

DECISIONE DELLA COMMISSIONE

del 10 febbraio 2006

che adotta il programma di lavoro per il 2006 relativo all'attuazione del programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008), compreso il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni

(Testo rilevante ai fini del SEE)

(2006/89/CE)

LA COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE,

visto il trattato che istituisce la Comunità europea,

visto il regolamento (CE, Euratom) n. 1605/2002 del Consiglio, del 25 giugno 2002, che stabilisce il regolamento finanziario applicabile al bilancio generale delle Comunità europee ⁽¹⁾, in particolare l'articolo 110,visto il regolamento (CE, Euratom) n. 2342/2002 della Commissione, del 23 dicembre 2002, recante modalità d'esecuzione del regolamento (CE, Euratom) n. 1605/2002 del Consiglio che stabilisce il regolamento finanziario applicabile al bilancio generale delle Comunità europee ⁽²⁾, in particolare l'articolo 166,vista la decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) ⁽³⁾, in particolare l'articolo 8, paragrafo 1,vista la decisione 2004/858/CE della Commissione, del 15 dicembre 2004, che istituisce un'agenzia esecutiva denominata «Agenzia esecutiva per il programma di sanità pubblica», per la gestione dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica, a norma del regolamento (CE) n. 58/2003 del Consiglio ⁽⁴⁾, in particolare l'articolo 6,

considerando quanto segue:

- (1) L'articolo 110 del regolamento (CE, Euratom) n. 1605/2002 stabilisce che le sovvenzioni siano oggetto di una programmazione annuale, pubblicata all'inizio dell'esercizio.
- (2) In conformità dell'articolo 166 del regolamento (CE, Euratom) n. 2342/2002, il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni precisa l'atto di base, gli obiettivi, il calendario degli inviti a presentare proposte corredate del rispettivo importo indicativo ed i risultati desiderati.
- (3) In conformità dell'articolo 15, paragrafo 2, della decisione della Commissione del 15 marzo 2005 sulle norme interne sull'esecuzione del bilancio generale delle Comunità

europee (sezione dedicata alla Commissione), la decisione che adotta il programma di lavoro annuale di cui all'articolo 110 del regolamento finanziario può essere considerata la decisione di finanziamento ai sensi dell'articolo 75 del regolamento finanziario, purché si tratti di un quadro sufficientemente dettagliato.

- (4) L'articolo 8 della decisione n. 1786/2002/CE dispone l'adozione, da parte della Commissione, di un programma di lavoro annuale per l'attuazione del programma che fissa le priorità e le azioni da intraprendere, tra cui l'assegnazione delle risorse.
- (5) Il programma di lavoro per il 2006 dovrebbe pertanto essere adottato.
- (6) Le misure di cui alla presente decisione sono conformi al parere del comitato del programma.
- (7) In conformità dell'articolo 6 della decisione 2004/858/CE della Commissione, l'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica riceve una sovvenzione iscritta nel bilancio generale dell'Unione europea,

HA ADOTTATO LA PRESENTE DECISIONE:

Articolo unico

È adottato il programma di lavoro 2006 per l'attuazione del programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008) di cui all'allegato.

Il Direttore generale della DG «Salute e tutela dei consumatori» garantisce l'attuazione di suddetto programma.

Fatto a Bruxelles, il 10 febbraio 2006.

Per la Commissione

Markos KYPRIANOU

Membro della Commissione

⁽¹⁾ GU L 248 del 16.9.2002, pag. 1.

⁽²⁾ GU L 357 del 31.12.2002, pag. 1.

⁽³⁾ GU L 271 del 9.10.2002, pag. 1.

⁽⁴⁾ GU L 369 del 16.12.2004, pag. 73.

ALLEGATO

AZIONE COMUNITARIA NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA

(2003-2008)

PROGRAMMA DI LAVORO 2006

1. CONTESTO GENERALE

1.1. **Contesto politico e giuridico**

L'articolo 152, paragrafo 1, del trattato stabilisce che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche comunitarie sia garantito un livello elevato di protezione della salute umana.

Il 23 settembre 2002 il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato una decisione che istituisce un programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica per il periodo 2003-2008 ⁽¹⁾ (in prosieguo la «decisione relativa al programma»).

I primi tre anni del programma sono stati dedicati a porre le basi per definire un metodo globale e coerente e un'attenzione particolare è stata rivolta a tre grandi priorità: le informazioni sanitarie, le minacce sanitarie e i determinanti sanitari. Considerate insieme, queste tre linee d'intervento hanno contribuito notevolmente a raggiungere un livello elevato di salute fisica e mentale, nonché un alto grado di benessere in tutta l'UE. Le azioni realizzate a titolo del programma sono state concepite in modo da creare meccanismi autosufficienti che consentano agli Stati membri di coordinare le loro attività in materia di sanità.

In questo periodo sono già stati selezionati oltre 200 progetti cui assegnare finanziamenti ⁽²⁾, il che rappresenta una solida base per intraprendere azioni ulteriori. Dopo avere osservato l'attuazione dei programmi di lavoro dal 2003 al 2005, si è proceduto ad una razionalizzazione delle attività previste per il 2006 per far sì che vengano inclusi settori in precedenza non presi in considerazione. Saranno perseguite la sinergia e la complementarità con l'attività delle organizzazioni internazionali operanti nel settore della sanità, quali l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il Consiglio d'Europa e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). La cooperazione con queste organizzazioni sarà ulteriormente rafforzata nel 2006.

1.2. **Nuove priorità per il 2006**

Il programma di lavoro per il 2006 prevede nuove priorità, individuate in base alle priorità menzionate nei programmi di lavoro precedenti. Le priorità per il 2006, oltre a dare un nuovo orientamento ad alcune azioni chiave che sono già state avviate, investiranno nuovi settori, come si descrive qui di seguito:

(1) Informazioni sanitarie

- Nuovo orientamento: indicatori sanitari (ECHI) a livello regionale, completamento della banca data sulle lesioni, portale europeo della sanità pubblica.
- Nuove priorità: problemi sanitari peculiari a ciascun sesso; gruppi di pazienti affetti da malattie rare e reti europee di centri di riferimento.

(2) Minacce sanitarie

- Nuova priorità: capacità d'intervento e reazione di fronte alla pandemia influenzale.
- Nuovo orientamento: gestione dei rischi e comunicazione delle minacce per la salute e delle infezioni nosocomiali, una volta che, entrato in funzione il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ⁽³⁾, la valutazione di rischio delle minacce per la salute è passata tra le sue competenze.

⁽¹⁾ Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) (GU L 271 del 9.10.2002).

⁽²⁾ Cfr. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm

⁽³⁾ Regolamento (CE) n. 851/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 21 aprile 2004, con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (GU L 142 del 30.4.2004, pag. 1).

(3) Determinanti sanitari

- Nuovo orientamento: alimentazione, HIV/AIDS, denormalizzazione del fumo, riduzione del danno causato dal consumo di droghe, in particolare nei giovani;
- Nuove priorità delle presidenze UE: Regno Unito (disparità), Austria (diabete) ⁽⁴⁾ e Finlandia (sanità considerata in tutte le politiche).

1.3. Meccanismi di cooperazione con organizzazioni internazionali

In conformità dell'articolo 11 della decisione relativa al programma ⁽¹⁾, nel corso dell'attuazione del programma è incoraggiata la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti nella sfera della sanità pubblica.

Cooperazione con l'OMS

La cooperazione con l'OMS avverrà sulla base dei seguenti strumenti:

- accordo tra le Nazioni Unite e la Comunità europea sui principi applicati al finanziamento o al cofinanziamento, da parte della Comunità, di programmi e progetti gestiti dalle Nazioni Unite, entrato in vigore il 9 agosto 1999, e accordo relativo alla clausola di verifica tra la Comunità europea e le Nazioni Unite, entrato in vigore il 1° gennaio 1995, entrambi modificati;
- scambio di lettere tra l'OMS e la Commissione europea in merito al consolidamento e all'intensificazione della cooperazione (compreso il memorandum d'accordo relativo al quadro e alle modalità di cooperazione tra l'OMS e la Commissione europea, che è parte integrante dello scambio di lettere) ⁽⁵⁾.

L'assistenza finanziaria da parte della Commissione europea a favore di attività realizzate dall'OMS sarà fornita, salvo se diversamente convenuto, in conformità dell'accordo quadro finanziario e amministrativo tra la Comunità europea e le Nazioni Unite, entrato in vigore il 29 aprile 2003 (a cui l'OMS ha aderito l'11 dicembre 2003).

