

Parere del Comitato economico e sociale europeo in merito alla «Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie»

(COM(2003) 441 def. — 2003/0174 (COD))

(2004/C 32/11)

Il Consiglio, in data 5 settembre 2003, ha deciso, conformemente al disposto dell'articolo 152 del Trattato che istituisce la Comunità europea, di consultare il Comitato economico e sociale in merito alla proposta di cui sopra.

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali e cittadinanza, incaricata di preparare i lavori in materia, ha formulato il parere sulla base del rapporto introduttivo predisposto dal relatore Bedossa in data 6 ottobre 2003.

Il Comitato economico e sociale ha adottato il 29 ottobre 2003, nel corso della 403^a sessione plenaria, con 125 voti favorevoli e 2 voti astensioni, il seguente parere.

1. Introduzione

1.1. I motivi principali che hanno spinto la Commissione europea a presentare in tempi rapidi questo progetto di regolamento che prevede la creazione di un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili sono due.

1.1.1. Il primo si collega con la futura adozione del progetto di «Trattato che istituisce una Costituzione per l'Europa», nel quale i problemi comuni di sicurezza in materia di salute pubblica vengono indicati come un ambito in cui le competenze della Comunità europea devono essere rafforzate in modo significativo.

1.1.2. Il secondo motivo risiede nell'incessante susseguirsi da oltre una ventina di anni su tutto il pianeta di problemi di salute pubblica, a cominciare — nei primi anni '80 — dalla scoperta e propagazione dei virus mutanti come quello dell'HIV, per terminare — all'inizio di quest'anno — con la mutazione di un coronavirus, che ha provocato uno stato d'allerta in tutto il mondo, dalla Cina al Canada, essendo la causa della grave sindrome respiratoria acuta (SARS), i cui numerosi e molteplici effetti non sono ancora stati valutati appieno.

1.2. A tutto ciò si uniscono, dalla fine degli anni '80, le minacce di bioterrorismo lanciate contemporaneamente in Giappone e negli Stati Uniti.

1.3. L'elemento più evidente che caratterizza la storia recente di queste pandemie è l'immediata diffusione a livello planetario dei rischi: il virus HIV, comparso probabilmente sulle rive del fiume Congo, è stato identificato per la prima volta a Norfolk, negli Stati Uniti, mentre il coronavirus mutante si è propagato in meno di tre mesi dal Quandong, in Cina, a Toronto, in Canada.

Se ne deduce che i viaggi e i sistemi di comunicazione internazionali accelerano notevolmente la diffusione di queste pandemie.

1.4. A fronte di questa situazione, i cittadini europei, pur appartenendo a sistemi di previdenza sociale molto diversi, esigono indistintamente che gli Stati li proteggano sempre di più contro i rischi sanitari, e pretendono che in materia di salute pubblica le autorità competenti applichino, nelle loro reazioni e decisioni, i principi di precauzione, allerta rapida, informazione e trasparenza, anche se è un onere a volte difficile da rispettare.

1.4.1. In questo campo, nell'Unione europea esiste attualmente un grande divario: mentre alcuni Stati membri sono dotati di strutture moderne e adeguate, altri lo sono in misura nettamente minore. Poiché tale divario è destinato ad aggravarsi con l'allargamento della UE, è incontestabile la necessità di istituire un organismo come il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e di garantirne un funzionamento efficace.

1.5. Dal 1999 la Commissione europea gestisce una rete sulle malattie trasmissibili, ma si tratta in realtà di una cooperazione occasionale e insufficiente.

È quindi necessario rafforzare sensibilmente tale sistema affinché l'Unione europea sia in grado di controllare in modo efficace le malattie trasmissibili. A tal fine, nel giugno del 2001, in occasione del vertice europeo di Göteborg, il Consiglio aveva avanzato la richiesta di creare un Centro di controllo e di prevenzione delle malattie trasmissibili.

In seguito allo scoppio dell'epidemia della SARS, nel giugno del 2003 tutti gli Stati membri hanno espresso il loro pieno appoggio a questo progetto.

2. Osservazioni generali

2.1. È indispensabile conferire un'impostazione sistematica e strutturata al controllo delle malattie trasmissibili, nonché delle altre gravi minacce sanitarie. Esse dimostrano quanto sia importante un approccio preventivo, come correttamente indicato nel nome stesso del Centro, e specificato nella missione di quest'ultimo (art. 3 della proposta).

