

COMMISSIONE DELLE COMUNITA EUROPEE

COM(93) 559 def.

Bruxelles, 24 novembre 1993

**Comunicazione della Commissione relativa al quadro di azione
nel campo della sanità pubblica**

Comunicazione della Commissione relativa al quadro di azione
nel campo della sanità pubblica

SINTESI

PARTE A

IL CONTESTO DELLA POLITICA DI PUBBLICA SANITÀ

I. INTRODUZIONE	p.3
a) Attuali problemi sanitari negli Stati membri della Comunità europea	p.3
b) Portata della politica per la pubblica sanità	p.5
II. STATO DI SALUTE E TENDENZE NEGLI STATI MEMBRI	p.6
a) Mortalità	p.6
b) Morbosità	p.7
III. I FONDAMENTI DELL'AZIONE COMUNITARIA	p.10
a) Sussidiarietà	p.10
b) Base giuridica	p.11
c) Attività precesse in rapporto alle questioni sanitarie da parte delle istituzioni comunitarie	p.14
i) Il Consiglio europeo	p.14
ii) Il Consiglio	p.14
iii) Il Parlamento europeo	p.15
iv) Il Comitato economico e sociale	p.16

PARTE B

L'APPROCCIO DELLA COMUNITÀ EUROPEA

IV. SCELTA DELLE ATTIVITÀ	p.17
a) Raggio d'azione delle attività possibili	p.17
b) I mezzi dell'azione comunitaria	p.18
c) Selezione delle aree di attività	p.19
i) Criteri di selezione	p.19
ii) Grandi piaghe sanitarie a parte la droga	p.20
iii) Tossicodipendenza	p.22
iv) Malattie rare	p.23

V. ORIGINE DELLE MALATTIE	p.23
VI. NATURA E PROPORZIONI DELL'INTERVENTO COMUNITARIO	p.26
a) L'impostazione generale	p.26
b) Meccanismi di consultazione e partecipazione	p.29
c) Sostegno all'azione degli Stati membri e promozione del coordinamento	p.29
d) Informazione, educazione e promozione sanitaria	p.30
e) Ricerca	p.31
f) Formazione degli addetti del settore sanitario	p.33
g) Cooperazione con le organizzazioni internazionali e i paesi terzi	p.34
(i) <i>Le organizzazioni internazionali</i>	p.34
(ii) <i>Cooperazione con i paesi terzi</i>	p.36
VII. L'INTERVENTO FUTURO NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA	p.37
ALLEGATO I PANORAMICA DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE NEGLI STATI MEMBRI	p. 39
ALLEGATO II POLITICHE COMUNITARIE E STRUMENTI DIRETTAMENTE PERTINENTI ALLA TUTELA SANITARIA	p. 45
ALLEGATO III LA TUTELA SANITARIA IN QUANTO PARTE DI ALTRE POLITICHE COMUNITARIE	p. 52
ALLEGATO IV L'INDIVIDUAZIONE DELLE "GRANDI PIAGHE" NELLA COMUNITA' EUROPEA	p. 55
ALLEGATO V DATI STATISTICI	p. 57

SINTESI

La presente comunicazione espone le proposte della Commissione intese a far procedere l'opera della Comunità nel campo della pubblica sanità, così da raggiungere gli obiettivi indicati dal Trattato sull'Unione europea per cui "la Comunità contribuisce a garantire un alto livello di tutela della salute umana" (art. 129). Essa definisce un quadro di azione comunitaria e descrive il ruolo delle istituzioni comunitarie e degli Stati membri. Vi si enuncia una strategia di azione, si identificano i mezzi disponibili alla Comunità per attuarne i suoi scopi e vi sono stabilite le procedure di valutazione, revisione e consultazione. Infine, sono vagliate le aree d'intervento fondamentali per il prossimo quinquennio.

La comunicazione si divide in due parti. La prima parte espone gli antecedenti della politica di pubblica sanità, mentre la seconda descrive l'impostazione della Comunità europea.

A. Antecedenti della politica di pubblica sanità

Il capitolo I del documento offre una panoramica dei principali problemi e sfide relativi alla salute che gli Stati membri si trovano ad affrontare attualmente. Questi problemi sono in rapporto con:

- l'invecchiamento della popolazione della Comunità,
- l'aumento della mobilità della popolazione nella Comunità e all'interno degli Stati membri,
- i mutamenti nell'ambiente e sul posto di lavoro,
- le maggiori aspettative in merito a quello che i servizi sanitari possano e debbano fornire e
- i problemi generali d'ordine socio-economico nella Comunità, in particolare l'emarginazione.

In seguito a questi problemi gli Stati membri stanno affrontando una pressione crescente sull'offerta di servizi sanitari, pressione che rischia di aumentare ancora in futuro.

Viene quindi esposta la portata della politica sanitaria e come questa comporti attività destinate sia all'ambiente con cui l'individuo è in contatto immediato che al contesto più generale in cui egli vive.

L'allegato I della comunicazione riassume le politiche di prevenzione e di promozione sanitaria degli Stati membri.

nel capitolo II è presentata una descrizione delle principali tendenze relative allo stato di salute negli Stati membri, ricavate dai dati disponibili sulla mortalità e sulla morbosità. Le cifre indicano che negli ultimi decenni vi è stato un notevole miglioramento dello stato di salute generale (le persone vivono più a lungo) e che il cancro e le malattie cardiovascolari e, nel caso dei giovani, gli incidenti sono le principali cause di morte nella Comunità. Sono elencate altre affezioni all'origine di una morbosità e mortalità significativa. Nell'allegato V sono presentati più dati statistici approfonditi.

Nel capitolo III sono esposte le basi dell'intervento comunitario nella pubblica sanità. Vi è descritta l'applicazione dei principi di sussidiarietà, di trasparenza e la proporzionalità in quest'area, mettendo in evidenza il fatto che le questioni relative al finanziamento e all'erogazione dei servizi di assistenza e trattamento vanno determinate da ciascuno Stato membro.

Sono delineate le basi giuridiche per le attività comunitarie in campo sanitario (le politiche, i programmi e gli strumenti con cui queste sono attuate sono esposte negli allegati II e III). Sono quindi esposte particolareggiatamente le disposizioni e il significato dell'articolo 129. Gli elementi principali di tale articolo sono il rilievo dato alla prevenzione delle malattie, in particolare le "grandi piaghe", compresa la tossicodipendenza, la nozione cruciale per cui i requisiti sanitari debbono essere considerati nell'elaborazione delle altre politiche comunitarie e l'obbligo da parte della Commissione di collegarsi con gli Stati membri nel coordinamento delle rispettive politiche e programmi.

Infine il capitolo delinea i lavori intrapresi dal Consiglio europeo, dal Consiglio, dal Parlamento europeo e dal Comitato economico e sociale nello sviluppo della politica sanitaria comunitaria.

B. L'impostazione della Comunità europea

Nel capitolo IV sono esposti in primo luogo la portata dell'azione comunitaria nella pubblica sanità e gli obiettivi della stessa azione. Sono quindi descritti i mezzi per intraprendere l'azione comunitaria in questo campo, tra cui la definizione di obiettivi comuni e la creazione di reti, lo scambio di informazioni e di personale, il miglioramento dei sistemi di trattamento dati, il sostegno finanziario ai programmi e ai progetti, la preparazione di un rapporto annuale sulla salute nella comunità e l'assistenza agli sforzi di riduzione dei costi.

Sono esposti i principi da utilizzare per identificare le malattie o le minacce sanitarie verso cui indirizzare l'azione comunitaria. La scelta richiede la considerazione degli effetti delle malattie sullo stato di salute della popolazione comunitaria e se un'azione preventiva possa essere adeguatamente assunta a livello comunitario (l'allegato IV elenca le piaghe sanitarie e il rispettivo impatto).

Da quanto sopra emerge che le malattie cardiovascolari, gli incidenti, l'Aids e le malattie trasmissibili, la tossicodipendenza e le malattie rare sono considerate come idonei obiettivi di intervento.

Nel capitolo V, relativo alle origini delle malattie, è messo in evidenza che per una prevenzione efficace delle malattie è fondamentale che le cause all'origine di queste siano affrontate da una serie di misure. Fattori causali importanti, come il fumo e l'alcol, sono esposti insieme con i dati relativi alle tendenze di questi nella Comunità.

Nel capitolo VI, sulla natura e l'entità dell'impegno comunitario, sono spiegati in grandi linee i meccanismi che la Commissione utilizzerà per portare avanti gli obiettivi della politica. Sarà data priorità ai progetti di grande scala e ampio impatto e sarà mantenuta una "sorveglianza sanitaria" sugli altri programmi e politiche comunitari durante la loro

elaborazione.

Il tipo di meccanismi generali da utilizzare è descritto nei particolari:

- Consultazione e partecipazione. Sarà istituito un adeguato meccanismo che avrà il compito di consigliare la Commissione in merito alla formulazione e all'attuazione delle attività.
- Promozione del coordinamento dei programmi e delle politiche. Saranno effettuati i confronti e le valutazioni delle politiche di prevenzione e le analisi di efficienza economica e saranno create le reti per monitorizzare le malattie.
- Cooperazione con le organizzazioni internazionali e con i paesi terzi. La cooperazione esistente con gli appropriati organismi internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità sarà intensificata, p.es. affidando loro particolari incarichi, conducendo programmi comuni o sostenendone i programmi. Per quanto riguarda i paesi terzi, i programmi di assistenza attuali saranno intensificati e sarà presa in considerazione la possibilità di avviare ulteriori cooperazioni con determinati paesi, in particolare con l'Europa centro orientale.
- Informazione, educazione e promozione sanitaria. Sarà elaborato un programma coordinato di misure di educazione e promozione sanitaria indirizzate sia ai fattori causali che a precise malattie. Ciò farà procedere l'opera già in corso in alcune aree, p. es. per l'Aids e il cancro.
- Ricerca. Si provvederà a rafforzare i legami con i programmi di ricerca comunitari, definiti nel quarto Programma quadro di Ricerca e Sviluppo, per far sì che siano soddisfatte le esigenze di ricerca per la pubblica sanità, per definire una strategia per la ricerca per la pubblica sanità e per far sì che i risultati siano opportunamente divulgati.
- Formazione degli addetti alla sanità. Per migliorare l'efficacia del ruolo degli addetti alla pubblica sanità, saranno valutati i corsi di formazione esistenti, sarà promossa la collaborazione per nuovi corsi, e saranno incoraggiati gli scambi di esperienze e di informazioni sull'insegnamento e la formazione.

Nel capitolo VII, riguardante il futuro intervento nel campo della pubblica sanità, sono esposti, in base agli argomenti sviluppati nei capitoli che lo precedono, le aree prioritarie per l'azione comunitaria nel campo della pubblica sanità e l'obiettivo globale che ciascuna deve perseguire. Le aree proposte riguardano attività "orizzontali" ed attività riservate a particolari malattie. Esse sono:

- Promozione, educazione, informazione e formazione sanitaria,
- Dati e indici sanitari e monitoraggio e sorveglianza delle malattie,
- Cancro,
- Droga,
- Aids e altre malattie trasmissibili.

- Incidenti e lesioni.
- Inquinamento - malattie da esso derivanti.
- Malattie rare.
- Altre minacce sanitarie (se del caso).

La presente comunicazione rappresenta solo il primo passo verso uno sforzo costante di elaborazione delle politiche, dei programmi e delle singole azioni destinate a mettere pienamente in atto l'articolo 129 e gli altri articoli nei Trattati aventi rapporto con la tutela sanitaria. Ad essa dovrà seguire una serie di programmi dedicati ciascuno ai temi suvisti. La Commissione auspica che la presente comunicazione stimoli il dibattito, aiuti a concentrare l'attenzione sulla prevenzione e sulla promozione, come è avvenuto negli Stati membri in merito all'assistenza e trattamento sanitari, e che creerà collaborazioni e reti durevoli, nel tentativo comune di conseguire un alto livello di tutela sanitaria nella Comunità europea.

PARTE A

IL CONTESTO DELLA POLITICA DI SANITÀ PUBBLICA

I. INTRODUZIONE

1. La presente comunicazione espone la proposta della Commissione relativa ad un quadro d'azione nel campo della pubblica sanità, alla luce della ratifica del Trattato sull'Unione europea, che ha introdotto gli articoli 3(O) e 129, contenenti disposizioni esplicite in materia di pubblica sanità, nel Trattato che istituisce la Comunità europea.

2. Sostanzialmente, la Comunicazione compie quattro operazioni: in primo luogo essa presenta le principali questioni d'ordine sanitario alle quali è confrontata la Comunità. In secondo luogo, viene spiegato in che modo si possono fissare le priorità dell'azione comunitaria. In terzo luogo, è descritto il tipo di azioni possibili e il modo in cui queste si conciliano con quanto è stato fatto finora in materia sanitaria dalla Comunità e dagli Stati membri e anche con gli altri programmi comunitari. Infine vengono proposti diversi programmi e azioni specifici.

3. Il quadro proposto nella presente comunicazione è concepito per mettere a frutto gli importanti contributi realizzati dal Consiglio e dal Parlamento europeo, dal Comitato economico e sociale in quest'area, nonché sui lavori della Commissione. Si tiene pienamente conto di tutti i principi per l'azione comunitaria enunciati nel Trattato sull'Unione europea e negli altri Trattati.

a) Attuali problemi sanitari negli Stati membri della Comunità europea

4. L'ampia varietà culturale, sociale ed economica della Comunità europea fa sì che i diversi Stati membri debbano far fronte a svariati problemi di protezione sanitaria. Ma vi sono anche diverse importanti questioni comuni riguardanti questioni sanitarie relative a tutto il territorio comunitario. Tra queste vi sono:

- l'invecchiamento della popolazione. Nella Comunità la percentuale di ultrasessantenni è in aumento. Nel 1980 erano solo il 17,5%, mentre secondo alcune proiezioni potrebbe diventare il 24% nel 2010. Questo aumento vorrà dire che gradualmente saranno sempre più numerose le persone anziane, che sono utenti eccezionali dei servizi sanitari, mentre l'onere di finanziare tali servizi ricadrà su una popolazione attiva relativamente ridotta. Vi è quindi il rischio che il bisogno di assistenza medica possa superare la capacità o la volontà da parte della società di fornirla. Vi sono studi che mostrano inoltre che indipendentemente dall'entità della spesa riservata dai vari paesi all'assistenza medica, l'impatto di questa sugli indici di mortalità è cancellato dall'effetto dei fattori che determinano l'incidenza di malattie come il cancro e le malattie cardiovascolari e che il calo della mortalità tra gli anziani è accompagnato da un aumento delle minorazioni irreversibili ora comuni tra gli anziani. Inoltre, gli studi suggeriscono che recentemente la media degli anni che le persone passano in stato di minorazione è cresciuta più in fretta degli anni che queste trascorrono in salute.

- la crescente mobilità della popolazione. Le migrazioni all'interno della Comunità europea, la realizzazione del mercato unico e l'aumento generale dei viaggi e del turismo stanno producendo una sempre più profonda mescolanza della popolazione. Tra le conseguenze sanitarie di questa tendenza vi è la tendenza a una diffusione più rapida delle malattie trasmissibili, il potenziale aumento della tossicodipendenza e le potenziali difficoltà di rispondere ai bisogni specifici delle comunità migranti:

- malattie derivanti da mutamenti ambientali e dall'ambiente sul posto di lavoro. Diversi problemi sanitari sono dovuti ai mutamenti dell'ambiente risultanti dagli sviluppi economici e tecnologici. L'aumentato livello delle malattie respiratorie e alcune forme di cancro possono essere collegati, per esempio, a tali cambiamenti. Inoltre, l'introduzione nell'ambiente lavorativo di nuovi metodi di lavoro e di macchine e computer moderni può condurre altresì a problemi sanitari d'ordine fisico e psicologico. Vi è inoltre un aumento significativo delle affezioni connesse allo stress e ai problemi muscolo-scheletrici.

- le maggiori aspettative sotto il profilo sanitario. I fattori suvisti portano ad un aumento degli impegni dei servizi sanitari e sono accompagnati da un aumento delle attese da parte delle persone circa quello che i servizi sanitari siano in grado di offrire. Il continuo sviluppo di potenti tecnologie per la diagnosi e il trattamento ha incoraggiato questa attesa di un offerta più estesa e più performante e il desiderio di accedervi da parte di tutti, e in particolare le categorie svantaggiate e le zone più povere. Il costo economico di tutto ciò è accresciuto dal fatto che molte nuove procedure presuppongono l'impiego di farmaci ed attrezzature complessi e costosi.

- i problemi socio-economici, in particolare l'esclusione sociale. Il rallentamento della crescita economica e di conseguenza gli alti livelli di disoccupazione inducono gli Stati membri ad applicare severe restrizioni alla spesa pubblica. Questa circostanza limita al tempo stesso le risorse finanziarie a disposizione dei servizi sanitari e gli stanziamenti per l'assistenza sociale. Oltre a ciò, la disoccupazione, le disparità, la discriminazione, l'indigenza e l'esclusione sociale possono di per se stesse condurre a problemi di salute.

5. In seguito alle suviste questioni d'ordine sanitario a cui si trovano confrontati gli Stati membri, negli ultimi vent'anni la spesa sanitaria di questi si è accresciuta rapidamente. Come indicato in figura 1 (allegato V), durante gli anni '70 e '80, la spesa sanitaria si è cresciuta in modo significativo rispetto al Prodotto interno lordo (Pil), riflettendo in parte il rallentamento della crescita economica. Sul finire degli anni '80, tuttavia, le cifre relative a determinati Stati membri si sono stabilizzate o addirittura contratte mentre la crescita è ripresa. Tuttavia, il contenimento dei costi resta un tema di grande interesse negli anni '90 specialmente nel contesto dell'attuale recessione e delle limitazioni di bilancio alla crescita della spesa pubblica. Gli Stati membri hanno agito vigorosamente per contenere i costi, e il contenimento dei costi è stato raggiunto solo assumendo provvedimenti volti a limitare l'offerta, come per esempio mediante controlli sulle ricette mediche e sull'assunzione del personale medico, e a limitare la domanda, compresa l'imposizione di aggravii sulle medicine e le analisi.

6. Le pressioni che gravano sui servizi non sono terminate e probabilmente si intensificheranno, benché vi sia una correlazione debole tra i principali indicatori di salute e la spesa sanitaria. Inoltre, è stato dimostrato che una spesa minore nei servizi ha un effetto

sproporzionato sui poveri, i malati e gli anziani. Vi è quindi la necessità di una reazione equilibrata di fronte alle inevitabili pressioni tendenti a correggere la spesa sanitaria, quali: interventi a favore della salute pubblica (p.es. la lotta al tabagismo, alimentazione e moto, la limitazione dell'inquinamento atmosferico ecc.); una migliore strutturazione e finanziamento dei sistemi sanitari, per ridurre al minimo le spese, eliminando le terapie inefficaci e valutando le attrezzature medicali e i farmaci in termini di rapporto tra costi e benefici.

7. Le difficoltà che occorre superare per prendere le debite decisioni in materia di protezione sanitaria in un momento di forti restrizioni economiche hanno spronato il Consiglio ad adottare, tra l'altro, la risoluzione relativa alle scelte politiche sanitarie fondamentali dell'11 novembre 1991 (Gu n. C304 del 23.11.1991). Questa risoluzione, come lo stesso Trattato sull'Unione europea, stabilisce chiaramente che gli Stati membri accettano l'obbligo di garantire che i cittadini godano di un elevato livello di salute. Questo obbligo etico e giuridico di tutelare la salute del pubblico è rafforzato dai vantaggi economici, per particolari fasce d'età e settori di attività (p.es. gli addetti del all'assistenza perinatale), risultanti dall'adozione di misure di promozione, protezione e prevenzione sanitari.

8. Attuando interventi efficaci è possibile prevenire la morte prematura tra la popolazione attiva, come pure le minorazioni e le malattie croniche, con l'assenteismo e l'inabilità al lavoro che ne conseguono; è possibile migliorare lo stato di salute e la pressione sull'assistenza sanitaria e sui servizi terapeutici può essere tenuta sotto controllo. Infine, e soprattutto, salvaguardare la salute, oltre a produrre vantaggi economici, può anche migliorare la qualità della vita, offrendo vantaggi inestimabili all'individuo nonché alla società tutta.

b) Portata della politica per la pubblica sanità

9. Su questo sfondo la portata delle attività per la pubblica sanità può essere delineata da una considerazione dei rischi per la salute dei membri di una collettività e dei provvedimenti necessari a proteggere gli individui di tale collettività da tali rischi e per aumentare la probabilità che essi conducano un'esistenza piena e sana. Oltre ai rischi per la salute derivanti dalle caratteristiche genetiche, fisiche e mentali dell'individuo, i rischi per la salute derivano dallo stile di vita scelto dal soggetto e dall'ambiente immediatamente circostante, in particolare a casa e al lavoro, e dall'ambiente locale - l'associazione di condizioni sociali, economiche e culturali che costituiscono il contesto generale della vita delle persone. Quindi i provvedimenti necessari a proteggere la salute degli individui debbono interessare entrambi questi "ambienti".

10. Mentre le azioni e i programmi dei pubblici poteri hanno dominato lo sviluppo delle strategie della pubblica sanità, negli ultimi tre decenni l'interesse della pubblica sanità si è incentrato sempre più sulla responsabilità dell'individuo rispetto alla propria salute e sulle modifiche che questi può introdurre nel proprio comportamento per prevenire il male sul nascere. Tali considerazioni sono state applicate all'alimentazione, all'attività fisica, alle sostanze pericolose e tossiche, compresa la tossicodipendenza, e la prevenzione degli incidenti.

11. Il controllo internazionale delle malattie apparve per la prima volta sotto forma di

sistemi nazionali di quarantena in Europa e nel Medio Oriente per limitare la diffusione delle epidemie da un paese all'altro. Questi sforzi hanno dimostrato la necessità della cooperazione internazionale per la prevenzione sanitaria. Nel 1907, a Parigi, fu fondata un'organizzazione permanente internazionale per la sanità, il cui compito era quello di ricevere notifica dai paesi partecipanti delle malattie trasmissibili gravi, in modo da trasmettere l'informazione alle Nazioni aderenti, e di studiare ed elaborare le convenzioni sanitarie e i regolamenti inerenti alla quarantena per i viaggi in nave e in treno. Nel 1948 questa organizzazione è stata infine assorbita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)

12. L'Organizzazione Mondiale della Sanità attua progetti a breve e a lungo termine per ridurre e debellare le malattie su scala mondiale e mantiene stretti rapporti con le agenzie specializzate delle Nazioni Unite che si occupano di questioni sanitarie, in particolare l'UNICEF (Fondo Internazionale di Emergenza per l'Infanzia delle Nazioni Unite), la FAO (Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura) e l'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro).