La cooperazione con l'OMS per il 2006 si fonderà sulle iniziative in corso tra le due organizzazioni e potrà essere estesa ad altri settori contemplati nel presente programma di lavoro, laddove tali iniziative possano essere meglio condotte mediante l'intervento dell'OMS. I settori oggetto della cooperazione saranno indicati in una decisione specifica della Commissione.

Cooperazione con l'OCSE

È prevista la conclusione di accordi di sovvenzionamento diretto tra la Commissione europea e l'OCSE volti a coprire settori del programma sulla sanità pubblica compatibili con il programma di lavoro dell'OCSE sulla sanità pubblica 2005-2006, in particolare quelli relativi a:

- perfezionamento e sostegno alla messa a punto del sistema dei conti sanitari e della raccolta dei dati nei settori non contemplati dal programma statistico comunitario ⁽⁶⁾, in particolare le spese sanitarie per categoria di malattie, per sesso ed età (quest'ultimo aspetto dovrebbe tenere conto degli studi pilota esistenti);
- questioni relative alla mobilità dei professionisti del settore sanitario a livello internazionale non contemplate dalle azioni comunitarie esistenti.

⁽⁴⁾ <http://www.diabeteskonferenz.at/>

⁽⁵⁾ http://europa.eu.int/comm/health/ph_international/int_organisations/who_en.htm

⁽⁶⁾ Decisione 2367/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2002, relativa al programma statistico comunitario 2003-2007 (GU L 358 del 31.12.2002, pag. 1).

Cooperazione con il CEPCM

Nel 2006 il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie funzionerà a pieno regime. La cooperazione a livello operativo proseguirà e verrà rafforzata. Nell'ambito delle malattie trasmissibili, si occuperà di seguire la valutazione dei rischi, la consulenza scientifica e tecnica, la sorveglianza delle malattie trasmissibili, la collaborazione tra laboratori e il potenziamento delle capacità. Il CEPCM metterà la propria capacità scientifica direttamente a disposizione della Commissione e degli Stati membri, consentendo loro di concentrarsi principalmente sull'aspetto della gestione dei rischi. Il presente programma di lavoro tiene altresì conto delle competenze del CEPCM. Nel settore prioritario «Reazione rapida e coordinata alle minacce sanitarie» (punto 2.2), i progetti verteranno su temi complementari all'azione del CEPCM: gestione di minacce specifiche, piano generale d'intervento, sicurezza sanitaria e sicurezza delle sostanze d'origine umana.

1.4. Assegnazione delle risorse**1.4.1. Sintesi del bilancio**

Le azioni condotte a titolo del programma devono contribuire a perseguire un elevato livello di protezione della salute e a migliorare la sanità pubblica. Il finanziamento può avvenire attraverso la sovvenzione di progetti. La Commissione può inoltre affidare la realizzazione delle azioni comunitarie nei settori contemplati dal presente programma di lavoro mediante procedure d'aggiudicazione di appalti pubblici (gare d'appalto). Il presente programma di lavoro presenta una rassegna delle azioni da varare nel 2006.

La linea di bilancio per gli stanziamenti operativi è la 17 03 01 01 — Sanità pubblica (2003-2008).

La linea di bilancio per gli stanziamenti amministrativi è la 17 01 04 02 — Sanità pubblica (2003-2008) — Spesa di gestione amministrativa.

La linea di bilancio per gli stanziamenti amministrativi relativi all'Agenzia esecutiva per il programma di sanità pubblica è la 17 01 04 30.

La dotazione finanziaria del programma per il periodo 2003-2008 è di 353 770 000 EUR. Il bilancio disponibile per il 2006 (stanziamenti d'impegno) è pari a circa 53 400 000 EUR ⁽⁷⁾ (gli stanziamenti amministrativi relativi all'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica non sono presi in considerazione). A questo occorre aggiungere:

— il contributo dei paesi SEE/EFTA: pari a circa 1 100 040 EUR ⁽⁷⁾;

— il contributo di due paesi aderenti (Bulgaria, Romania) e di un paese candidato (Turchia): pari a circa 1 317 621 EUR ⁽⁸⁾;

Pertanto il bilancio complessivo per il 2006 si aggira intorno a 55 817 661 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Questo importo comprende sia le risorse per il bilancio operativo (sovvenzioni e bandi di gara) che quelle per l'assistenza tecnica e amministrativa:

— l'importo totale del bilancio operativo è pari a circa 53 863 521 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾;

— l'importo totale del bilancio amministrativo è pari a circa 1 954 140 EUR ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾.

Per quanto concerne l'assegnazione delle risorse, si manterrà un equilibrio tra i diversi settori prioritari del programma, per cui la dotazione finanziaria sarà suddivisa in parti uguali ⁽⁹⁾, a meno che non insorgano particolari emergenze sanitarie (ad esempio, una pandemia influenzale) che giustifichino una riassegnazione delle risorse.

⁽⁷⁾ Importo indicativo, vincolato all'approvazione dell'Autorità di bilancio.

⁽⁸⁾ Importo indicativo: si tratta di una cifra massima, che dipende dall'effettivo ammontare dei contributi versati dai paesi candidati.

⁽⁹⁾ Ciascuna parte può variare fino a un massimo del 20 %.

1.4.2. Sovvenzioni

Le sovvenzioni dovrebbero essere finanziate mediante la linea di bilancio 17 03 01 01.

L'importo globale indicativo per le sovvenzioni — comprese le sovvenzioni dirette da assegnarsi alle organizzazioni internazionali — è di circa 47 798 344 EUR (7) (8).

Un invito a presentare proposte «Sanità pubblica — 2006» sarà pubblicato nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* indicativamente nel gennaio 2006.

I principi e i criteri generali per la selezione e il finanziamento di azioni a titolo del programma «Sanità pubblica», adottati dalla Commissione il 14 gennaio 2005, sono pubblicati separatamente (10). I principi generali (di cui al paragrafo 1), i criteri d'esclusione (di cui al paragrafo 2), i criteri di selezione (di cui al paragrafo 3) e i criteri d'assegnazione (di cui al paragrafo 4) si applicano all'invito a presentare proposte 2006.

L'importo indicativo globale per gli inviti a presentare proposte è pari a circa 43 018 510 EUR (7) (8).

Tutte le azioni menzionate nel presente programma di lavoro 2006 possono beneficiare di sovvenzioni.

I candidati dispongono di tre mesi per presentare le proposte a decorrere dalla data di pubblicazione dell'invito nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*. In seguito alla presentazione delle proposte, si prevede che occorreranno ancora cinque mesi per espletare tutte le procedure necessarie all'adozione della decisione di sovvenzionamento.

Vista la natura complementare e incentivante delle sovvenzioni comunitarie, almeno il 40 % dei costi del progetto deve essere finanziato da fonti diverse. L'importo del contributo finanziario può pertanto rappresentare fino al 60 % dei costi rimborsabili per i progetti considerati, per beneficiario (ovvero, per il beneficiario principale e gli associati). La Commissione determinerà per ogni singolo caso la percentuale massima da assegnare.

È possibile prevedere un cofinanziamento massimo dell'ordine dell'80 % dei costi rimborsabili per beneficiario (ovvero, per il beneficiario principale e gli associati), nel caso in cui un progetto presenti un notevole valore aggiunto europeo. È possibile assegnare un cofinanziamento superiore al 60 % solo al 10 % del numero dei progetti finanziati.

La durata dei progetti che prevedono un cofinanziamento non dovrebbe di norma essere superiore a tre anni.

Informazioni particolareggiate sui costi ammessi ad essere sovvenzionati si trovano in allegato al presente programma di lavoro.

1.4.3. Sovvenzioni alle organizzazioni internazionali

Le sovvenzioni alle organizzazioni internazionali dovrebbero essere finanziate mediante la linea di bilancio 17 03 01 01. Lo svolgimento dei loro compiti deve avvenire mediante una gestione centralizzata diretta.

Non potrà essere erogato un importo superiore a 4 779 834 EUR (7) (8) mediante accordi di sovvenzionamento diretto con organizzazioni internazionali (OMS, OCSE ecc.). Gli accordi di sovvenzionamento diretto miglioreranno le sinergie e la capacità di risposta della Commissione europea e delle organizzazioni internazionali nell'ambito delle azioni comuni. Queste organizzazioni, in virtù di determinate capacità connesse al loro mandato e alle loro responsabilità, sono particolarmente in grado di realizzare alcune delle azioni indicate nel presente programma di lavoro per le quali gli accordi di sovvenzionamento diretto sono considerati la procedura più adatta.

