droga.

Il presente programma intende incentivare la cooperazione fra gli Stati membri, a sostenerne l'azione e a promuovere il coordinamento delle loro politiche e dei loro programmi al fine di prevenire l'uso di stupefacenti e sostanze psicotrope, l'abuso di alcool e prodotti farmaceutici, nonché l'uso improprio di prodotti chimici a fini d'abuso di droga.

Obiettivi intermedi: sono fissati obiettivi intermedi quali la riduzione della mortalità, la riduzione dei rischi, in particolare dei rischi di infezione da virus dell'AIDS o da altri agenti infettivi, la riduzione dell'emarginazione.

Strumenti per la realizzazione dell'obiettivo: incentivazione degli Stati membri allo sviluppo di mezzi di prevenzione propri della tossicodipendenza, nelle loro strategie di prevenzione e nella loro cooperazione intracomunitaria, in particolare tramite sostegno di azioni transnazionali coordinate volte a migliorare la sensibilità del pubblico; utilizzazione delle opportunità offerte da altre politiche comunitarie e azioni concentrate su un gruppo specifico nei relativi ambienti: i giovani di età scolare.

4.2. Periodo coperto dall'azione:

5 anni. Le modalità di rinnovo o di proroga del programma non sono state ancora stabilite e saranno quindi oggetto di una proposta della Commissione.

5. Classificazione delle spese:

Spese non obbligatorie; stanziamenti dissociati.

6. Natura delle spese:

- Sovvenzione al 100%: sì, eccezionalmente per sovvenzioni. Sì per studi, contratti di prestazioni di servizi, lavori commissionati e di utilità diretta per la Commissione.

- Sovvenzione nel quadro di un cofinanziamento con altre fonti del settore pubblico o privato (raramente superiore al 70% dell'importo complessivo dei progetti proposti).

7. Incidenza finanziaria:

7.1 Modalità di calcolo del costo totale dell'azione: riguarda il punto 7.2.

7.2 Ripartizione per elemento del costo dell'azione (CE in MECU)

Si rammenta:

Stanziamenti autorizzati 1994 - B3 - 440	
Impegni	Pagamenti
4,8 ⁽¹⁾	2,6

Ripartizione indicativa in MECU: questa ripartizione a carattere puramente indicativo non pregiudica gli importi che verranno effettivamente stanziati dall'autorità di bilancio per ciascuno degli anni presi in considerazione. D'altra parte, la ripartizione per settore d'azione è fornita a titolo indicativo. Gli importi indicativi per gli anni successivi di realizzazione del programma dovranno essere definiti nel contesto dei successivi⁽²⁾ progetti preliminari di bilancio.

		ANNO					
CAMPI D'AZIONE	Bilancio 1994	PPB 1995 ripartizione indicativa	1996	1997	1998	1999	TOTALE 1995-99
			Programmazione indicativa				
1. Azioni coordinate transnazionali volte a migliorare la sensibilità del pubblico		1,5					
2. Iniziative ed azioni relative ai giovani in età scolare nei relativi ambienti		2					
TOTALE	3,3	3,5	5,5	6	6,5	7	28,5

(1) di cui 3,3 MECU per l'aspetto sanitario dell'abuso di droga

(2) L'aumento degli stanziamenti previsto sarà ripartito a partire dall'inizio di capitolo B 3-40.

7.3 Scadenziario indicativo degli stanziamenti

	1995	1996	1997	1998	1999	TOTALE
Stanziamenti d'impegno	3,5	5,5	6	6,5	7	28,5
Stanziamenti di pagamento						
1995	1,75					1,75
1996	1,23	2,75				3,98
1997	0,52	1,93	3,00			5,45
1998		0,82	2,10	3,25		6,17
1999			0,90	2,27	3,50	6,67
eserc. seguen.				0,98	3,50	4,48
TOTALE	3,5	5,5	6	6,5	7	28,5

8. Disposizioni per la prevenzione delle frodi (e risultati della loro applicazione)

Controlli puntuali presso i contraenti a fini di verifica degli stanziamenti utilizzati, nonché delle modalità precise d'utilizzazione. Sono stati già effettuati controlli relativi agli esercizi di bilancio 1991, 1992 e 1993, i quali hanno dato prova della loro efficacia.