13. Fin dai suoi inizi la Comunità europea ha fatto della salute e del benessere uno dei suoi obiettivi principali: l'interessamento per le questioni sanitarie è alla base degli obiettivi economici del Trattato CEE, delle disposizioni antinfortunistiche del Trattato ECSC e dei requisiti di protezione del Trattato Euratom. È per queste ragioni che il Trattato sull'Unione europea fa della tutela sanitaria uno dei temi centrali per la ricerca di un'unione sempre più completa dei popoli della Comunità e vincola la Comunità e i governi degli Stati membri a concorrere al raggiungimento di un alto livello di tutela sanitaria.

II. STATO DI SALUTE E TENDENZE NEGLI STATI MEMBRI

a). Mortalità

14. Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da due grandi tendenze rilevabili nello stato di salute della popolazione della Comunità europea. In primo luogo, dagli indici di mortalità emerge chiaramente che è in atto un notevole e continuo miglioramento dello stato di salute generale. Le persone vivono più a lungo e il numero delle morti infantili in tutti gli Stati membri è in diminuzione. Tra il 1960 e il 1989 la speranza di vita per gli uomini nei 12 Stati membri è passata da 67,3 a 72,8 anni e per le donne da 72,7 a 79,2 anni. Inoltre, mentre gli Stati membri con i migliori livelli hanno continuato a migliorare, quelli con i livelli più bassi hanno recuperato terreno, riducendo così il divario tra gli Stati membri, che tra il 1970 e il 1988 si è dimezzato. È ancora più sorprendente constatare che nel 1988 la speranza di vita più bassa per l'intera popolazione di uno Stato membro (74,3 anni) è stata superiore a quella più elevata nel 1970 (73,8 anni).

15. Un quadro simile ma ancora più contrastato emerge dalle cifre sulla mortalità infantile nella Comunità, il cui tasso si è diviso per 4, passando da 34,8/1000 nel 1960 a 8,2/1000 nel 1989. Come nel caso della speranza di vita, vi è stato un netto assottigliamento dello scarto tra il livello migliore e quello peggiore. E anche in questo caso lo Stato membro peggiore nel 1989 (12,18/1000) superava il migliore del 1970 (12,75/1000).

16. La seconda tendenza è quella di un significativo cambiamento delle cause di morte.

Vi è stata una notevole regressione delle malattie trasmissibili (a eccezione dell'Aids); ciò è dovuto al miglioramento dell'igiene e delle condizioni di vita, alle misure preventive, come i programmi di vaccinazione e all'esistenza di terapie efficaci. A queste malattie ne sono succedute in larga misura altre di altro tipo, in particolare il cancro e le malattie cardiovascolari. Mentre nel 1960 solo la metà dei 2,9 milioni di decessi nella Comunità derivavano da malattie di quest'ultimo tipo, nel 1990 il rapporto era salito a due terzi. Di 3,3 milioni di decessi, 1,4 milioni derivavano da malattie cardiovascolari e 0,8 da cancro. Queste malattie sono la causa principale di morte non solo tra gli ultrasessantacinquenni, ma anche nella popolazione dai 35 ai 65 anni e concorrono quindi in modo significativo alla morte prematura, come gli incidenti per la fascia di età tra i 5 e i 34 anni. Le curve di mortalità continuano tuttavia a cambiare. Recentemente si è evidenziato, per esempio, un calo della mortalità per malattie cardiovascolari e un aumento della mortalità da malattie in precedenza rare, come la demenza presenile. Queste evoluzioni riflettono i mutamenti demografici, i progressi nelle terapie e l'azione di programmi preventivi su grande scala.

b) Morbosità

17. Gli indici di mortalità offrono un quadro incompleto dello stato di salute generale della popolazione. Per una visione completa occorre avere informazioni anche sul tasso di morbosità, ossia sul numero di persone affette da una particolare malattia o da un'altra affezione clinica. Tali informazioni, oltre a rilevare quali sono le malattie prevalenti nella popolazione, costituiscono anche un'indicazione del tipo di esigenze a cui deve far fronte il sistema di assistenza sanitaria. Purtroppo, anche i singoli Stati membri dispongono di dati sulla morbosità, a causa delle differenze sostanziali al livello dei metodi di rilevamento e delle definizioni, attualmente sono pochi i dati sulla morbosità validi per la Comunità nel suo insieme.

18. Un'eccezione di rilievo riguarda gli incidenti stradali, per i quali esistono informazioni relativamente ai morti e ai feriti in tutta la Comunità. Nel complesso queste cifre mettono in evidenza nella Comunità un calo dell'indice di mortalità da incidenti stradali nel periodo 1970 - 1990 e un calo di minore entità e meno uniforme nel tasso di ferimento. Le fasce d'età più colpite sono quelle più giovani. Alla luce delle discussioni sul Libro Bianco sullo sviluppo della politica dei trasporti, la Commissione ha pubblicato una comunicazione su un programma d'azione sulla sicurezza stradale (COM(93) 246 del 9 giugno 1993) e una proposta di decisione del Consiglio sulla creazione di una banca dati sugli incidenti stradali (COM(93) 348) del 23 luglio 1993). Esistono alcune informazioni anche sulle malattie cardiovascolari, poiché sette Stati membri partecipano allo studio MONICA, condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che raccoglie dati sulla mortalità e sulla morbosità in questo campo. I dati indicano che come le malattie cardiovascolari sono una causa importante di mortalità nella Comunità, altrettanto esse sono causa di livelli di morbosità grave, tra la popolazione di mezza età e quella anziana.

19. Non esistono dati comparativi esaurienti sulle altre affezioni. Le statistiche nazionali, tuttavia, offrono degli indicatori per quanto riguarda l'incidenza relativa delle varie malattie in termini di morbosità. Nella tabella 1 sono riportate le cifre relative alle principali malattie in Danimarca e in Francia in funzione della loro percentuale sul totale di ricoveri e giornate-letto. Queste cifre indicano che nonostante alcune differenze, l'andamento generale in ambo i paesi non è dissimile. Lo stesso tipo di malattie, infatti, predomina in entrambi i paesi.

Tabella 1

**IMPORTANZA RELATIVA DELLE DIVERSE MALATTIE IN RAPPORTO
ALLA PERCENTUALE DI RICOVERI E GIORNATE LETTO +**

	FRANCIA 1985-1987		DANIMARCA 1990	
	Ricoveri	Giornate letto	Ricoveri	Giornate letto
Lesioni	13,2	11,7	7,7	13,9
Disordini dell'apparato digerente	12,7	12,0	7,1	6,7
Cardiovascolari	11,6	15,5	24,9	21,9
Cancro	10,2	12,5	11,7	8,9
Affezioni respiratorie	6,9	5,8	10,4	8,8
Affezioni muscolo- scheletriche	6,3	7,0	14,8	15,5

+ Dati indicativi forniti dai Ministeri della Sanità, non direttamente comparabili per via delle differenze nelle definizioni, classificazioni e nei periodi di riferimento.

* I dati della Danimarca sul cancro riguardano solo il cancro al polmone e il cancro al seno.

20. I dati disponibili confermano il fatto che le malattie cardiovascolari contribuiscono nella misura più cospicua alla morbosità a livello Comunitario, esattamente come avviene per la mortalità, ma indicano che il cancro incide meno per morbosità che per mortalità e che vi sono molte malattie non letali, come le malattie respiratorie e muscolo-scheletriche che incidono in misura considerevole sulla morbosità. Mettendo insieme le cifre sulla mortalità e le informazioni disponibili sulla morbosità, è possibile stilare un elenco delle malattie che danno luogo ad un'alta mortalità e/o ad un'alta morbosità. Nella tabella 2 sono indicate le malattie che pongono problemi sanitari particolarmente gravi per la Comunità nel suo insieme:

Tabella 2

MALATTIE CHE PRODUCONO MORTALITÀ E/O MORBOSITÀ ELEVATE

Incidenti

Malattie cardiovascolari

Cancro

Infermità mentali, compreso il suicidio

Affezioni muscolo-scheletriche

Malattie respiratorie, compreso l'asma

21. Oltre a ciò, alcune malattie trasmissibili, che in passato erano una delle principali cause di mortalità, sono ora in ripresa. Ciò è dovuto in particolare all'Aids e al riemergere di alcune malattie trasmissibili, come la tubercolosi, che non erano più considerata un problema grave. Tutte queste malattie potrebbero porre gravi problemi se non verranno attuati interventi adeguati. Da ultimo, a questo elenco va aggiunta la tossicodipendenza, per via dei notevoli problemi sanitari e sociali ai quali è collegata e per via del numero crescente di persone colpite.

22. Nel loro insieme, quindi, alle suvviste malattie è ascrivibile la maggior parte dei decessi, la maggior parte delle malattie e la maggior parte delle richieste di assistenza sanitaria negli Stati membri della Comunità. Va sottolineato tuttavia che le cifre suvviste si riferiscono solo alle tendenze generali. È certamente vero che per molti versi le differenze e i divari tra gli Stati comunitari migliori e peggiori si stanno assottigliando. Tuttavia, dal confronto tra le cifre nazionali si può ricavare un'impressione alquanto distorta. Una delle ragioni di ciò sta nelle diverse dimensioni degli Stati membri. Inoltre, le stesse cifre nazionali tendono ad appiattire differenze pur significative tra le regioni all'interno di ciascuno Stato membro.

23. Per esempio, nel caso del tasso di mortalità per cancro al polmone o ai bronchi, nel 1988 il tasso complessivo nella Ce è stato di 48,8 su 100 000. Il Regno Unito ha avuto il tasso più alto (70,5) e il Portogallo il più basso (20,6). Ma all'interno del Regno Unito il tasso varia quasi del doppio tra l'Inghilterra settentrionale (92,4) e l'Irlanda del Nord (49,2). Il tasso nazionale dell'Italia (51,1) è stato il più vicino alla media comunitaria, ma ciò occulta il fatto che nell'Italia settentrionale il tasso è stato triplo rispetto a quello del meridione. Ampie variazioni di questo tipo all'interno degli Stati possono essere osservate anche per altre grandi malattie. Dette variazioni riflettono differenze culturali, sociali ed economiche tra le regioni nonché l'impatto significativo che fattori ambientali come l'inquinamento

atmosferico possono avere sulla salute.

24. Analogamente, alcuni studi hanno messo in evidenza variazioni significative nella morbosità e mortalità tra categorie socio-economiche diverse all'interno degli Stati membri. Nel 1987, per esempio, in Inghilterra il tasso di mortalità perinatale e infantile è stato superiore di oltre il 50% per le persone aventi un lavoro non qualificato che per le categorie professionali; in Danimarca i disoccupati e i lavoratori senza qualifica hanno avuto uno scarto del tasso di mortalità del 6.2% rispetto ai gruppi meglio quotati. Per osservare la situazione e le tendenze globali della Comunità è importante, quindi, tenere pienamente conto delle variazioni non solo tra uno Stato membro e l'altro, ma anche all'interno degli stessi Stati membri e degli andamenti generali relativi a tutta la Comunità.

25. Inoltre, le informazioni sulla mortalità e morbosità di una determinata malattia non sono di per sé sufficienti per considerarla idonea come obiettivo di intervento comunitario. Occorre analizzare anche i fattori decisivi associati con la genesi della malattia, il contesto socio-economico generale che incide sulle scelte politiche e di tutela sanitaria e gli sforzi già attuati dagli Stati membri per rispondere a queste sfide sanitarie. Nell'allegato I è data panoramica delle politiche e misure assunte dagli Stati membri per prevenire la malattia e promuovere la salute sullo sfondo della situazione summenzionata.

III I FONDAMENTI DELL'AZIONE COMUNITARIA

a) Sussidiarietà

26. Il modo in cui queste attività da parte della Comunità e degli Stati membri dovranno essere condotte è retto dal principio di sussidiarietà. La sussidiarietà, i cui attributi sono enunciati nell'articolo 3b del Trattato che istituisce la Comunità europea, comporta che nelle questioni che non sono di sua esclusiva competenza la Comunità interviene quando l'azione, per via delle sue dimensioni o effetti, può essere condotta meglio a livello comunitario. Inoltre, indipendentemente dal fatto che una questione sia o non sia di sua esclusiva competenza, l'intervento in essa da parte della Comunità deve essere proporzionato agli obiettivi da raggiungere.

27. Nel campo della pubblica sanità valgono in particolare le seguenti considerazioni:

- a. Nel coordinamento delle politiche, il ruolo della Comunità è quello di creare rapporti costruttivi a tutti i livelli, di contribuire a colmare le lacune, a formulare e migliorare le strategie per l'attuazione efficace di politiche e misure, e di far sì che il trasferimento e il flusso di conoscenze, capacità e materiali avvengano a vantaggio reciproco della parti interessate.
- b. Concordemente al principio della proporzionalità, la Comunità intende incentrare l'azione sull'attuazione di progetti di grandi dimensioni, che nella maggior parte dei casi interessino più di uno Stato membro. Ciò permetterà di ottenere il massimo impatto e per evitare di invischiarsi in questioni e interessi angusti che possono essere percepiti come un'interferenza con le questioni già affrontate dalle autorità degli Stati membri o come un atteggiamento autoritario, che ricorre a mezzi sproporzionati

rispetto agli obiettivi perseguiti.

- c. Da uno Stato membro all'altro e all'interno degli stessi Stati membri, vi è tale varietà di abitudini alimentari, di cultura, di condizioni climatiche, di impiego del territorio e di tipi di concentrazione dell'attività economica, che in linea generale la Comunità non emanerà prescrizioni particolareggiate neanche in merito a problemi identici o simili tra loro da uno Stato membro all'altro, da una regione all'altra o da una località all'altra. In materia sanitaria, compete all'individuo e alla famiglia il compito di considerare le scelte disponibili e di decidere sulle questioni che li toccano direttamente; mentre spetta alla società, attraverso il processo democratico, il compito di creare un ambiente che induca il singolo a decidere per il meglio e la collettività ad adottare le giuste decisioni nelle faccende in cui il solo individuo non può determinare o provocare il voluto esito di natura sanitaria.
- d. Gli Stati membri, in collaborazione con i rispettivi addetti sanitari e con le persone interessate, sono competenti per il finanziamento e l'erogazione dell'assistenza e delle terapie. Tuttavia, la Commissione può coadiuvare gli Stati membri migliorandone la collaborazione in materia di assistenza sanitaria, come per esempio in merito alle scelte sanitarie fondamentali¹, e può fornire loro assistenza nelle azioni destinate a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle terapie.

b) Base giuridica

28. Prima del Trattato sull'Unione europea non vi era alcuna base giuridica particolare né competenza attribuita alla Comunità nel campo della pubblica sanità. Ciò non significa che i Trattati non contenessero disposizioni direttamente pertinenti alla tutela della salute e al benessere. La salute e la prevenzione degli infortuni sul lavoro hanno avuto fin dall'inizio un posto di rilievo nel Trattato Cee (artt. 117, 118 e 118A dell'Atto unito europeo) e nel trattato ECSC, mentre le disposizioni relative alla tutela sanitaria, per i lavoratori e per il pubblico in genere, contenute nel Trattato Euratom (artt. 30-39) sono diventate ben presto in tutti gli Stati membri un punto di riferimento per l'azione normativa in questo campo.

29. Anche altre disposizioni del Trattato Cee riguardano direttamente o indirettamente la salute: l'articolo 2 sancisce il dovere della Comunità di migliorare il livello di vita; l'articolo 36 consente la limitazione delle importazioni e delle merci in transito, al fine di proteggere la salute e la vita degli esseri umani; l'articolo 43 tratta della politica agricola che può avere un impatto sulla salute umana; l'articolo 48 garantisce la libertà di movimento per le persone, compresi i pazienti e gli addetti del settore sanitario; gli articoli dal 52 al 58 sono pertinenti al diritto di insediamento e nell'articolo 59 è garantita la libera circolazione dei servizi, compresi quelli sanitari. L'articolo 100A ha un maggiore impatto sulla salute poiché tutte le proposte di direttive che istituiscono il mercato interno dei prodotti (p.es. prodotti farmaceutici), i servizi, i capitali e le persone, in virtù di questo articolo debbono avere come base un alto livello di protezione sanitaria; gli articoli da 130f a 130q trattano la ricerca, compresa quella sanitaria. Inoltre, la tutela della salute umana quale fine ultimo delle misure

¹ V. par. 7 a pag. 4

di protezione ambientale è sancita dagli articoli 130r e 130s del Trattato CEE modificato dall'Atto unico europeo. Infine, l'articolo 155 serve, tra l'altro, a emanare raccomandazioni anche in merito a questioni connesse alla tutela sanitaria ed è stato utilizzato in passato per emanare raccomandazioni riguardanti un elenco europeo delle malattie occupazionali, mentre l'articolo 235 è utilizzato per le proposte di decisioni e regolamenti relativi a varie questioni connesse alla salute, come l'informazione del grande pubblico e la formazione dei membri delle professioni sanitarie nel contesto del programma "Europa contro il cancro", l'istituzione di un'Agenzia per la salute e la sicurezza sul lavoro e la creazione del Centro europeo per il monitoraggio della droga e della tossicodipendenza (EMCDDA).

30. Le politiche, i programmi e gli strumenti (v. allegati II e III) destinati a tradurre in pratica questi articoli hanno svolto un ruolo determinante nel trasformare la situazione sanitaria della Comunità e nel migliorare la qualità di vita dei suoi cittadini. Nel Trattato sull'Unione europea lo spirito di queste disposizioni è stato mantenuto e rafforzato. Nell'articolo 129A, alla tutela dei consumatori è stato attribuito il chiaro compito di proteggere la salute e la sicurezza dei consumatori stessi. L'articolo 130 sull'ambiente impone alla Comunità di contribuire al conseguimento dell'obiettivo della tutela della salute umana. Nell'articolo 126, inoltre, alla Comunità è stato assegnato il compito di contribuire allo sviluppo dell'educazione alla qualità, che svolge un ruolo importante nella promozione e protezione della salute. Inoltre, ai sensi dell'articolo K.9 del Trattato sull'Unione europea, il Consiglio, agendo unanimemente su iniziativa della Commissione o di uno Stato membro, può decidere di intraprendere azioni finalizzate a combattere la tossicodipendenza.

31. Soprattutto, in virtù degli articoli 3(O) e 129, la pubblica sanità è stata così dotata di una propria disposizione esplicita, alla Comunità è stato affidato il compito contribuire al raggiungimento di un alto livello di protezione, fermi restando i principi fissati dal Consiglio europeo di Edinburgo (sussidiarietà, apertura, trasparenza e proporzionalità). Essa è stata investita di poteri atti ad assolvere questa responsabilità in un modo che garantisca il rispetto e il sostegno alle politiche e attività degli Stati membri, che prevenga intrusioni e interferenze ingiustificate e lasci posto per l'adattamento e la scelta dei mezzi da utilizzare per la loro attuazione. In questo processo, l'esperienza già acquisita nelle azioni sanitarie condotte dalla Comunità serve sia da guida che da base su cui costruire. In particolare, il programma "Europa contro il cancro", varato nel 1986 dal Consiglio europeo, ha dimostrato la validità di identificare obiettivi e traguardi comuni. Esso ha spianato la strada all'adozione al Consiglio di altri programmi e iniziative aventi rapporto con l'Aids, con la domanda di droga, l'abuso di alcol e l'educazione sanitaria nelle scuole ed ha dimostrato che cosa si possa ottenere con i partenariati, la collaborazione e l'impiego degli strumenti di altre politiche comunitarie. Nell'attuazione dei programmi "Europa contro il cancro" e "Europa contro l'Aids", la Commissione ha adottato un metodo che preparava il principio di sussidiarietà e comportava un tentativo sistematico di generare un valore aggiunto comunitario, promuovendo la cooperazione tra Stati membri nel campo degli studi e della ricerca e la diffusione a tutta la Comunità delle prassi nazionali di maggior successo, in particolare riunendo i possibili partner negli Stati membri. I risultati di questi programmi e la necessità di continuarli sono stati sottolineati durante la recente valutazione della loro efficacia a cura del Consiglio.

32. Nell'impostare gli interventi, la Commissione deve interessarsi della prevenzione delle malattie. Fulcro dell'azione comunitaria diventa quindi la prevenzione sotto tutti i profili:

quella primaria, tesa a garantire una buona salute e a ridurre al minimo l'esposizione ai fattori di rischio che intervengono nella genesi delle malattie; quella secondaria, volta ad evitare l'insediarsi delle malattie nei soggetti che hanno subito tale esposizione, per esempio mediante accertamenti clinici sistematici, vaccinazioni, e cure preventive e profilassi; o quella terziaria, volta ad evitare la progressione o la recrudescenza della malattia. La prevenzione può essere distinta dal trattamento in quanto quest'ultima può essere descritta come un intervento volto a correggere difetti congeniti o a riportare un individuo ad un livello di salute precedente (migliore), in un continuo tra salute perfetta e morte. Il trattamento, per opposizione alla prevenzione, è quindi materia di cooperazione tra gli Stati membri e non un'area in cui la Commissione possa o debba prendere iniziative per conto della Comunità.

33. Un intervento preventivo da parte della Comunità deve necessariamente affrontare la questione dei grandi flagelli. I grandi flagelli o minacce sanitarie possono essere determinati in rapporto a una serie di fattori, sia oggettivi (dati sanitari e indici sanitari) che soggettivi (percezione, questioni etiche, culturali e politiche). Le considerazioni su questi temi si trovano nel capitolo IV. A questo punto, tuttavia, va messo in evidenza un punto: l'articolo 129 richiede esplicitamente un'azione di pubblica sanità per il flagello della droga.

34. L'articolo 129 riconosce implicitamente la dicotomia tra due tipi di intervento. Il primo di questi si rivolge all'individuo e tende ad aumentarne il potenziale di miglioramento dello stato di salute, di stile di vita sano e di un comportamento che non implichi alcun rischio o che ne comporti pochi. Questo tipo di intervento può tradursi nell'informazione e nell'educazione sanitarie. Il secondo tipo di intervento si estrinseca al livello della società e comporta la ricerca della cause e delle modalità di trasmissione della malattia. Questa ricerca può essere di tipo fondamentale o anche comportamentale, sociale e ambientale e può interessare l'ambiente immediatamente circostante, quello locale e anche quello distante, sul quale l'individuo ha poca, o non ha alcuna, influenza.

35. Di fondamentale importanza è il disposto dell'articolo 129 per cui i requisiti di tutela sanitaria fanno parte integrante delle altre politiche comunitarie. In futuro l'elaborazione delle politiche e delle misure aventi un impatto sulla salute dovrà tener conto fin dalle prime fasi della politica di pubblica sanità e dovrà essere a con essa coerente. Ciò significa che le altre politiche, pur avendo fondamento giuridico diverso, possono essere obbligate a rispettare gli intenti della tutela sanitaria.