Entro giugno dovrebbero essere adottate ulteriori decisioni relative alle sovvenzioni da concedere all'OMS e all'OCSE mediante accordi di sovvenzionamento diretto con organizzazioni internazionali, sovvenzioni che le due organizzazioni dovrebbero ricevere entro settembre.

A tali accordi si applicano i principi generali, i criteri d'esclusione, i criteri di selezione e i criteri d'assegnazione adottati dalla Commissione il 14 gennaio 2005 (10).

(10) Decisione C(2005) 29 della Commissione, del 14 gennaio 2005, che adotta il programma di lavoro per il 2005 per l'attuazione del programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008) e include il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni e i principi e i criteri generali per la selezione e il finanziamento delle azioni a titolo del programma «Sanità pubblica» [testo in italiano non disponibile].

1.4.4. Sovvenzione all'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica

La sovvenzione all'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica dovrebbe essere finanziata mediante la linea di bilancio 17 01 04 30.

Un importo complessivo di 5 800 000 EUR dovrebbe essere destinato agli stanziamenti per le spese amministrative dell'Agenzia, istituita con decisione adottata il 15 dicembre 2004 ⁽¹⁾.

Entro gennaio 2006 dovrebbe essere adottato il programma di lavoro dell'Agenzia.

1.4.5. Bandi di gara

Gli appalti di servizi dovrebbero essere finanziati mediante le linee di bilancio 17 01 04 02 e 17 03 01 01.

Si propone di destinare ai bandi di gara un importo inferiore al 10 % del bilancio operativo. L'importo globale indicativo per i bandi di gara si eleverebbe a 5 310 927 EUR (?) ⁽⁸⁾.

Saranno pubblicati bandi specifici per singole parti del programma di lavoro.

Entro febbraio 2006 dovrebbe essere adottata un'ulteriore decisione relativa al finanziamento dei contratti d'appalto.

1.4.6. Comitati scientifici

I comitati scientifici pertinenti al programma di sanità pubblica dovrebbero essere finanziati mediante la linea di bilancio 17 03 01 01.

Un importo complessivo di 254 250 EUR sarà destinato a coprire le indennità da corrispondere a coloro che partecipano alle riunioni connesse all'attività dei comitati scientifici e al pagamento dei relatori che redigono i pareri dei vari comitati ⁽¹²⁾. Tali indennità copriranno tutti i settori inerenti al programma di sanità pubblica, in particolare il 100 % dei costi di questo tipo generati dallo SCHER (comitato scientifico dei rischi sanitari ed ambientali) e, indicativamente, il 50 % degli stessi costi generati dallo SCENIHR (comitato scientifico dei rischi sanitari emergenti e recentemente identificati) e dal coordinamento.

1.4.7. Subdelega alla DG Eurostat

È opportuno ricorrere alla sottodelega per la linea di bilancio 17 03 01 01.

Sarà attribuita una subdelega alla Direzione generale Eurostat per un importo massimo di 500 000 EUR, la quale concederà sovvenzioni finalizzate a:

- (1) assistere le autorità statistiche nazionali nella realizzazione, per il periodo 2006-2008, dei moduli relativi all'ECHIS (European Core Health Interview Survey - Indagine europea essenziale sulla salute mediante interviste) indicati nel programma statistico 2006;
- (2) assistere le autorità statistiche nazionali nella realizzazione di alcuni moduli speciali/complementari (definiti dal comitato direttivo SANCO/Eurostat per il sistema europeo di indagini sanitarie) delle stesse indagini sanitarie;
- (3) assistere le autorità statistiche nazionali nella realizzazione e nell'ulteriore ampliamento del sistema dei conti sanitari nell'UE (in collaborazione con l'OCSE e l'OMS);
- (4) sostenere lo sviluppo del sistema dei conti sanitari nei settori non contemplati dagli accordi diretti con l'OCSE.

⁽¹⁾ Decisione 2004/858/CE della Commissione, del 15 dicembre 2004, che istituisce un'agenzia esecutiva denominata «Agenzia esecutiva per il programma di sanità pubblica», per la gestione dell'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica, a norma del regolamento (CE) n. 58/2003 del Consiglio (GU L 369 del 16.12.2004, pag. 73).

⁽¹²⁾ Decisione 2004/210/CE della Commissione, del 3 marzo 2004, che istituisce comitati scientifici nel settore della sicurezza dei consumatori, della sanità pubblica e dell'ambiente (GU L 66 del 4.3.2004, pag. 45).

Per quanto concerne le azioni suddette, i principi generali, i criteri d'esclusione, i criteri di selezione e i criteri d'assegnazione adottati dalla Commissione il 14 gennaio 2005 ⁽¹⁰⁾ si applicano all'invito a presentare proposte lanciato dalla DG Eurostat. Pur tuttavia, per quanto riguarda le azioni di cui ai punti 1, 2 e 3, le sovvenzioni saranno concesse fino a un massimo dell'80 % dei costi rimborsabili per beneficiario e potrebbero essere destinate soltanto ad uno dei paesi ammessi a beneficiarne.

I risultati di queste azioni proposte per il sovvenzionamento consisteranno:

- nella traduzione, sperimentazione e preparazione dell'attuazione, nell'ambito delle indagini nazionali e per il periodo 2006-2008, a seconda degli Stati membri, dei moduli d'indagine sanitaria adottati nel 2006 dal sistema statistico europeo (moduli di base su determinanti sanitari, uso della sanità, contesto generale) e dal comitato direttivo del sistema europeo di indagini sanitarie (moduli speciali);
- nel sostenere la raccolta comune di dati Eurostat-OCSE-OMS del sistema dei conti sanitari (SHA), ad esempio mediante l'inventario delle fonti e dei metodi di calcolo utilizzando la programmazione, la formazione, la messa a punto di una raccolta di dati per i settori non ancora contemplati dal SHA in alcuni paesi (come, ad esempio, il settore della sanità privata), l'elaborazione di forme di sostegno all'estrazione di dati dalle varie fonti amministrative ecc.

L'obiettivo finale che s'intende raggiungere con le suddette azioni è ricavare dati statistici nazionali di alta qualità a partire dai moduli dell'indagine sanitaria europea e dal sistema dei conti sanitari. *Questi dati saranno trasmessi a Eurostat, che a sua volta provvederà a divulgarli (tramite il sito web, pubblicazioni, il calcolo dei relativi indicatori sanitari della Comunità europea).*

2. SETTORI PRIORITARI PER IL 2006

Tutte le proposte dovranno dimostrare, se del caso, che è possibile sviluppare sinergie con le corrispondenti attività di ricerca sovvenzionate, in particolare nell'ambito del sostegno scientifico alle politiche. Occorre creare sinergie con il Sesto programma quadro di azioni comunitarie di ricerca ⁽¹³⁾ e con le attività ad esso correlate ⁽¹⁴⁾. I compiti inerenti alla sanità pubblica sono indicati nel programma specifico di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione «Integrare e rafforzare lo Spazio europeo della ricerca (2000-2006)» ⁽¹⁵⁾, nel capitolo «Ricerca orientata alle politiche», al punto 1 «Gestione sostenibile delle risorse naturali europee» e al punto 2 «Garantire la salute e la sicurezza e offrire opportunità ai cittadini europei». È inoltre probabile che vi siano sinergie con progetti in corso o con proposte in fase di negoziazione per la priorità 1 *Scienze della vita, genomica e biotecnologie per la salute* ⁽¹⁶⁾, per la priorità 5 *Sicurezza alimentare* e per la priorità 6 *Sviluppo sostenibile, cambiamento globale ed ecosistemi*.

2.1. Informazioni sanitarie

Il programma di sanità pubblica è volto a produrre informazioni comparabili sulla sanità e sui comportamenti in materia di salute. I progetti realizzati su questo tema sono indirizzati a contribuire alla messa a punto di indicatori, alla raccolta, all'analisi e alla divulgazione di dati, nonché allo scambio di buone pratiche (valutazione dell'impatto sanitario, valutazione delle tecnologie sanitarie). Le relazioni periodiche, di natura generale o specifica, si avvarranno dei dati e delle informazioni generate, oltre ad utilizzare le informazioni di più ampia divulgazione e attingere alle fonti d'informazione tramite il portale della sanità pubblica.

Le informazioni statistiche sulla sanità saranno elaborate in collaborazione con gli Stati membri, ricorrendo all'occorrenza al programma statistico comunitario ⁽⁶⁾.

