

Introduzione

Il presente documento è un riepilogo esecutivo del libro "Public Health and the EU: an overview" (La salute pubblica e l'UE: una panoramica).

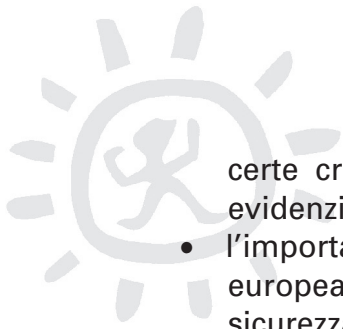
Mentre il testo completo è disponibile unicamente in lingua inglese e può essere scaricato gratuitamente dal sito web dell'EPHA (European Public Health Alliance (<http://www.epha.org/>)), questo riepilogo è stato pubblicato in tutte le lingue dell'UE e stampato con il sostegno finanziario della Commissione europea e di Fondazioni private.

La prima pubblicazione di "Public Health and the EU: an overview", risalente al 1995, presentava una compilazione di policy briefings preparati dall'EPHA. Una decade dopo, siamo lieti di presentare una versione aggiornata, con riferimenti agli ultimi sviluppi delle politiche comunitarie quali la bozza di Costituzione dell'Unione europea, il nuovo programma per la salute pubblica e l'impatto dell'allargamento dell'UE sulle politiche sanitarie.

La missione dell'EPHA è di promuovere e proteggere la salute di tutte le persone che vivono in Europa e stimolare una maggiore partecipazione dei cittadini ai processi legislativi europei relativi alla salute. L'EPHA ha pubblicato questo libro a guisa di introduzione alle numerose attività dell'Unione europea (UE) nell'ambito della salute pubblica. L'obiettivo è di informare le organizzazioni locali, nazionali ed europee sulle opportunità e gli stimoli che l'UE rappresenta per la salute pubblica. Per noi questa è una condizione preliminare per ampliare e rafforzare il coinvolgimento e la partecipazione della società civile all'elaborazione delle politiche. E, cosa ancora più importante, mette in evidenza il ruolo cruciale delle organizzazioni non governative nel fare da ponte fra i cittadini e i responsabili decisionali, agendo da contrappeso agli interessi occulti.

La presente panoramica si sofferma sulle attività in atto nell'UE (al 2007) nelle seguenti aree:

- il punto sulla salute nell'Unione europea, incluso l'impatto dell'allargamento;
- i principali strumenti disponibili a livello comunitario per influire nelle questioni relative alla salute pubblica;
- l'impatto di altre aree della politica comunitarie (mercato interno, agricoltura, ambiente, ricerca, salute e sicurezza sul luogo di lavoro, ecc.) sulla salute pubblica;
- la relazione fra mobilità dei pazienti e sviluppi in materia di sanità e in che modo questa possa portare a una maggiore cooperazione e coordinamento nell'UE;
- lo scambio di dati sulla salute e lo sviluppo di buone pratiche;
- l'importanza dei determinanti della salute come l'alimentazione, l'attività fisica, l'alcol, il tabacco, le droghe, la salute mentale e gli incidenti;
- l'incidenza delle malattie contagiose sull'agenda europea e in che modo



certe crisi recenti, ad esempio la SARS e l'influenza aviaria, abbiano evidenziato la necessità di un'azione a livello UE;

- l'importanza dei farmaci e medicinali per i cittadini e per l'economia europea, e in che modo le considerazioni relative a costo, concorrenza e sicurezza incidano sulle politiche generali per la salute pubblica.

La salute pubblica

La pubblicazione comprende una breve introduzione ai diversi concetti di salute pubblica, con una sintesi dell'origine del movimento per la salute pubblica e delle sue principali vittorie.

Nel corso della vita, siamo tutti esposti a una serie quasi illimitata di rischi per la salute, si tratti di malattie trasmissibili o meno, infortuni, assunzione di prodotti, violenza o disastri naturali. Nessun rischio nasce isolato: molto spesso le radici affondano in complesse catene di eventi innescati da lungo tempo¹. Essenzialmente, salute pubblica significa creare le condizioni per una società sana.

Si può pertanto definire la salute pubblica come lo stato di salute 'oggettivo e misurabile' di una popolazione, l'aspettativa di vita degli individui che la compongono e fino a che punto siano esenti da malattie. Ma si tratta di una definizione piuttosto limitata. Le vaccinazioni e un migliore screening hanno avuto un impatto sulla salute, ma le politiche relative ad altre aree – alloggi dignitosi, acqua potabile, sistemi igienici, sicurezza alimentare, istruzione ecc. – hanno avuto un impatto ancora maggiore.

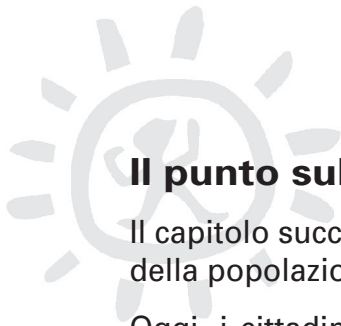
La classica definizione di Winslow, del 1920, riflette un concetto ampio di salute pubblica:

La salute pubblica è la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute e l'abilità fisica attraverso sforzi organizzati dalla comunità per il risanamento dell'ambiente, il controllo delle infezioni nelle comunità, l'educazione dei cittadini ai principi dell'igiene personale, l'organizzazione di un servizio medico e infermieristico per la diagnosi e il trattamento preventivo delle malattie, e lo sviluppo di un meccanismo sociale capace di assicurare ad ogni individuo della comunità uno standard di vita adeguato al mantenimento della sua salute².