36. Il ruolo della Commissione nell'attuazione dell'articolo 129 ruota intorno all'obbligo di collegarsi con gli Stati membri nel coordinamento delle rispettive politiche e programmi relativi alla prevenzione, compresa la prevenzione della tossicodipendenza, all'indagine e all'analisi delle cause e delle modalità di trasmissione delle piaghe sanitarie, all'informazione e all'educazione sanitaria. La Commissione, in stretta collaborazione con gli Stati membri, avvierà iniziative idonee a promuovere tale coordinamento, segnatamente nelle aree in cui gli Stati membri hanno già dimostrato la necessità di cooperare, in particolare: il monitoraggio e la limitazione delle malattie; i dati e gli indici sanitari; l'informazione e l'educazione sanitaria e la lotta contro le grandi piaghe della droga, del cancro e dell'Aids.

c) Attività precesse in rapporto alle questioni sanitarie da parte delle istituzioni comunitarie

i) *Consiglio europeo*

37. Nel 1986, i rappresentanti dei governi degli Stati membri, riuniti in sede di consiglio, hanno adottato una risoluzione relativa ad un programma d'azione delle Comunità europee contro il cancro (86/C184/05)² che ha fissato gli obiettivi di tale programma ed ha elencato le azioni prioritarie da considerare. Il Consiglio ha inoltre convenuto di dichiarare il 1989 anno di informazione sul cancro. Il Consiglio ha inoltre fatto appello agli Stati membri affinché questi attingano al loro bagaglio di esperienze in materia di trattamento e riabilitazione dei tossicodipendenti al fine di collaborare all'informazione degli insegnanti, dei genitori e dei giovani per quanto riguarda i rischi connessi alla tossicodipendenza e di collaborare all'elaborazione di una relazione e di raccomandazioni su misure che possono essere assunte a livello comunitario. Questo profondo interessamento per la droga si è riflesso nelle dichiarazioni delle riunioni successive del Consiglio europeo, in particolare a Londra nel 1986, a Dublino e Roma nel 1990, a Lussemburgo e Maastricht nel 1991 e a Lisbona nel 1992. La riunione di Londra del 1986 ha sottolineato inoltre l'importanza del coordinamento delle campagne nazionali contro l'Aids, nella prospettiva di aumentare la consapevolezza e di informare meglio il pubblico in merito alla malattia. Queste risoluzioni e dichiarazioni da parte del Consiglio europeo hanno spianato la strada all'azione comunitaria contro le piaghe del cancro, della droga e dell'Aids.

ii) *Consiglio*

38. L'interesse da parte del Consiglio e dei Ministri della Sanità a riguardo delle questioni di pubblica sanità è iniziato nel 1977 e si è accresciuto all'inizio degli anni '80. Gli sforzi per definire un calendario dei lavori in questo campo a livello comunitario ripresero nel 1982, allorché il Parlamento europeo chiese di precisare che cosa era stato fatto esattamente nel campo della pubblica sanità dal 1978, anno in cui il Consiglio aveva adottato il secondo programma di ricerca e sviluppo nel settore della ricerca in campo medico e sanitario. Nel 1984, la comunicazione della Commissione sulla cooperazione a livello comunitario relativa alle problematiche di ordine sanitario ha finalmente dato il via alle attività.

39. Nel corso della prima riunione informale dei ministri della Sanità del novembre 1984 si discusse dell'aumento della spesa sanitaria, della lotta alla tossicodipendenza e al tabagismo e dell'educazione sanitaria dei giovani. La successiva riunione (formale) del Consiglio della Sanità si svolse nel maggio 1986. Furono adottate risoluzioni e decisioni sul programma d'azione per la lotta al cancro, sull'introduzione di una tessera europea d'urgenza sanitaria, sulle misure volte a combattere l'Aids e sulle modalità volte a ridurre il consumo di tabacco e di alcol. Questa riunione e le successive riunioni dei ministri della Sanità, in cui furono discusse varie questioni sanitarie e varate importanti iniziative, alimentarono le speranze di una politica sanitaria estesa a tutto il territorio comunitario.

40. La firma del Trattato sull'Unione europea del 7 febbraio 1992 ha ravvivato le attese riguardanti il potenziale di miglioramento della tutela sanitaria in una Comunità in cui la cooperazione e il coordinamento delle politiche e dei programmi, a lungo il sogno di pochi,

² GU C184 del 23.7.1986

potessero diventare realtà. Questa situazione è culminata nel secondo semestre 1992, con l'esame da parte del Consiglio della Sanità delle questioni fondamentali riguardanti il corso futuro dell'azione comunitaria nel campo della sanità. Fu condotto il dibattito sulla necessità di rompere con il passato e di ricercare maggiore continuità, coerenza e prioritizzazione dell'azione sanitaria e di tendere alla realizzazione di un contesto adeguato, che integri i riusciti programmi comunitari per il cancro e per l'Aids e le azioni in aree specifiche, come l'educazione sanitaria e contro la droga da svolgere nelle scuole. In tutto ciò il Consiglio si è giovato di un documento di lavoro dell'organico della Commissione intitolato "La sanità pubblica" che passa in rassegna e fa il punto della realizzazione degli impegni comunitari attuati finora, in cui è riconosciuta la necessità di un'impostazione coerente, basata sulla prevenzione, sulla promozione della salute, sulla tutela sanitaria tramite le altre politiche comunitarie, il coordinamento tra gli Stati membri e la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali.

41. Il 27 maggio 1993, il Consiglio e i ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio hanno adottato un'importante risoluzione sulle azioni future nel campo della sanità pubblica, che tratta tutti i principali aspetti del contesto della sanità pubblica in cui la Comunità opererà in futuro. La risoluzione ha riaffermato la necessità di una stretta cooperazione e della considerazione da dare ai requisiti sanitari nelle altre politiche; e ha tracciato diversi orientamenti riguardanti gli obiettivi fondamentali dell'azione, ossia: aggiungere vita agli anni e anni alla vita; la necessità di una pianificazione pluriennale che garantisca coerenza e continuità; i criteri di selezione delle aree di attività con riferimento alla loro compatibilità con l'azione preventiva, e la complementarità con altre politiche aventi una componente sanitaria; i metodi di cooperazione e consultazione e infine i rapporti con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali. Questi orientamenti sono stati studiati attentamente dalla Commissione e sono stati tenuti in considerazione nell'ambito della presente comunicazione.

iii) Parlamento europeo

42. Il Parlamento europeo è stato favorevole alla politica sanitaria comunitaria fin dagli inizi degli anni '80 ed ha emesso diverse risoluzioni nel campo della sanità, come:

- la politica sanitaria nella Comunità europea (Gu C128, 16.5.1983, p.86)
- la Carta europea dei diritti dei pazienti ricoverati in ospedale (Gu C46, 20.02.1984)
- il programma comunitario di ricerca sull'Aids (Gu C46, 20.02.1984)
- i bambini in ospedale (Gu C148, 16.06.1986, p.37)
- le donne e il parto (Gu C235, 12.09.1988, p. 183)

43. Come dimostra il gran numero di interrogazioni parlamentari, i membri del Parlamento europeo hanno sempre dimostrato uno spiccato interesse per le questioni sanitarie. Le varie commissioni del Parlamento, in particolare il comitato Ambiente, Sanità e Tutela dei consumatori, il comitato speciale Droga e il comitato Droga, cultura, istruzione, media e sport, hanno elaborato diversi rapporti su temi inerenti alla sanità, tra cui i rapporti sull'Aids, sull'educazione sanitaria e la tossicodipendenza, sulla bioetica, sul trapianto degli organi e sull'autosufficienza delle scorte di sangue.

44. Un recente rapporto del comitato Ambiente, Sanità e Tutela dei consumatori riguardante la politica sanitaria dopo Maastricht (1993 - PE205.804), è stato elaborato in

seguito all'udienza pubblica del 3 giugno 1991. Il rapporto dà particolare risalto alla richiesta dell'articolo 129 nel senso di coordinamento delle politiche e programmi degli Stati membri e all'integrazione delle esigenze d'ordine sanitario nelle altre aree politiche, e offre una rassegna esauriente delle questioni attuali inerenti alla pubblica sanità, comprese le esigenze demografiche e sanitarie, dati e indicatori comparabili e compatibili, i costi dell'assistenza sanitaria, e la politica in materia di ricerca e di sanità. Il Comitato ha presentato numerose proposte di azione comunitaria, tra cui alcuni appelli alla Commissione affinché questa predisponga procedure di consultazione su grande scala: istituire un servizio di indagine epidemiologica; riferire sullo stato sanitario della Comunità; esaminare la fattibilità di incoraggiare un impiego più diffuso di farmaci generici e coordinare l'uso di tutti i farmaci; indicare i livelli minimi di assistenza sanitaria; elaborare e eseguire attività riguardanti la promozione e l'educazione sanitaria, comprese le vaccinazioni e i controlli periodici; ed intensificare le sue attività contro il cancro e l'Aids, e per quanto riguarda i problemi degli anziani. Il rapporto e la relativa risoluzione daranno un impulso supplementare agli sforzi in corso miranti a dotare la Comunità di una dimensione sanitaria la cui necessità è molto sentita.

45. Va anche citato un importante lavoro svolto dall'"Integruppo Sanità" del Parlamento europeo, nonché il suo gruppo STOA (Valutazione delle opzioni scientifiche e tecnologiche).

iv) Comitato economico e sociale

46. Nel corso degli ultimi dieci anni, il Comitato economico e sociale ha emesso regolarmente pareri su questioni sanitarie come: la medicina del lavoro; le sostanze e le preparazioni pericolose; il sistema comunitario di informazione sugli incidenti in cui sono coinvolti i prodotti di consumo; il cancro di origine professionale; un programma d'azione sulla tossicologia per la tutela sanitaria; prevenzione dell'inquinamento da amianto; programma d'azione per la prevenzione del cancro e la trasparenza dei prezzi dei prodotti farmaceutici. Più di recente, il Comitato ha approvato alcune iniziative in campo sociale, quali: l'Anno europeo degli anziani, il programma Europa contro il cancro, il programma Europa contro l'Aids e la creazione dell'EMCDDA

* * * *

47. È quindi su questo sfondo di espressione della volontà di queste istituzioni comunitarie, come anche di numerosi addetti del settore sanitario, delle associazioni di medici e di pazienti, di gruppi d'interesse e di gente comune della Comunità, che la Commissione, considerati approfonditamente la tempestività e la fattibilità dell'azione nonché i mezzi disponibili, tenta con la presente comunicazione di istituire un quadro coerente e completo per l'azione sanitaria della Comunità, che dia espressione ai fondamenti giuridici contenuti nei Trattati.

PARTE B

L'APPROCCIO DELLE COMUNITÀ EUROPEE

IV. SCELTA DELLE ATTIVITÀ

a) Raggio d'azione delle attività possibili

48. Il Consiglio e gli Stati membri hanno inoltre identificato un gran numero di aree in cui condurre le possibili azioni, a livello comunitario. Ciò dimostra la gamma e la varietà delle attese e sottolinea la necessità di stabilire le priorità in modo da raccordare risorse e domanda:

- continuazione dei programmi comunitari in corso sul cancro e sull'Aids
- malattie cardiovascolari
- malattie trasmissibili
- malattie mentali
- malattie ereditarie
- asma e allergie
- migrazione e sanità
- sanità e ambiente
- prevenzione degli incidenti e della violenza
- prevenzione della tossicodipendenza
- miglioramento dei dati e loro compatibilità
- nutrizione
- tabacco
- alcol
- scambi di informazione sulle politiche degli Stati membri
- progetti pilota per la prevenzione e per la diagnosi precoce
- creazione dei centri d'eccellenza
- visite di scambio per gli addetti alla sanità
- ricerca sanitaria pubblica
- limitazione dei costi
- scelte sanitarie fondamentali
- autosufficienza delle riserve di sangue
- tossicologia
- i giovani e la salute
- uso dei prodotti farmaceutici
- dialisi renale
- tessera d'urgenza sanitaria

49. Nel capitolo II, in base alle informazioni sulla mortalità e la morbosità, sono identificate le categorie di malattie e affezioni che costituiscono per la Comunità le più gravi minacce attuali o potenziali, ossia i gravi flagelli sanitari. Il presente capitolo esamina queste malattie separatamente, in modo da accertarne l'idoneità all'azione comunitaria. Per far ciò è necessario stabilire ampi obiettivi per l'azione comunitaria e i criteri operativi basati su

questi obiettivi per la selezione delle malattie.

50. Vi sono essenzialmente quattro obiettivi interconnessi per l'azione comunitaria:
- i) prevenire la morte prematura che colpisce specialmente la popolazione giovane e inattiva;
 - ii) aumentare la speranza di vita senza minorazioni o malattie;
 - iii) promuovere la qualità della vita migliorando lo stato di salute generale ed evitando le affezioni croniche e disabilitanti;
 - iv) promuovere il benessere generale della popolazione, in particolare riducendo al minimo le conseguenze socio-economiche derivanti dalla salute precaria.

51. Per raggiungere questi obiettivi e massimizzare l'impatto della sua azione, la Comunità deve individuare le malattie da affrontare a titolo prioritario. Tale operazione inizia con l'esame dei dati che contribuiscono a stabilire quali siano le principali minacce sanitarie, compresi i dati sulla mortalità, la morbosità, i danni potenziali in caso di non intervento, la compatibilità con le misure preventive, la percezione da parte del pubblico e i costi, sia sociali che economici. In base ai criteri comunitari di sussidiarietà e di valore aggiunto, potranno quindi essere scelte per l'azione comunitaria le grandi minacce sanitarie e altre piaghe per i quali si possa dimostrare che l'azione da parte della Comunità sia efficace sul piano economico, prontamente disponibile o idonea. Inoltre, possono essere selezionate per l'azione comunitaria altre malattie che non possono essere considerate di grande rilievo, a condizione che si possa dimostrare che la lotta contro di esse possa beneficiare dell'intervento della Comunità.

52. L'azione e le misure della Comunità devono essere pertinenti, trasparenti e spiegate in modo da potere essere comprese dai cittadini della Comunità: esse dovranno essere indirizzate, tuttavia, solo ai soggetti responsabili delle decisioni e agli addetti di diversi Stati membri. Pena il rischio che più l'azione diventa visibile, maggiori diventino le possibilità di frammentazione degli sforzi e delle risorse, e minore l'impatto e il grado di soddisfazione ad esso associato.

b) I mezzi dell'azione comunitaria

53. L'azione comunitaria sarà imperniata in particolare sull'incoraggiamento della cooperazione tra Stati membri, sul sostegno all'azione di questi, sulla promozione in stretto contatto con gli Stati membri il coordinamento delle loro politiche e programmi, e sul migliore utilizzo delle politiche comunitarie quando queste afferiscono alla pubblica sanità. Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle seguenti attività: informazione sanitaria, promozione sanitaria, educazione sanitaria, formazione sanitaria, cooperazione con le organizzazioni internazionali e con i paesi terzi, ricerca. L'azione della Comunità può assumere, in particolare, le seguenti forme:

1) Creazione di un contesto generale per il coordinamento delle politiche e dei programmi degli Stati membri (reti, azioni comuni, sistemi di scambio di informazioni). È vero che gli Stati membri cooperano già in determinate aree, ma ora questa cooperazione può ora essere rafforzata. Una maggiore cooperazione potrebbe comportare, per esempio:

- * definizione di obiettivi comuni, in particolari aree, o per nuove minacce e problemi sanitari;
- * programmi per lo scambio di esperienze e di addetti del settore sanitario e diffusione dei metodi più efficaci;
- * unificazione e rilevamento di dati comparabili/compatibili sulla salute, e promozione di sistemi di monitoraggio e vigilanza sanitaria;
- * creazione di reti di informazione per la valutazione dei diversi trattamenti e delle nuove tecnologie applicate alla sanità;
- * stesura di un rapporto d'avanzamento annuale sulla situazione sanitaria nell'ambito della Comunità, basato principalmente sui rapporti di ciascuno Stato membro, così da poter valutare le attività intraprese e da poter assumere decisioni per il futuro;
- * assistenza finanziaria di programmi e di progetti pilota.
- * assistenza agli sforzi degli Stati membri per ridurre i costi sanitari mediante una riduzione degli ostacoli al libero movimento dei pazienti tra Stati membri e mediante lo sviluppo degli aspetti sanitari connessi all'uso dei prodotti medicinali, rispettando al tempo stesso le competenze degli Stati membri in questi campi.

2) Uso migliore delle politiche e degli strumenti comunitari, aventi rapporto con la sanità pubblica. In questo senso si dovrà prestare maggiore attenzione alle ripercussioni sulla tutela sanitaria e sulla prevenzione delle malattie derivanti dall'introduzione di nuove iniziative comunitarie in aree diverse dalla sanità.

c) Selezione delle aree di attività

i) Criteri di selezione

54. Su questa base possono essere enunciati i seguenti criteri per identificare le malattie (o le minacce sanitarie) che potranno essere oggetto dell'azione comunitaria:

1. Malattie che causano, o causerebbero con forte probabilità in mancanza di intervento, una morte sensibilmente prematura (anni di vita perduti) e/o presentano un tasso di mortalità complessivamente elevato;
2. Malattie che causano, o causerebbero con forte probabilità in mancanza di intervento, un notevole degrado delle condizioni di salute per l'elevata prevalenza della morbosità o aventi la capacità potenziale di provare un'elevata morbosità e/o gravi minorazioni (perdita di anni di vita senza minorazioni);
3. Malattie aventi conseguenze rilevanti per la qualità della vita nonché grandi ripercussioni socio-economiche, come costi elevati di assistenza sanitaria e di trattamento o notevole assenteismo e inabilità al lavoro;
4. Malattie per le quali esistono misure di prevenzione praticabili;
5. Malattie per le quali l'avvio di azioni da parte della Comunità costituisca un valore aggiunto, particolarmente mediante economie di scala.

55. Mentre l'applicazione dei criteri 1 e 2 può essere relativamente agevole, vanno sottolineate l'importanza e le difficoltà di utilizzare il terzo criterio. Quello della "qualità della vita" è infatti un criterio molto soggettivo, utilizzato per descrivere il grado di minorazione, di sofferenza o dolore, o la capacità di eseguire le normali attività della vita.

Alcuni studi lasciano pensare che le persone considerano alcune condizioni di salute come "un destino peggiore della morte". e di queste considerazioni sono state si è tenuto conto nelle valutazioni dell'onere globale delle malattie utilizzando parametri come l'anno di vita ponderato rispetto alla qualità della vita.

56. Il procedimento di scelta comporta due fasi distinte. In primo luogo, applicando i primi quattro criteri, si possono individuare le malattie di maggior rilevanza su tutto il territorio della Comunità; queste non saranno necessariamente le grandi malattie di cui la Comunità dovrà occuparsi. Queste ultimi potranno essere determinate esclusivamente in seguito ad una seconda fase di selezione, basata sull'ultimo criterio, che esige il raggiungimento di valore aggiunto da parte della Comunità. Per determinare infine quali malattie, tra quelle individuate con il procedimento in due fasi, debbano essere affrontate a titolo prioritario ci si deve prefiggere di massimizzare il valore aggiunto comunitario: in termini di miglioramento sanitario ottenuto fornendo la necessaria coerenza e continuità con le attività comunitarie già intraprese contro talune malattie, e tentando di colpire con una data azione quante più malattie possibile.

57. La prima operazione del procedimento comporta l'esame e l'analisi dei dati disponibili relativamente al numero di malattie rilevanti tra quelle elencate nella Classificazione Internazionale delle Malattie. La tabella nell'allegato IV contiene un elenco delle malattie valutate in base ai suddetti criteri. L'allegato V contiene i dati statistici utilizzati nell'analisi e discussione sulle tendenze qui appresso riportata. Nei seguenti paragrafi sono indicate le malattie che, in base ai criteri enunciati, dovrebbero essere oggetto dell'azione comunitaria e sono discusse le tendenze. Sono descritte inoltre le azioni comunitarie nel campo della prevenzione della tossicodipendenza, già prescelte come priorità nell'articolo 129 del T.U.E.

ii) Grandi piaghe sanitarie a parte la droga

Cancro

58. La forma più cospicua di cancro connesso allo stile di vita è il cancro delle vie respiratorie e dei polmoni. I dati epidemiologici dimostrano che esso è collegato principalmente al fumo. Negli ultimi decenni vi è stato un aumento dei casi di cancro connessi al tabacco e all'alcol (principalmente il tratto respiratorio e digestivo superiore e i polmoni).

59. Il diagramma 2 dell'allegato V evidenzia con chiarezza la tendenza verso la prevalenza media comunitaria delle minacce sanitarie connesse allo stile di vita e il livellamento della prevalenza tra uomini e donne (dovuto all'aumento del fumo per le donne). I più rapidi sviluppi si manifestano nel caso della Danimarca e dei Paesi Bassi, ma la tendenza è ravvisabile in tutti i paesi a eccezione della Spagna, in cui invece è apparso un calo nella prevalenza tra le donne. Per quanto riguarda le altre forme di cancro, le tendenze non sono altrettanto chiare e in alcuni casi non seguono lo stesso andamento. Ciò è ascrivibile a due fattori: in primo luogo il cambiamento dello stile di vita e in secondo luogo la migliorata capacità di compiere analisi precoci, donde la possibilità di intervento precoce. Le migliori possibilità di diagnosi precoce (unite alla migliore igiene sessuale) fanno sì che nel caso del cancro cervicale si può identificare un calo tendenziale. Per quanto riguarda il cancro della mammella, tuttavia, si evidenzia una tendenza opposta: in quasi tutti gli Stati i casi sono in

aumento. È difficile dare una spiegazione semplice per questo fenomeno, dato che il cancro alla mammella non può essere collegato facilmente con fattori di rischio connessi allo stile di vita, benché vi siano sospetti a carico della dieta alimentare. Analogamente vi è un aumento del numero complessivo dei casi di cancro delle vie digestive. In questo caso, tuttavia, il nesso con l'alimentazione e con il mutamento delle abitudini alimentari è percepito in gran parte come principale spiegazione. Di questo e del nesso tra cancro al seno e dieta alimentare si sta occupando il programma "Europa contro il cancro", mediante un grande sondaggio delle abitudini alimentari di sette Stati membri.