2.1.1. Sviluppo e coordinamento del sistema di informazioni e conoscenze in materia di salute (articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punti 1.1 e 1.3)

Occorre trattare, in stretta collaborazione con Eurostat, i seguenti aspetti:

- sviluppo tecnico dell'attuale strumento di presentazione degli indicatori sanitari della Comunità europea («elenco essenziale ECHI»);

⁽¹³⁾ Decisione n. 1513/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 giugno 2002 (GU L 232 del 29.8.2002, pag. 1).

⁽¹⁴⁾ Si veda anche il Sesto programma-quadro per il sostegno scientifico alle politiche, quinto invito, SSP-5A, settori 2.1 & 2.2. Cfr: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

⁽¹⁵⁾ Decisione 2002/834/CE del Consiglio, del 30 settembre 2002, che adotta un programma specifico di ricerca, sviluppo tecnologico e dimostrazione: «Integrare e rafforzare lo Spazio europeo della ricerca» (2002-2006) (GU L 294 del 29.10.2002, pag. 1).

⁽¹⁶⁾ Il sito del CORDIS contiene il link verso la priorità 1 del Sesto programma-quadro: <http://www.cordis.lu/lifescihealth/ssp.htm>

- fissare priorità per l'attività tecnica e scientifica sugli indicatori sanitari UE nei settori non ancora contemplati;
- applicare il sistema ECHI a livello subnazionale o regionale in una banca dati pubblica mediante un'applicazione web.

2.1.2. *Funzionamento del sistema di informazioni e conoscenze in materia di salute (articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punti 1.1 e 1.4)*

La presente azione è volta a fornire sostegno alle reti e ai gruppi di lavoro che elaborano informazioni sanitarie in settori prioritari specifici.

Occorre in particolare redigere relazioni su:

- problemi sanitari peculiari a ciascun sesso (compresa la sterilità);
- altri settori di primo piano, quali i giovani, gli anziani, i migranti, le minoranze etniche, problemi specifici di gruppi sociali con basso tenore di vita;
- salute sessuale e riproduttiva.

2.1.3. *Sviluppo di meccanismi per la segnalazione e l'analisi delle questioni sanitarie e per l'elaborazione di relazioni sulla sanità pubblica (articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punti 1.3, 1.4)*

Se si vogliono perfezionare i meccanismi di segnalazione delle questioni sanitarie, per far sì che le informazioni siano raffrontabili e di qualità, occorre in via prioritaria:

- favorire la realizzazione di analisi approfondite delle statistiche sulle cause di morte, per acquisire nuove conoscenze sui modelli di mortalità e seguirne l'evoluzione nel territorio dell'UE;
- mettere a punto il sistema europeo di indagini sanitarie; applicare e sviluppare moduli d'indagine per raccogliere i dati necessari all'elaborazione di indicatori sanitari della Comunità europea; condurre eventualmente un'indagine pilota;
- mantenere, aggiornare e ampliare il sistema di inventario delle fonti di informazioni sanitarie, prevedendo a medio termine di utilizzarlo come mezzo statistico sistematico;
- mettere a punto un sistema globale di informazioni, unendo alla banca dati sulle lesioni (IDB) altre fonti d'informazione sugli incidenti mortali e sulle disabilità, e mettendo tale sistema a disposizione di tutti gli Stati membri, dei paesi del SEE e di quelli candidati; consolidare la raccolta dei dati sulle lesioni destinati all>IDB nei paesi che già li notificano ed esaminare la necessità di valutare i rischi e la sicurezza dei prodotti e dei servizi all'interno dell>IDB;
- raccogliere informazioni nel settore dei determinanti sanitari, basandosi in particolare su studi di gruppi di popolazione rappresentativi;
- elaborare strumenti per valutare il livello dell'attività fisica in diversi gruppi di popolazione;
- migliorare la raccolta, l'analisi, la comunicazione e la divulgazione delle informazioni in materia di ambiente e salute, con un'attenzione particolare all'applicazione del Piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010 ⁽¹⁷⁾, creando, se necessario, sinergie con il gruppo di lavoro per l'ambiente e la salute del programma di sanità pubblica e con l'Agenzia europea dell'ambiente ⁽¹⁸⁾;
- fornire sostegno a iniziative che attuino la raccomandazione del Consiglio relativa alla limitazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici (da 0 Hz a 300 GHz), preparando rapporti informativi e revisioni.

⁽¹⁷⁾ Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale europeo «Il piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010» [SEC(2004) 729] — COM(2004) 416 vol. I def.

⁽¹⁸⁾ Regolamento (CEE) n. 1210/90 del Consiglio, del 7 maggio 1990, sull'istituzione dell'Agenzia europea dell'ambiente e della rete europea d'informazione e di osservazione in materia ambientale (GU L 120 dell'11.5.1990, pag. 1).

2.1.4. *Sviluppo di strategie e meccanismi per la prevenzione, lo scambio d'informazioni e la reazione alle minacce costituite da malattie non trasmissibili, comprese le minacce per la salute specifiche a seconda dei sessi e le malattie rare [articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punto 2.3]*

La raccolta di indicatori e dati sulle malattie non trasmissibili deve effettuarsi nell'ottica della costituzione di raccolte sostenibili e a lungo termine, tenendo conto della strategia ECHI e delle norme Eurostat. Le proposte devono fornire indicazioni e metodi su come gestire un registro ordinario o una base d'indagine, indicando se devono essere basati sui moduli futuri del sistema europeo di indagini sanitarie o su una combinazione di varie fonti.

- I settori prioritari da considerare e/o a cui dedicare particolare attenzione sono i seguenti: avvio o perfezionamento della raccolta sistematica e sostenibile di informazioni e dati sulle malattie di cui esiste una definizione basata su indicatori affidabili ⁽¹⁹⁾; utilizzo di tali informazioni per la valutazione dei programmi di sanità pubblica;
- aspetti dell'informazione sulle malattie non ancora contemplati ⁽²⁰⁾;
- dati e indicatori sulle malattie neurodegenerative, sui disturbi connessi allo sviluppo neurologico e quelli di origine non psichiatrica, considerandone l'incidenza, le cure, i fattori di rischio, le strategie per la riduzione del rischio, i costi e l'assistenza sociale ⁽²¹⁾;
- dati e indicatori sugli effetti prodotti dall'alterazione del sistema endocrino;
- dati e indicatori per migliorare l'informazione inerente ad aspetti specifici della sfera ginecologica e della menopausa (ad esempio, l'endometriosi);
- sostegno alla stesura di relazioni e alla ricerca di consenso sui suddetti punti;
- proposte che contribuiscano alla strategia comunitaria sulla salute mentale, elaborata sulla scorta del Libro verde della Commissione su questo tema ⁽¹⁴⁾ ⁽²²⁾:
 - a) maggiori dati sui vari determinanti della salute mentale nella popolazione dell'UE e armonizzazione a livello internazionale degli indicatori sulla salute mentale;
 - b) maggiori informazioni (di natura sanitaria/sociale/economica) sui gruppi vulnerabili, a rischio di malattie mentali e/o suicidio nell'UE (ad esempio, disoccupati, migranti e rifugiati, minoranze sessuali e di altro tipo). Le informazioni dovrebbero essere fornite sotto forma di generazione di dati.
- Per quanto concerne le malattie rare, occorre dare massimo rilievo alle reti generaliste per migliorare l'informazione, il controllo e la sorveglianza. Si ritiene prioritario:
 - a) potenziare lo scambio di informazioni mediante le reti europee d'informazione già esistenti sulle malattie rare e incentivare il lavoro di classificazione e definizione;
 - b) elaborare strategie e meccanismi per lo scambio di informazioni fra persone affette da una malattia rara o fra volontari e professionisti interessati;
 - c) definire indicatori sanitari appropriati e produrre dati epidemiologici raffrontabili a livello comunitario;
 - d) organizzare una seconda conferenza europea sulle malattie rare nel 2007 o 2008;

⁽¹⁹⁾ Ci si riferisce qui alle malattie mentali, alla salute orale, all'asma e alle malattie respiratorie croniche ostruttive, alle malattie muscolo-scheletriche (in particolare l'osteoporosi, le patologie d'origine artritica e reumatica) e cardiovascolari.

⁽²⁰⁾ Tra questi rientrano le attività relative all'inventario delle fonti e alla definizione di indicatori, secondo la strategia ECHI, per le seguenti malattie: malattie ematologiche (compresa l'emofilia), disturbi immunitari, allergie, tranne l'asma, malattie genito-urinarie, renali, gastrointestinali ed endocrine, affezioni dell'orecchio, del naso, della gola, disturbi della vista e malattie dermatologiche, nonché malattie legate a fattori ambientali.