9. Elementi d'analisi costi/efficacia

9.1 Obiettivi specifici e quantificabili, popolazione mirata:

Le azioni corrispondono alla realizzazione della parte "prevenzione della tossicodipendenza" annunciata dalla Commissione nella sua comunicazione relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica (COM(93)559). L'esperienza e i dati disponibili hanno consentito di individuare un determinato numero di obiettivi operativi: prevenzione, riabilitazione, informazione, educazione, formazione, e l'accento viene posto su azioni che contribuiscano a favorire:

- una migliore conoscenza del fenomeno della tossicodipendenza presso il pubblico ed i gruppi specifici;
- il riconoscimento delle situazioni a rischio e l'individuazione precoce: ambiente familiare e ambiente sociale; gruppi a rischio;
- l'orientamento e la consulenza: operatori del settore sociosanitario;
- l'assunzione in carico sanitaria e sociale: operatori del settore sociosanitario, ambiente di lavoro, gruppi specifici quali i detenuti tossicodipendenti.

Tenuto conto della limitatezza delle risorse disponibili, è risultato necessario individuare, fra i settori precitati, quelli in cui un intervento comunitario è suscettibile di apportare un maggiore plusvalore ed un massimo di trasparenza. Sono stati individuati tre settori che rispondono a questi requisiti e che riguardano:

- il miglioramento della sensibilità del pubblico, in particolare tramite azioni transnazionali coordinate;
- lo sfruttamento delle opportunità fornite da altre politiche, programmi e strumenti comunitari per combattere la tossicodipendenza;
- il sostegno di iniziative ed azioni relative ai giovani in età scolare nei relativi ambienti -casa, scuola, tempo libero - e promozione di prassi ottimali in tal senso.

9.2 Motivazione dell'azione:

La tossicodipendenza, unico pericolo per la salute esplicitamente menzionato dall'articolo 129 del TUE, diventa perciò automaticamente un campo d'azione prioritaria della Comunità in materia di sanità pubblica. L'importanza di questo fenomeno dalle innumerevoli sfaccettature e le difficoltà incontrate dagli stati membri nella loro lotta per attenuarne le gravi ripercussioni sulla società e sugli individui hanno condotto negli ultimi anni all'adozione, a livello comunitario, di una serie di iniziative. La larga gamma di iniziative adottate dal Consiglio e dal Parlamento europeo mostra che queste istituzioni attribuiscono una particolare importanza al problema e ritengono necessarie azioni a livello comunitario per contribuire a risolverlo. In ciò si è avuto un consolidamento da parte dell'articolo 129 il quale dichiara che la tossicodipendenza deve costituire l'oggetto di un'azione prioritaria della Comunità.

Utilizzazione razionale della dotazione di bilancio sulla base:

- a) di un'applicazione concreta del principio di sussidiarietà a livello di individuazione dei settori d'attività suscettibili di costituire l'oggetto di un intervento comunitario, della natura di tale intervento e delle azioni da intraprendere e cofinanziare;
- b) della nozione di plusvalore comunitario che continuerà ad esprimersi attraverso un'azione di coordinamento delle attività nazionali in ordine alla diffusione dell'informazione e delle esperienze, alla fissazione delle priorità, all'ampliamento delle reti europee, alla selezione di progetti europei e alla motivazione e mobilitazione di tutti gli operatori.

Il sostegno a progetti realizzati negli Stati membri costituisce il metodo principale di realizzazione del programma. La selezione dei progetti prioritari si basa ampiamente sugli obiettivi generali e intermedi e l'avviamento delle azioni stesse dipende anche dalla qualità e dall'affidabilità dei progetti presentati nel corso dell'anno al servizio competente.