Questa definizione solleva importanti questioni come la prevenzione delle malattie e un'attenzione alle condizioni generali di vita e alla qualità della vita; altrettanti aspetti chiave delle attuali politiche per la salute pubblica, incluso l'approccio adottato sul piano comunitario.

La salute è anche un diritto umano, come afferma la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani³.

Salute pubblica non vuol dire solo sanità di base. Investire nella salute pubblica, e non solo nella sanità di base, dovrebbe essere l'attività centrale di ogni governo nel quadro della promozione della salute e del benessere dei suoi cittadini.



Il punto sulla salute in Europa

Il capitolo successivo di “Health and the EU: an overview” fa il punto sulla salute della popolazione europea.

Oggi, i cittadini dell’Unione europea vivono più a lungo e godono in generale di una salute migliore di quanto non sia mai accaduto prima⁴. Dagli anni ‘50 in poi l’aspettativa di vita in Europa Occidentale è aumentata costantemente di 2,5 anni ogni decade. Nell’UE-25 l’aspettativa di vita varia da 66-78 anni (un gap di 12 anni) per gli uomini e 76-84 anni (un gap di 8 anni) per le donne. La differenza fra gli Stati membri si fa più pronunciata se anziché di aspettativa di vita parliamo di aspettativa di una vita sana. L’aspettativa di una vita sana varia fra i 57- 75 anni (18 anni) per le donne e i 54-71 anni (17 anni) per gli uomini⁵.

Secondo molte previsioni questa tendenza positiva è destinata a continuare, anche se numerose malattie correlate a certi stili di vita rischiano di livellarla. Fattori di rischio quali fumo, obesità, mancanza di attività fisica, elevato consumo di alcol, infortuni e incidenti sono causa di morte prematura e malattie croniche. Esiste un chiaro collegamento fra dieta, stile di vita e salute⁶. Le malattie non trasmissibili costituiscono oltre l’87% delle malattie totali nell’UE⁷, ed il 27% di queste è rappresentato da disordini mentali. Nel 1999, i disordini mentali erano all’origine di oltre il 40% delle pensioni d’invalidità in Finlandia e del 25% in Portogallo. Alle malattie cardiovascolari, attualmente la principale causa di morte nell’UE⁸, è imputabile il 40% dei decessi per ambedue i sessi. Esse sono inoltre la causa principale di cattiva salute in Europa. Obesità e diabete di Tipo 2 mostrano una tendenza preoccupante, non solo perché colpiscono una fascia più ampia di popolazione, ma anche perché tendono a manifestarsi in età sempre più giovane. Nell’Unione europea, nel 2000, un totale di 158 milioni di giorni lavorativi sono andati persi in seguito a infortuni, con una media di 20 giorni per infortunio⁹. Inoltre, a causa della maggiore mobilità, le malattie trasmissibili e le pandemie possono diffondersi più rapidamente che mai oltre i confini nazionali.

Fortunatamente, le principali cause di morte prematura si possono in gran parte prevenire. I principali fattori di rischio sono infatti comportamentali, e possono essere controllati mediante un uso efficace di interventi conosciuti e attuabili nel quadro della salute pubblica. Tuttavia molti rischi si raggruppano intorno alle fasce povere della popolazione¹⁰.

L’immagine qui sopra, illustrata più approfonditamente nella pubblicazione completa, mostra un’Europa piena di contrasti. Si possono osservare notevoli progressi nella salute pubblica nel corso degli ultimi decenni, che hanno significativamente migliorato la qualità della vita di ampie fasce della popolazione. Ma si riscontrano tuttora molte differenze tra i vari paesi e anche all’interno di uno stesso paese. Rimane ancora un sostanziale potenziale di miglioramento per una più efficace politica per la salute pubblica.



L'emergere di una politica indipendente europea per la salute

La nuova versione del libro "Health in the EU: an overview" riconosce che le tematiche relative alla salute si stanno facendo largo nell'agenda europea.

L'articolo 152 del Trattato che istituisce la Comunità europea afferma che "nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana." Oggi la salute emerge non solo come un'area politica separata e chiaramente delineata ma anche come un aspetto importante nell'ambito di altre aree politiche, ad esempio agricoltura, ambiente, concorrenza, protezione dei consumatori, ecc. Tuttavia in linea di principio la sanità è tuttora un settore di competenza nazionale piuttosto che comunitaria. *"L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta appieno le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica."*¹¹ Ma con l'evolvere di pericoli per la salute che non conoscono più confini in un'Unione allargata, il ruolo dell'Europa nella promozione e coordinamento di soluzioni sanitarie per tutti i cittadini europei diviene sempre più importante, in particolare in materia di prevenzione, preparazione generale e rapidità di risposta ai potenziali pericoli. Come per tutte le altre politiche, le politiche europee per la salute pubblica sono sviluppate in un contesto di responsabilità condivise fra il Consiglio, il Parlamento europeo e la Commissione europea.

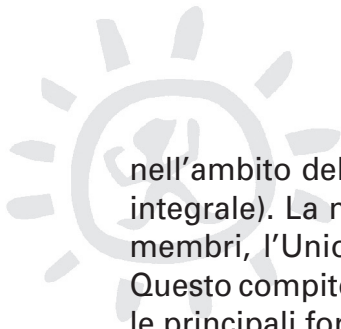
Riassumiamo di seguito brevemente la suddivisione delle responsabilità e le sfere di influenza delle Istituzioni europee, illustrate più dettagliatamente nella pubblicazione integrale:

Il Consiglio dell'Unione europea è il principale organo decisionale dell'UE. Rappresenta gli Stati membri ed è pertanto composto da un rappresentante per ogni governo dell'UE. Gli atti del Consiglio possono prendere forma di regolamenti legalmente vincolanti, direttive, proposte per azioni volontarie comuni, posizioni comuni, raccomandazioni, conclusioni o pareri.