⁽²¹⁾ Tra queste malattie rientrano quelle non ancora contemplate dai programmi di sanità pubblica, quali il morbo di Parkinson, la sclerosi multipla, l'epilessia, la sclerosi laterale amiotrofica, il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività, il ritardo cognitivo e l'alterazione delle funzioni motorie, percettive, del linguaggio e socio-emotive. Vi rientrano anche l'ictus, le cefalee e il dolore cronico (ad esempio, la sindrome d'affaticamento cronico e la fibromialgia).

⁽²²⁾ COM(2005) 484 del 14 ottobre 2005 — Libro verde: Migliorare la salute mentale della popolazione — Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. Cfr.: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf

- e) costituire reti europee dei centri di riferimento per le malattie rare;
 - f) fornire assistenza tecnica per lo scambio delle migliori pratiche e definire misure a favore di gruppi di pazienti.
- Per quanto concerne la mortalità, occorre dare priorità all'elaborazione e all'analisi delle pratiche di codificazione per le cause di morte, laddove vi siano pratiche diverse a seconda dei paesi o nel caso in cui risulti difficile procedere a una corretta aggregazione (come nel caso dei decessi correlati al fumo).

2.1.5. *e-Health* — *Sanità elettronica [articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punti 1.7 e 1.8]*

Si accolgono con favore proposte relative a conferenze sull'e-Health, le quali, basandosi sulle conclusioni di manifestazioni precedenti, possano sfociare in iniziative o programmi web concreti. Tali proposte potrebbero includere le attività preparatorie condotte da esperti e, per rivestire un interesse strategico, dovrebbero coinvolgere tutte le parti interessate. Occorre che tengano inoltre conto delle questioni inerenti alla riservatezza nello scambio dei dati.

- Garantire una maggiore affidabilità delle informazioni fornite al pubblico nei siti Internet esaminando le migliori pratiche e proponendo soluzioni comuni.
- Sostenere la valutazione, l'analisi e il potenziamento dei progetti che presentano le migliori pratiche in tema di cartelle cliniche, impegnative⁽²³⁾ e prescrizioni elettroniche a livello nazionale e transnazionale.
- Sostenere le attività incentrate sulla promozione del portale UE della sanità pubblica, tra cui il collegamento a fonti d'informazione pertinenti, per far sì che i professionisti e i cittadini interessati dispongano più agevolmente di informazioni sanitarie scientificamente fondate.
- Migliorare l'offerta di informazioni affidabili e tempestive sulle cause di morte; attività finalizzate ad esaminare la possibilità di introdurre a livello comunitario un certificato di morte elettronico.
- Sostenere lo sviluppo di una semantica della promozione e della prevenzione in ambito sanitario da applicarsi agli strumenti di IT, in particolare per consentire l'offerta di «informazioni intelligenti» agli operatori del settore e ai cittadini.
- Fornire appoggio alle iniziative già avviate che vertono sul processo di preparazione degli Stati membri all'e-Health e sul relativo controllo, ed esplorare modi (ad esempio seminari) in cui gli Stati membri possono individuare fonti di finanziamento per sostenere e potenziare i loro investimenti nell'e-Health.

2.1.6. *Sostenere lo scambio di informazioni ed esperienze sulle buone pratiche (articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punto 1.7)*

Sarà data priorità ai seguenti aspetti:

- sostegno ad azioni che vertono sull'armonizzazione delle pratiche d'informazione sull'attività ospedaliera, volte in particolare a migliorare la qualità e la comparabilità delle informazioni relative alla codifica delle procedure mediche, nonché a valutare e rilevare l'impiego di meccanismi finanziari adeguati (quali i raggruppamenti omogenei per diagnosi) nell'UE;
- analisi dell'applicazione dell'*International Classification of Primary Care* (Classificazione internazionale dei servizi di base) nell'UE. Nel caso di proposte che trattino anche della spesa sanitaria, occorre considerare i collegamenti con il sistema dei conti sanitari;

⁽²³⁾ Sistema elettronico delle impegnative, con rinvio dei pazienti da uno specialista all'altro, anche a livello transfrontaliero ⁽¹⁴⁾.

- scambio di buone pratiche, creazione di reti di pazienti e operatori e formazione relativa alle malattie di cui al punto 2.14 (ad esempio, sclerosi multipla, Parkinson). Si stabiliranno collegamenti con i lavori attualmente svolti dal comitato per la protezione sociale mediante il metodo aperto di coordinamento in materia di assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine per quanto concerne l'invecchiamento.

2.1.7. *Valutazione dell'impatto sanitario (articolo 3, paragrafo 2, lettera c); allegato — punto 1.5)*

L'attività, basandosi sulla metodologia già elaborata dalla Commissione per valutare su scala comunitaria l'impatto sanitario, verterà sulla messa a punto di metodologie e sulla loro applicazione a proposte e settori strategici, nonché sarà indirizzata a predisporre un'adeguata struttura di sostegno che fornisca prove e dati per la valutazione dell'impatto.

2.1.8. *Cooperazione fra Stati membri (articolo 3, paragrafo 2, lettera d); allegato — punto 1.5)*

L'attività in quest'ambito, oltre ad accompagnare il processo di riflessione che è in corso ad alto livello sulla mobilità dei pazienti e sull'evoluzione delle cure sanitarie nell'UE, sosterrà il lavoro del gruppo ad alto livello sui servizi sanitari e sull'assistenza medica. Sarà indirizzata in particolare ad elaborare un quadro per l'acquisto e la fornitura di assistenza sanitaria transfrontaliera; ad allestire progetti pilota sulle reti europee dei centri di riferimento; ad abordare le questioni relative alla mobilità dei professionisti del settore sanitario; a sviluppare e applicare metodologie per la valutazione d'impatto dei sistemi sanitari; a condividere le migliori pratiche e le competenze in materia di sicurezza dei pazienti; a sostenere l'attività svolta in altri settori che si prestano ad essere trattati mediante cooperazione a livello europeo, quali le cure palliative o l'uso corretto dei farmaci. È inoltre possibile intraprendere azioni volte a garantire la fornitura di dati e conoscenze sulla mobilità di pazienti e professionisti nonché, in generale, sui sistemi d'assistenza sanitaria e di assistenza a lungo termine. Sarà dato particolare rilievo a:

- migliorare le informazioni e le conoscenze sulla qualità dei sistemi sanitari, con particolare attenzione alla sicurezza dei pazienti, prevedendo, ad esempio, adeguati meccanismi per aumentare la sicurezza dei pazienti nell'UE che includano il potenziamento delle reti e la condivisione delle buone pratiche;
- analizzare l'impatto finanziario della mobilità dei pazienti per i paesi d'origine e quelli d'accoglienza, come pure l'impatto sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari implicati. Sostenere indagini sulla mobilità dei pazienti volte a rilevare le motivazioni che inducono i pazienti a recarsi all'estero ed esaminare le circostanze per cui le istituzioni si rivolgono all'estero per ottenere le cure per i loro pazienti ⁽²⁴⁾;
- raccogliere e fornire informazioni sull'assistenza transfrontaliera, in particolare sulla qualità, la sicurezza, la riservatezza e la continuità dell'assistenza, sui diritti dei pazienti e sulle questioni legate agli obblighi e alla responsabilità;
- individuare, analizzare e sostenere i progetti pilota sui centri di riferimento basandosi sugli orientamenti, sui criteri e sui settori stabiliti dal gruppo di lavoro sui centri di riferimento del gruppo ad alto livello;
- sostenere la rete comunitaria per la valutazione delle tecnologie sanitarie;
- scambiare informazioni sul valore terapeutico aggiunto dei nuovi medicinali ed elaborare un modello di classificazione ottimale dei medicinali e delle tecnologie mediche in ordine di priorità, che preveda la creazione di una banca dati europea ⁽²⁵⁾. Potenziare l'informazione sui medicinali orfani (prescrizione, benefici, efficacia e prezzo) e il loro rapporto con le malattie rare ⁽²⁶⁾;
- valutare i nessi tra economia e sanità; investire nella sanità e negli effetti prodotti da un livello migliore di salute sulla crescita economica;
- raccogliere e fornire informazioni sulle attività e sulle risorse dei servizi di base per consentire una maggiore comparabilità dei dati e per creare una base per la loro raccolta sistematica;

⁽²⁴⁾ Si rimanda alle ricerche attualmente in corso in tema di mobilità dei pazienti e di strategie di miglioramento della qualità. Cfr: <http://www.iiese.edu/en/events/Projects/Health/Home/Home.asp> e <http://www.marquis.be/Main/wp1114091605/wp1119867442>. Si veda anche il Sesto programma quadro per il sostegno scientifico alle politiche, quinto invito, SSP-5A, settori 2.1 e 2.2. Cfr: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

⁽²⁵⁾ Si veda Technological Platform on Innovative Medicines (Piattaforma tecnologica per i medicinali innovativi). Cfr : http://europa.eu.int/comm/research/fp6/index_en.cfm?p=1_innomed

⁽²⁶⁾ Tenendo conto delle azioni condotte nell'ambito del regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999, concernente i medicinali orfani, e delle attività del comitato sui medicinali orfani dell'Agenzia europea per i medicinali.