Le recenti crisi che si sono succedute nel settore agroalimentare, vale a dire l'encefalite spongiforme bovina, la malattia di Creutzfeld-Jacob, la scrapie ovina, l'influenza aviaria, hanno infatti tutte rappresentato delle minacce gravi e generalizzate.

2.2. Nel settore dell'ambiente, la comparsa di patologie dovute all'amianto e all'esposizione a sostanze chimiche e la mortalità ad esse legata, nonché lo sviluppo delle malattie respiratorie provocate dall'inquinamento e i numerosi decessi causati dalla canicola, ossia dall'innalzamento delle temperature, vengono ormai considerati come crisi sanitarie gravi, poiché hanno anch'essi un carattere epidemico. Per la prevenzione e il controllo di queste nuove crisi sanitarie è necessario abbandonare l'attuale modello epidemiologico basato unicamente sulle malattie trasmissibili, tanto più che, anche per quest'ultime, i fattori di rischio ambientali sono sempre più determinanti. Queste crisi denotano l'importanza di studiare le interazioni e la cumulatività di diversi fattori di rischio che possono degenerare in patologie anche gravi e crisi sanitarie. Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie deve essere adeguatamente strutturato e attrezzato per affrontare analisi complesse di questo genere, come appunto quelle sui meccanismi di interazione e di cumulo.

3. Minacce sanitarie

3.1. Le minacce sanitarie future potranno avere origini molto diverse e colpire sia regioni del mondo industrializzato che zone in via di sviluppo carenti di infrastrutture sanitarie: basta ricordare che sinora non è stato trovato alcun rimedio contro le forme di febbre emorragica fulminante, come quella provocata dal virus Ebola.

Esiste inoltre una reale minaccia di gravi epidemie di influenza, i cui virus sono in costante evoluzione.

3.2. A tutto ciò si aggiungono le crisi di origine chimica, tossica o batteriologica «ordinarie» e quelle provocate deliberatamente da azioni di bioterrorismo, come quelle causate dal gas sarin in Giappone, dall'antrace negli Stati Uniti, dalla tossina botulinica e dai gas paralizzanti e asfissianti in Iraq.

3.3. Date le circostanze, devono essere verificati due parametri:

- il tempo e la rapidità di reazione legati all'esistenza di strutture di coordinamento operative sono elementi essenziali della risposta a queste gravi crisi sanitarie. L'esempio della crisi della SARS ne è l'ultima dimostrazione,
- il sistema di reti che verrà creato deve essere a sua volta collegato alle altre reti mondiali, soprattutto a quella dell'OMS, l'Organizzazione mondiale della sanità, e a quella del CDC (Center for Disease Control and Prevention), vale a dire il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie degli Stati Uniti, con sede ad Atlanta.

3.4. L'impatto di queste crisi non è percepibile solo nell'ambito della salute pubblica, in relazione alle risposte da dare all'opinione pubblica in stato di ansietà, ma anche nell'ambito economico. Infatti, la crisi della SARS ha avuto delle ripercussioni negative sull'economia di numerosi paesi asiatici e, sebbene più lievi, anche sulle imprese europee del turismo e dei trasporti.

3.5. Per far fronte a tale situazione, l'Unione europea è intervenuta mediante la decisione n. 2119/98/CE che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità.

3.6. Molti degli Stati membri dell'Unione europea dispongono sul loro territorio di strutture efficienti ed efficaci ma scarsamente coordinate: sono quindi indispensabili un sistema di sorveglianza, un'allerta precoce e una reazione a livello europeo. Per la creazione poi, come base comunitaria, di una «rete delle reti» comune, è necessario garantire un seguito regolare delle azioni e degli interventi tecnici.

3.7. La realizzazione di un tale sistema richiede un notevole aumento, sul lungo periodo, delle risorse finanziarie.

In particolare se vogliamo aumentare la nostra capacità di formulare pareri scientifici indipendenti e di garantire una cooperazione operativa efficace di fronte alle numerose sfide che si pongono, è necessario migliorare la collaborazione scientifica e il coordinamento delle politiche di salute pubblica, cosa che richiede finanziamenti più che considerevoli.