Il Parlamento europeo è l'organo che rappresenta direttamente i cittadini degli Stati membri. Esprime la volontà democratica dei cittadini dell'Unione e rappresenta i loro interessi nel dialogo con le altre istituzioni europee. Il Parlamento europeo ha tre poteri fondamentali: potere legislativo, potere finanziario e potere di controllo delle istituzioni europee.

La Commissione europea è intesa come istituzione politicamente indipendente che rappresenta e difende gli interessi dell'Unione nel suo complesso. È la forza trainante del sistema istituzionale europeo, e ha il diritto di sottoporre proposte al Consiglio e al Parlamento.

Nell'area della salute pubblica, è stata creata nel 1999 la Direzione generale della Commissione europea per la Salute e la tutela dei consumatori (DG SANCO). La sua sede principale è Bruxelles, tuttavia la Direzione salute pubblica è suddivisa fra Bruxelles e Lussemburgo. La DG impiega circa 700 persone, 120 delle quali responsabili per la salute pubblica. Altre direzioni generali trattano della salute



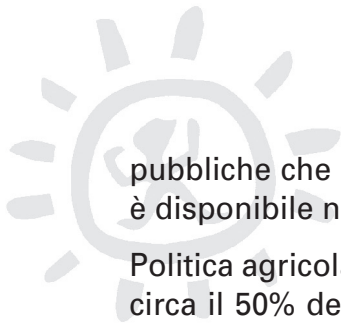
nell'ambito della loro giurisdizione (descrizione dettagliata nella pubblicazione integrale). La missione globale della DG SANCO recita: "Unitamente agli Stati membri, l'Unione europea protegge e promuove la salute dei suoi cittadini." Questo compito di 'protezione e promozione' è stato interpretato in modi diversi; le principali forme di governance attualmente in vigore sono:

- Legislazione e regolamentazione – la competenza giuridica sulla salute pubblica è stata rafforzata ai sensi dell'articolo 152 del Trattato di Amsterdam. L'UE ha un mandato limitato per l'adozione di politiche per salute pubblica. Spetta ancora agli Stati membri adottare misure a livello nazionale per regolamentare l'organizzazione e la fornitura dei servizi sanitari, tuttavia l'UE ha la prerogativa specifica di legiferare in materia di sangue, organi e tessuti (sicurezza e qualità del sangue, derivati del sangue, tessuti umani e cellule umane utilizzati nelle terapie mediche).
- Autoregolamentazione e cooperazione volontaria (Metodo della cooperazione aperta) – vi è stato un passaggio da parte degli attori socio-economici interessati dall'impiego di strumenti legalmente vincolanti (regolamenti e direttive) a metodi di regolamentazione alternativi, quali la coregolamentazione e l'autoregolamentazione. L'idea è di ridurre i costi e aumentare l'efficacia. La coregolamentazione e l'autoregolamentazione volontaria possono assumere la forma di accordi volontari, codici di condotta, carte, linee guida, norme armonizzate, ecc. Questo approccio – in certi casi detto il metodo della cooperazione aperta – sta diventando il metodo di governance predominante nell'Unione europea. In contrasto con il tradizionale approccio di stampo giuridico, questo metodo, che punta al coordinamento piuttosto che all'armonizzazione delle politiche nazionali, impegna gli Stati membri a lavorare insieme al raggiungimento di obiettivi comuni nel rispetto delle legittime diversità nazionali.
- Le iniziative finanziarie dell'UE, come il Programma d'azione comunitario in materia di salute pubblica 2003-2008¹² (con un budget di 312 milioni di euro) e le campagne di sensibilizzazione promosse dall'UE come 'Help – Per una vita senza tabacco' possono essere viste come supporti a questi approcci di tipo giuridico o volontario.

Il testo della pubblicazione integrale riconosce che l'UE non dovrebbe duplicare gli sforzi degli Stati membri bensì apportare valore aggiunto ad attività quali il monitoraggio delle statistiche sulla salute a livello UE, lo scambio di buone pratiche fra gli Stati membri e la creazione di forum per il dibattito pubblico e lo scambio d'informazioni.

La salute nella altre aree politiche dell'UE

Numerose politiche dell'UE riguardano anche la salute, in particolare quelle relative a mercato interno, agricoltura, ambiente, ricerca, protezione dei consumatori, salute e sicurezza sul luogo di lavoro, ecc. Le competenze dell'UE in merito alla salute sono piuttosto limitate, pertanto è cruciale l'uso di altri strumenti disponibili nell'ambito di altre aree politiche per migliorare la salute e il benessere dei cittadini. Il seguente è un breve sommario delle politiche



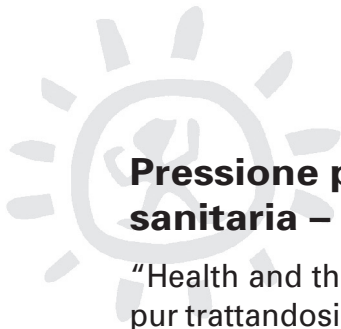
pubbliche che hanno un'incidenza sulla salute, una spiegazione più dettagliata è disponibile nella pubblicazione integrale.

Politica agricola – Le aree rurali ricoprono il 90% del territorio dell'UE e ospitano circa il 50% della sua popolazione. La politica agricola comunitaria (PAC) è un programma di sussidio all'agricoltura volto a sostituire i programmi di aiuti nazionali al fine di garantire che la produzione avvenga su una base paritaria in tutti gli Stati membri. La PAC è stata criticata per un impiego inefficiente dei sussidi, per lo spendere il 50% del budget dell'UE e influire negativamente sulla salute pubblica attraverso i sussidi alla coltivazione di tabacco e produzione di alcol nonché la distruzione di milioni di tonnellate di frutta e verdura ogni anno. Anche il suo impatto negativo sull'agricoltura dei paesi in via di sviluppo è stato fortemente stigmatizzato¹³. Il peso finanziario della PAC sulle politiche generali condotte finora dall'UE è innegabile ed esemplifica certi dilemmi in merito alle politiche per la salute pubblica e alla loro rilevanza rispetto agli obiettivi economici. Di fronte all'aumento delle malattie correlate allo stile di vita, l'impatto della PAC dev'essere valutato attentamente.