- raccogliere e fornire informazioni sulle attività e sulle risorse dell'assistenza domiciliare e residenziale per consentire una maggiore comparabilità dei dati ed elaborarne delle serie temporali;
- raccogliere e fornire informazioni sulle migliori pratiche in fatto di cure palliative.

2.2. Reazione rapida e coordinata alle minacce sanitarie

Le attività in quest'ambito sono volte a sviluppare la capacità di predisporre piani d'intervento e di reagire rapidamente alle situazioni d'emergenza e alle minacce sanitarie. Le attività affiancheranno in particolare la cooperazione avviata nell'ambito della rete comunitaria delle malattie trasmissibili ⁽²⁷⁾ e a titolo di altre normative comunitarie in materia di sanità pubblica, potendo anche integrare le attività del programma quadro comunitario di ricerca.

Da quando il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM) ⁽³⁾ è entrato in funzione nel corso del 2005, le attività inerenti alla valutazione dei rischi che prima beneficiavano di sovvenzioni a titolo del programma di sanità pubblica e che ora rientrano nella sfera di competenza del CEPCM (ad esempio la sorveglianza) non saranno più sovvenzionate mediante il presente invito. L'invito, che è stato elaborato di concerto con il CEPCM, intende invece promuovere attività di sostegno alla gestione dei rischi. La Commissione e il CEPCM vigileranno affinché non si abbiano attività ripetute.

Le attività finalizzate a contrastare la minaccia dell'immissione deliberata di agenti biologici saranno intraprese assieme alle attività in corso sulle malattie trasmissibili. Suddette attività e quelle sull'immissione deliberata di agenti chimici sono attualmente in fase di elaborazione sulla scorta delle conclusioni del Consiglio dei ministri della sanità tenutosi il 15 novembre 2001 e del relativo «Programma di cooperazione per la predisposizione e la reazione agli attacchi di agenti biologici e chimici» (sicurezza sanitaria) ⁽²⁸⁾.

2.2.1. Capacità d'intervento di fronte a una pandemia influenzale e a particolari minacce sanitarie [articolo 3, paragrafo 2, lettera a); allegato — punti 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 e 2.8]

Obiettivo di questa azione è sviluppare capacità e strategie affinché gli Stati membri, i paesi candidati, i paesi SEE/EFTA e la Comunità nel suo insieme possano affrontare particolari minacce sanitarie. **Viene data massima priorità alla minaccia di una pandemia influenzale e alla prevenzione/gestione dell'influenza, così come alle strategie comuni di comunicazione e di capacità d'intervento in situazioni d'emergenza, alla messa a punto e alla condivisione di strumenti di qualità, all'informazione sulle ripercussioni di natura sanitaria e socioeconomica della pandemia e sulle relative contromisure**, in coordinamento con le attività del programma quadro comunitario di ricerca ⁽²⁹⁾. Altre priorità sono le seguenti:

- minacce costituite da malattie non trasmissibili come quelle dovute ad agenti chimici e problemi ambientali, che richiedono un intervento rapido;
- ulteriore sviluppo del sistema di allarme rapido per gli agenti chimici e proseguimento delle attività sulla tracciabilità in relazione al trasporto transfrontaliero di sostanze pericolose per la salute pubblica;
- aspetti della gestione delle malattie trasmissibili nella popolazione migrante e nelle questioni transfrontaliere;
- analisi del rischio e della minaccia di malattie infettive emergenti, ivi compresi gli agenti patogeni zoonotici, a integrazione delle attività del CEPCM.

⁽²⁷⁾ Decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 settembre 1998, che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità (GU L 268 del 3.10.1998, pag. 1).
Decisione 2000/57/CE della Commissione, del 22 dicembre 1999, sul sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili, previsto dalla decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio [notificata con il numero C(1999) 4016] (GU L 21 del 26.1.2000, pag. 32).

Decisione 2000/96/CE della Commissione, del 22 dicembre 1999, relativa alle malattie trasmissibili da inserire progressivamente nella rete comunitaria in forza della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio [notificata con il numero C(1999) 4015] (GU L 28 del 3.2.2000, pag. 50).

Decisione 2002/253/CE 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 [notificata con il numero C(2002) 1043] (GU L 86 del 3.4.2002, pag. 44).

⁽²⁸⁾ Cfr. http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/Bioterrorisme/bioterrorism01_en.pdf

⁽²⁹⁾ Si veda anche il Sesto programma-quadro per il sostegno scientifico alle politiche, quinto invito, SSP-5B, INFLUENZA. Cfr: http://fp6.cordis.lu/index.cfm?fuseaction=UserSite.FP6ActivityCallsPage&ID_ACTIVITY=500

2.2.2. *Capacità d'intervento e risposta generiche (articolo 3, paragrafo 2, lettera a); allegato — punti 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4)*

Le azioni in quest'ambito dovrebbero essere volte a migliorare la capacità d'intervento del settore sanitario in situazioni di crisi e ad incentivare la collaborazione intersettoriale (ad esempio, con la protezione civile, con il settore alimentare e veterinario) per garantire una risposta coerente. Le attività dovrebbero essere indirizzate in particolare alla gestione delle crisi e agli aspetti della comunicazione dei rischi. Ricoprono particolare interesse le attività che:

- favoriscono l'esecuzione di piani d'intervento generale. Può trattarsi di mettere in collegamento vari ospedali per far fronte ad eventi che coinvolgono un alto numero di persone, di pianificare la gestione di incidenti con alto numero di ustionati, di creare piattaforme per la formazione e la comunicazione, di avviare iniziative relative alla gestione di crisi e alle attività d'intelligence in campo medico. Sono inoltre necessarie ulteriori azioni incentrate su tracciabilità, logistica e distribuzione, trasporti, effetti psicologici delle crisi e applicazione di nuovi mezzi diagnostici;
- favoriscono la capacità di applicare congiuntamente la legge e attuare le misure adottate dalle autorità competenti in campo sanitario;
- favoriscono le capacità necessarie per dare attuazione al regolamento sanitario internazionale adottato dall'Assemblea mondiale della sanità ⁽³⁰⁾;
- incentivano l'uso di strumenti innovativi di IT per l'analisi delle minacce sanitarie, quali i sistemi di informazione geografica (GIS), analisi spazio-temporali, nuovi sistemi di allarme rapido e di previsione, analisi e scambio automatizzati di dati diagnostici.

2.2.3. *Sicurezza sanitaria e strategie di controllo delle malattie trasmissibili [articolo 3, paragrafo 2, lettera a); allegato — punti 2.2, 2.4, 2.5 e 2.9]*

Sono stati avviati vari progetti sui modelli d'immissione deliberata di agenti biologici e chimici e sulla relativa sorveglianza. Dato che non si dispone ancora di informazioni e conoscenze complete sulla revisione, sullo sviluppo e sulla valutazione delle politiche e dei piani d'intervento di fronte alle emergenze di sicurezza sanitaria, si appoggeranno proposte in questo ambito.

Per poter contrastare le malattie non trasmissibili è fondamentale predisporre strategie e strutture adeguate. Questa azione è intesa a promuovere attività che attuino le politiche e le strategie in materia di precauzione (quali vaccinazioni preventive o creazione di scorte) e di controllo/eradicazione delle malattie trasmissibili. Si sosterranno le azioni che promuovono la comunicazione con vari settori professionali (ad esempio, medici generici, farmacisti, veterinari e altri settori pertinenti diversi da quelli medici) e che favoriscono la cooperazione mediante piattaforme e reti. Altre priorità sono le seguenti:

- attività che incentivano lo scambio delle migliori pratiche sulle strategie di vaccinazione e immunizzazione;
- condivisione delle migliori pratiche sulle questioni relative alla sicurezza dei pazienti, in particolare la gestione e il controllo delle infezioni nosocomiali e la resistenza agli antimicrobici;
- attività incentrate sul controllo degli effetti nocivi (di vaccini, agenti chimici, antivirali, altri medicinali e dispositivi medici), in collaborazione con l'Agenzia europea per i medicinali;
- analisi della fattibilità riguardo alla costituzione di laboratori europei di riferimento nel settore della salute umana.

