Parere sulla proposta di decisione del Parlamento europeo e del Consiglio che adotta un piano d'azione contro il cancro 1995-1999 nell'ambito del programma quadro per la sanità pubblica [1]

(94/C 393/03)

Il Consiglio, in data 13 luglio 1994, ha deciso conformemente al disposto dell'articolo 129 del Trattato che istituisce la Comunità economica europea, di consultare il Comitato economico e sociale in merito alla proposta di cui sopra.

La Sezione « Ambiente, salute pubblica e consumo », incaricata di preparare i lavori in materia, ha formulato il parere sulla base del rapporto introduttivo del relatore Colombo in data 5 settembre 1994.

Il Comitato economico e sociale ha adottato all'unanimità, il 14 settembre 1994, nel corso della 318ª sessione plenaria, il seguente parere.

1. Introduzione

1.1. Il Comitato approva l'adozione del nuovo programma di azione contro il cancro, che si inserisce nella dimensione ampliata della politica comunitaria della salute pubblica, basandosi al contempo sulla valutazione delle esperienze e dei risultati acquisiti nei programmi precedenti 1987-89 e 1990-94.

1.2. La relazione di valutazione dei primi 6 anni di funzionamento, approvata il 15. 3. 1993 e trasmessa ufficialmente al Comitato economico e sociale, oltre che al Consiglio e al Parlamento europeo, dimostra che la Comunità ha un ruolo specifico da svolgere, apportando un valore aggiunto alle azioni intraprese a livello nazionale e consentendo notevoli economie di scala grazie alle sinergie realizzate.

1.3. L'importanza dei risultati raggiunti, nonché il successo di altri piani d'azione quali quello contro l'AIDS, hanno incoraggiato l'ampliamento dell'iniziativa comunitaria su questo terreno, tradottasi nell'inserimento dell'articolo 129 nei Trattati. Sull'interpretazione da dare a tale articolo, ed in particolare al concetto di « prevenzione » si rimanda al parere del Comitato sulla comunicazione sul quadro di azione nel settore della sanità pubblica [2].

1.4. È opportuno esaminare i contenuti del nuovo piano d'azione alla luce di tale nuovo approccio, avendo soprattutto a cuore il miglioramento della qualità di vita e della salute dei cittadini.

2. Motivazione e contenuto del nuovo piano di azione

2.1. I dati più recenti (1990) indicano un'incidenza annuale di 1,3 milioni di nuovi casi di cancro e 840 000 decessi all'anno per cancro nell'Unione europea. Circa un quarto dei decessi è da attribuire alle malattie dovute al cancro, con variazioni relativamente deboli da un paese all'altro, in quanto il peso relativo dei casi di cancro è più grave al Nord che al Sud. Negli ultimi decenni, la mortalità per cancro è nettamente aumentata in uno scenario di invecchiamento progressivo della popolazione.

2.2. La mortalità è comunque risultata superiore per gli uomini che per le donne in tutti gli Stati membri, con differenze particolarmente sensibili per taluni paesi. Nell'Unione europea, le donne hanno il 40 % in meno di probabilità di morire di cancro rispetto agli uomini. La maggiore incidenza di morbilità e mortalità negli uomi deve essere principalmente attribuita ad un maggiore consumo di tabacco e di alcol, seguito dalla esposizione professionale ad agenti carcinogeni e dalle differenze di ordine biologico esistenti tra i due sessi. Un fattore esplicativo della minore morbilità e mortalità femminile può essere individuato nelle possibilità maggiori di depistaggio precoce.

2.3. I dati disponibili (30 % dei decessi per cancro dovuti al tabacco, dal 3 % al 10 % (a seconda del paese) dipendenti dall'alcol e circa il 30 % da collegarsi al regime alimentare) dimostrano che più di due terzi dei decessi per cancro sono legati allo stile di vita e quindi possono essere evitati cambiando il comportamento delle persone.

2.4. La comunicazione della Commissione sul quadro di azione nel settore della sanità pubblica [COM (93) 559 def.] propone quattro obiettivi che devono orientare l'azione della Comunità. Il programma « L'Europa contro il cancro » prevede complessivamente i seguenti obiettivi:

— prevenire i decessi prematuri, in particolare per quanto riguarda i giovani e la popolazione attiva;

— migliorare l'aspettativa di vita senza inabilità o malattie;

— promuovere la qualità di vita migliorando la situazione sanitaria generale e evitando le malattie croniche e invalidanti;

[1] GU n. C 139 del 21. 5. 1994, pag. 12.
[2] GU n. C 295 del 22. 10. 1994.