Salute e ambiente – La salute è un fattore importante nella politica ambientale dell'UE. Le principali aree di intervento sono l'inquinamento interno ed esterno, il rumore, l'ambiente interno e le condizioni abitative, le politiche per l'acqua, i campi elettromagnetici, l'esposizione alle radiazioni e agli agenti chimici. L'incidenza di questi fattori è associata a numerosi disturbi: problemi dell'udito, disordini del sonno, stress con relativa ipertensione e altre malattie cardiocircolatorie, cancro della pelle e di altro tipo, malattie respiratorie e difetti di nascita. L'interazione ambiente/salute è molto più intricata e complessa di quanto si possa pensare¹⁴.

Ricerca – La ricerca condotta a livello europeo è stata criticata per essere troppo limitata, frammentaria e priva un indirizzo preciso. Per affrontare questo problema la Commissione europea ha proposto nel 2000 la creazione dell'Area di ricerca europea (ARE)¹⁵. I governi dell'Unione si sono impegnati a portare la percentuale di prodotto interno lordo investita nella ricerca dei settori pubblico e privato dall'1,9% del 2000 al 3% entro il 2010. Il 7° Programma quadro di ricerca (7PQ)¹⁶ dispone di un budget significativamente potenziato (€73 miliardi) da spendere in sette anni su quattro programmi chiave: cooperazione, idee, persone e capacità. La salute è ora una delle nove tematiche coperte da questi quattro programmi.

Aiuti allo sviluppo e alla salute; la prospettiva globale – Tutti i paesi del mondo e le istituzioni per lo sviluppo hanno concordato, attraverso le Nazioni Unite, quattro Obiettivi di sviluppo per il millennio relativi a una serie di problemi: dal dimezzare la povertà estrema nel pianeta, all'arginare la diffusione dell'HIV/AIDS, all'istruzione di base per tutti. Gli aiuti allo sviluppo rappresentano una parte importante e visibile della spesa dell'UE per la salute globale (l'UE è il maggiore donatore a livello mondiale, con il 55% di tutte le sovvenzioni e il 65% di cofinanziamenti, pur contribuendo attualmente meno di quanto non si fosse impegnata a fare). Occorre tuttavia bilanciare questo quadro con l'impatto di altre politiche, in particolare la PAC e il mercato interno, sulla salute globale.



Pressione per la ricerca di soluzioni europee in materia sanitaria – Mobilità dei pazienti e ultimi sviluppi sanitari

“Health and the EU: an overview” include anche un capitolo sui sistemi sanitari, pur trattandosi di una responsabilità nazionale. A causa di svariati fattori, i sistemi sanitari d’Europa stanno infatti diventando sempre più interconnessi.

In primo luogo, ogni cittadino europeo ha il diritto di vivere e lavorare in un altro Stato membro senza subire discriminazioni basate sulla nazionalità. Per i professionisti della sanità, questo diritto è supportato da una serie di regolamenti che assicurano il mutuo riconoscimento delle qualifiche. Nel quadro della direttiva 2005/36/CE¹⁷, sono stati attuati i seguenti meccanismi:

- L’armonizzazione dei requisiti di formazione che permette il riconoscimento automatico delle qualifiche professionali (riguarda medici, infermieri, dentisti, levatrici, chirurghi veterinari, farmacisti e architetti)¹⁸.
- Un ‘sistema generale’ di riconoscimento che si applica a tutte le altre professioni. Questo sistema delinea i principali diritti dei cittadini in materia di mobilità professionale e specifica gli obblighi degli Stati membri¹⁹.

Direttive settoriali per le professioni tradizionali della sanità esistono fin dalla metà degli anni ’70. Altri operatori sanitari dispongono di un sistema meno trasparente per il riconoscimento delle qualifiche (ad esempio le professioni legate alle medicine complementari o alternative). Uno degli obiettivi della direttiva del 2005 era di semplificare e rendere più trasparente il riconoscimento delle qualifiche.

In secondo luogo, i pazienti si recano oltre confine alla ricerca di trattamenti migliori. Nel quadro del regolamento comunitario 1408/71, i pazienti hanno l’opzione di poter essere curati all’estero. Due storiche sentenze della Corte Europea di Giustizia²⁰ del maggio 1998 hanno influito sull’organizzazione dei sistemi sanitari, infatti la Corte ha confermato che i cittadini sono liberi di farsi curare negli altri Stati membri, e che in determinate condizioni possono anche essere rimborsati. Inoltre, conformemente al regolamento 1408/71, qualora in caso di permanenza temporanea in uno Stato membro diverso dal proprio, per lavoro, studio, distacco o ricerca di un impiego, un cittadino dovesse necessitare di cure sanitarie, queste gli saranno fornite alle stesse condizioni di cui godono i cittadini assicurati di quel paese. Dal 1° giugno 2004, questo diritto è espresso nella Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM), che ha sostituito i precedenti formulari cartacei, in particolare l’E111 (COM 2004).

In terzo luogo, la mobilità dei pazienti ha conseguenze sui servizi sanitari e le cure mediche tanto nel paese in cui il paziente è assicurato quanto nel paese in cui gli vengono prestate le cure. La Commissione europea sta sviluppando un quadro comunitario per servizi sanitari sicuri efficienti e di alta qualità attraverso il rafforzamento della cooperazione fra gli Stati membri, assicurando l’applicazione della legislazione comunitaria in materia di prestazioni e servizi sanitari.