Malattie cardiovascolari

60. Vi è una marcata tendenza verso un calo significativo della prevalenza delle malattie cardiovascolari, sebbene in Grecia e in Spagna le cifre non siano altrettanto univoche che quelle degli altri Stati membri, per ragioni che potrebbero avere a che fare con il mutamento delle abitudini alimentari. Per questo fenomeno non è stata finora proposta una spiegazione che non lasci adito a dubbi, ma sembra sussistere una certa correlazione tra la riduzione della prevalenza e il mutamento dello stile di vita. In linea generale, vi è stato un calo di mortalità più marcato nei paesi in cui: è stata più accentuata la diminuzione del numero di fumatori; sono stati migliori i controlli della pressione sanguigna; è stato più accentuato il calo del livello di siero-colesterolo ed è stato più marcato l'aumento dell'attività fisica. Inoltre, l'introduzione di metodi di terapia più efficaci ha avuto anch'essa un'influenza sulla mortalità.

Incidenti

61. Dal 1970 nella Comunità il tasso di mortalità globale dovuto a tutti i tipi di incidenti (compreso l'avvelenamento) è diminuito. Per quanto riguarda gli incidenti stradali, nella maggior parte degli Stati membri vi è stato un calo significativo nei tassi di mortalità e di ferimento. Per esempio: il tasso di mortalità della Francia è calato di un terzo tra il 1970 e il 1990; quello dell'Italia è diminuito della metà e quello dei Paesi bassi di due terzi. D'altro canto, in Portogallo a partire dal 1985 il tasso di ferimento è aumentato considerevolmente e in Spagna il tasso di mortalità e quello di ferimento sono aumentati durante il periodo, sebbene siano ancora a livelli relativamente bassi. Va inoltre sottolineato il fatto che nella Comunità gli incidenti stradali, come indicato nella tabella 5 (allegato V) restano la causa principale di morte tra i giovani.

Suicidio

62. Negli ultimi 20 anni, il numero complessivo di suicidi nella Comunità ha presentato una tendenza all'aumento. Dal confronto tra il primo e l'ultimo anno disponibile (1970 e 1989) emerge che la Germania è il solo paese in cui si è avuto un calo significativo del numero di suicidi. Negli altri Stati membri il livello è stabile o in aumento. Non è possibile dare una spiegazione precisa di questo fenomeno, benché sia ovvio che i mutamenti sociali abbiano una loro parte. Ma le differenze tra le tradizioni politiche, culturali e storiche tendono ad essere importanti, come è dimostrato dal fatto che generalmente il suicidio è stato meno comune nell'Europa meridionale che in alcuni paesi dell'Europa settentrionale.

Aids e altre malattie trasmissibili

63. Nella Comunità le malattie trasmissibili hanno cessato in larga misura di essere una causa prevalente di morte, benché esse causino ancora una notevole morbosità. L'arrivo dell'Aids all'inizio degli anni '80, tuttavia, ha modificato in una certa misura questa situazione. Nella Comunità, l'ultimo decennio ha visto un rapido aumento del numero di persone affette da questa malattia. Nel 1982, vi sono state solo 86 segnalazioni di persone affette da Aids. Nel 1990 questa cifra era salita a quasi 14 000 soggetti. Queste cifre continuano ancora a salire, benché il tasso di aumento sia diminuito. A tutto il 30 giugno 1992 erano stati segnalati 69 000 casi, mentre al 30 giugno 1993 il numero è salito a 89 000. Tenendo conto dei ritardi nella segnalazione dei casi, si calcola che il totale cumulativo complessivo a fine giugno 1993 fosse di oltre 95 000 casi. Benché tutti gli Stati membri della Comunità siano colpiti, a tre di essi - Francia, Spagna e I - è ascrivibile il 71% dei casi osservati in tutta la Comunità. Negli Stati membri settentrionali il massimo numero di casi di Aids si osserva tra gli omosessuali, mentre negli Stati meridionali ciò è vero per gli utilizzatori di droga iniettabile. Ma l'incidenza dei casi di Aids tra eterosessuali continua ad aumentare in tutto il territorio della Comunità. Non vi sono dati precisi sul numero di persone nella Comunità affette dall'HIV, il virus che provoca l'Aids. Ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità calcola che le persone infette siano circa 500 000.

64. La recente recrudescenza della tubercolosi, spesso associata all'Aids, mette in evidenza la necessità di continuare a prendere provvedimenti contro le malattie trasmissibili.

Altre malattie importanti

65. Come indicato nella tabella 1, diverse altre malattie, in particolare le infermità mentali, le affezioni muscolo-scheletriche e le patologie delle vie respiratorie sono all'origine di una notevole morbosità nella Comunità. È probabile che l'invecchiamento della popolazione accentuerà la prevalenza di queste affezioni. In futuro si dovrà contemplare la possibilità di un'intervento comunitario contro queste malattie, anche se tale intervento non è della massima priorità.

iii) Tossicodipendenza

66. La tossicodipendenza è la sola minaccia sanitaria espressamente citata nell'articolo 129. Questa circostanza la rende automaticamente una priorità per l'azione sanitaria della Comunità. Gli interventi contro la droga beneficiano già di un coordinamento a livello comunitario: le proporzioni di questo problema dai molteplici aspetti, con le sue connessioni con le grandi piaghe sociali come l'emarginazione e la disoccupazione e le difficoltà incontrate dagli Stati membri nel combatterne i gravi effetti sulla società, ha condotto ad una serie di iniziative assunte a livello comunitario nel corso degli ultimi anni. L'ampia gamma di attività adottate dal Consiglio e dal Parlamento europeo ha dimostrato la grande importanza che queste istituzioni annettono al problema ed ha confermato che secondo l'opinione di queste occorre affrontare il problema con azioni a livello comunitario. Questo modo di vedere è stato corroborato dall'articolo 129, che cita in modo particolare la droga, come grande piaga alla quale l'intervento comunitario deve rivolgersi prioritariamente.

67. Tra le iniziative importanti riguardanti la droga vi sono la risoluzione del Consiglio dell'ottobre 1986 e il Piano europeo contro la droga elaborato dal Comitato europeo per la

lotta alla droga (C'elad), adottato dal Consiglio europeo nel dicembre 1990 e prorogato dallo stesso Consiglio europeo nel dicembre 1992. Questi documenti definiscono un ampio ventaglio di attività da intraprendere. Nel febbraio 1993, inoltre, il Consiglio ha adottato un regolamento che istituisce l'EMCDDA, che ha il compito del rilevamento, dell'analisi, del confronto e della valutazione dei dati nel campo della droga, con particolare risalto, nel triennio iniziale del programma di lavoro, alla domanda e alla riduzione della domanda di droga. In futuro la Comunità sarà in grado di consolidare i propri risultati nel campo della prevenzione della tossicodipendenza, mettere a frutto il lavoro già compiuto e proporre un programma avanzato per l'azione sanitaria contro la droga e la tossicodipendenza.

iv) Malattie rare

68. Per definizione, le malattie rare hanno un impatto minore sulla società e danno origine a livelli di mortalità e morbosità relativamente ridotti. Tuttavia, l'esperienza dimostra che per la loro stessa rarità e per la conseguente scarsità di informazioni disponibili sul loro conto, queste malattie possono dar luogo a problemi rilevanti per determinati paesi. La malattia del legionario, il morbo di Kreutzfeld-Jacob e i disordini genetici come l'emofilia, sono esempi palesi. Potrebbero quindi essere benefiche iniziative comunitarie mirate a tali malattie, per integrare gli sforzi degli Stati membri e per massimizzare lo scambio di informazioni e di esperienze, in modo che tutti gli Stati membri siano aiutati ad attuare gli interventi opportuni qualora si trovino a dovere affrontare una minaccia insolita. Vi sono altre malattie che possono essere rare in alcuni Stati membri ma non in altri. Un tipico esempio è la talassemia, che è diffusa nel meridione della Comunità. Per quanto riguarda le malattie rare, quindi, la Comunità dovrà cooperare a stretto contatto con gli Stati membri per ideare iniziative che abbiano buone probabilità di generare economie di scala e di creare solidarietà tra gli Stati membri.

V. ORIGINE DELLE MALATTIE

69. I gruppi di malattie menzionati nel precedente capitolo sono quelli ai quali dovrebbero indirizzarsi le misure Comunitarie. Ma affinché l'azione preventiva abbia il massimo dell'efficacia, non basta dirigerla verso particolari malattie o gruppi di malattie; ancora più importante è che essa affronti i fattori causali che ne sono alla base. Quindi, per considerare quale tipo di misure possano essere adeguate e quale priorità vada ad esse assegnata, è necessario analizzare i fattori chiave connessi con l'eziologia di tali affezioni.

70. Naturalmente, come sembrano indicare le significative variazioni della morbosità e mortalità tra i diversi ceti sociali all'interno degli Stati membri, le condizioni socio-economiche avverse (p.es. l'alloggio inadeguato, l'accesso difficoltoso all'assistenza sanitaria, la disoccupazione di lunga durata) costituiscono una minaccia per la pubblica sanità. Questo nesso è stato riconosciuto nel programma varato recentemente sull'esclusione sociale (COM (93) 435) che si prefigge di valutare mediante progetti selezionati l'impatto che ha tutta una serie di condizioni socio-economiche sull'esclusione sociale e di promuovere la solidarietà. Tuttavia, la lotta contro queste condizioni, benché sia al centro delle altre politiche comunitarie, costituisce una delle maggiori preoccupazioni della Comunità nella ricerca dei suoi obiettivi per contribuire a prevenire i rischi a cui sono esposte alcune categorie, e nella ideazione di una strategia efficace per la tutela sanitaria.

71. Senza pretendere di essere completa, la tabella 3 elenca i principali fattori associati con le grandi minacce sanitarie individuate dianzi.

Tabella 3 FATTORI EZIOLOGICI DELLE MALATTIE	
MALATTIA	FATTORI
Incidenti	Guida in stato di ubriachezza, comportamento imprudente, prodotti e servizi di concezione inadeguata, problemi ambientali
Cancro	Tabagismo, alcolismo, alimentazione inadeguata, fattori genetici, esposizione a radiazioni e sostanze carcinogene
Malattie cardiovascolari	Tabagismo, alcolismo, alimentazione inadeguata, fattori genetici, stress, carenza di moto
Malattie trasmissibili, compreso l'Aids	Igiene carente, acqua insalubre, comportamento sessuale imprudente, tossicodipendenza, alimentazione, sangue contaminato
Tossicodipendenza	Problemi d'ordine socio-economico, disordini psichici, stress
Infermità mentale, compreso il suicidio	Problemi d'ordine socio-economico, fattori genetici, stress
Affezioni muscolo-scheletriche	Ambiente di lavoro degradato, stress fisico, alimentazione, carenza di moto
Malattie respiratorie, compreso l'asma	Problemi ambientali (compresi gli inquinanti), fumo, fattori genetici

72. Dalla tabella risulta chiaro che, in modo del tutto indipendente dall'eredità genetica, associati a queste malattie vi sono vari altri fattori comuni, sia specifici che generali. Tra i fattori specifici, il fumo e l'alcol sono chiamati direttamente in causa nonché, in minor misura, la nutrizione. Più in generale, i problemi ambientali sono direttamente coinvolti o in qualche misura associati con tutte le suviste malattie. Alcuni fattori sono inoltre associati ad altre affezioni significative: i problemi nutrizionali, per esempio, sono un fattore centrale nel caso del diabete, del rachitismo e dell'osteoporosi; l'alcol provoca la cirrosi il fumo da parte delle gestanti aumenta il rischio di mortalità infantile.

73. In termini di definizione di una strategia efficace di prevenzione delle malattie e di tutela sanitaria, il fatto che diversi fattori chiave siano comuni a svariate affezioni ha importanti conseguenze. Ciò significa, per esempio, che le misure volte a evitare che le

persone comincino a fumare hanno un impatto significativo sugli indici di morbosità e di mortalità relativi a svariate affezioni. Ciò ne accentua vistosamente l'impatto.

74. Si dicono misure "orizzontali" quelle volte ad eliminare o ridurre l'impatto di particolari fattori causali connessi a diverse malattie e che utilizzano per esempio azioni nel campo dell'informazione, educazione e promozione sanitaria, riguardano questioni come la nutrizione, il tabacco e l'alcol e si rivolgono al pubblico in genere o a particolari categorie come i bambini e gli anziani. Tali misure possono assolvere un ruolo decisivo nella strategia generale e contribuire a massimizzare gli effetti ottenibili con le limitate risorse disponibili. Esse costituiscono un elemento chiave della strategia enunciata nel capitolo IV. Tuttavia, oltre ad affrontare i fattori che concorrono a diverse affezioni, non vanno trascurate le peculiarità di ciascuna malattia. In linea generale, per molte malattie è difficile risalire con precisione assoluta alla causa delle stesse. L'evoluzione della microbiologia ha permesso a poco a poco di identificare i microorganismi responsabili della maggior parte delle malattie infettive, ma sarà necessario attendere la mappa del genoma umano per sapere quali geni sono all'origine di alcune patologie. Inoltre, i mezzi per combattere queste malattie verranno certamente adeguati dal momento in cui sarà scoperta l'esatta origine del male.

75. Come nel caso dell'informazione sulla prevalenza e sugli effetti delle malattie stesse in tutta la Comunità, anche l'informazione sui principali fattori causali è altrettanto frammentaria. Tuttavia, su tre tra i più importanti fattori - nutrizione, fumo e alcol - sono disponibili alcune informazioni estraibili dalle cifre dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che offrono un quadro di tendenze in tutta la Comunità.

76. Per quanto riguarda la nutrizione, esistono cifre sulla percentuale di grassi e proteine presenti nella dieta. Nel 1989 la percentuale di grassi variava dal 34% in Portogallo al 47% in Belgio e quella delle proteine dal 10% in Grecia al 14% in Francia. Più significative, tuttavia, sono le tendenze che indicano come la percentuale di proteine nella dieta non sia variata molto dal 1970, mentre vi è stato un notevole aumento di grassi assorbiti in diversi paesi, in particolare Francia, Italia, Portogallo e Spagna.

77. Per quanto riguarda il fumo, vi sono cifre indicanti il consumo annuo complessivo di sigarette pro capite negli Stati membri, le quali indicano una netta divergenza tra la tendenza negli Stati settentrionali e quella negli Stati meridionali. Nel periodo 1976-1990, il consumo complessivo è diminuito in sei Stati settentrionali di valori compresi tra il 13.4% della Danimarca (da 1801 a 1560 unità all'anno) e il 25.5% dei Paesi Bassi (da 2086 a 1555 unità all'anno). D'altro canto, vi sono stati considerevoli aumenti negli Stati meridionali, tra i quali la Spagna presenta un aumento dell'87.8% (da 1122 a 2109 unità all'anno). La divergenza tra nord e sud tende ad emergere dai dati Eurostat relativi alla spesa di tabacco espressa in rapporto alla spesa complessiva dei nuclei familiari.

78. La tendenza dei consumi di alcol è praticamente un'immagine speculare di quella del fumo. Nel periodo tra il 1970 e il 1988 negli Stati settentrionali vi è stato un aumento considerevole del consumo di alcol pro capite: per esempio, in Danimarca vi è stato un aumento del 45.6% (da 6.8 a 9.9 litri di alcol puro all'anno pro capite), nei Paesi Bassi del 46.4% (da 5.6 a 8.2) e nel Regno Unito del 43.4% (da 5.3 a 7.6). Nel frattempo nei paesi meridionali il consumo è diminuito: in I si è avuto un calo del 36.5% (da 13.7 a 8.7) e in Francia del 21.6% (da 16.2 a 12.7).

79. Va sottolineato che i dati suvvisi vanno interpretati con molta cautela, poiché le linee base dei vari Stati membri variano considerevolmente. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relativi all'alcol in percentuale dell'apporto energetico totale, per esempio, indicano che nel 1989 vi sono state differenze notevoli tra gli Stati membri: dal 3% in Grecia all'8% in Germania. La maggiore utilità di tali cifre è quella di indicare le tendenze che a loro volta possono rivelare problemi in corso o potenziali ed evidenziare le aree alle quali potrebbe essere applicato l'intervento.

VI. NATURA E PROPORZIONI DELL'INTERVENTO COMUNITARIO

a) L'impostazione generale

88. Il settore della sanità è un campo vastissimo di attività organizzate, i cui meccanismi ed effetti hanno un'influenza diretta e profonda su uno dei beni più cari all'individuo, ossia la salute. Le tradizioni, le prassi e l'organizzazione giuridico amministrativa dei servizi sanitari sono talmente varie da rendere vana qualsiasi prospettiva di unificazione o armonizzazione delle politiche in questo campo.

81. Il ruolo della Comunità è quello di sostenere gli sforzi degli Stati membri nel campo della pubblica sanità, di contribuire alla formulazione e attuazione degli obiettivi, delle politiche e strategie e di contribuire alla continuità del sistema di tutela della salute in tutta la Comunità, definendo come appropriato livello di ambizione il raggiungimento dei migliori risultati già ottenuti in una data area ovunque questa si trovi nella comunità.

82. Le esigenze nel settore della sanità pubblica in tutta la Comunità sono vaste ed è esclusa a priori l'eventualità che la Comunità possa soddisfarle in blocco. La Comunità condurrà invece quelle azioni che produrranno il massimo valore aggiunto a partire dalle limitate risorse disponibili, utilizzando strumenti e misure che possano avere il massimo impatto. La Commissione si sforzerà di fare in modo che le azioni a livello politico e strategico, indirizzate al massimo numero di malattie scelte, abbiano massima priorità, mezzi sufficienti e obiettivi chiari. La Commissione darà priorità a progetti su grande scala e di vasto impatto, che coinvolgano nella massima misura le organizzazioni governative e quelle non governative che abbiano una reputazione affermata nel rispettivo campo d'azione. La Commissione farà inoltre in modo che gli strumenti delle altre politiche siano utilizzati per, o contribuiscano a, la protezione della salute e che ogni eventuale impatto negativo da parte di altre politiche sia eliminato mediante una "sorveglianza sanitaria" a tutti gli stadi della stesura degli strumenti e programmi afferenti. Infine, la Commissione sarà pronta a rispondere alle richieste da parte degli Stati membri di contributo alla cooperazione tra loro e qualora opportuno si avvarrà dell'ausilio di organizzazioni internazionali competenti per le questioni sanitarie.

83. Nella tabella 4 è indicato il tipo di azione che può essere intrapreso a livello comunitario per tutta una serie di minacce sanitarie espresse sia come malattie o come gruppo di malattie connesse o ancora come fattore causale. Particolarmente importanti sono le attività miranti a sostenere le azioni degli Stati membri e la promozione del coordinamento delle rispettive politiche e programmi, la cooperazione con le organizzazioni internazionali e i paesi terzi, l'informazione, l'educazione, la promozione, la formazione e la ricerca sanitaria, discusse qui di seguito.

TABELLA 4

POSSIBILITÀ DI AZIONE COMUNITARIA

TIPO DI AZIONE	Indicatori dati sanitari	Sorveglianza monitoraggio	Sanità pubblica	Informazione gruppi specifici	Educazione promozione sanitaria	Formazione degli addetti sanitari	Cooperazione tra Stati membri	Coordinament o delle politiche	Formulazione e attuazione di strategie	Uso di strumenti di altre politiche	Sostegno finanziario	Sondaggi, studi	Cooperazione con le orga- nizzazioni internazionali e con i paesi terzi	Altre azioni preventive specifiche
MINACCE SANITARIE E MALATTIE														
Consumo di tabacco	****	*	***	**	***	**	****	****	****	****	***	*	**	*
Tossicodipendenza	****	***	*	***	****	****	****	****	****	****	****	***	****	***
Alcolismo	****	*	***	**	***	**	***	**	**	****	***	***	**	*
Carenza di moto	**	*	**	*	**	*	*	*	*	*	**	**	**	*
Alimentazione inadeguata	****	*	***	***	***	**	***	**	**	****	***	****	**	*
Cancro	****	***	****	****	****	***	***	***	****	****	****	****	****	****
Malattie dell'apparato circolatorio	****	**	***	****	****	***	***	**	***	***	**	***	***	***
Malattie respiratorie	***	***	**	***	**	***	****	****	****	****	***	***	***	**
Tare congenite	***	**	**	***	**	**	***	*	*	*	**	**	**	**
Patologie perinatali	***	**	**	***	**	**	**	**	*	*	**	**	***	*
Infortuni	****	***	****	***	****	***	***	***	***	****	**	****	**	*
Problemi muscolo- scheletrici	**	*	***	***	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemi visivi	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*
Problemi auditivi	**	*	**	**	**	**	**	*	*	**	**	**	**	*

**** = ELEVATA

*** = MEDIA

** = BASSA

* = NULLA

TABELLA 4

POSSIBILITÀ DI AZIONE COMUNITARIA

TIPO DI AZIONE MINACCE SANITARIE E MALATTIE	Indicatori dati sanitari	Sorveglianza monitoraggio	Sanità pubblica	Informazione gruppi specifici	Educazione- promozione sanitaria	Formazione degli addetti sanitari	Cooperazione tra Stati membri	Coordina- mento delle politiche	Formulazione e attuazione di strategie	Uso di strumenti di altre politiche	Sostegno finanziario	Sondaggi, studi	Cooperazione con le orga- nizzazioni internazionali e con i paesi terzi	Altre azioni preventive specifiche
Disordini mentali suicidio	****	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	**
Disordini inerenti alla nutrizione	**	*	*	**	**	**	**	*	*	**	**	***	**	*
Aids	****	****	**	****	****	****	****	****	****	***	****	****	****	****
Altre malattie trasmissibili	****	****	**	****	**	****	****	****	****	**	****	****	****	***
Malattie rare	***	***	*	***	*	***	****	***	**	*	**	***	***	**
Malattie trasmesse dai cibi	***	***	**	**	**	***	***	***	**	***	**	***	**	**

* * * * = ELEVATA

* * * = MEDIA

* * = BASSA

* = NULLA

b) Meccanismi di consultazione e partecipazione

84. L'articolo 129 del Trattato sull'Unione europea prevede la consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni. Inoltre, gli strumenti della Commissione a carattere obbligatorio prevedono i meccanismi di consultazione e partecipazione in rapporto a programmi e misure adottati dalla Comunità nel campo della pubblica sanità. Oltre a questi meccanismi, la Commissione intende ottenere un supplemento di conoscenza, per far sì che sia disponibile un ottimo dispositivo di consultazione e partecipazione, per offrire orientamenti e reazioni per quanto riguarda le attività della Comunità in rapporto alla tutela sanitaria, semplificando e consolidando al tempo stesso la struttura esistente di comitati e di gruppi di lavoro.

85. La Commissione provvederà ad istituire adeguati dispositivi di consultazione e partecipazione nel contesto degli specifici programmi che attueranno il contesto della sanità pubblica. In questo senso sarà riconosciuto il ruolo degli addetti sanitari e quello delle organizzazioni non governative.

c) Sostegno all'azione degli Stati membri e promozione del coordinamento

86. La Commissione intende basare il proprio coordinamento con gli Stati membri su azioni specifiche, che solo essa sia in grado di attuare, in particolare promuovendo lo scambio di esperienze e di pareri e la preparazione di azioni che possono essere attuate tramite svariati strumenti in diversi settori.