2.2.4. *Sicurezza del sangue, dei tessuti, delle cellule e degli organi [articolo 3, paragrafo 2, lettera a) — allegato — punti 2.6, 2.7]*

Le attività che riguardano le sostanze d'origine umana sono volte a promuoverne la qualità, la sicurezza e la disponibilità in quantità sufficienti, non solo per contrastare la trasmissione di malattie ma anche per appoggiare (sancire) il loro uso terapeutico a beneficio dei pazienti.

- L'entrata in vigore della legislazione sul sangue ha segnato un importante passo avanti ⁽³¹⁾ ⁽³²⁾. Vi è ora l'esigenza di insistere affinché venga garantito un pari riconoscimento delle ispezioni dei centri ematologici nei vari Stati membri mediante l'elaborazione e l'applicazione di criteri e norme concordati.

⁽³⁰⁾ Cfr. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-en.pdf

⁽³¹⁾ Direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 gennaio 2003, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti e che modifica la direttiva 2001/83/CE (GU L 33 dell'8.2.2003, pag. 30).

⁽³²⁾ Direttiva 2004/33/CE della Commissione, del 22 marzo 2004, che applica la direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio relativa a taluni requisiti tecnici del sangue e degli emocomponenti (testo rilevante ai fini del SEE) (GU L 91 del 30.3.2004, pag. 25).

- Visto che gli sforzi con cui si è cercato di pervenire a un uso ottimale del sangue non hanno dato i risultati sperati, occorre incentivare lo sviluppo di strumenti che promuovano pratiche corrette scientificamente fondate al fine di garantire un miglior uso terapeutico delle sostanze d'origine umana.
- Nonostante l'adozione della direttiva sui tessuti e sulle cellule ⁽³³⁾, non vi è pieno consenso a livello comunitario sulle specifiche relative alla loro denominazione ed uso terapeutico. Per favorire lo scambio di sostanze d'origine umana e per controllare lo stato di salute dei donatori vivi, sono necessarie azioni che migliorino le misure e le procedure, quali una terminologia comune e la costituzione di registri ⁽¹⁴⁾.
- Occorre incentivare la donazione e l'impiego ottimale dei prodotti derivati dal sangue. Le azioni a questo riguardo dovrebbero essere volte a condividere le migliori pratiche e le informazioni sulla selezione dei donatori e sulla formazione per l'uso dei componenti ematici.

2.3. Determinanti sanitari

I progetti e le azioni in questo settore sono destinati a sostenere e incentivare le politiche e le attività comunitarie in materia di determinanti sanitari, a sostenere le azioni volte all'introduzione e allo scambio di buone pratiche, a promuovere approcci multisettoriali e integrativi ai vari determinanti sanitari e a favorire e stimolare l'impegno dei paesi.

Nel 2006 verrà data priorità ai progetti che:

- **creano nessi tra azioni e priorità politiche:** le proposte di progetti dovrebbero ispirarsi alle politiche e alle strategie comunitarie in materia di sanità pubblica, in particolare quelle relative ad alcool, alimentazione e attività fisica. Particolare rilievo verrà dato ai **progetti che affrontano il tema delle disuguaglianze in campo sanitario e dei determinanti socioeconomici di portata più generale;**
- **si rivolgono ai bambini e ai giovani,** quale gruppo specifico a cui destinare interventi di sanità pubblica, nell'ambito di una serie di determinanti sanitari. Progetti di questo tipo, incentrati sugli anni in cui le persone formano il proprio stile di vita, affrontano sia i fattori e i periodi di rischio, sia i fattori protettivi che influenzano lo stile di vita e il comportamento.

Le priorità individuate per il 2006 sono le seguenti:

2.3.1. Sostenere strategie comunitarie fondamentali sulle sostanze che generano dipendenza

(1) Per contribuire al proseguimento dell'attività sul **tabacco**, le proposte di progetto dovrebbero:

- rilevare, valutare e divulgare gli ultimi sviluppi e le migliori pratiche in materia di lotta contro il tabagismo negli Stati membri, rivolgendosi in particolare ai giovani e alle donne, affrontando le strategie di comunicazione per la prevenzione e l'abbandono del tabagismo e considerando i fattori socioeconomici;
- proporre attività di prevenzione e abbandono del tabagismo e metterle in rete, con particolare attenzione agli approcci innovativi per denormalizzare il fumo e ridurre l'esposizione allo stesso;
- altre attività che mettano in atto quanto prescritto dalla Convenzione quadro sul controllo del tabacco ⁽³⁴⁾, come il lavoro sugli ingredienti del tabacco o la sorveglianza del traffico illecito dei prodotti del tabacco.

(2) Per quanto riguarda l'**alcool**, le attività si dovranno ricollegare all'approccio strategico generale volto a ridurre i danni derivati dal consumo di alcool. Sarà prioritario appoggiare la creazione di reti che raggruppino e coordinino un'ampia serie di attività nei settori della ricerca, dell'informazione, della tutela dei consumatori, dei trasporti, delle comunicazioni commerciali e altre questioni legate al mercato interno, attingendo alle esperienze a livello nazionale. Potrebbero essere contemplati i seguenti aspetti:

- rilevamento e monitoraggio delle esperienze realizzate nei vari paesi;
- valutazione dell'impatto economico e sanitario delle varie opzioni strategiche;
- rafforzamento della capacità di dare un'efficace attuazione ai programmi e alle politiche.

⁽³³⁾ Direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani (GU L 102 del 7.4.2004, pag. 48).

⁽³⁴⁾ Decisione 2004/513/CE del Consiglio, del 2 giugno 2004, relativa alla conclusione della convenzione quadro dell'OMS per la lotta contro il tabagismo (GU L 213 del 15.6.2004, pag. 8).

(3) Per quanto concerne le **droghe**, in linea con la strategia dell'Unione europea in materia di droga ⁽³⁵⁾ il piano d'azione ⁽³⁶⁾ e la raccomandazione del Consiglio sulla droga ⁽³⁷⁾, sarà data priorità alle proposte che affrontano i seguenti temi:

- riduzione del danno rispetto alle tendenze emergenti legate al consumo di sostanze psicoattive, in particolare ecstasy, cocaina/crack e cannabis;
- elaborazione o perfezionamento e applicazione di programmi comuni per la prevenzione tra servizi pubblici, istituti d'istruzione e ONG pertinenti, destinati in particolare ai gruppi socialmente svantaggiati;
- inventario delle buone pratiche in materia di cura della tossicodipendenza ed effetti del trattamento, che contempli anche il reinserimento, ad affiancare le azioni previste nel piano d'azione.

2.3.2. *Approcci integrativi in materia di stili di vita e di salute sessuale e riproduttiva*

(1) Per quanto concerne l'alimentazione e l'attività fisica, sarà necessario individuare buone pratiche e costituire reti ⁽¹⁴⁾ in relazione ai seguenti aspetti:

- buone pratiche nei menu scolastici e nei programmi di educazione alimentare;
- valutare e fornire sostegno in via sperimentale a iniziative che, prevedendo la collaborazione tra più parti, sono intese a promuovere uno stile di vita sano all'interno delle collettività e sono specificamente concepite per gruppi vulnerabili, in particolare i bambini;
- efficacia dei programmi educativi e delle campagne d'informazione realizzati dal settore alimentare, dai rivenditori, dalle organizzazioni dei consumatori ecc., volti a promuovere abitudini alimentari sane;
- studio degli interventi che si sono dimostrati efficaci nel produrre cambiamenti nel comportamento dei consumatori, per quanto attiene alla scelta degli alimenti e all'attività fisica;
- buone pratiche in campo architettonico e urbanistico, che incentivano l'attività fisica e stili di vita sani.