Un prerequisito della politiche europee per la salute – L'informazione sanitaria

L'informazione sanitaria è importante per poter fare raffronti fra Stati membri e regioni e quindi informare e indirizzare le politiche sanitarie a livello nazionale ed europeo. Un'informazione aggiornata e di qualità sulla stato di salute è un prerequisito per l'effettivo sviluppo delle politiche per la salute pubblica.

La Commissione europea punta a produrre una serie di indicatori della salute che possano fornire indicazioni concise e comparabili sulla salute e i comportamenti dei cittadini correlati alla salute. L'attività sugli indicatori della salute è coordinata attraverso gruppi di lavoro di consulenti esterni responsabili dei diversi elementi di quello che diverrà un programma per il monitoraggio della salute. Sono stati creati gruppi di lavoro per i seguenti campi: malattia e mortalità, incidenti e infortuni, salute mentale, stile di vita e altri determinanti della salute, salute e ambiente, sistemi sanitari e indicatori della salute a livello comunitario.

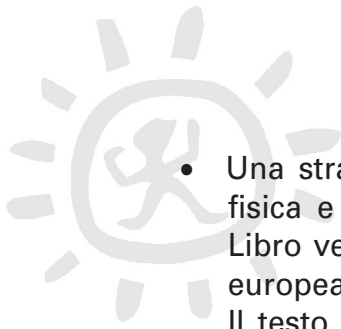
Questa attività dovrebbe migliorare la qualità e la comparabilità dei dati nonché facilitare l'accesso e un'analisi più efficace delle informazioni disponibili. L'obiettivo finale è lo sviluppo di un sistema comunitario di informazioni sanitarie e conoscenze che sia pienamente accessibile in tutta Europa agli esperti e ai cittadini.

Incanalare meglio le politiche europee per la salute – I determinanti della salute

Sette fattori di rischio, tutti costituiti da malattie non trasmissibili, sono responsabili di gran parte dell'onere sanitario nella regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Parliamo di: pressione del sangue, uso di tabacco, uso eccessivo e pericoloso di alcol, colesterolo, obesità, scarsa assunzione di frutta e verdura e inattività fisica. Le malattie non trasmissibili sono in gran parte prevenibili. Si potrebbero evitare più dell'80% di malattie coronariche e fino al 90% dei casi di diabete di Tipo 2 semplicemente cambiando stile di vita. Mangiare sano, mantenere un peso corretto e fare più attività fisica, per esempio, riduce di un terzo il rischio di cancro. I seguenti determinanti sono i più importanti, e le azioni concrete intraprese al riguardo dalle istituzioni europee sono illustrate in maggiore dettaglio nella versione integrale della pubblicazione.

Alimentazione e attività fisica – Il rapporto fra dieta, stile di vita e salute è scientificamente provato, in particolare per quanto riguarda il ruolo della dieta e dello stile di vita quali fattori determinanti in malattie non trasmissibili come l'obesità, le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete di Tipo 2, l'ipertensione e l'osteoporosi²¹. La Commissione europea ha intrapreso diversi passi per far fronte a queste sfide alla salute pubblica;

- Sono state adottate delle Conclusioni del Consiglio, fra cui quelle sui stili di vita sani del 2003, sulla promozione della salute del cuore del 2004, e sul diabete del 2006.
- La Rete europea relativa all'alimentazione e all'attività fisica, creata nel 2003, composta da esperti nominati dagli Stati membri.

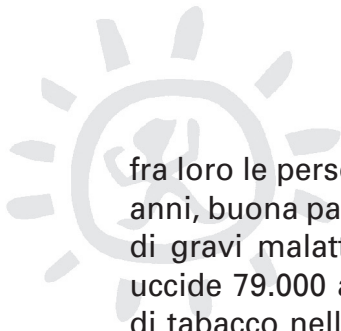


- Una strategia coerente e comprensiva in materia alimentazione, attività fisica e obesità, che sarà presentata entro giugno 2007, è connessa al Libro verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche". Il testo dovrebbe prevedere l'inclusione dell'alimentazione e dell'attività fisica in tutte le aree politiche rilevanti a livello locale, regionale, nazionale ed europeo nonché la creazione dei necessari ambienti di supporto.
- A titolo sperimentale, i servizi della Commissione hanno lanciato un forum, denominato "Dieta, attività fisica e salute – una piattaforma d'azione europea", basato sulle esperienze della 'tavola rotonda sull'obesità'. Le parti interessate a livello europeo (distribuzione, industria di trasformazione, ristorazione, pubblicitari, consumatori e ONG del settore, professioni mediche, ecc.) si incontrano regolarmente dal 2005 con l'obiettivo di identificare e concordare azioni concrete che contribuiscano ad arrestare se non ad invertire l'attuale tendenza all'obesità.
- Un altro importante obiettivo è quello di assicurarsi che i partner potenziali siano al corrente di tutte le iniziative in merito all'obesità, per individuare le azioni e le politiche più coerenti.
- Anche la sicurezza alimentare è una priorità dell'UE. L'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) è stata creata nel 1996 per valutare i rischi relativi alle forniture alimentari, e il suo mandato è stato ora ampliato dalla Commissione europea per includere l'alimentazione.

Alcol – L'assunzione di alcol aumenta il rischio di contrarre oltre 60 tipi di malattie e patologie. L'alcol ha inoltre un impatto sociale negativo che, oltre ai disagi sociali e alle violenze domestiche, comporta maggiori pericoli di incendio, annegamento e incidenti stradali, abuso di minori, crimini e omicidi. Si stima siano circa 55 milioni gli adulti che bevono alcol in quantità dannose nell'UE, e 23 milioni di essi sono considerati alcolizzati.