87. Per quanto riguarda le aree di attività in cui la Commissione ritiene sia valido varare azioni nuove e innovative, valgono le seguenti considerazioni:

i) Il confronto e la valutazione delle politiche di prevenzione rispetto alle minacce sanitarie, benché difficoltosa, è essenziale al fine di evitare un'impostazione scoordinata che potrebbe avere un impatto negativo sulle scelte e decisioni delle autorità sanitarie. La Commissione può svolgere un ruolo decisivo sotto questo aspetto conducendo analisi su larga scala riguardanti l'efficienza economica, particolarmente in base ai modelli e agli strumenti messi a disposizione dalla scienza epidemiologica; e formulando proposte di misure e programmi volti a rafforzare le difese contro la malattia.

ii) La Commissione si impegnerà ad assistere gli Stati membri nel migliorare le norme di promozione sanitaria e di prevenzione delle malattie. Mentre alcuni Stati membri hanno indubbiamente raggiunto un alto livello di protezione in alcune aree, poiché lo scopo è quello di raggiungere livelli di protezione pari ai migliori esistenti nella Comunità, la Commissione dovrà tentare di fornire le informazioni necessarie per ovviare agli inconvenienti, prendendo come punti di riferimento le politiche e i programmi degli Stati membri più avanzati sotto questo aspetto. Uno degli obiettivi primari in questo settore sarà l'istituzione di reti interconnesse di centri competenti per la monitorizzazione e il controllo delle malattie, usando dati, criteri e metodi appropriati. Per quanto riguarda le malattie trasmissibili gli sforzi tesi a questo obiettivo sono già in corso e saranno prese iniziative idonee per quanto riguarda altre malattie, mettendo a frutto sistemi e dispositivi già esistenti, per esempio per il cancro.

iii) L'atteggiamento degli Stati membri verso le persone provenienti dai paesi terzi varia in modo considerevole per quanto riguarda i requisiti di tutela sanitaria e l'assistenza sanitaria ad essi concessa. Le politiche in questa area debbono essere coordinate e a tale proposito la Commissione intende varare iniziative opportune. Per raggiungere gli obiettivi suvisti occorre la massima trasparenza tra gli Stati membri e la Commissione dovrà avvalersi di opportune consulenze e ricorrere ampiamente alle consultazioni, in modo da pianificare in modo efficace, di comunicare i suoi messaggi e di promuovere il dialogo sulla questione migranti e salute.

d) Informazione, educazione e promozione sanitaria

88. Le attività destinate al pubblico in genere e a particolari sottogruppi possono essere categorizzate come informazione sanitaria, educazione sanitaria e promozione sanitaria. Nel corso degli anni è diventato chiaro che il significato preciso di ciascuno di questi termini varia a seconda del contesto culturale e linguistico.

89. L'**informazione sanitaria** comporta la comunicazione, spesso rivolta al pubblico generale o anche a particolari gruppi, di informazioni su questioni sanitarie. Il contenuto sarà di norma relativamente generale anziché personale, dato che è improbabile che chi riceve il messaggio possa essere identificato con precisione. Il supporto potrà essere cartaceo (volantini ecc.), a stampa (annunci e articoli), audiovisivo (TV e radio) o, meno spesso, personale (per esempio colloqui e lezioni a cura di esperti sanitari).

90. L'**educazione sanitaria** comporta l'offerta ad un determinato gruppo destinatario di un bagaglio di conoscenze relative alla salute, facendo uso delle opportunità didattiche. Il procedimento comprenderà l'interazione nei due sensi con i destinatari. E lo stesso procedimento non si potrà dire terminato finché il gruppo destinatario non dimostri un mutamento di consapevolezza, che dovrebbe comprendere e superare, la conoscenza di un certo numero di elementi fattuali. Il punto critico è che l'educatore si impegni a fornire una certa serie di informazioni e conoscenze e che adotti diversi metodi per far sì che ciò si realizzi. Va notato che mentre questo procedimento è tipicamente associato con l'istruzione dei ragazzi in ambito scolastico, esso non si limita a questa categoria. La competenza in questo campo appartiene alle strutture amministrative dei singoli Stati membri: se ne potrà occupare sia il ministero della Sanità o quello della Pubblica Istruzione. Ed anche altri ministeri potrebbero avere voce in capitolo.

91. La **promozione sanitaria** è stata descritta come informazione sanitaria applicata. In altre parole, mentre l'informazione sanitaria e l'educazione sanitaria tentano di fornire al gruppo destinatario le informazioni e gli strumenti necessari ad uno stile di vita sano, la promozione sanitaria si deve sforzare attivamente di modificare gli atteggiamenti, il comportamento e l'ambiente, così da poter perseguire uno stile di vita sano. Tra le tecniche vi può essere la legislazione, gli incentivi economici, le modifiche attuate in vari modi dell'ambiente del gruppo destinatario, tali da promuovere uno stile di vita sano. Le misure di promozione sanitaria e quelle che conducono al miglioramento a lungo termine delle condizioni economico sociali debbono procedere di pari passo, poiché la promozione sanitaria è un compito complesso, strettamente connesso con tutta la situazione sociale e politica. Non è sufficiente agire unilateralmente sui problemi di valenza sanitaria, né basta limitare gli

interventi alle persone ad alto rischio: invece, tutta la collettività deve essere coinvolta in uno sforzo comune che dia a tutti un senso continuativo di collaborazione e partecipazione e che conduca a un miglioramento a lungo termine delle condizioni generali di vita.

92. La promozione sanitaria e l'educazione sanitaria possono essere considerate come materie generali che vengono svolte in un'area vasta e varia (famiglia, scuola, lavoro, collettività), trattano malattie o incidenti connessi allo stile di vita (cancro, Aids, droga, malattie cardiovascolari, incidenti ecc.) e mirano a modificare i comportamenti rischiosi (fumo, alcol, nutrizione, tossicodipendenza, carenza di esercizio fisico ecc.). Le differenze socio-culturali tra Stati membri e all'interno di questi sono state attentamente studiate nell'intraprendere le attività comunitarie di promozione sanitaria e di educazione sanitaria, particolarmente per quanto riguarda la nutrizione e la tossicodipendenza.

93. Le diverse metodologie necessarie in una società varia e complessa quale è la Comunità europea non dovranno in alcun caso condurre ad un'impostazione frammentaria. Al contrario, le diverse metodologie dovranno rafforzarsi a vicenda, così da ottenere la massima efficacia da tutte le azioni di promozione sanitaria e di educazione sanitaria. Ciò può essere realizzato collegando le varie metodologie ai diversi livelli (europeo, nazionale, regionale e locale). Un'organizzazione e un coordinamento efficaci delle azioni di promozione sanitaria e di educazione sanitaria a tutti i livelli, oltre all'attenta programmazione e valutazione delle azioni, nel contesto di un piano globale, sono una premessa indispensabile per garantire il massimo vantaggio dagli sforzi impegnati nella promozione della salute. La Commissione, quindi, sta rivedendo i programmi esistenti per fare in modo che qualora vi siano azioni di carattere analogo, come la promozione sanitaria e l'educazione sanitaria, queste vengano raggruppate in modo da evitare la sovrapposizione degli interventi e da migliorare l'efficienza.

94. Nell'attuazione della promozione sanitaria e dell'educazione sanitaria il ruolo della Commissione sarà di:

- facilitare lo scambio di informazioni e di modelli di procedimenti di provata validità mediante la creazione di reti, la preparazione di pacchetti informativi, di manuali e di seminari;
- dare appoggio mediante adeguati incentivi;
- avviare, generare e, secondo bisogno, coordinare le attività a livello comunitario.

95. Sarà fatto un uso appropriato delle risorse e della competenza disponibile negli Stati membri della Comunità, in modo da incrementare l'efficacia delle azioni di promozione sanitaria e di educazione sanitaria.

e) Ricerca

96. Oltre agli articoli dal 130f al 130q sulla "ricerca e sviluppo tecnologico" che trattano tutte le attività di ricerca, l'articolo 129 conferisce alla Comunità un mandato esplicito per la ricerca nel campo della genesi e trasmissione delle malattie. Le azioni che si svolgeranno

nell'ambito di questo quadro di pubblica sanità dovranno sfruttare al massimo i risultati ottenuti dai programmi quadro comunitari per la ricerca.

97. La ricerca su biomedicina e salute (BIOMED) nel contesto dell'attuale programma comunitario di ricerca e sviluppo tecnologico, durerà fino al 1994 con una dotazione finanziaria di oltre 130 milioni di ecu.

98. L'attuale ricerca opera in quattro aree principali:

- coordinamento della ricerca sui sistemi di prevenzione e assistenza sanitaria.
- grandi problemi sanitari e malattie aventi un notevole impatto economico-sociale.
- analisi del genoma umano.
- etica della medicina.

99. L'Aids spicca tra i grandi problemi sanitari. Gli altri grandi problemi sanitari affrontati da questo programma sono il cancro, le malattie cardiovascolari, l'infermità mentale e neurologica e il processo di invecchiamento e i problemi di salute connessi all'età. In tutte queste aree si stanno rafforzando i collegamenti con le attività orientate all'azione.

100. Sono attualmente in corso discussioni riguardanti un quarto programma quadro di ricerca basato su una proposta formale della Commissione (COM(93)276). Il 6 ottobre 93 la Commissione ha pubblicato un documento di lavoro (COM (93) 459) relativo al contenuto scientifico tecnologico dei programmi specifici per l'attuazione del quarto programma quadro. Il documento, attualmente all'esame del Parlamento europeo e del Consiglio, propone i seguenti titoli per la ricerca in biomedicina e sanità nel periodo 1994-1998:

- Aids, tubercolosi e altre malattie infettive;
- cancro;
- ricerca farmaceutica
- scienze neurologiche e ricerca sul cervello;
- prevenzione, sanità sul lavoro, fattori di rischio e ricerca sulla pubblica sanità;
- epidemiologia della malattie aventi un impatto socio-economico;
- malattie cardiovascolari;
- analisi del genoma umano;
- ricerca sui servizi sanitari;
- tecnologia ed ingegneria biomedica;
- etica biomedica.

101. Un'altra area in cui si prevedono sviluppi significativi nella ricerca comunitaria nei prossimi anni è quella del programma di Telematica per l'assistenza sanitaria (già AIM). Le attività in seno all'AIM, per una dotazione finanziaria di quasi 100 milioni di ecu per il periodo '91-94, sono destinate a migliorare la qualità e l'efficienza economica dei servizi sanitari mediante l'uso della telematica, ossia del connubio tra informatica e telecomunicazioni.

102. Per fare in modo che venga condotto un intervento coordinato e che i programmi di ricerca comunitari esistenti trattino adeguatamente i temi della promozione sanitaria e della prevenzione delle malattie si debbono verificare le seguenti condizioni:

- l'identificazione basata su chiare priorità convenute a livello comunitario di quegli aspetti della sanità pubblica che richiedono stimolo e promozione mediante la ricerca;
- la coerenza tra le azioni per la sanità pubblica e le attività di ricerca;
- una strategia chiara che affronti le questioni inerenti ai temi della pubblica sanità;
- la creazione graduale di solide strutture istituzionali, p.es. reti.
- l'adeguata divulgazione dei risultati della ricerca e il loro impatto sulle decisioni a livello di Comunità e di Stati membri

f) Formazione degli addetti del settore sanitario

103. Gli addetti del settore sanitario operanti nei vari contesti (studio di medicina generale, ospedale, scuola, lavoro, settore ricreativo) hanno una funzione decisiva nella trasmissione del messaggio dell'educazione sanitaria e dell'informazione sanitaria alla collettività. Ciò è già stato dimostrato nel caso della lotta contro il cancro e l'Aids, allorché importanti attività sono state intraprese nel contesto dei programmi comunitari pertinenti. E intenzione della Commissione proseguire il lavoro in quest'area, così da:

- i). Accentuare la consapevolezza degli addetti sanitari in merito al ruolo importante che essi possono assumere e a come essi possono contribuire alla prevenzione delle malattie gravi.
- ii). Migliorare la loro comprensione delle questioni inerenti alla prevenzione delle malattie aventi una dimensione multiculturale, p.es. il ruolo della nutrizione, la migrazione (connessa p.es. alla talassemia e all'HIV) e la loro conoscenza delle affezioni che stanno guadagnando terreno (p.es. la tubercolosi).

104. A tal fine, conto tenuto degli orientamenti comunitari relativi all'istruzione e alla formazione, enunciati dalla Commissione nel maggio 1993 (COM (93)183) e dell'esperienza acquisita attraverso i programmi d'azione comunitari, come ERASMUS, FORCE e COMETT, la Commissione effettuerà quanto segue:

- i) Promozione dello scambio di informazioni tra Stati membri sugli attuali corsi e programmi di formazione, in particolare aventi rapporto con la tossicodipendenza, nonché con l'alcol e i medicinali, la nutrizione e le malattie sessualmente trasmissibili.
- ii) Il coordinamento e le raccomandazioni sui programmi di formazione per addetti sanitari, in stretta collaborazione con le autorità competenti, con gli istituti accademici e con i comitati e associazioni interessate.
- iii) Incoraggiamento degli scambi di esperienze sui metodi di insegnamento e sul materiale didattico in rapporto alla prevenzione dei gravi flagelli sanitari e sulla valutazione dell'efficienza degli stessi metodi di insegnamento e materiale.

- iv) Inventario e valutazione dei metodi esistenti e applicazioni pratiche riguardanti il modo di migliorare l'accessibilità e la disponibilità dell'informazione e del materiale destinato agli addetti, in rapporto alla prevenzione dei gravi flagelli sanitari.
 - v) Informazione e promozione della consapevolezza di medici, infermieri e assistenti sociali riguardo a particolari affezioni insolite nei rispettivi Stati, ma che a seguito dell'aumento dei viaggi e delle migrazioni stanno diventando sempre più rilevanti nella Comunità, come la tubercolosi nei migranti, Hiv e malattie sessualmente trasmissibili nei turisti e la talassemia nei soggetti di origine mediterranea.
- g) Cooperazione con le organizzazioni internazionali e i paesi terzi**

105. Benché nell'articolo 129 del Trattato sull'Unione europea sia menzionata espressamente la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali sia espressamente, in generale la cooperazione è già stata avviata in virtù dell'articolo 228 del trattato Cee, che prevede la stipula di accordi tra la Comunità e uno o più Stati o organizzazioni internazionali. Il Trattato stabilisce inoltre che la Commissione deve garantire il mantenimento di tutti i rapporti opportuni con gli organi delle Nazioni Unite, delle agenzie specializzate di questa e manterrà anche i rapporti opportuni con tutte le organizzazioni internazionali (art. 229). Il Trattato Cee prevede inoltre all'articolo 230 la creazione di tutte le forme adeguate di cooperazione con il Consiglio d'Europa e nell'articolo 231 la cooperazione con l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)

106. Già da lungo tempo la Commissione mantiene rapporti di collaborazione con paesi terzi e con numerose organizzazioni internazionali nel campo della salute pubblica. In futuro l'impegno dovrà essere diretto ad aumentare la cooperazione con essi, in modo che tutte le parti interessate ne traggano il massimo beneficio. Per incoraggiare la cooperazione della Comunità con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali nel campo della sanità è necessario avere una buona conoscenza della cooperazione in corso e programmata tra gli Stati membri e i paesi terzi e le organizzazioni internazionali. Ciò contribuirà ad evitare la sovrabbondanza di interventi e a dare appoggio alle azioni intraprese dagli Stati membri.

i) Le organizzazioni internazionali

107. Per un numero relativamente grande di organizzazioni, sia governative che non governative, la sanità figura nel rispettivo programma di attività. Le principali organizzazioni interessate sono: l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Consiglio d'Europa, l'Organizzazione Mondiale per la Migrazione, l'UNESCO, l'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica (AIEA), l'Ocse, l'Oil, la Fao, il Programma internazionale delle Nazioni Unite per il controllo della Droga, la Federazione Internazionale delle società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e il Consiglio internazionale per l'alcol e le dipendenze.

108. Accordi sotto varie forme sono stati stipulati con la maggior parte delle organizzazioni internazionali e in un caso la Comunità è diventata membro a tutti gli effetti di un'organizzazione internazionale (la FAO nel 1991). Eccezion fatta per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le cui attività abbracciano le questioni sanitarie, altre organizzazioni internazionali trattano solo particolari questioni sanitarie in quanto connesse ai loro obiettivi. Tuttavia, nel caso del Consiglio d'Europa, che ha collegamenti con la Comunità in molte

aree, vi è stato un ampliamento del suo ruolo al campo della sanità, in particolare da quanto diversi paesi dell'Europa centro orientale sono diventati membri di tale organizzazione.

109. L'obiettivo di incoraggiare la cooperazione è duplice:

- rafforzare le azioni sanitarie nell'ambito della Comunità, nonché quelle intraprese al di fuori della Comunità ma che hanno un impatto su di essa;
- fare in modo che la Comunità svolga un ruolo di crescente importanza nel campo della sanità al livello internazionale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità

110. La collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità si basa su due scambi epistolari con la Commissione (1972 e 1982). Questa cooperazione riguarda l'Organizzazione nel suo complesso, oltre ai suoi uffici regionali e in particolare l'ufficio europeo e il Centro internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc). A livello operativo, sono stati sviluppati intensi rapporti di lavoro tra la Commissione e l'Organizzazione Mondiale della Sanità in diverse aree. Tra questi vi è l'organizzazione di attività comuni in aree specifiche. Di particolare importanza è la competenza tecnica fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ai servizi della Commissione, per contribuire a rispondere a particolari istanze, come per esempio l'assistenza allo sviluppo e l'offerta di pronto soccorso umanitario. La cooperazione nel campo del cancro con lo Iarc è già alquanto ampia. Al Consiglio è stata trasmessa una rassegna dell'attuale collaborazione tra l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Cce (COM(93) 224 def). È intenzione della Commissione organizzare un ulteriore scambio epistolare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità così da aggiornare, migliorare ed ampliare la cooperazione su temi specifici.

Consiglio d'Europa

111. Con il Consiglio d'Europa, la cooperazione è basata sul Trattato Cee ed è stata ampliata da un accordo del 1987. Nel campo della sanità pubblica, la cooperazione riguarda questioni come il sangue, il trapianto di organi, l'educazione sanitaria, le questioni relative a gioventù e promozione della sanità, attività sportiva e sanità, in particolare il doping. Vi è inoltre una partecipazione intensa ai lavori del Comitato sanitario europeo e con la Farmacopea europea, specialmente in azioni riguardanti la droga in cui vi è una stretta cooperazione tra la Commissione e il Gruppo Pompidou e che sarà ulteriormente ampliata mediante l'istituzione dell'EMCDDA. Oltre a ciò, l'aumentata collaborazione con il Consiglio d'Europa in campo sanitario diretta in modo appropriato potrebbe promuovere la cooperazione con l'Europa centro orientale, contribuendo in tal modo al raggiungimento degli obiettivi del paragrafo 3 dell'articolo 129 del Trattato dell'Unione.

112. La Commissione sta conducendo un'analisi della sua cooperazione con il Consiglio d'Europa nel campo della sanità e renderà disponibili i risultati di questa analisi a tempo debito. Si considererà la possibilità di proporre l'introduzione nel progetto delle convenzioni in campo sanitario del Consiglio d'Europa di clausole che permettano alla Comunità europea di prendervi parte, senza bisogno di negoziare e ratificare particolari protocolli.

Altre organizzazioni internazionali

113. IMO: è in corso la cooperazione sul tema di migrazione e sanità;
UNESCO: è affrontata l'educazione su Aids e droga, che sarà ulteriormente sviluppata.
OIL: vengono condotte attività comuni su droga e alcol sul posto di lavoro. Son in fase di elaborazione iniziative sul fumo, sull'educazione e la promozione sanitaria che coinvolgono anche le famiglie dei lavoratori.
FAO: è stata organizzata una conferenza su nutrizione e salute e si prevedono altre attività comuni per metterne in pratica i risultati.
UNDCP: si sta intensificando la cooperazione sulla riduzione della domanda di droga.
CROCE ROSSA: assistenza è stata offerta assistenza sanitaria a titolo umanitario tramite la Federazione internazionale delle società della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e questa continuerà in futuro su temi quali la disponibilità e la qualità del sangue, la prevenzione dell'Aids ecc.
OCSE: è in corso la cooperazione nel campo degli aspetti sanitari dell'ambiente (in particolare per la sicurezza chimica) e sarà ulteriormente sviluppata sul tema delle statistiche sanitarie.
AIEA: esiste una stretta cooperazione nel campo della protezione dalle radiazioni.

Intensificazione della cooperazione

114. Il carattere dell'intensificazione della cooperazione con le organizzazioni internazionali e con le organizzazioni internazionali non governative potrebbe assumere tre forme:
- nelle questioni di competenza comunitaria, la Commissione potrebbe chiedere alle organizzazioni internazionali di svolgere particolari compiti per la Commissione in aree in cui queste organizzazioni hanno un mandato e dispongono di provata esperienza (progetti comuni).
 - in aree riservate alla cooperazione tra Stati membri, la Commissione può avvalersi dell'aiuto di tali organizzazioni nella conduzione di programmi ed azioni comuni che vadano a vantaggio di alcuni o di tutti gli Stati membri.
 - in aree in cui le organizzazioni internazionali conducono programmi e azioni propri, che non siano temi prioritari per la Commissione o gli Stati membri, la Commissione può fornire assistenza, se tali programmi e azioni rivestono interesse per la Comunità.

ii) Cooperazione con i paesi terzi

115. La cooperazione con i paesi terzi terrà conto dei collegamenti presenti e futuri esistenti tra questi paesi e la Comunità europea. Un certo numero di paesi ha accordi formali con la Comunità: in alcuni di questi accordi la tutela sanitaria è trattata in modo specifico. Si intende esaminare con questi paesi quale risalto sarà attribuito alle questioni sanitarie ai sensi di questi accordi.

116. Conformemente alle conclusioni del Consiglio europeo di Copenaghen (1993) i programmi comunitari dovranno essere aperti ai paesi dell'Europa centro orientale aventi accordi di associazione con la Comunità. Ciò dovrebbe condurre allo sviluppo di collegamenti pratici con questi paesi, per integrare l'assistenza già fornita dalla Comunità. La possibilità di aprire i programmi d'azione alla partecipazione sarà considerata congiuntamente con questi paesi. Analogamente, la cooperazione con i paesi che hanno presentato la domanda di adesione alla Comunità dovrebbe permettere di identificare gli

argomenti di reciproco interesse e la loro graduale partecipazione a diverse attività in corso.