(2) L'attività sulla **salute sessuale e riproduttiva** verterà sullo sviluppo di strategie innovative che promuovano una sessualità sicura e che facciano fronte all'aumento di comportamenti a rischio tra i giovani;

(3) le azioni in materia di HIV/AIDS si manterranno in linea con le strategie generali ⁽³⁸⁾ ⁽³⁹⁾ e consisteranno nello sviluppo di strategie e migliori pratiche, nel campo della sanità pubblica, sui seguenti aspetti:

- prevenzione dell'HIV/AIDS nei gruppi ad alto rischio, in particolare nelle carceri;
- sensibilizzazione costante sulla necessità di prevenzione nei gruppi a basso rischio e nella popolazione in generale;
- creazione di un pacchetto globale di servizi con norme e modelli di determinazione dei costi.

(4) Nell'ambito della **salute mentale** si sosterranno le seguenti azioni:

- preparazione e applicazione delle migliori pratiche intersettoriali per promuovere la salute mentale e prevenire la malattia mentale nell'ambito di gruppi vulnerabili, quali le vittime di catastrofi naturali e di altro genere, bambini, adolescenti e persone emarginate ⁽¹⁴⁾;
- individuazione e divulgazione delle migliori pratiche per migliorare la tutela dei diritti umani, la dignità e lo stato di salute generale delle persone affette da malattia mentale, disabilità mentale o dipendenza ricoverate presso istituti di cura o istituti assistenziali ⁽¹⁴⁾;
- costituzione, a livello comunitario, di una rete di esperti in trattamento dello stress post-traumatico nelle vittime di catastrofi naturali e di altro genere, al fine di aumentare le capacità d'intervento in quest'ambito, nonché di organizzare e potenziare i servizi di salute mentale degli enti provinciali e locali che si trovano a far fronte a situazioni di questo tipo. Le informazioni dovrebbero essere fornite sotto forma di sintesi delle pratiche adottate.

⁽³⁵⁾ Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2005-2012). Cfr. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm

⁽³⁶⁾ Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008). Cfr. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/keydo_drug_en.htm

⁽³⁷⁾ Raccomandazione del Consiglio, del 18 giugno 2003, sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (GU L 165 del 3.7.2003, pag. 31).

⁽³⁸⁾ Coordinated approach to combat AIDS within the European Union and in its neighbourhood [Approccio coordinato per combattere l'AIDS nell'Unione europea e nei paesi limitrofi] http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/docs/ev_20040916_rd01_en.pdf

⁽³⁹⁾ Comunicazione della Commissione sulla lotta all'HIV/AIDS nell'Unione europea e nei paesi limitrofi (di prossima adozione).

2.3.3. Azioni in materia di sanità pubblica volte ad affrontare determinanti sanitari di portata più generale

- (1) L'attività in tema di **fattori sociali quali determinanti sanitari** si svolgerà mediante azioni che elaborano politiche, approcci innovativi e valutazioni intese a:
 - individuare e valutare l'efficacia delle strategie globali per affrontare le disuguaglianze in campo sanitario — tenendo conto della dimensione socioeconomica — a livello nazionale e subnazionale;
 - individuare, valutare e divulgare buone pratiche su come dare rilievo ai determinanti sociali nelle strategie che affrontano determinanti quali l'alimentazione, l'attività fisica, il tabagismo, le droghe e l'alcool nelle politiche per l'alloggio, sviluppo urbano e sanità, nel garantire l'accesso ai servizi sanitari sociali e nel promuovere stili di vita sani;
 - buone pratiche per migliorare l'accesso, la qualità e l'adeguatezza dei servizi sanitari e sociali per migranti, immigrati e minoranze;
 - analisi economica intesa a quantificare i costi e i benefici derivanti dalla lotta contro le disuguaglianze in campo sanitario.
- (2) In linea con il piano d'azione per l'ambiente e la salute ⁽⁴⁰⁾, l'attività sui **determinanti ambientali** si concentrerà sullo sviluppo di reti e buone pratiche relative a:
 - azioni e attività nell'ambito della sanità pubblica che affrontino la questione della qualità dell'aria negli ambienti chiusi, tenendo conto degli effetti combinati prodotti dai materiali da costruzione, dalle sostanze chimiche per uso domestico, dalla combustione e dal fumo passivo;
 - azioni e attività nell'ambito della sanità pubblica che affrontino il tema dei rumori molesti;
 - integrazione delle tematiche sanitarie e ambientali nei programmi di formazione e d'aggiornamento dei professionisti del settore sanitario;
 - elaborazione e divulgazione delle migliori pratiche di comunicazione dei rischi e di sensibilizzazione in materia di questioni ambientali e sanitarie.

2.3.4. Prevenzione delle malattie e delle lesioni

- (1) Sarà dato sostegno, sulla base dei lavori già realizzati, all'elaborazione di orientamenti e raccomandazioni di buone pratiche per quanto riguarda le principali patologie che interessano la sanità pubblica, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie;
- (2) sarà dato sostegno allo scambio di buone pratiche in materia di sicurezza dei bambini tra gli Stati membri, i paesi SEE e i paesi candidati e si sosterrà la promozione di questo tema mediante una conferenza a livello europeo; verrà riservata un'attenzione particolare al problema della violenza fisica e alla comunicazione dei rischi, mediante l'organizzazione di attività pratiche sulla prevenzione delle lesioni.

2.3.5. Sviluppo delle capacità

- (1) Si darà priorità alla promozione della cooperazione tra gli istituti d'insegnamento per quanto riguarda il contenuto di corsi e moduli di formazione comuni a livello europeo in settori fondamentali della sanità pubblica. Sarà inoltre ritenuta prioritaria la messa a punto di programmi di formazione personalizzati da destinare al personale sanitario e ad altri professionisti che operano nei servizi preposti all'assistenza a persone affette da HIV/AIDS o particolarmente a rischio di contrarre l'HIV/AIDS (come consumatori di droga per via endovenosa e migranti);
- (2) Occorrerà senz'altro sostenere, a breve termine, lo **sviluppo delle capacità** di determinate reti europee in materia di sanità pubblica che rivestono grande rilievo per questo settore e che apportano un notevole valore aggiunto europeo in quanto colmano specifiche carenze geografiche o di sviluppo. Si presterà particolare attenzione allo sviluppo delle capacità delle organizzazioni non governative che operano nel campo dell'HIV/AIDS affinché contribuiscano al sostegno dei pazienti sottoposti a terapia antiretrovirale, facendo sì che la seguano con continuità.

⁽⁴⁰⁾ Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo e al Comitato economico e sociale europeo «Il piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010», COM(2004) 416 def. del 9 giugno 2004.

Allegato al piano di lavoro 2006

Rimborso spese di viaggio e soggiorno

I presenti orientamenti si applicano al rimborso delle spese di viaggio e soggiorno:

- del personale alle dipendenze del beneficiario di *sovvenzioni* (beneficiario principale e beneficiari associati) ed esperti invitati dal beneficiario a prendere parte ai gruppi di lavoro;
 - qualora tali costi siano esplicitamente previsti negli *appalti di servizi*.
- (1) **Le indennità di soggiorno forfetarie** coprono tutte le spese di soggiorno sostenute durante le missioni, incluse le spese per alberghi, ristoranti e trasporti locali (taxi e/o trasporti pubblici). Si applicano ad ogni giornata di missione trascorsa in un luogo distante almeno 100 km dalla normale sede di lavoro. Le indennità di soggiorno variano a seconda del paese in cui si svolge la missione. Gli importi giornalieri corrispondono alla somma dell'indennità giornaliera e del prezzo massimo per l'albergo, come previsto nella decisione C(2004) 1313 ⁽¹⁾ della Commissione come successivamente modificata.
- (2) Le missioni in paesi terzi, paesi aderenti e candidati e paesi EFTA/SEE devono essere autorizzate preventivamente dai servizi della Commissione. Tale autorizzazione terrà conto degli obiettivi della missione, dei costi e della motivazione.
- (3) **Le spese di viaggio** sono rimborsabili alle seguenti condizioni:
- viaggio effettuato utilizzando la via più diretta e più economica;
 - distanza di almeno 100 km tra il luogo della riunione e la normale sede di lavoro;
 - in treno: biglietto di prima classe;
 - in aereo: classe economica, tranne nel caso in cui sia possibile acquistare un biglietto meno costoso (ad esempio, Apex); il trasporto aereo è consentito soltanto per i viaggi di andata e ritorno superiori a 800 km;
 - in automobile: rimborsato sulla base dell'equivalente biglietto ferroviario di prima classe.

⁽¹⁾ Decisione C(2004) 1313 della Commissione del 7 aprile 2004: disposizioni generali d'esecuzione che adottano la guida delle missioni per i funzionari e gli agenti della Commissione europea [testo non disponibile in italiano].