Le direttive adottate finora dall'Unione europea riguardano: la tassazione degli alcolici, una Raccomandazione sull'assunzione di alcol da parte dei giovani (2001) e la direttiva detta Televisione senza frontiere (direttiva 89/552/CEE), che prevede restrizioni nella pubblicità degli alcolici. Nell'ottobre 2006, la Commissione europea ha adottato una Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol²² e istituirà un forum su Alcol e salute entro giugno 2007, che riunirà gli esperti delle parti interessate fra cui le ONG, i produttori di bevande alcoliche e la distribuzione. I rappresentanti degli Stati membri e di altre istituzioni e agenzie europee si riuniscono in un comitato consultivo separato. L'obiettivo di questo forum è di fornire supporto, input e controllo relativamente all'attuazione della strategia delineata nella comunicazione.

Tabacco – La prevenzione del fumo figura da anni nell'agenda dei professionisti della salute, politici, ONG, Stati membri e Commissione europea. Ciononostante, circa un terzo della popolazione europea adulta continua a fumare. Si stima che il tabacco uccida ogni anno 650.000 cittadini europei, ovvero uno su sette decessi in Europa. Il fumo è dannoso praticamente per tutti gli organi del corpo umano ed è all'origine di numerose malattie. Metà dei fumatori moriranno a causa del fumo e



fra loro le persone di mezza età hanno un'aspettativa media di vita ridotta di 22 anni, buona parte della quale trascorsa in cattiva salute. Altri 13 milioni soffrono di gravi malattie croniche dovute al fumo. Si aggiunga che il fumo passivo uccide 79.000 adulti ogni anno negli UE-25²³. Gli sforzi per ridurre il consumo di tabacco nell'UE hanno portato all'adozione delle seguenti raccomandazioni e legislazioni:

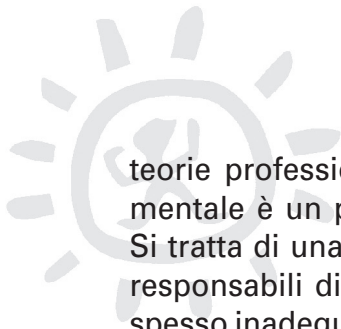
- Spazi pubblici e luogo di lavoro – Nel 1989 è stata approvata una risoluzione che vieta il fumo nei luoghi pubblici e in tutti i mezzi pubblici di trasporto.
- Regolamentazione sui prodotti derivati dal tabacco – Nel 2001 una direttiva che regola i prodotti derivati dal tabacco è divenuta legge.
- Direttiva dell'Unione europea sulla pubblicità del tabacco – Nel 2003 è entrata in vigore la direttiva che proibisce la pubblicità del tabacco, che ora include la pubblicità transfrontaliera e la sponsorizzazione degli sport.
- Convenzione quadro sul controllo del tabacco – Nel 2004 il Consiglio dell'UE ha approvato la Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità sul controllo del tabacco (FCTC)²⁴.
- La superficie dedicata alle avvertenze sui danni alla salute è aumentata del 30% sul davanti e del 40% sul retro dei pacchetti di sigarette.
- Tassazione – Il tabacco è un prodotto soggetto ad elevata tassazione in gran parte degli Stati membri.

Nella primavera del 2007, la Commissione europea ha lanciato una consultazione pubblica sul miglior modo per promuovere un ambiente esente dal fumo attraverso il libro verde "Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'UE"²⁵.

Consumo di droghe – Il consumo di droghe, in particolare fra i giovani, è al massimo storico, con oltre due milioni di consumatori a rischio²⁶. Le leggi nazionali in materia tendono sempre più a fare una distinzione fra il possesso di droga per uso personale e il possesso ai fini di spaccio o traffico. La tendenza generale è di inasprire le pene per quest'ultimo caso. Questo sviluppo è in linea con una generale tendenza europea ad ampliare le opportunità di trattamento e dare priorità a interventi volti a indirizzare i tossicomani verso opzioni di trattamento e riabilitazione piuttosto che portarli davanti a un tribunale.

La Commissione europea vede **l'uso di droghe illegali** – e fino a un certo punto anche l'abuso di droghe legali – come un importante problema per la salute pubblica. Le azioni sono incentrate sulla prevenzione mediante l'educazione e la sensibilizzazione, ma includendo il contenimento e il trattamento dei rischi/danni. L'approccio europeo nell'affrontare i problemi di droga è stato sviluppato attraverso le Strategie (2005 – 2012) e i Piani d'azione (2005–2008) europei contro la droga, il cui modello prevede di arrivare a un equilibrio fra prevenzione, educazione e trattamento da una parte, e inasprimento delle leggi contro la produzione e il traffico di droghe dall'altra.

Salute mentale – Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esiste un'unica definizione ufficiale di salute mentale. Differenze culturali e divergenti



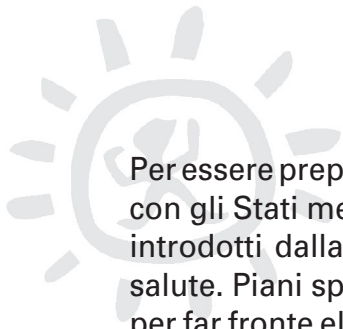
teorie professionali influiscono sulla definizione di 'salute mentale'. La salute mentale è un problema che tocca individui, famiglie, scuole e posti di lavoro. Si tratta di una questione critica per l'Europa dato che i problemi mentali sono responsabili di quasi il 20% del carico malattie²⁷. Le cure offerte sono peraltro spesso inadeguate e non forniscono l'aiuto necessario, anche in caso di problemi mentali gravi. Nel 2005, i Ministri europei della salute si sono impegnati per la prima volta a incanalare l'azione per la salute mentale dell'ambito delle loro politiche sanitarie²⁸. Nel 2006, la Commissione europea ha lanciato una consultazione aperta sulla base del Libro verde 'Promuovere la salute mentale della popolazione. Verso una strategia per la salute mentale nell'Unione europea'²⁹, che è stata oggetto di numerose (237) reazioni³⁰. I servizi della Commissione sono ora al lavoro su una comunicazione che delinea una strategia per la salute mentale che dovrebbe essere adottata nella primavera 2007.