117. Nel contesto delle sue relazioni con i paesi in via di sviluppo, la Comunità partecipa ai programmi di cooperazione nel campo della pubblica sanità. Particolare risalto viene dato al sostegno, mediante vari strumenti finanziari, della riforma del sistema sanitario e alle azioni volte a soddisfare i bisogni primari delle popolazioni interessate, in particolare le categorie più vulnerabili. L'assistenza si estende inoltre alla lotta contro le grandi malattie endemiche, e in particolare alla malattie sessualmente trasmissibili come l'Aids. La collaborazione nel contesto dei programmi di pubblica sanità presenti e futuri sarà incrementata in modo da mettere in comune le esperienze ed adottare strategie coerenti sulle questioni sanitarie importanti sia per la Comunità che per i paesi in via di sviluppo, come l'Aids e la tossicodipendenza.

VII. L'INTERVENTO FUTURO NEL CAMPO DELLA PUBBLICA SANITÀ

118. La strategia scelta per scegliere le minacce sanitarie su cui verterà l'azione a livello comunitario, oltre a ciò che è o sarà intrapreso nel campo della ricerca, indica il perseguimento da parte della Comunità di una serie di (i) azioni di natura a carattere generale che vadano a vantaggio della lotta contro molte malattie, per persone appartenenti a diverse fasce d'età, a diverse categorie socio-economiche, di diverso sesso ecc., quali i dati sanitari e la sorveglianza, l'informazione, educazione e promozione sanitaria, (ii) azioni specifiche per una determinata malattia che necessitano, per una massima efficacia, di essere concentrate su un campo delimitato, garantendo al tempo stesso una continuazione ragionevole dei grandi programmi in corso, che hanno dimostrato il loro valore e hanno riunito le autorità pubbliche, molti gruppi di interesse e singoli su tutto il territorio comunitario, nella migliore dimostrazione del principio di sussidiarietà.

119. La suddetta categoria (i) risponde direttamente alla sfida di intraprendere un'azione contro tutti i principali flagelli sanitari precedentemente identificati, in un modo che prometta di ottenere i massimi frutti in termini sanitari dalla partecipazione della Comunità, e sia suscettibile di beneficiare da un lato coloro che modellano e assumono le decisioni e d'altro lato i cittadini della Comunità. La categoria (ii) contribuirà a facilitare il contributo dei gruppi di interesse e degli esperti e ad avvalersene e a organizzarli meglio nella lotta contro malattie specifiche.

120. L'allegato IV indica, per ogni minaccia sanitaria e malattia identificata, quale sarà l'impatto in termini qualitativi che si prevede deriverà dalla partecipazione della Comunità. I programmi comunitari con azioni a carattere generale, elencati insieme ad altri nella tabella 4, non produrranno valore aggiunto solo rispetto a tali minacce sanitarie e malattie, ma anche rispetto ad altre. È quanto avviene per esempio nel caso dell'informazione sanitaria riguardante l'alimentazione e il fumo in rapporto al cancro e alle malattie cardiovascolari. Infine, le azioni specifiche nel contesto dei programmi per particolari minacce e malattie integreranno e rafforzeranno le azioni precedenti e faranno sì che non venga persa alcuna opportunità nell'affrontare le malattie prescelte in un modo completo e coerente. Sia i programmi aventi per oggetto particolari malattie che quelli di "azione a carattere generale" saranno introdotti utilizzando gli strumenti legislativi previsti dall'articolo 129 del T.U.E. e i loro obiettivi saranno perseguiti mediante misure basate sull'articolo 129 ovvero su altri

articoli pertinenti dei Trattati.

121. In termini di gravi flagelli sanitari, le precedenti considerazioni hanno indotto la Commissione a concludere che attualmente è possibile affrontarne un certo numero in modo sufficiente mediante i programmi e strumenti esistenti, e con future azioni a carattere generale. Si tratta delle malattie cardiovascolari e cerebrovascolari, della infermità mentali, dei difetti congeniti, delle malattie perinatali e dei disordini muscolo-scheletrici. La Commissione intende mantenere la situazione in corso per quanto riguarda le malattie in parola, in modo da potere intraprendere azioni specifiche se ciò si rivelasse appropriato. Inoltre, per i programmi e le misure prescelti, la Commissione intende introdurre meccanismi di valutazione più sistematici, che comportino misurazioni reali nonché gestionali. Tra le prime vi sarà la stima del calo della presenza di fattori di rischio e l'alterazione dei comportamenti e atteggiamenti a rischio; le seconde consentiranno di concludere se gli obiettivi prefissati siano stati raggiunti e quali modifiche siano necessarie, per identificare le cause di successo o di insuccesso e per definire le modalità mediante le quali gli obiettivi possano essere realizzati con spesa minima, e i massimi risultati ottenuti con le risorse date.

122. È possibile ora determinare le aree a cui sarà assegnato carattere prioritario relativamente alla futura azione comunitaria nel settore della pubblica sanità. Tali aree possono essere oggetto di proposte della Commissione relative a programmi globali pluriennali che fisseranno obiettivi chiari e rispetteranno i principi già delineati nel presente documento, tra cui la sussidiarietà. Tali programmi dovrebbero essere introdotti nel corso di un periodo triennale e, in base all'esperienza acquisita, dovrebbero avere durata quinquennale. I temi sui quali tali programmi dovrebbero impernarsi sono:

- Promozione, educazione e formazione sanitaria;
- Dati e indici sanitari; monitoraggio e sorveglianza delle malattie
- Cancro
- Droga
- Aids e altre malattie trasmissibili
- Incidenti e lesioni volontari e involontari
- Malattie derivanti dall'inquinamento
- Malattie rare.

Alla luce dell'esperienza e dell'evoluzione dell'incidenza delle malattie nella Comunità, la Commissione può proporre programmi relativi ad altre minacce sanitarie.

1. BELGIO

(Comunità francofona).

Le aree prioritarie attuali sono: Aids, droga, persone anziane, immigrati e gruppi vulnerabili. Le azioni preventive comprendono l'educazione sanitaria, i servizi sanitari scolastici, le azioni contro la droga, l'Aids e i problemi di infermità mentale. Continuano, inoltre, i programmi esistenti da lungo tempo in materia di vaccinazione, igiene e lesioni sportive.

(Comunità fiamminga).

È stata elaborata una strategia completa di promozione e prevenzione sanitaria, i cui elementi chiave sono:

- definizione delle priorità a medio termine;
- coordinamento delle iniziative locali e regionali che si inseriscono bene nel contesto complessivo nazionale e comunitario;
- integrazione delle impostazioni settoriali in un quadro generale di promozione sanitaria: per esempio sanità scolastica, sanità mentale, prevenzione della tossicodipendenza e questioni inerenti all'infanzia e alla famiglia;
- attuazione delle disposizioni legislative (p.es. segnalazione precoce delle malattie, vaccinazioni);
- fornitura di adeguate risorse per interventi preventivi specifici, in particolare nel campo dell'Aids, del cancro, delle malattie cardiovascolari, della mortalità perinatale, degli incidenti delle malattie trasmissibili e della sanità mentale;
- azione da parte di autorità assistite da altri partner quali l'"Istituto fiammingo per la promozione sanitaria", che dal 1991 costituisce un foro importante per tutte le organizzazioni aventi a che fare con la promozione e l'educazione sanitaria;
- sono stati istituiti anche altri meccanismi di coordinamento in campi specifici, come l'Aids, la prevenzione del tabagismo, alcol e droga, cancro ecc.
- opera di monitoraggio, sorveglianza e controllo qualitativo per la sanità pubblica, compreso il rilevamento dei dati e l'analisi delle tendenze.

2. DANIMARCA

Oltre ad alcuni servizi di prevenzione svolti dal Sistema di assistenza sanitaria, la politica danese di prevenzione si basa sul documento "Programma di promozione sanitaria del governo danese". Questo programma, pubblicato nel 1989, ha dato priorità ai programmi sul cancro, le malattie cardiovascolari, gli infortuni, i problemi psicologici e le malattie muscolo-scheletriche. Oltre a queste priorità, la Danimarca ha programmi specifici in materia di droga e Aids nonché sull'asma e le malattie allergiche.

Il Ministro della Sanità ha il ruolo di coordinatore di tutte le azioni in quest'area condotte dalle agenzie governative e tenta di integrare considerazioni in ordine alla prevenzione nelle altre politiche attuate in Danimarca. A tal fine, sono stati creati diversi organismi di coordinamento, tutti presieduti dal ministro della Sanità

Per quanto riguarda i finanziamenti, le questioni inerenti alla prevenzione sono finanziate dal gettito fiscale.

3. GERMANIA

La competenza per le questioni sanitarie appartiene quasi interamente ai Länder e a parte i programmi federali sul cancro, l'Aids e la droga, tutte le altre azioni di prevenzione sanitaria nonché tutte le altre azioni aventi valenze sanitarie sono svolte in modalità decentrata dai Länder. A sostegno delle suddette attività nel 1993 il governo federale ha varato un programma di ricerca sanitaria denominato "La ricerca sanitaria fino al 2000". Questo programma affronta lo stile di vita, la nutrizione e l'ambiente nonché l'assistenza delle categorie esposte a rischi speciali, ossia i bambini, i giovani, le donne e gli anziani.

Sono stati istituiti numerosi organi federali a carattere consultivo incaricati di trattare questioni di Sanità e Prevenzione, tra i quali spicca il Bundesgesundheitsrat (Consiglio sanitario federale). Il Consiglio dei professionisti esprime indicazioni a titolo consultivo relativamente ad azioni concertate, mentre il Consiglio Federale per la Ricerca Sanitaria ha funzione consultiva per la ricerca. Esistono altri gruppi consultivi e peritali per questioni specifiche.

Le attività preventive sono finanziate dal reddito fiscale a livello di Land e di municipalità, dai contributi di previdenza sociale nonché dai contributi di aziende e da varie altre fonti.

4. GRECIA

In Grecia la politica di prevenzione insegue gli orientamenti dell'"Health for all by the year 2000" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Viene dato risalto alla scelta delle priorità e al coinvolgimento e cooperazione degli organismi pubblici e privati. Tra le aree prioritarie attuali vi sono il cancro, l'Aids, la patologia cardiovascolare, il sangue e gli emoderivati, le malattie ereditarie riguardanti il sangue, gli incidenti, la droga, le infermità mentali, le malattie infettive.

L'azione riguardante il cancro, aiutata dalla Comunità, si impernia sull'alimentazione, sul tabacco e sui programmi di controlli periodici, e sull'elaborazione di un registro nazionale del cancro. La lotta contro l'Aids è portata avanti principalmente tramite speciali programmi di informazione, ricerca e assistenza sociale. Vengono fatti particolari sforzi per incoraggiare la donazione di sangue. Sul sangue così donato vengono quindi compiuti controlli obbligatori per l'epatite B e C e per l'HIV. Sono altrettanto oggetto di particolari sforzi la prevenzione della talassemia e dell'emofilia. Maggiore attenzione viene rivolta alla rilevazione e utilizzazione a scopi preventivi dell'informazione sugli incidenti stradali, casalinghi e durante le attività ricreative, e i programmi di educazione sanitaria sono stati varati utilizzando in particolare il concetto della scuola di promozione sanitaria. L'azione contro le malattie infettive comprende la vaccinazione sistematica e la notifica obbligatoria, nonché misure ad hoc, p. es. per la tubercolosi e la malaria. Gli anziani beneficiano di tutta una serie di azioni di informazione ed educazione sanitaria, e di misure studiate per fornire assistenza a domicilio. Infine, sta acquistando importanza la formazione degli addetti sanitari alla prevenzione e ai problemi dei migranti.

La politica è formulata dal ministero della Sanità e Previdenza sociale, conformemente alle indicazioni del Consiglio sanitario centrale, che annovera esperti provenienti da tutte le professioni sanitarie. Esistono agenzie e organismi specializzati paragonativi incaricati dell'attuazione delle misure e programmi contro alcune malattie e minacce sanitarie.

Il finanziamento dei programmi d'azione e della ricerca proviene principalmente dal bilancio del ministero della Sanità, ma vi sono anche contributi provenienti dalle tasse sul tabacco e

dalle campagne nazionali di donazione.

5. SPAGNA

Gli obiettivi sanitari generali ricadono in tre categorie: promozione di uno stile di vita sano, prevenzione dei rischi ambientali e miglioramento del servizio sanitario.

Per quanto riguarda la promozione di uno stile di vita sano, le misure sanitarie pubbliche mirano a ridurre il consumo di tabacco e i suoi effetti sulla salute, a incoraggiare l'esercizio fisico, a ridurre gli effetti dannosi dell'alcol, a ridurre la tossicodipendenza e l'assuefazione alle sostanze dannose e a sviluppare diete idonee alle esigenze individuali. Le misure per la prevenzione dei rischi ambientali sono volte a ridurre i rischi biologici, fisici e chimici nonché a prevenire i pericoli sul lavoro e gli infortuni. Infine, il miglioramento dei servizi sanitari comprende l'ampliamento dell'assistenza sanitaria pubblica, lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di base, l'assistenza speciale, l'assistenza alla maternità e all'infanzia, lo sviluppo dell'igiene orale, l'assistenza alla sanità mentale e le strutture di riabilitazione e di assistenza geriatrica. Tra i programmi di prevenzione di malattie specifiche vi sono i programmi sulle malattie cardiovascolari, sul cancro, l'Aids, gli infortuni e le zoonosi. Oltre a questi programmi, vengono svolti due programmi orizzontali inerenti alla promozione sanitaria e all'educazione sanitaria.

La competenza per l'esecuzione delle politiche sanitarie è distribuita a tutti i livelli amministrativi: al livello nazionale, regione e locale. Diversi organi consultivi contribuiscono alla formulazione e attuazione delle varie politiche. Le disposizioni legislative governano aree come le vaccinazioni, le malattie notificabili, l'igiene alimentare, la protezione atmosferica, la protezione dagli agenti fisici e la protezione dai pericoli sul posto di lavoro. Una serie completa di strumenti legislativi regola inoltre il tabacco: divieto di pubblicità, avvisi sanitari, contenuto di nicotina e di catrame, divieto di vendita ai bambini e limitazioni o divieto di consumo.

6. FRANCIA

La politica nazionale di prevenzione contiene tre elementi:

- i) azione diretta a tutte le questioni determinanti che incidono sulla salute
- ii) prevenzione medica (vaccinazione, accertamenti sistematici e profilassi)
- iii) interventi diretti a particolari categorie (scolari, anziani, gestanti, disabili e giovani affetti da difficoltà di adattamento).

Nel 1991 il ministro della Sanità ha istituito un Comitato di Alto Livello per la Sanità, con funzione consultiva in merito alla politica e alle questioni inerenti alla sanità pubblica. Attualmente il comitato sta dando una nuova forma alla politica sanitaria, sulla base dell'Health for All Strategy dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. A parte tale comitato, conducono attività di promozione sanitaria organi consultivi specifici e autorità locali.

Gli obblighi legislativi riguardano le seguenti aree: vaccinazioni, esami medici prima del matrimonio, durante la gravidanza e dopo la nascita per la madre e il bambino, uso di stupefacenti, annunci riguardanti il tabacco e l'alcol e la dichiarazione delle malattie trasmissibili.

I programmi di prevenzione riguardanti particolari malattie e minacce sanitarie riguardano l'Aids, la droga e la tossicodipendenza, il tabacco e l'alcol, l'uso di farmaci, le malattie sessualmente trasmissibili, gli accertamenti sistematici per la prevenzione del cancro, e i problemi odontoiatrici. I programmi di prevenzione generale sono rivolti alle persone

anziane, alle donne, ai giovani, ai portatori di handicap e riguardano anche l'integrazione degli aspetti sanitari nello sviluppo urbano e nella scuola.

Per quanto riguarda il finanziamento, le attività di prevenzione sono finanziate da un misto di gettito fiscale e di contributi di previdenza sociale.

7. IRLANDA

Tra gli obiettivi della politica di prevenzione nazionale vi sono: la prevenzione delle malattie infettive, la diagnosi precoce dei difetti di salute nei bambini, il raggiungimento di miglioramenti significativi nel livello di salute orale e la riduzione dell'incidenza delle malattie attribuibili al fumo, all'alcolismo e ad altri fattori connessi allo stile di vita.

Nel 1988 il governo irlandese ha adottato una politica volta alla promozione sanitaria ed ha istituito nuove strutture di promozione sanitaria, tra cui un sottocomitato di gabinetto per la promozione sanitaria incaricato di fornire un meccanismo efficace in virtù del quale le decisioni nelle aree delle politiche pubbliche aventi un impatto sulla salute possono essere assunte in base ad una prospettiva sanitaria. In Irlanda tra le azioni preventive vi sono i programmi di immunizzazione, le visite di controllo periodiche contro il cancro cervicale, la maternità, l'assistenza dell'infanzia e la salute dei bambini, assistenza odontoiatrica, Aids, tossicodipendenza e tabacco.

Verso la fine del 1993, il ministro della Sanità proporrà una strategia sanitaria nazionale che, in particolare, comprenderà un piano strategico per la promozione sanitaria, tratterà una mappa dell'attuale stato di salute degli irlandesi e definirà obiettivi e traguardi nazionali per miglioramenti specifici, insieme con una strategia per raggiungerli.

8. ITALIA

In Italia le attività preventive sono concentrate principalmente su quattro temi. Ambiente e salute, problemi connessi allo stile di vita, tutela sanitaria sul lavoro e prevenzione delle malattie infettive.

Per quanto riguarda l'ambiente e la salute, le attività vengono condotte in misura sempre maggiore dal Centro Europeo per l'Ambiente e la Salute, istituito di comune accordo tra l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e il governo italiano. Per quanto riguarda le malattie connesse allo stile di vita, la politica italiana appunta l'attenzione sulla nutrizione, il fumo, la droga e l'Aids. Per quanto riguarda la tutela sanitaria sul lavoro, la legge fondamentale (la n. 46 del 5 marzo 1990) regola le questioni sanitarie e antinfortunistiche in rapporto a impianti tecnici, attrezzature, sostanze ed edifici ed è stata integrata da decreti che traspongono le direttive Ce basate sull'articolo 118A del Trattato Cee. Per la prevenzione delle malattie infettive, l'Italia ha introdotto negli ultimi due anni un nuovo sistema per la prevenzione e la segnalazione di questo tipo di malattie. Il nuovo sistema fa sì che tali malattie possano essere identificate meglio e più velocemente, garantendo un rapido flusso di informazioni verso e dal ministero della Sanità, in modo che ove opportuno si possa intervenire immediatamente e si possano scambiare informazioni con le organizzazioni sanitarie internazionali.

La competenza per le attività di prevenzione è demandata a numerose istituzioni, in particolare al ministero della Sanità, al Servizio sanitario nazionale, alle Unità sanitarie locali e ai Servizi per i tossicodipendenti.

9. LUSSEMBURGO

In Lussemburgo, dal 1970 l'azione preventiva è stata parte integrante della politica sanitaria generale. Nel 1980 ciò si è riflesso nella riorganizzazione del dipartimento di Stato per la Sanità, allorché furono istituite divisioni speciali deputate alla prevenzione. I più importanti programmi sono quelli sulla droga, il tabacco, l'alcol, le malattie cardiovascolari e il cancro. Oltre a ciò, è stato varato un programma speciale per la promozione dell'alimentazione sana e di uno stile di vita sano.

Le attività sulla prevenzione sono coordinate dal ministero della Sanità, ma anche gli altri ministeri partecipano allo sforzo complessivo. Dal giugno 1992 le attività di prevenzione sono oggetto della legge modificata sull'assicurazione sanitaria e sul settore sanitario. Oltre alle disposizioni contenute in tale legge, il Lussemburgo non ha ancora sviluppato un programma sulla prevenzione autonomo e completo.

10. PAESI BASSI

Nei Paesi Bassi la politica di prevenzione si basa diversi programmi. La prevenzione delle malattie consiste in programmi nazionali di vaccinazione, programmi di accertamenti sistematici, programmi di accertamenti sistematici per la diagnosi precoce del cancro cervicale e del cancro al seno e servizi di consulenza per le madri e per l'infanzia. Si sta introducendo attualmente la formazione sistematica alla prevenzione, in particolare per i medici generici. L'azione per la promozione sanitaria riguarda un'ampia gamma di attività come le campagne nazionali di educazione sanitaria, le conferenze di educazione sanitaria nella scuola e sul posto di lavoro, l'educazione alla sanità mentale, specialmente per le categorie a rischio, come gli anziani, i divorziati, i bambini ecc. L'educazione sanitaria ha per oggetto anche l'alcol, il tabacco e la droga. Gli interventi intersettoriali, in particolare quelli sugli aspetti sanitari del lavoro ecc., vengono condotti nell'ambiente di lavoro stesso.

Le attività preventive vengono svolte dagli istituti nazionali specializzati, dai pubblici servizi sanitari municipali, dai servizi regionali per la sanità mentale, dai servizi regionali contro le assuefazioni e dagli addetti dell'assistenza sanitaria primaria.

La prevenzione delle malattie è finanziata dai sistemi assicurativi.

11. PORTOGALLO

Gli obiettivi a medio termine della strategia del Portogallo per la prevenzione consistono nel migliorare il livello della sanità pubblica mediante campagne contro il cancro, la droga, l'Aids e prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari, la prevenzione degli infortuni in genere, la prevenzione del suicidio e il miglioramento dell'assistenza agli anziani, ai bambini e ai giovani. Inoltre, la strategia complessiva è intesa a migliorare le condizioni e il funzionamento del sistema di assistenza sanitaria aumentando il numero di letti per i malati cronici, migliorando o sostituendo le strutture preposte all'assistenza sanitaria e adottando misure volte a razionalizzare le risorse umane esistenti e a promuovere una migliore distribuzione del personale medico di assistenza sanitaria. Il ministero della Sanità sta conducendo programmi specifici su: il controllo del diabete mellito e dell'ipertensione, la vaccinazione, l'assistenza sanitaria dell'infanzia e degli adolescenti, l'assistenza sanitaria alla maternità, la salute del cavo orale, la salute nella scuola, l'educazione sanitaria, un progetto nazionale contro il cancro, un programma di prevenzione della tossicodipendenza, e l'Aids.

In Portogallo la politica di prevenzione è coordinata dal ministero della Sanità ed è sancita dalla legge portoghese sul Servizio sanitario nazionale. Il ministero della Sanità è coadiuvato dal Consiglio sanitario nazionale che comprende rappresentanti di tutti i soggetti interessati alla tutela sanitaria. Il Consiglio sanitario nazionale formula raccomandazioni sulla strategia sanitaria complessiva ed è assistito in quest'opera da un gran numero di organi consultivi.