I criteri di selezione dei progetti sono i seguenti:

- compatibilità con gli obiettivi e conformità con almeno uno degli obiettivi definiti;
- esame del "plusvalore" comunitario del progetto (partecipazione transnazionale, sviluppo di un modello suscettibile di applicarsi ad altri Stati membri, informazioni utilizzabili anche in altri Stati membri ecc.);

- efficacia e redditività previste;
- chiarezza e motivazione dei bisogni;
- popolazione interessata o raggiunta dall'azione;
- pertinenza della metodologia prescelta;
- competenza ed esperienza dell'organizzazione;
- adeguamento del bilancio dell'azione agli obiettivi;
- sostegno dei partner nazionali ai progetti;
- valutazione definita in modo obiettivo.

9.3 Controllo e valutazione dell'azione

Il controllo dell'azione è garantito: a livello comunitario dai servizi della Commissione; sul piano nazionale, dai comitati nazionali di coordinamento qualora gli Stati membri optino per la creazione di tali comitati, dai ministeri competenti in materia di prevenzione della tossicodipendenza, dalle ONG e dai responsabili dell'attuazione e dello svolgimento dei progetti specifici.

La valutazione consisterà in particolare in:

- una valutazione indipendente delle principali azioni e degli studi sovvenzionati;
- una relazione globale sulle azioni realizzate nel contesto del programma, che dovrà essere sottoposta dalla Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle Regioni, sia a metà programma che al termine di quest'ultimo.

Indicatori di prestazioni selezionati per la valutazione:

- risultati e conclusioni delle riunioni di esperti;
- analisi degli atti dei colloqui, dell'elenco dei partecipanti;
- stima della popolazione specifica raggiunta ed eventuali ripercussioni sui media;
- valutazione dei progetti da parte di funzionari e/o collaboratori della Commissione;
- analisi delle relazioni intermedie sulle azioni previste e finanziate, che consentano se del caso di riorientare tali azioni;
- studi di impatto da parte di organismi esterni;
- pertinenza della metodologia impiegata dagli organizzatori;
- adeguazione del bilancio dell'azione agli obiettivi;
- chiarezza degli obiettivi iniziali;
- competenze ed esperienze degli organismi;
- diffusione dei risultati.

Poiché si tratta di azioni nel campo della sanità pubblica il cui effetti possono essere misurati soltanto a lungo termine, sarà più che altro questione di una valutazione dei processi che di una valutazione dell'impatto.

Modalità e periodicità della valutazione previste:

- elaborazione di relazioni intermedie e finali sulle varie azioni intraprese nel settore;
- elaborazione di una scheda valutativa "tipo" dell'azione che i beneficiari dovranno allegare alla relazione finale, nonché controllo della scheda da parte dei funzionari (sia presso la Commissione che in loco).

9.4 Coerenza con la programmazione finanziaria

L'azione è prevista nella programmazione finanziaria della DG per gli esercizi interessati? Sì.

10. Spese amministrative (Parte A del Bilancio)

Personale assegnato unicamente all'azione. Verrà mantenuto l'organico del personale. Oltre al personale attuale l'azione richiederà due funzionari A, un funzionario B e l'equivalente di un funzionario e mezzo di grado C, tenuto conto della procedura di bilancio per il 1995 e della decisione della Commissione in materia di attribuzione degli stanziamenti.

Fabbisogno di stanziamenti per il personale:

Il fabbisogno di stanziamenti per il personale è stimato a circa 333.000 ECU per il 1995 (titoli A1, A2 e A5).

Per l'avvio e la realizzazione del nuovo programma d'azione sono previste le seguenti riunioni e missioni per il 1995:

Riunioni:

- 2 riunioni dei coordinatori nazionali (2x24x658=31.584)	32.000	
- 6 riunioni di esperti (6x12x658=47.376)	47.000	
- conferenze e seminari di presentazione del nuovo programma (2x48x658=63.168)	63.000	
totale riunioni:		142.000 ECU

Missioni:

- Lussemburgo-Bruxelles (5 missioni al mese) (60x200=12.000)	12.000	
- altre missioni (Stati membri) 25x1000=25.000)	25.000	
totale missioni:		37.000 ECU

ISSN 0254-1505

COM(94) 223 def.

DOCUMENTI

IT

05

N. di catalogo : CB-CO-94-238-IT-C

ISBN 92-77-69533-1

Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee
L-2985 Lussemburgo