Prevenzione degli incidenti – Gli incidenti sono la principale causa di morte e disabilità per la popolazione europea³¹. Il rischio di morte e lesioni gravi è particolarmente elevato in contesti diversi quali la circolazione stradale, il luogo di lavoro, e in relazione ai servizi e prodotti di consumo. Gli incidenti intenzionali e non intenzionali sono ritenuti la principale causa di morte e infermità cronica nei bambini, giovani e adulti fino ai 45 anni, con conseguente enorme perdita in termini di anni di vita in buona salute e di produttività. Fra le persone di età superiore ai 65 anni, gli incidenti sono un'importante causa di morte e disabilità e spesso innescano un fatale declino dello stato di salute.

La Commissione europea ha intrapreso numerose iniziative per avviare un'azione volta a ridurre la frequenza delle morti e lesioni intenzionali e non intenzionali collaborando attivamente su questa questione trasversale con numerose DG in materia di trasporti, luogo di lavoro, salute mentale, violenza, alcol e sanità infantile. Più di 80 progetti specifici dedicati a una migliore prevenzione degli incidenti sono stati intrapresi nel periodo 1999 – 2002³². Ma vi è ancora spazio per azioni efficaci, in particolare attraverso l'adozione di buone prassi per la riduzione degli incidenti comprovate e pubblicate. La Commissione europea ha inoltre adottato nel giugno 2006 la 'Comunicazione della Commissione in merito ad iniziative per rendere l'Europa più sicura'³³ e la 'Proposta di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza – in attesa di approvazione, maggio 2007'³⁴.

Incanalare meglio le politiche europee per la salute – Malattie trasmissibili

Malattie trasmissibili come l'HIV/AIDS, la tubercolosi, il morbillo e l'influenza, rappresentano un serio rischio per la salute dell'uomo, provocando circa un terzo dei decessi globali. Le malattie trasmissibili non conoscono frontiere e possono diffondersi con particolare rapidità nel mondo attuale così interconnesso. Nuove malattie emergono mentre altre sviluppano forme resistenti ai farmaci come la tubercolosi multiresistente, e lo *staphylococcus aureus* resistente alla meticillina.



Per essere preparati a questi pericoli, la Commissione europea collabora da vicino con gli Stati membri in questa materia. Piani generici di preparazione sono stati introdotti dalla Commissione europea per far fronte a diverse minacce per la salute. Piani specifici sono stati elaborati a livello sia nazionale che comunitario per far fronte alle minacce rappresentate dall'influenza pandemica, dalla SARS, dal vaiolo o dal bioterrorismo. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha il compito di fornire consulenza scientifica e di valutare i messaggi di rischio ricevuti attraverso il Sistema d'allarme rapido e di reazione (EWRS)³⁵.

La pubblicazione integrale fornisce informazioni più dettagliate in un apposito capitolo dedicato a questo argomento.

Incanalare meglio le politiche europee per la salute – Medicinali e terapie

Nel corso del secolo sono state sviluppate ampie regolamentazioni sui medicinali in tutti gli Stati membri, particolarmente dagli anni '60 in poi. La crescente complessità e l'incompatibilità dei regolamenti nazionali hanno portato a tentativi di armonizzazioni dei sistemi a livello europeo. Tutti i medicinali attualmente disponibili in Europa devono rispondere alle norme di sicurezza, qualità ed efficacia previste dalla legislazione europea (descritte più approfonditamente nella pubblicazione integrale).

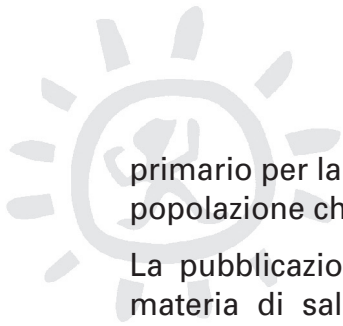
Vi sono tuttavia grandi differenze nella portata e nel tipo di controlli sui medicinali alternativi nei vari Stati membri. Nel 1992, l'UE si è mossa in questo campo con la direttiva 92/73CEE³⁶ in materia di medicinali omeopatici e con altre azioni illustrate nella pubblicazione integrale.

L'Unione europea è impegnata ad assicurare un elevato livello di qualità, sicurezza e innovazione nel campo dei farmaci. Nel contesto dei medicinali e dei farmaci gli obiettivi chiave sono l'accesso a un costo sostenibile, la garanzia che siano sicuri ed efficaci e la possibilità da parte dei cittadini di operare scelte informate, equilibrando quanto sopra in un quadro di sostegno alla competitività dell'industria farmaceutica.

Il Forum farmaceutico ad alto livello è stato istituito nel giugno 2005 per rispondere a queste esigenze dalle Direzioni generali Imprese e industria e Salute e tutela dei consumatori³⁷. Il Forum riunisce gli Stati membri, l'industria farmaceutica, i rappresentanti della salute pubblica e dei pazienti in un processo di cooperazione volontaria, nell'intento di trovare un equilibrio fra soluzioni nazionali ed europee.