12. REGNO UNITO

Nel Regno Unito la politica di prevenzione è composta di quattro elementi:

- programmi di accertamenti sistematici e di immunizzazione, compresi gli esami sistematici per la prevenzione del cancro al seno e del cancro cervicale, e immunizzazione di tutti i bambini contro la difterite, il tetano, la pertosse, la poliomielite, il morbillo, la rosolia, la tubercolosi l'HIB;
- iniziative sanitarie specifiche, come "Salute della Nazione", iniziativa per l'Inghilterra varata nel luglio 1992, che ha identificato cinque priorità nazionali e ha fissato 27 obiettivi. Le aree prioritarie riguardano le malattie cardio coronariche e l'infarto, il cancro, l'infermità mentale, gli infortuni e l'Hiv/Aids e la salute sessuale (compresa la pianificazione familiare). L'attuazione di questa iniziativa si basa sull'impegno di tutti i dipartimenti governativi, sulla costituzione di alleanze sanitarie a livello nazionale e locale, sull'intervento attraverso adeguati contesti e sul miglioramento del monitoraggio sanitario e della valutazione dell'impatto;
- attività di promozione ed educazione sanitaria. Per l'Inghilterra, nell'ambito della Strategia nazionale per la sanità, le priorità sono state stabilite dall'Ente per l'educazione sanitaria, a livello nazionale e locale, per la promozione sanitaria in quanto elemento esplicito dei contratti dei medici generici e per una promozione sanitaria ad ampia diffusione tramite il servizio sanitario. Altre azioni preventive riguardano specificatamente il fumo, l'alcol, l'abuso della droga, la nutrizione, la pianificazione familiare e la salute dei denti;
- tra le azioni di sanità ambientale e di sanità pubblica vi sono quelle per la sicurezza dei farmaci, dei prodotti di consumo e dell'ambiente, la promozione dell'igiene nei cibi a livello nazionale e locale e infine il controllo e la sorveglianza delle malattie trasmissibili.

1. PANORAMICA DELLE ATTIVITÀ

Salute e ambiente

Lo stretto legame tra gli aspetti ambientali della sanità pubblica e la necessità dell'intervento governativo si è radicato in tutta Europa verso la fine del secolo scorso: già da allora aveva avuto inizio l'attività internazionale. Gli sforzi della Comunità europea di "mantenere, proteggere e migliorare la qualità dell'ambiente" al fine di "contribuire alla tutela della salute umana" sono una continuazione di questa attività internazionale resa più influente ed efficace dal potere legislativo della Ce e dai fondi Ce destinati a contribuire all'attuazione. La più recente espressione di vasta portata delle attività ambientali della Comunità si trova nel programma "Towards Sustainability": un programma della Comunità europea di politica e azione in rapporto all'ambiente e allo sviluppo sostenibile (COM(92) 23 def. Vol. II) adottato dal Consiglio il 1° febbraio 1993. Questo programma contiene ulteriori proposte per migliorare la qualità dell'acqua, dell'aria e del suolo, per controllare le sostanze pericolose e le attività industriali, e per monitorizzare le radiazioni e controllare l'inquinamento e l'eliminazione dei rifiuti.

Sanità e sicurezza sul lavoro

L'adozione dell'Atto unico europeo (1986) e l'inserimento dell'articolo 118A hanno dato grande impulso agli sforzi comunitari volti a migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori e a ridurre i rischi derivanti dai carcinogeni e dalle altre sostanze pericolose e dagli infortuni sul lavoro. L'impegno della Comunità in questa area è nato dalla volontà di migliorare le condizioni di lavoro espressa nel Trattato istitutivo della Comunità economica del carbone e dell'acciaio (aprile 1951), rafforzata dalle disposizioni sociali (titolo III) del Trattato Cee e dalle misure di tutela sanitaria del Trattato "Euratom". Misure importanti sono state adottate dal 1977 in poi, in particolare nel 1980, ma è nel 1989 che vi è stato un salto significativo dell'impegno comunitario, quando fu adottata una direttiva quadro (89/391/CEE) sul miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul posto di lavoro. Successivamente un gran numero di misure comunitarie è stato adottato in questo quadro, facendo della Comunità la forza trainante per le questioni di infortunistica e sanità occupazionali. Alcune di queste misure sono strettamente collegate con le misure comunitarie di sanità pubblica nel campo della tossicologia e dei centri antiveleni³.

Un'alimentazione sana per una popolazione sana

La necessità che i prodotti alimentari siano sani, incontaminati e nutrienti ha condotto ai controlli fitosanitari e veterinari, nonché ai requisiti riguardanti la composizione degli alimenti, l'uso di conservanti, additivi ecc. e per i requisiti delle etichette informative. Queste questioni sono state oggetto di svariate misure sul mercato interno nella Comunità, che risalgono fino al 1962. Più di recente (dalla metà degli anni '80 in poi) si è accresciuto l'interesse per il valore nutritivo dei prodotti alimentari e degli additivi, per la promozione sanitaria. Attualmente l'interesse della sanità pubblica è di evitare i prodotti alimentari aventi

³ Risoluzione del Consiglio e dei Ministri della Sanità degli Stati membri sul miglioramento della prevenzione sul trattamento delle intossicazioni umane acute (90/C 329) del 3 dicembre 1992.

rapporto con le malattie gravi come il cancro e le malattie cardiovascolari e aiutare le persone a scegliere in modo ragionevole che cosa mangiare, tramite l'educazione sanitaria e l'etichettatura chiara dei componenti dei prodotti alimentari. A tal fine la Commissione ha istituito un grande studio nutrizionale nell'ambito del programma "Europa contro il cancro"⁴.

Protezione dei consumatori

La popolazione ha bisogno anche di essere protetta da altri prodotti e dagli effetti potenzialmente nocivi di alcuni servizi. Tra i prodotti non vi sono quelli medicali come i farmaci⁵ e gli apparecchi medicali⁶ ma anche tutta la gamma di articoli potenzialmente pericolosi disponibili sul mercato. Tra le misure del mercato interno della Comunità vi sono le Direttive "di nuova impostazione" relative agli apparecchi medicali, alle attrezzature di protezione personale, ai macchinari, ai giocattoli, ecc.⁷, nonché direttive e misure relative all'informazione del consumatore, alla sicurezza generale dei prodotti e al monitoraggio degli incidenti⁸ volte ad assicurare un alto livello di tutela sanitaria in questa materia spaziano dalle direttive generali "di nuova impostazione", che fanno un riferimento generale alle norme, all'offerta di informazione al consumatore, alla sicurezza dei prodotti generali e al monitoraggio degli infortuni, ai requisiti specifici su questioni come la sicurezza dei giocattoli.

Ricerca e tecnologia dell'informazione

Fondamentali per gli sviluppi delle politiche di sanità pubblica sono i risultati della ricerca che ha per oggetto le cause e la trasmissione della malattia e i modi per prevenirla, compresa l'applicazione delle moderne tecniche della tecnologia dell'informazione. I successivi programmi comunitari di ricerca medica e sanitaria hanno contenuto, fin dall'inizio, nel 1978, un importante elemento riguardante la prevenzione della malattia. L'attuale programma BIOMED contiene disposizioni analoghe. I programmi pilota per la tecnologia dell'informazione e la telematica, spesso attuati in cooperazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con il Consiglio d'Europa, hanno incluso elementi relativi al monitoraggio delle malattie congenite, all'uso dell'informatica in medicina (AIM), ai sistemi di assistenza (statistiche, rivelazione precoce, sicurezza dei cibi e vigilanza dei farmaci) ed epidemiologia.

Sicurezza sociale

Il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale dà alle persone assicurate l'accesso in determinate circostanze all'assistenza sanitaria in tutti gli altri paesi della Comunità ai sensi del regolamento 1408/71/CEE, modello E111.

Il riconoscimento del diritto di beneficiare dei sistemi di protezione della salute umana

⁴ European Prospective Investigation of Cancer, Nutrition and Health (EPIC) 1988/9 - 1988.

⁵ Direttive del Consiglio 65/65, 73/318 e legislazione successiva.

⁶ Direttiva del Consiglio 90/385/CEE del 20.6.1990 (Gu L 189 del 20.7.1990) e Direttiva del Consiglio 93/42/CEE del 14.6.1993 (Gu L 169 del 12.7.1993)

⁷ Direttiva del Consiglio 92/59.

⁸ Direttiva del Consiglio 88/378 del 3.5.88 (Gu L 187 del 16.7.88).

indipendentemente delle risorse personali è enunciato dalla raccomandazione 92/442/CEE sulla convergenza degli obiettivi e delle politiche della tutela sociale. L'accesso ai sistemi per la tutela della salute umana indipendentemente dalle risorse individuali può essere garantito sia tramite un sistema di assicurazione sanitaria, aperto a tutte le persone di tutti i livelli di reddito e indipendentemente dalle caratteristiche di rischio individuali, o tramite l'erogazione gratuita di assistenza e prevenzione sanitaria nell'ambito del servizio sanitario pubblico.

Le professioni sanitarie

Gli operatori professionali sanitari e gli addetti delle organizzazioni governative e non governative competenti per l'erogazione dei servizi sanitari hanno un ruolo decisivo nell'offerta di consulenza e informazione per la promozione della salute pubblica e per la prevenzione delle malattie. Le misure comunitarie volte al riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali tra Stati membri e per lo sviluppo della cooperazione e della formazione negli istituti superiori di istruzione e formazione danno un importante contributo in questo contesto. Gli elementi dei programmi comunitari destinati a combattere il cancro e l'Aids sono destinati a promuovere una migliore formazione del personale sanitario occupato nella lotta contro queste malattie.

Prevenzione delle malattie e promozione sanitaria

Dalla metà degli anni '80 le attività comunitarie per la pubblica sanità, oltre al controllo e alla tutela dalle minacce sanitarie ambientali e sul posto di lavoro, si sono rivolte all'incoraggiamento e al coordinamento delle misure per combattere le malattie gravi e in maniera positiva per promuovere la salute.

Il programma comunitario per la lotta al cancro (1987-1989) fu il primo programma di prevenzione di una malattia grave. Il programma "Europa contro il cancro" ha per oggetto le azioni in particolari aree quali il consumo di tabacco e di alcol, le abitudini alimentari, l'esposizione ai carcinogeni e al sole. Sono stati incoraggiati programmi adeguati di accertamenti sistematici e l'informazione sulla diagnosi precoce ed è stato promosso il decalogo europeo contro il cancro, per il pubblico in genere. La Comunità, usando le disposizioni relative al mercato interno, ha adottato misure legislative sul tabacco volte a migliorare il controllo dell'etichettatura dei prodotti da tabacco e del contenuto di catrame delle sigarette. È stata adottata una raccomandazione riguardante il fumo nei luoghi pubblici ed è attualmente all'esame una proposta di direttiva per vietare la pubblicità dei prodotti a base di tabacco. È stato adottato un ulteriore programma per protrarre l'attività dal 1990 al 1994, che a metà attuazione ha dimostrato il suo valore ed efficacia, il suo potere di definizione del calendario di attività, e il suo impatto, tramite i suoi partner a tutti i livelli, sull'incremento della consapevolezza.

Altri grandi programmi per la pubblica sanità si sono succeduti rapidamente, sotto l'incalzare della volontà politica e degli sviluppi sanitari che richiedevano l'intervento della Comunità. Il programma "Europa contro l'Aids (1991-1993) ha dieci aree d'azione principali. Come nel caso del cancro, alcune azioni riguardavano l'intensificazione della consapevolezza del pubblico, il miglioramento dell'educazione sanitaria e la cooperazione con il programma di ricerca comunitario. Furono introdotti altri nuovi elementi per venire incontro alla particolare natura della malattia, tra cui il sostegno e l'assistenza sociale, stime dei costi per gestire l'infezione da HIV e gli sforzi per combattere la discriminazione delle persone infette da HIV. In seguito alla valutazione del Consiglio dell'azione nell'ambito del programma, e in anticipazione dell'entrata in vigore del Trattato dell'Unione europea, il Consiglio e i ministri della Sanità hanno voluto prolungare il programma fino a fine 1994.

Il piano europeo per combattere l'abuso di droga ha un particolare elemento riguardante le azioni di sanità pubblica per ridurre la domanda di droga. Caratteristiche del piano sono gli scambi di informazione, lo stimolo della consapevolezza del pubblico e l'assistenza ai progetti pilota per la prevenzione. La Settimana europea della Prevenzione della droga è un mezzo importante di incoraggiare la cooperazione e stimolare la consapevolezza.

Affinché pubblico sia al corrente di e risponda ad orientamenti come il Codice europeo contro il cancro, è necessario un programma a carattere continuativo di promozione ed educazione sanitaria ed occorre la fornitura delle informazioni pertinenti. I programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Salute per tutti entro il 2000" hanno sottolineato questa impostazione e le iniziative comunitarie sull'educazione sanitaria, istituite dai ministri della Pubblica istruzione e dai ministri della Sanità riguardano questo tema. Nel contesto dei programmi comunitari per la lotta al cancro e all'Aids sono state inoltre avviate campagne per persuadere le persone a modificare il loro comportamento e azioni sulla tossicodipendenza.

Altri aspetti

Vi sono naturalmente altri aspetti delle attività comunitarie per la pubblica sanità. Ne sono un buon esempio le azioni volte a promuovere il raggiungimento dell'autosufficienza in sangue e plasma umano derivanti da donazioni volontarie e per sviluppare l'uso del sangue. Vi sono state inoltre azioni nel campo della tossicologia per la tutela sanitaria, sul miglioramento della prevenzione e del trattamento dell'avvelenamento umano acuto, per sviluppare una Carta sanitaria europea di emergenza e in numerose altre aree, non solo nella sfera della pubblica sanità, ma anche come parte di altre politiche comunitarie.

2. ELENCO DEGLI STRUMENTI COMUNITARI DIRETTAMENTE PERTINENTI ALLA TUTELA SANITARIA

> Trattato Cee:

(1951-1957): riconoscimento implicito dei concetti inerenti alla pubblica sanità tramite il riferimento al "rapido innalzamento del livello di vita" - molti articoli indirettamente pertinenti alla tutela sanitaria.

> Trattato Euratom:

(1957): dispone in merito a:

- le norme di sicurezza elementari che debbono essere sancite nell'ambito della Comunità per la tutela della salute dei lavoratori e del pubblico in genere contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti (cap. III)
- ispezioni di sicurezza e formazione degli ispettori (cap. VII)
- conclusione di accordi o convenzioni con organizzazioni internazionali, paesi terzi (cap. X)

> Con l'adozione dell'Atto unico:

(1986): è stata costituita una base giuridica specifica riguardante la salute, la sicurezza, la protezione dell'ambiente e la protezione dei consumatori: articolo 100a.3, articolo 118a (protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori); ambiente (articolo 130r, 130s, 130t)

> Salute e sicurezza sul posto di lavoro:

- (1977-78): adozione della prima direttiva del Consiglio relativa ai segnali di sicurezza e della direttiva riguardante il monomero vinilcloruro (in base all'articolo 100 del Trattato Cee).
- 1980: Direttiva del Consiglio relativa alla protezione dei lavoratori contro gli agenti fisici e biologici (art. 100)
- 1989: adozione della direttiva quadro 89/391/CEE relativa agli aspetti principali della salute e della sicurezza sul lavoro (art. 118a) e dodici altre direttive riguardanti particolari aspetti della salute e della sicurezza sul lavoro

> Ambiente:

Trattato Cee: articoli 100r, 100s, 100t

1) Sostanze pericolose, rischi industriali, biotecnologia. Tra gli esempi vi sono:

- 1967: Direttiva del Consiglio 67/548/CEE relativa alla classificazione, all'imballaggio e all'etichettatura delle sostanze pericolose (Gu L196, 16.8.1967 p.1)
- 1976: Direttiva del Consiglio relativa alle restrizioni in materia di immissione sul mercato e di uso di talune sostanze e preparati pericolosi (Hu L262 27.9.1976 p.201)
- 1982: Direttiva del Consiglio sui rischi di incidenti rilevanti connessi con determinate attività industriali (Gu L230 5.8.1982 p.1)
- 1993: Direttiva del Consiglio che stabilisce i principi per la valutazione dei rischi per l'uomo e per l'ambiente delle sostanze

2) Aria. Tra gli esempi vi sono:

- 1970: Direttiva del Consiglio concernente l'inquinamento atmosferico con le emissioni dei veicoli a motore (Gu L 76, 6.4.1970 p.1)
- 1982: Direttiva del Consiglio concernente un valore limite per il piombo contenuto nell'atmosfera (Gu L378, 31.12.1982 p.15)
- 1985: Direttiva del Consiglio concernente le norme di qualità atmosferica per il biossido di azoto (Gu L87, 27.3.1985, p.1)

3) Direttive sui **rifiuti** (Gu L194, 25.7.1975), sul trattamento delle acque di scarico (Gu L135, 30.5.1991 p.40), sulla prevenzione dell'inquinamento atmosferico provocato dagli impianti di incenerimento dei rifiuti (Gu L163, 14.6.1989 p.32; Gu L203, 15.7.1989 p.50)

4) **Rumore** (veicoli a motore, impianti di costruzione, elettrodomestici, ecc.) (Gu L42, 23.2.1970, p.16)

5) **Acqua** (qualità dell'acqua potabile, dell'acqua per l'igiene personale) (Gu L347, 17.12.1973, p.1)

> Protezione dei consumatori

Prodotti alimentari

Dal 1992: sono state adottate Direttive del Consiglio riguardanti gli additivi utilizzati nei prodotti destinati all'alimentazione umana (in base all'articolo 100 del Trattato Cee). Nel 1969 è stato istituito un Comitato permanente per i prodotti alimentari. Nel 1974 è stato istituito il Comitato scientifico per i prodotti alimentari, che redige la lista degli additivi e le condizioni per il loro uso.

1985: Direttiva del Consiglio concernente alcune sostanze aventi azione ormonale.

1989: Direttiva del Consiglio relativa al controllo ufficiale dei prodotti alimentari e Direttiva del Consiglio sull'avvicinamento delle leggi degli Stati membri relative ai prodotti alimentari per particolari usi nutritivi (basata sull'articolo 100a.3 del Trattato Cee).

1990: Direttiva del Consiglio relativa ai prodotti surgelati destinati all'alimentazione umana
Direttiva del Consiglio relativa all'etichettatura sulle qualità nutritive dei prodotti alimentari.

Direttiva del Consiglio relativa alle materie plastiche destinate ad entrare in contatto con gli alimenti.

Altre:

1989: Decisione del Consiglio su un sistema comunitario per lo scambio rapido di informazioni e sui pericoli derivanti dall'impiego dei prodotti di consumo (art. 235).

1988: Direttiva del Consiglio relativa alla sicurezza dei giocattoli

1991: Direttiva del Consiglio relativa al controllo e all'acquisto di armi

1992: Direttiva del Consiglio sulla sicurezza dei prodotti in genere.

> Prodotti farmaceutici

Nel 1965 il Consiglio ha adottato la prima direttiva sull'avvicinamento delle disposizioni relative alle specialità medicinali, basata sull'articolo 100 del Trattato Cee.

1975: Istituzione di un comitato farmaceutico: il Comitato per le specialità farmaceutiche: direttiva del Consiglio relativa alle norme e protocolli relativi alla sperimentazione delle specialità farmaceutiche.

1987: Direttiva del Consiglio relativa all'avvicinamento delle misure nazionali relative all'introduzione sul mercato di prodotti medicinali di alta tecnologia, e direttiva del Consiglio relativa ai test relativi all'introduzione sul mercato di specialità farmaceutiche.

1989: Direttiva del Consiglio 89/342/CEE sui vaccini, 89/343/CEE sui farmaci,

89/381/CEE sugli emoderivati e 89/105/CEE sulla trasparenza dei prezzi e sul rimborso dei prodotti medicinali per impiego umano (articolo 100a)

- 1991: Direttive della Commissione relative alle buone prassi di fabbricazione e ai requisiti di sperimentazione dei prodotti medicinali.
- 1992: Direttive del Consiglio sulla distribuzione all'ingrosso, sulla classificazione giuridica per la fornitura, etichettatura e pubblicità dei prodotti medicinali per impiego umano (art. 100a).
- 1993: Regolamento del Consiglio CEE n. 2309/93 (art. 235 del Trattato Cee) e direttive del Consiglio 93/39/CEE e 93/40/CEE (art. 100a) che istituiscono l'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali e fissano nuove procedure comunitarie per la registrazione dei prodotti medicinali per impiego umano e veterinario.

> Libera circolazione delle persone

- 1964: Direttiva del Consiglio del 24/221/CEE sul coordinamento dei provvedimenti speciali riguardanti il trasferimento e il soggiorno degli stranieri, giustificati da motivi d'ordine pubblico, di pubblica sicurezza e di sanità pubblica (art. 56, par. 2 del Trattato Cee).

> Attività mediche e paramediche

- 1975: - Istituzione di un comitato di Alti funzionari della sanità pubblica avente come centro di interesse:
 - la direttiva sul riconoscimento reciproco del diploma di medico (artt. 49, 57 e 66 del Trattato Cee)
 - la direttiva sul coordinamento delle disposizioni in merito alle attività dei medici (artt. 49, 57, 66 e 235 del Trattato Cee)

a cui fa seguito:

- la direttiva del Consiglio riguardante il riconoscimento reciproco dei diplomi di infermiere (1977); di dentista (1978); di levatrice (1980); farmacista (1985) e di medico generico (1986).

> Apparecchi medicali

Il Consiglio ha adottato diverse direttive riguardanti la protezione della salute e della sicurezza delle persone per quanto riguarda l'introduzione sul mercato di apparecchiature medicali:

- Direttiva 84/539/CEE sugli apparecchi elettrici utilizzati in medicina umana e veterinaria;
- Direttiva 90/385/CEE sui dispositivi medici impiantabili attivi;
- Direttiva 93/42/CEE sui dispositivi medici.

* Cooperazione nel campo legislativo e degli affari interni

Controllo delle persone alle frontiere esterne, immigrazione, droga, e Centro europeo per il monitoraggio della droga e della tossicodipendenza

* Diritti dei cittadini:

Accessione alla Convenzione europea per i diritti umani.
Protezione dei dati personali.

* Affari esteri:

- PHARE e TACIS; NU droga.
- Rapporti con organizzazioni internazionali: Consiglio d'Europa, Organizzazione Mondiale della Sanità, Fao, Ocse, Iom, Unesco, Undcp, Aiea, Nazioni Unite.
- Accettazione della Farmacopea Europea
- Cooperazione con paesi terzi: Efta, Ceec, Paesi mediterranei, America latina, Nord America, ecc.
- Negoziati con l'Associazione delle Nazioni del Sud-Est Asiatico, in merito alla fabbricazione illecita di droga e di droghe psicotropiche. Monitoraggio del traffico intracomunitario e internazionale di droga e di droghe psicotropiche.