— promuovere il benessere generale della popolazione, in particolare minimizzando le conseguenze economiche e sociali dovute alle malattie.

2.5. L'azione comunitaria porrà l'accento particolarmente sull'incoraggiamento della cooperazione fra Stati membri, sul sostegno delle loro azioni, sulla promozione e sul coordinamento delle loro politiche e dei loro programmi.

3. Osservazioni generali

3.1. *Dotazione finanziaria*

3.1.1. Come già in passato, ma tanto più alla luce dell'articolo 129, il Comitato si inquieta della limitatezza dei mezzi finanziari posti a disposizione del piano d'azione (64 milioni ai ECU).

3.1.2. L'esiguità dei fondi contrasta con l'entità del sostegno comunitario ai produttori di tabacco, di cui il Comitato si rammarica più oltre al punto 3.4.3.

3.1.3. Se si esamina la ripartizione delle somme tra le attività di ricerca e prevenzione e quelle in materia di qualità delle cure ai malati, la limitatezza delle risorse salta ancora di più agli occhi; l'intervento comunitario deve concentrarsi sulle sinergie evitando la dispersione a pioggia e la massima importanza va accordata alla messa a punto di valide misure di prevenzione e miglioramento della qualità delle cure.

3.2. *Meccanismi di consultazione e partecipazione*

3.2.1. Per quanto riguarda il comitato consultivo che deve assistere la Commissione (art. 5), il Comitato raccomanda che accanto ai rappresentanti degli Stati membri, degli operatori sanitari e delle organizzazioni non governative del settore, menzionati al punto 93 della Comunicazione allegata alla proposta, spazio adeguato sia garantito alle organizzazioni socioprofessionali, dei consumatori e degli ambientalisti, che hanno già dimostrato di poter arrecare un importante contributo alle campagne di informazione e prevenzione.

3.2.2. Data l'ampia portata dell'azione contro il cancro ed i molteplici legami con altri aspetti attinenti la sanità pubblica il Comitato sottolinea l'esigenza di coinvolgere tutti i possibili partner (cfr. punti 95, 96 e 97 della Comunicazione); il valore aggiunto europeo si acquisisce anche attraverso la circolazione delle esperienze e le sinergie tra i vari interlocutori, associati nei comitati di coordinamento nazionale.

3.2.3. Il Comitato prende atto con favore dell'impegno della Commissione (art. 7) a trasmettergli una relazione annuale sullo stato d'avanzamento del piano e sui finanziamenti nei diversi settori d'intervento; tale prassi favorisce la trasparenza e consente di valutare i risultati raggiunti ed il valore aggiunto europeo e di correggere progressivamente il tiro per garantire maggiore efficacia.

3.3. *Ricerca sanitaria e biomedica*

3.3.1. Il Comitato prende atto della complementarità stabilita all'articolo 4 fra le azioni del presente piano e il programma di ricerca sanitaria e biomedica rientrante nell'ambito del programma quadro.

3.3.2. Esso tiene a sottolineare che le sinergie nel campo della ricerca, in particolare genetica, rivestono un'importanza particolare, e che la realizzazione di una buona rete di registri del cancro consente ora di comparare la situazione epidemiologica nella maggior parte degli Stati membri (vedi punto 5 della Comunicazione) e di meglio calibrare gli indirizzi della ricerca.

3.3.3. Il Comitato auspica una migliore cooperazione tra le direzioni generali competenti (sanità e ricerca) al fine di assicurare procedure di finanziamento semplificate ed accelerate, con le opportune garanzie ed i necessari controlli.

3.4. *Relazioni tra la politica della salute pubblica e le altre politiche*

3.4.1. Il Comitato attribuisce grande importanza al terzo comma del paragrafo 1 dell'articolo 129 che recita:

> « Le esigenze di protezione della salute costituiscono una componente delle altre politiche della Comunità. »

3.4.2. Questo vale in particolare per la prevenzione di una malattia come il cancro, connessa essenzialmente allo stile di vita, alla alimentazione, alla qualità dell'ambiente in generale, nonchè alla qualità dell'ambiente sul luogo di lavoro.

3.4.3. Per questo il Comitato raccomanda di verificare la coerenza delle altre politiche comunitarie con gli obiettivi perseguiti dal piano d'azione contro il cancro; non è la prima volta che esso deve ad esempio rammaricarsi della contraddizione evidente tra la campagna contro il tabagismo ed i finanziamenti comunitari ai produttori di tabacco.

3.4.4. Il Comitato saluta pertanto favorevolmente l'intenzione della Commissione, enunciata al punto 38 dalla Comunicazione, di presentare una relazione annuale sugli aspetti di protezione della salute insiti nelle sue diverse politiche, da inserire nella Relazione annuale della Commissione.