Conclusione

La buona salute è una risorsa fondamentale per lo sviluppo sociale ed economico. Uno sviluppo umano di livello più elevato significa poter vivere più sani e più a lungo. Con una popolazione sana si allenta la pressione sui sistemi della pubblica sanità e previdenza sociale. Una sana forza lavoro è un requisito



primario per la crescita economica e la prosperità. Nell'Europa di oggi, con una popolazione che invecchia sempre più, ciò è più vero che mai.

La pubblicazione riconosce i rimarchevoli progressi degli ultimi decenni in materia di salute pubblica, ma osserva anche la persistenza di differenze importanti fra fasce di popolazione, regioni e paesi. La sanità pubblica rimane in gran parte una responsabilità nazionale, ma molte delle più gravi minacce alla salute non possono essere risolte dalle sole politiche sanitarie nazionali, né restano confinate entro le frontiere. Un'azione coordinata a livello europeo è sempre più importante in materia di salute pubblica.

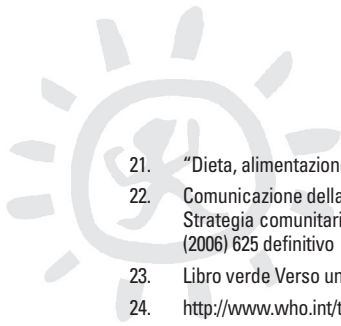
La società civile ha giocato un ruolo sempre più importante nel dare forma e realizzare soluzioni sanitarie a livello locale, regionale, nazionale ed europeo. E continuerà a farlo intraprendendo azioni che aggiungono valore e complemento al lavoro portato avanti dall'UE e dagli Stati membri per una sempre maggiore salute e sicurezza dei cittadini.

L'UE ha fatto considerevoli progressi nel rafforzare il dialogo con la società civile, aprendolo a una moltitudine di parti interessate dei diversi paesi e settori. Ma resta ancora molto da fare, in particolare rafforzando la capacità della società civile di impegnarsi nella definizione delle politiche .

Written by Mariann Skar
Edited by Lara Garrido Herrero
Translated by Paul Janssens Ltd

Note

1. Per maggiori informazioni sui rischi vedi il Rapporto mondiale sulla salute 2002 – Ridurre i rischi, promuovere una vita sana, Organizzazione Mondiale della Sanità 2002
2. Winslow 1920, p23 in Baggott, Rob Public Health Policy and Politics ,Palgrave Macmillan 2000
3. Articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani – adottato e proclamato con la Risoluzione dell'Assemblea generale 217 A (111) del 10 dicembre 1948
4. Dati chiave sulla salute, Eurostat 2005
5. Kjaesrud e Siddel, Commissione europea 2006
6. "Dieta, alimentazione e prevenzione delle malattie croniche" – Rapporto delle valutazioni congiunte degli esperti OMS/FAO. 2003
7. Statistics in focus – Popolazione e condizioni sociali Tema 3 – 2/2004
8. Statistics in focus – Popolazione e condizioni sociali Tema 3- 2/2004
9. Comunicazione della Commissione europea Migliorare la qualità del lavoro: un'analisi degli ultimi progressi COM (2003) 26.11.2003 728 definitivo
10. Rapporto mondiale sulla salute 2002 – Ridurre i rischi, promuovere una vita sana Organizzazione Mondiale della Sanità
11. Articolo 152 del Trattato di Amsterdam – La competenza dell'UE a trattare questioni relative alla salute pubblica è fondata rispettivamente sugli Articoli 129 e 152 del Trattato di Maastricht del 1993 e del Trattato di Amsterdam del 1999
12. http://europa.eu.int/comm/health/ph_programme/programme_en.htm
13. Per maggiori informazioni: Public health aspects of EU Common Agricultural Policy – developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco; Liselotte Schafer Elinder, Istituto nazionale per la salute pubblica, Svezia, 2003
14. Agenzia Europea per l'Ambiente e OMS
15. Per maggiori informazioni: http://ec.europa.eu/research/era/index_en.html
16. http://europa.eu.int/comm/research/future/index_en.cfm
17. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/future_en.htm
18. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/specific-sectors_en.htm
19. http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/general-system_en.htm
20. Causa C-158/96 Kohll [1998] RACC I-1931 e Causa C-120/95 Decker [1998] RACC I-1831



21. "Dieta, alimentazione e prevenzione delle malattie croniche" – Rapporto delle valutazioni congiunte degli esperti OMS/FAO. 2003
22. Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol 24/10/2006. Com (2006) 625 definitivo
23. Libro verde Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'UE. COM (2007) 27 definitivo
24. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/>
25. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/keydo_tobacco_en.htm
26. Relazione annuale 2006: evoluzione del fenomeno della droga in Europa dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA). <http://annualreport.emcdda.europa.eu>
27. Libro verde – Promuovere la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. Commissione europea 2006
28. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
29. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm
30. Reazioni al libro verde – Promuovere la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. Commissione europea 19.12.2006
31. Per maggiori informazioni: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/IPP/ipp_en.htm
32. Per maggiori informazioni: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/injury_project_full_listing_en.htm
33. Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio in merito ad iniziative per rendere l'Europa più sicura COM(2006) 328 definitivo
34. Proposta di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione degli incidenti e la promozione della sicurezza COM (2006) 329 Definitivo
35. Decisione della Commissione, del 19 marzo 2002, che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio
36. Direttiva del Consiglio 92/73/CEE del 22 settembre 1992 che amplia il campo di applicazione delle direttive 65/55 CEE e 75/319/CEE concernenti il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative ai medicinali e che fissa disposizioni complementari per i medicinali omeopatici, OJ L 297/8 (1992)
37. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/other_policies/pharma_forum_en.htm
http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/comp_pf_en.htm