* Mercato interno:

- Qualità, sicurezza e igiene dei prodotti alimentari, sistemi di avvertenza, etichettatura, additivi, coloranti, contaminanti, interazione tra dieta e salute, imballaggio.
- Attrezzature medicali: normalizzazione, p. es. diagnosi in vitro: prodotti farmaceutici: prodotti cosmetici: droghe e precursori.
- Sostanze e preparati pericolosi, classificazione ed etichettatura: fertilizzanti, biocidi.
- Regolazione delle qualifiche del personale (sanitario).

* Concorso:

Premio dei prodotti medicinali; sistemi di sicurezza sociale.

* Affari sociali:

Donne e salute, tutela sociale, persone disabili, anziani, migranti, povertà, tutela sanitaria dei lavoratori, Fondo sociale europeo.

* Istruzione e formazione:

ERASMUS, attività destinate ai giovani e agli addetti sanitari.

* Agricoltura:

Qualità e sanità delle piante, degli animali e delle specie coltivate specializzate (frutta e verdura, vino, alcol, tabacco ecc.) igiene relativa al pesce, ai molluschi, al latte, ai latticini.

Promozione del consumo dell'olio d'oliva, dei latticini, della frutta e verdura.

Controlli veterinari e fitosanitari all'interno e all'esterno della Comunità.

* **Pesca:**

Qualità dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura:

Promozione del consumo di prodotti della pesca e dell'acquacoltura:

Promozione delle condizioni sanitarie della produzione, consumo e commercializzazione dei prodotti della pesca e dell'acquacoltura.

* **Trasporti:**

Sicurezza dei trasporti: prevenzione degli incidenti, in particolare degli incidenti stradali connessi all'alcol, banca dati degli incidenti.

* **Sviluppo:**

Azioni di cooperazione relative alla riforma dei sistemi sanitari: programmi e progetti volti a sostenere lo sviluppo della salute.

Campagna contro l'Aids.

Programma di R&S nel campo della scienza e tecnologia per lo sviluppo, sottoprogramma su medicina, salute e nutrizione nelle aree tropicali e subtropicali.

* **Cultura, comunicazione e informazione:**

Europa dei cittadini: attività destinate ai giovani, p. es. droga, Aids; sport.

* **Ambiente:**

Sicurezza nucleare e tutela sanitaria (EURATOM); protezione dagli altri agenti fisici: rumore, onde elettromagnetiche a bassa frequenza.

Controllo di sostanze chimiche e preparati pericolosi: pericoli associati con la biotecnologia e con gli organismi modificati geneticamente:

Controllo delle emissioni degli impianti industriali; trattamento dei rifiuti.

Qualità dell'aria, del suolo, dell'acqua, dell'acqua potabile.

Protezione civile.

* **Ricerca:**

Ufficio comunitario delle referenze.

Sicurezza nucleare; effetti biologici e sanitari delle radiazioni: valutazione dei rischi delle radiazioni naturali e medicali.

Biotecnologia: neuroscienze

BIOMED 1: analisi del genoma umano; etica biomedica: ricerca sui servizi e tecnologie sanitari e malattie associate con lo stile di vita: Aids, cancro, droga, invecchiamento, controllo qualitativo. IV Programma di R&S tecnologico: ricerca preventiva ed epidemiologica sulle malattie con un impatto socio economico e sulle malattie genetiche. Ricerca sui sistemi sanitari, sulla valutazione dei bisogni e sull'educazione e informazione sulle questioni sanitarie. Biotecnologia: Ricerca europea sul cervello.

* **Telecomunicazioni e programma per la telematica:**

Il programma telematico per l'assistenza sanitaria (AIM) ha migliorato la garanzia di qualità e l'efficacia delle misure terapeutiche e sociali e dei servizi sanitari primari. gestione delle risorse, immagini medicali, cartelle sanitarie, riabilitazione, cartelle personali dei pazienti ecc... mediante i risultati di numerosi progetti specifici, un'azione concertata e misure di accompagnamento: RACE, ESPRIT, IMPACT, TIDE.

Il programma di telematica per l'amministrazione (ENS) progetto CARE: accesso rapido ed efficiente alle statistiche sanitarie; vigilanza sui farmaci ecc.

Tutela giuridica dei dati (raccomandazioni del Consiglio d'Europa)

* **Tassazione indiretta:**

Bevande distillate e fermentate, tabacco lavorato:

* **Turismo**

* **Protezione dei consumatori:**

Sicurezza generale dei prodotti e servizi e responsabilità: progetto EHALASS: sistemi per lo scambio rapido di informazioni: informazione e educazione dei consumatori.

* **ECHO:**

Aiuto umanitario d'urgenza per i paesi terzi.

* **Statistiche sociali e sanitarie**

ALLEGATO IV
INDIVIDUAZIONE DELLE "GRANDI PIAGHE" NELLA COMUNITÀ EUROPEA

Malattia/ Problema di salute	Coefficiente di mortalità normalizzato su 100.000 o incidenza su 100.000	Costi per i servizi sanitari (e altri costi p.es. assenteismo)	Possibilità concrete di prevenzione	Valore aggiunto della Comunità (opportunità di intervento)	"Gravi piaghe" (gravi problemi sanitari)	Precedente intervento comunitario nella sanità pubblica
CANCRO	337	***	***	****	****	****
Cancro al colon	29					
Cancro al polmone	42					
Cancro all'apparato digerente	62					
Cancro al seno	33					
Cancro alla prostata	19					
MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	338	****	***	****	****	**
Malattie ipertensive	16					
Infarto acuto del miocardio	90					
Cerebro vascolari	90					
Malattie vascolari	117					
MALATTIE RESPIRATORIE		***	***	***	***	**
Bronchite, enfisema, asma	17					
Tare congenite	5	***	****	***	*	**
Attezioni perinatali	5					
INCIDENTI (compreso l'avvelenamento)	51	****	****	****	****	**
Incidenti stradali	15					
Tossicodipendenza e alcolismo		***	****	****	****	***
Problemi muscolo-scheletrici		****	***	***	***	**

* * * * = ALTO

* * * = MEDIO

* * = BASSO

* = NULLO

Malattia/ Problema di salute	Rapporto di mortalità normalizzato su 100 (RR) o incidenza su 100 (IR)	Costi per i servizi sanitari (e altri costi, p.es. assenteismo)	Possibilità concrete di prevenzione	Valore aggiunto della Comunità (opportunità di intervento)	"Gravi piaghe" (gravi problemi sanitari)	Precedente intervento comunitario nella sanità pubblica
Problemi visivi		..	..	*	*	*
Problemi visivi		*	..	*	*	*
Disordini mentali suicidi	13		..	*	...	*
Disordini connessi all'alimentazione, compreso il diabete, le caries		...	...	...	..	...
Aids ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI, p. es. malattie sessualmente trasmissibili e tubercolosi	2,41 (incidenza)	...			...	...
MALATTIE INFETTIVE INFANTILI, p. es. Morbillo Rosolia altre malattie infantili	51 (incidenza) 26 (incidenza)	..			*	*
Talassemia, anemia falcemica, rachitismo		*	...	...	..	*
Malattie trasmissibili attraverso l'acqua e il cibo, p. es. intossicazione da salmonella		..			...	*

★ ★ ★ ★ = ALTO

★ ★ ★ = MEDIO

★ ★ = BASSO

★ = NULLO

ALLEGATO V

DATI STATISTICI

Spesa pubblica e spesa totale in prestazioni sanitarie in rapporto alle spese nazionali nella Comunità nel 1970, 1980 e 1991*

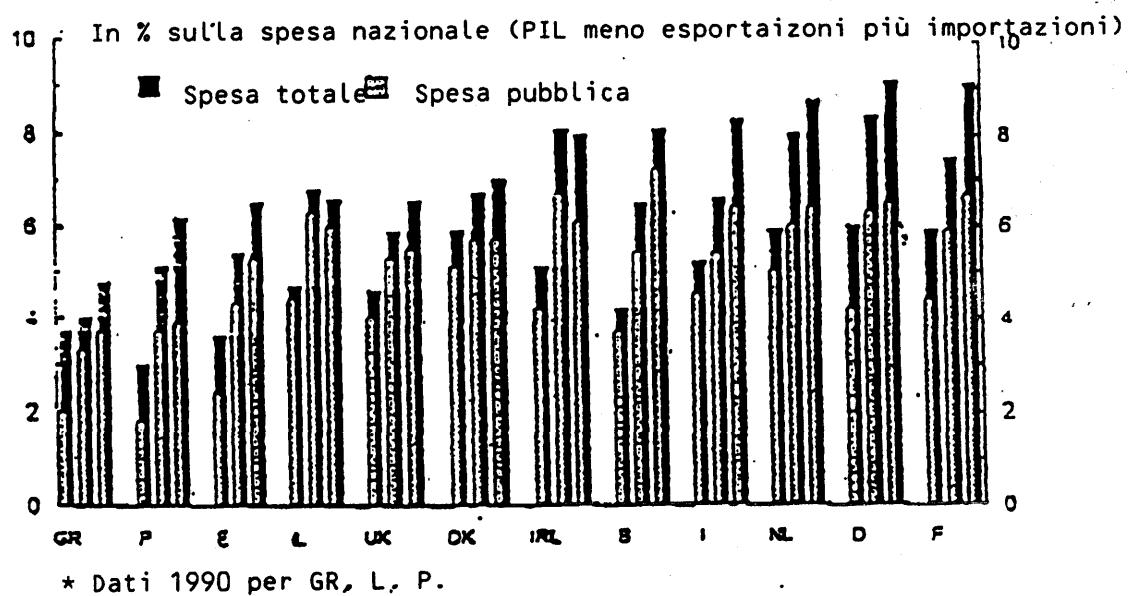


Figura 1

Distribuzione temporale delle cause di morte EUR 12

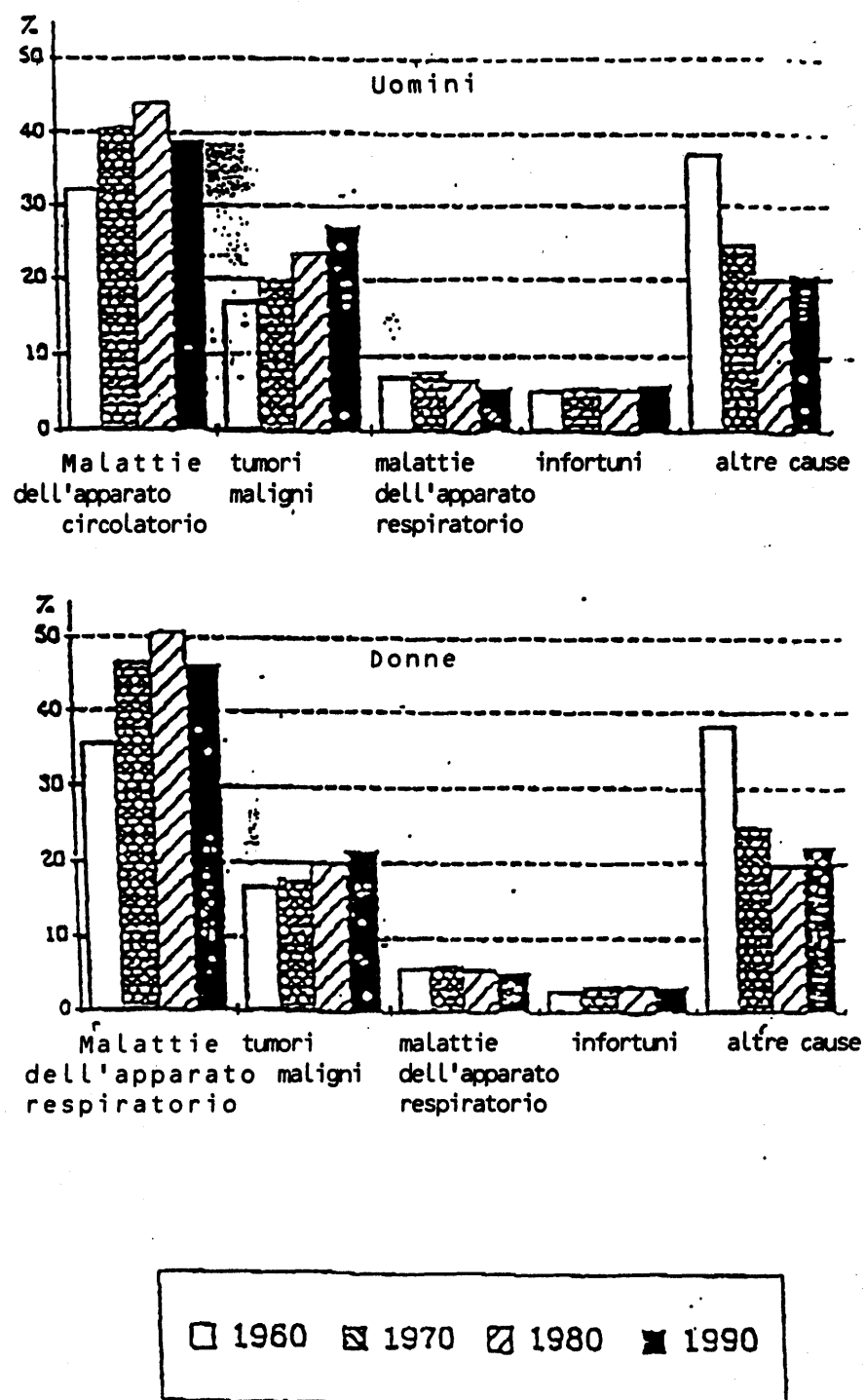
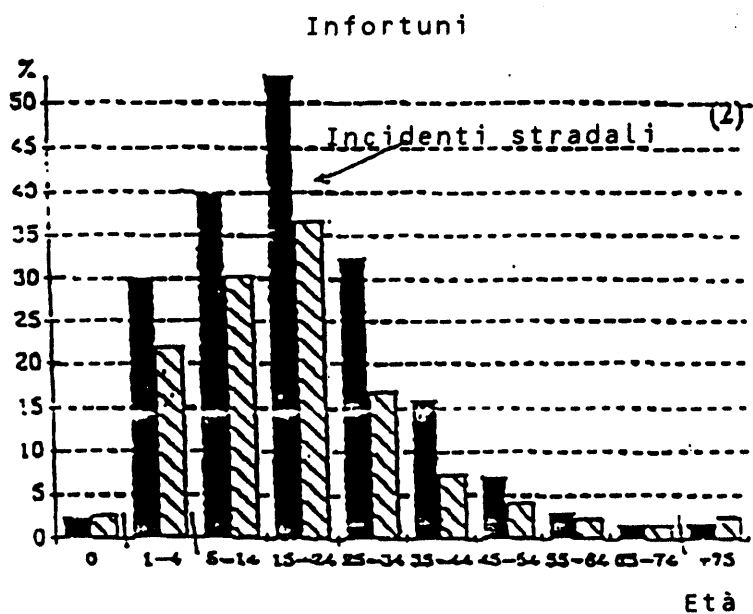
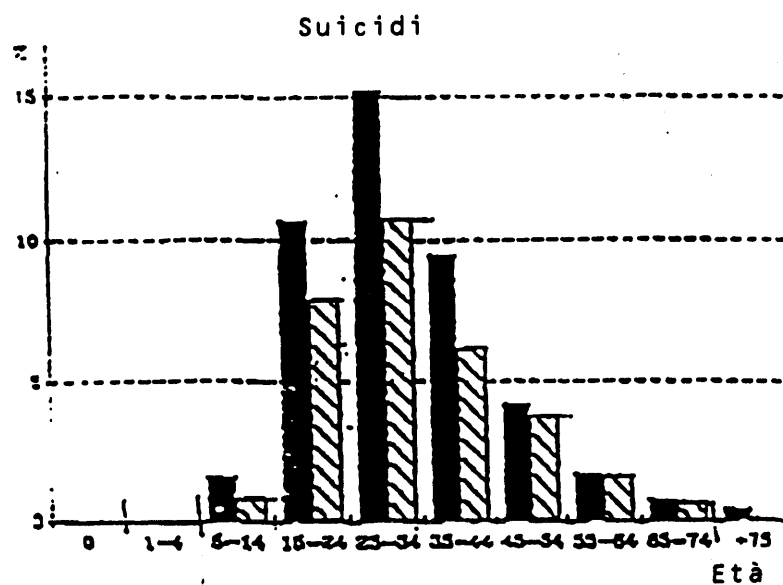


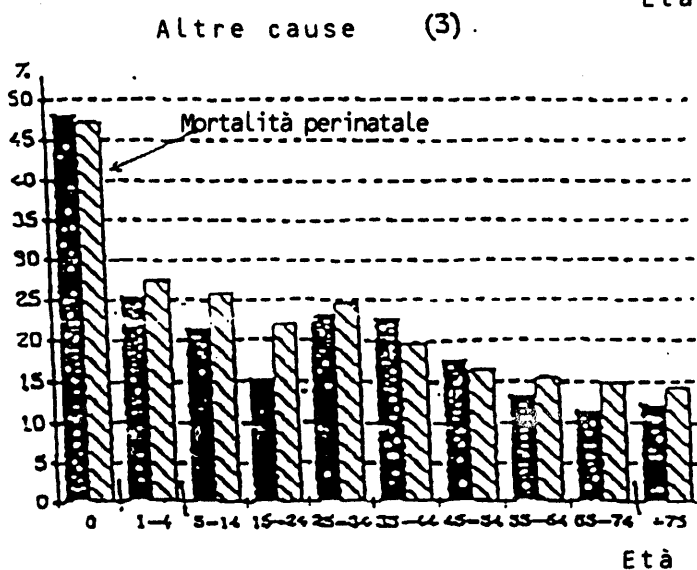
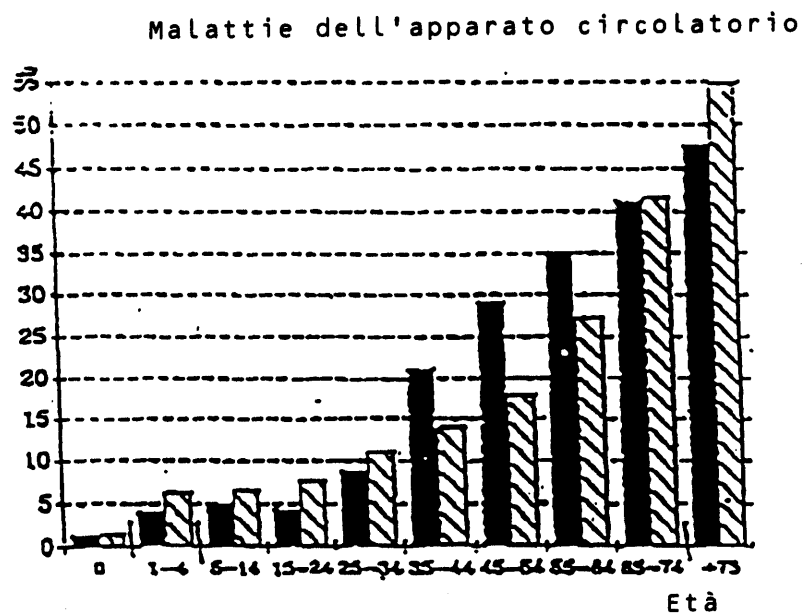
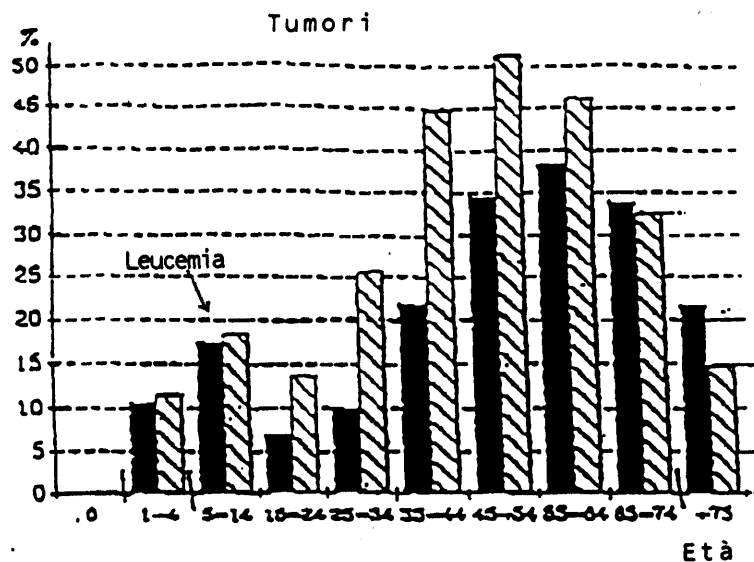
FIGURA 2

Cause di morte per gruppo di età - EUR 12 - 1989 (1)



UOMINI

DONNE



- (1) Belgio 1986; Spagna 1987; Italia 1988
- (2) Per questo gruppo di età pressoché tutti gli infortuni sono incidenti stradali
- (3) Malattie infettive e parassitarie, malattie dell'apparato digerente o genito-urinario, del sistema nervoso, del sistema circolatorio cutaneo, ecc.

PRINCIPALI CAUSE DI MORTE PER ETÀ E PER SESSO**NELLA COMUNITÀ EUROPEA**

Età	Maschi	Femmine
fino a 1 anno	Ipossia, asfissia alla nascita e altre affezioni respiratorie	Ipossia, asfissia alla nascita e altre affezioni respiratorie
1-4 anni	Incidenti stradali	Anomalie congenite del cuore e dell'apparato circolatorio
5-9 anni	Incidenti stradali	Incidenti stradali
10-14 anni	Incidenti stradali	Incidenti stradali
20-24 anni	Incidenti stradali	Incidenti stradali
28-29 anni	Incidenti stradali	Incidenti stradali
30-34 anni	Incidenti stradali	Suicidio
35-39 anni	Suicidio	Cancro al seno
40-44 anni	Infarto acuto del miocardio	Cancro al seno
45-49 anni	Infarto acuto del miocardio	Cancro al seno
50-54 anni	Infarto acuto del miocardio	Cancro al seno
55-59 anni	Infarto acuto del miocardio	Cancro al seno
60-64 anni	Infarto acuto del miocardio	Cancro al seno
65-69 anni	Infarto acuto del miocardio	Infarto acuto del miocardio
70-74 anni	Infarto acuto del miocardio	Infarto acuto del miocardio
74-79 anni	Infarto acuto del miocardio	Infarto acuto del miocardio
80-84 anni	Infarto acuto del miocardio	Malattie cerebrovascolari acute
oltre gli 85 anni	Malattie della piccola circolazione e altre cardiopatie	Malattie della piccola circolazione e altre cardiopatie

Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità

ISSN 0254-1505

COM(93) 559 def.

DOCUMENTI

IT

05

N. di catalogo : CB-CO-93-600-IT-C

ISBN 92-77-61145-6

Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee
L-2985 Lussemburgo