3.4.5. Un'attenzione particolare va raccomandata rispetto all'intreccio tra politica agricola e di protezione dei consumatori e miglioramento della dieta alimentare (incoraggiamento al consumo di frutta e legumi e adeguata informazione sui rischi di un regime alimentare eccessivamente basato sui grassi d'origine animale).

3.4.6. Un altro aspetto è quello dell'intreccio tra politica di protezione dell'ambiente e politica di protezione della salute: l'aumento dei melanomi maligni dovuti all'esposizione solare richiede non solo una maggiore informazione del pubblico, ma altresì una più decisa azione comunitaria nella politica di protezione della fascia d'ozono, come già auspicato in altra sede dal Comitato [1].

4. Osservazioni generali sulle azioni specifiche

4.1. Il Comitato apprezza l'articolazione degli obiettivi esposti nel V capitolo della Comunicazione e giudica positivamente l'indicazione delle priorità.

4.2. Reputa tuttavia scarsamente sviluppata la parte concernente la relazione tra cancro e inquinamento ambientale, ed invita la Commissione ad approfondire quest'aspetto, soprattutto nei programmi di ricerca.

4.3. Il Comitato constata che l'azione più spettacolare continua a concentrarsi sulla prevenzione del tabagismo, con campagne mirate e misure specifiche, sulle quali il Comitato si è già pronunciato [2]. Esso si compiace altresì che altri aspetti della prevenzione comincino ad essere meglio messi a fuoco, soprattutto per quanto riguarda la dieta.

4.4. Per quanto riguarda le campagne di informazione, il Comitato invita a mirarle meglio su gruppi precisi di destinatari e a migliorare la qualità del messaggio, che deve competere con messaggi pubblicitari contrastanti, che deve risultare persuasivo e non intimidatorio.

4.5. Particolare importanza va accordata alle rilevazioni epidemiologiche, che consentono di meglio controllare la malattia: occorre migliorare i sistemi di registrazione, armonizzare la raccolta di dati affidabili, e, nella garanzia dell'anonimato, evitare che le norme sulla protezione dei dati personali [3] interferiscano con le necessità della ricerca sanitaria.

5. Osservazioni particolari sulle singole azioni specifiche [4]

5.1. *Registri del cancro; studi epidemiologici*

5.1.1. L'attività di registri del cancro è indispensabile al fine della raccolta e diffusione di dati epidemiologici affidabili e comparabili ed è parte essenziale di ogni programma di controllo del cancro. La ricognizione dei registri tumori operanti efficacemente sul territorio europeo, iniziata nel 1989 attraverso l'istituzione dello «European network of cancer registries» [5], dovrebbe permettere l'identificazione delle aree non dotate di tale servizio.

Si ritengono pertanto altamente prioritari nell'ambito dell'azione degli Stati membri, conformemente al principio di sussidiarietà:

a) la realizzazione di registri di popolazione nelle aree geografiche della Comunità attualmente sprovviste;

b) il potenziamento dei registri esistenti a carente struttura logistico-organizzativa, in particolare attraverso supporto finanziario e di formazione professionale;

c) il potenziamento dei collegamenti fra i registri europei con le finalità già espresse dall'«European network» e come già previsto con priorità assoluta nei programmi della Commissione.

5.1.2. Nella disomogeneità delle caratteristiche geografiche e di popolazione, il territorio europeo si presenta come interessante modello sperimentale dal punto di vista epidemiologico. È pertanto da considerarsi prioritario l'appoggio alla realizzazione di studi epidemiologici sito-specifici di interesse comunitario, non soltanto al fine di una migliore attitudine cooperativa. In particolare, la raccolta e l'analisi di dati epidemiologici sul territorio europeo riguardanti neoplasie rare o di bassa incidenza offre rilevanti opportunità di acquisizione di conoscenze altrimenti difficilmente ottenibili a livello individuale. Sembra inoltre opportuno incoraggiare l'istituzione di banche di materiale biologico aperte ai ricercatori europei operanti nei vari settori dell'oncologia favorendo il coordinamento delle ricerche e consentendo notevoli economie di scala.

---

(1) GU n. C 52 del 19. 2. 1994.

(2) Vedi in particolare, sul divieto di fumare nei luoghi pubblici, GU n. C 159 del 26. 6. 1989; e sulla pubblicità del tabacco GU n. C 62 del 12. 3. 1990 e n. C 313 del 30. 11. 1992.

(3) Vedi proposta di direttiva concernente la protezione delle persone relativamente al trattamento dei dati personali in GU n. C 277 del 5. 11. 1990 e parere del Comitato in GU n. C 159 del 17. 6. 1991.