3.8. L'attuale frammentazione delle strutture è controproducente; per coadiuvare gli Stati membri e la Commissione nel loro operato, bisogna mettere a punto dei nuovi meccanismi.

L'allargamento dell'Unione a dieci nuovi paesi, per la maggior parte carenti di infrastrutture, potrebbe inficiare l'efficacia delle attività di sorveglianza.

3.9. L'Unione europea dovrebbe mettere gli Stati membri e le strutture competenti in grado di attuare una vigilanza sanitaria costante per ogni tipo di minaccia contro la salute dei cittadini. Il collegamento generalizzato con l'OMS e le altre strutture specializzate nel mondo deve consentire uno scambio continuo di informazioni tra le varie reti, in modo che si possano prendere rapidamente le misure adeguate per reagire agli attacchi, indipendentemente dalla loro provenienza.

3.10. Le crisi sanitarie che nell'ultimo decennio hanno colpito i paesi dell'Unione europea hanno contribuito notevolmente a sensibilizzare i responsabili sia comunitari che nazionali nonché i cittadini ad accettare gli sforzi necessari per lottare contro queste crisi di sanità pubblica.

4. Osservazioni particolari

4.1. Per andare incontro alle richieste sempre maggiori dei cittadini europei, a fronte di queste crisi sanitarie di origini diverse e spesso molteplici, ogni singolo paese dell'Unione europea necessita di competenze, perizie ed esperienze provenienti da più parti in modo da disporre di conoscenze specialistiche e coordinate.

4.2. Per la realizzazione di questa rete sono necessari alcuni elementi:

- si deve disporre di personale competente e formato in numero sufficiente,
- i centri epidemiologici esistenti devono avere un ruolo privilegiato nel dispositivo e fare in modo che i loro modelli di prevenzione e di controllo si adattino all'evoluzione della natura dei rischi e integrino in particolare l'igiene ambientale,
- in quanto fonte di informazione, il Centro deve essere a disposizione di tutti i partner coinvolti. I pareri scientifici che emette devono far testo e permettere alla Commissione di elaborare qualsiasi tipo di proposta di azione o progetto legislativo.

4.3. Questo Centro, che funge da agenzia indipendente europea, mobiliterebbe e rafforzerebbe significativamente le sinergie tra i centri nazionali esistenti competenti per il controllo delle malattie. Esso dovrà mettere in atto la migliore cooperazione possibile in seno all'Europa allargata e collaborare anche con altre agenzie comunitarie, come l'Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA) e l'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali (EMA) che ha specifiche competenze nel campo della farmacovigilanza, onde evitare inutili duplicazioni di attività.

4.4. Il Comitato economico e sociale approva le missioni del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili, quali definite nel documento della Commissione, e cioè:

- controllo e collegamento in rete dei laboratori esistenti per ottenere rapidamente l'armonizzazione dei metodi di vigilanza e la massima comparabilità e compatibilità dei dati raccolti in tempi brevi,
- elaborazione di pareri scientifici di alto livello riconosciuti da autorità e accademie scientifiche; normalizzazione delle procedure di laboratorio, la cui eccellenza e indipendenza dei lavori devono essere garantite.

4.5. Il Comitato insiste con forza sulla necessità di una vigilanza scientifica costante in quanto questa contribuisce ad un'allerta precoce ed estremamente rapida, evitando qualsiasi degenerazione in crisi gravi o diffuse.

4.6. Ritiene, inoltre, che in certi casi l'assistenza tecnica non può essere limitata ai soli paesi dell'Unione europea.

Per poter reagire rapidamente è opportuno, infatti, tener conto di tutti i segnali provenienti dall'esterno: l'Unione europea deve essere in grado di ottenere e/o fornire assistenza a tutti coloro che possono apportare un contributo nei diversi campi di intervento: agenzie comunitarie, OMS, CDC, medicina umanitaria, agenzie straniere alle prese con focolai che potrebbero propagarsi altrove e in particolare nell'Unione europea.