(4) Il punto 5, sviluppato con il contributo del Prof. Mancuso dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, intende suggerire una serie di piste di azione per gli sviluppi futuri del programma tenendo presenti le considerazioni generali di cui sopra.

(5) *European Network of Cancer Registries; an initiative by: I.A.R.C., The Danish Cancer Registry, I.A.R.C., The Latin Language Registry Group in the framework of the EAC programme. Acting director: H.H. Storm, Danish Cancer Society, Copenaghen, Denmark.*

5.2. *Prevenzione*

5.2.1. Prevenzione tramite educazione sanitaria

5.2.1.1. Un'adeguata educazione sanitaria della popolazione è fase essenziale e propedeutica di ogni programma di prevenzione oncologica. Si ritengono pertanto prioritari, programmi caratterizzati dalle seguenti tipologie di intervento:

1) Organizzazione di campagne di informazione sul cancro che prevedano un coordinamento almeno regionale con azione a livello scolastico, dei consultori familiari e delle unità sanitarie locali. In quest'ambito sono da considerarsi strategiche azioni mirate a:

   a) informazione sui danni da fumo di sigaretta ed a campagne di dissuasione;

   b) informazione sui danni da eccessivo consumo di alcolici, di cibi grassi e, più in generale, atte a fornire linee guida per una corretta alimentazione;

   c) informazione alla popolazione femminile circa una corretta igiene genitale, modalità e frequenza dei controlli ginecologici e mammari necessari per un'adeguata sorveglianza;

   d) informazione sui rischi di un'eccessiva esposizione al sole per la prevenzione del cancro della pelle;

   e) informazione alla popolazione maschile circa una corretta igiene, l'opportunità di sottoporsi ad autoesami e regolari controlli medici.

   Vanno inoltre tenuti in considerazione i trend demografici europei che mostrano un progressivo incremento delle fasce di popolazione di età avanzata. Ciò ha particolare rilevanza nell'adeguamento dell'approccio informativo al target di popolazione sia in termini tecnico-logistici che psicologici.

2) Corsi di formazione ed aggiornamento del personale medico e paramedico operante nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere (consultori familiari, strutture sanitarie locali, medici di base). A tale riguardo, sembra opportuno sottolineare il positivo impatto che interventi promozionali di prevenzione nel territorio potrebbero avere sul controllo e segnalazione di gruppi di popolazione ad alto rischio.

3) Adeguato supporto per il perfezionamento e scambio di personale medico operante in centri ad alta specializzazione oncologica sul territorio europeo, estendendo tale azione anche ai centri che non hanno ancora raggiunto elevati livelli di prestazioni.

5.2.1.2. Nell'ambito dell'educazione sanitaria in oncologia va sicuramente riaffermata l'esigenza di poter disporre, con adeguata distribuzione geografica sul territorio comunitario, di scuole di perfezionamento in oncologia dedicate al personale infermieristico. Non è superfluo sottolineare quanto tale personale specializzato sia indispensabile ai fini di un'adeguata gestione del malato neoplastico e quanto sia tuttora carente in ampie zone della Comunità.

5.2.1.3. L'identificazione di centri di riferimento oncologico (nell'ambito degli istituti oncologici, ospedali universitari e generali) non è ancora stata completata su tutto il territorio europeo ed affatto avviata in alcuni dei Paesi membri. Tale definizione va fortemente sollecitata presso gli Stati membri e favorita la pubblicazione di un opuscolo a diffusione europea contenente l'elenco di tali centri, le loro caratteristiche logistico-organizzative, e le eventuali specializzazioni in campo oncologico.

5.2.1.4. Considerato il sempre maggiore coinvolgimento dei media nella diffusione dell'informazione sanitaria, si ritiene importante sottolineare quanto un uso improprio dei mezzi di comunicazione possa essere alla base di una distorta informazione. Ciò è di particolare rilevanza nel caso delle malattie neoplastiche. È pertanto auspicabile che, in ciascuno dei Paesi membri, possano instaurarsi autorevoli meccanismi di controllo delle fonti di informazione scientifica. A tale fine, un'agenzia europea composta da oncologi e da esperti della comunicazione di massa potrebbe essere istituita al fine di elaborare periodicamente documentazione informativa ed ampia diffusione su tutto il territorio della Comunità. La diffusione di tale materiale potrebbe essere demandata alle istituzioni preposte all'educazione sanitaria nei singoli Paesi membri.