4.7. A sostegno di queste azioni di ricerca e di prevenzione, il Comitato economico e sociale europeo è d'accordo sul fatto che il Centro dovrà svolgere un ruolo fondamentale nella reazione alle minacce sanitarie gravi a livello comunitario, coordinando gli attori coinvolti, come ad esempio gli enti responsabili per la salute pubblica, la protezione civile, l'Esercito e la società civile.

4.8. Inoltre, il Comitato rileva con interesse i seguenti elementi del progetto di organizzazione del Centro:

- dimensione ridotta ma grandissima influenza grazie alle sinergie attuate con gli istituti nazionali.

Nello stesso tempo, un organico così ristretto suscita dubbi in merito all'avvio del funzionamento del Centro,

- struttura amministrativa diretta e flessibile, che permette di controllare costantemente la coerenza delle azioni condotte nell'ambito delle politiche comunitarie e delle iniziative nazionali.

4.9. Il Comitato sottolinea che il Forum consultivo (articolo 18), che esso approva senza riserve, deve essere composto ispirandosi a criteri di accurata selezione e grande rigore e non deve essere costituito solo da membri di istituti nazionali analoghi, poiché quest'organo forma, insieme al direttore, la cellula essenziale del dispositivo necessario per garantire al Centro il suo ruolo di elemento fondamentale di una grande politica di salute pubblica dell'Unione europea.

5. Conclusioni

5.1. A fronte della crisi sanitaria internazionale provocata dal virus della SARS, la Commissione europea ha reagito con estrema rapidità.

Il Comitato economico e sociale europeo è convinto che in futuro le minacce alla salute pubblica aumenteranno su moltissimi fronti, chimico, tossico, climatologico, virale e batteriologico, e che la resistenza ai trattamenti farmacologici non potrà che accentuare tali minacce, come già avviene con la tubercolosi, l'AIDS, il paludismo, la febbre emorragica fulminante.

5.2. La creazione del Centro proposto rappresenta un incentivo al rafforzamento della politica di salute pubblica dell'Unione europea definita nell'articolo 152 del Trattato, conformemente a quanto previsto nel progetto di Costituzione dell'Unione europea attualmente allo studio della Conferenza intergovernativa.

Bruxelles, 29 ottobre 2003.

Il Presidente

del Comitato economico e sociale europeo

Roger BRIESCH

Parere del Comitato economico e sociale europeo in merito alla «Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni “Potenziare la dimensione sociale della strategia di Lisbona: razionalizzare il coordinamento aperto nel settore della protezione sociale”»

(COM(2003) 261 def.)

(2004/C 32/12)

La Commissione, in data 28 maggio 2003, ha deciso, conformemente al disposto dell'articolo 262 del Trattato che istituisce la Comunità europea, di consultare il Comitato economico e sociale europeo in merito alla comunicazione di cui sopra.

La sezione specializzata Occupazione, affari sociali, cittadinanza, incaricata di preparare i lavori in materia, ha formulato il parere sulla base del rapporto introduttivo del relatore Beirnaert in data 6 ottobre 2003.

Il Comitato economico e sociale europeo ha adottato, il 30 ottobre 2003, nel corso della 403^a sessione plenaria, con 62 voti favorevoli, 2 voti contrari e nessuna astensione, il seguente parere.

1. Introduzione

1.1. Nella relazione al Consiglio europeo di primavera 2003, la Commissione si è impegnata ad adottare una comunicazione concernente la «razionalizzazione delle attuali azioni disparate in materia di inclusione sociale e di pensioni e, col tempo, la cooperazione in materia di assistenza sanitaria e di sforzi volti a “rendere redditizio il lavoro” fondendoli in un unico metodo di coordinamento aperto». Il Consiglio europeo di Bruxelles del marzo 2003 ha inoltre chiesto alla Commissione di «riferire sull'opportunità di semplificare e snellire i vari elementi dei lavori sulla protezione sociale

riunendoli in un quadro coerente nell'ambito del metodo di coordinamento aperto».

1.2. Il Consiglio europeo di Lisbona del marzo 2000 ha adottato una strategia socioeconomica integrata per l'Europa, nel contesto della quale la cooperazione in materia di protezione sociale era intesa a potenziare sia il coordinamento delle politiche economiche nell'ambito dei relativi indirizzi di massima (IMPE) sia il coordinamento delle politiche dell'occupazione nel quadro della strategia europea per l'occupazione (SEO).