5.2.2. Prevenzione secondaria e terziaria

5.2.2.1. La diagnosi di lesioni precoci o preneoplastiche, collegata ad una tempestiva ed adeguata terapia, può portare alla guarigione in un'alta percentuale dei casi, che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità può raggiungere l'85 %. Al fine di poter incrementare le potenzialità offerte dai mezzi attualmente utilizzabili in programmi di prevenzione secondaria e terziaria, è indispensabile che una più avanzata coscienza sanitaria della popolazione si coniughi ad aggiornate conoscenze da parte del personale sanitario ed a maggiori sensibilità ed organizzazione delle strutture preposte alla salute pubblica.

5.2.2.2. Programmi di screening di popolazione per il cervicocarcinoma hanno portato ad una sensibile riduzione della mortalità per questa neoplasia in numerosi Paesi. Gli incoraggianti risultati di programmi di screening del carcinoma mammario basati su esame mammografico hanno creato le premesse per l'organizzazione di questi su base nazionale, come recentemente avvenuto in Gran Bretagna. Programmi di screening per

il cancro polmonare hanno fornito risultati sostanzialmente scoraggianti, mentre sembrano positivi i dati preliminari dei trials attualmente in corso per lo screening delle neoplasie colo-rettali, del cancro ovarico e prostatico e del neuroblastoma nell'infanzia.

È prioritario pertanto favorire, nell'ambito delle azioni comunitarie, quei programmi rivolti alla diagnosi precoce delle seguenti neoplasie dai quali è ragionevole attendersi un positivo rapporto costi-benefici:

1) cancro della cervice uterina;

2) carcinoma mammario;

3) neoplasie colo-rettali;

4) carcinoma ovarico;

5) cancro della prostata;

6) neuroblastoma dell'infanzia.

Se per i primi due i risultati sono già probanti, per i quattro successivi esistono le premesse perchè si incoraggi il proseguimento dell'azione.

5.2.2.3. L'ottimizzazione delle tecniche di screening prevede come tempo essenziale la selezione del campione a rischio da sottoporre a depistage. Ciò sia dal punto di vista delle caratteristiche di popolazione che in termini logistico-organizzativi. Quanto più le attuali metodiche di diagnosi precoce sono costose e di limitata disponibilità sul territorio (v. ultrasonografia nel cancro ovarico, retto-colonscopia nelle neoplasie colo-rettali), tanto più si fa mandatoria un'appropriata selezione del campione mirata a mantenere efficace l'operazione intrapresa. Ciò è di particolare rilievo stante l'identificazione di gruppi familiari ad alto rischio di neoplasia (v. cancro ovarico, mammario, colo-rettale).

Sembra pertanto prioritario favorire quei programmi di screening che si avvalgano (per neoplasie diverse dal cervicocarcinoma, ed in particolare per il cancro ovarico, mammario e colorettale) di criteri di selezione basati sull'indagine familiare. Tali programmi potranno essere dimensionati su base nazionale e/o europea ed, in ogni caso, implicheranno un elevato valore aggiunto cooperativo. È, inoltre, da considerare l'opportunità che tali progetti offrirebbero al fine dell'allestimento di banche di materiale biologico da soggetti ad alto rischio neoplastico.

5.2.2.4. Più in generale, va sottolineato come siano da privilegiare quelle azioni che possano avvalersi, per caratteristiche della popolazione bersaglio, modalità diagnostiche ed organizzazione logistica, di rilevanti economie di costi dovute alla possibilità di contemporaneo screening di più neoplasie. Ciò è compatibile con programmi di depistage su popolazione femminile e, ancor più evidentemente, con quei progetti dedicati a gruppi familiari a rischio di adenocarcinomi a varia sede di insorgenza.

5.3. *Qualità della terapia antineoplastica*

5.3.1. Nell'ambito del miglioramento della qualità delle cure in oncologia sono da ritenere prioritarie le seguenti aree di intervento:

a) Studi sul significato clinico dell'intensificazione della dose in chemioterapia antiblastica che ha mostrato benefici terapeutici in fase preliminare. In particolare, dovranno essere favoriti quegli studi che, oltre all'interesse clinico-terapeutico, contengano delle importanti innovazioni biotecnologiche relative alle terapie di supporto.

b) Studi di meta-analisi per l'ottenimento, attraverso la rielaborazione dei dati di studi clinici controllati, di informazioni non emerse con chiarezza nei singoli studi.

c) Studi clinici basati sull'impiego di nuovi farmaci e/o nuove combinazioni terapeutiche. In questo ambito, va sottolineata l'opportunità di sempre maggiore cooperazione tra ricerca farmaceutica e clinica operante in centri ad alta specializzazione oncologica.

5.4. *Attività di ricerca*

5.4.1. È auspicabile che gli sforzi comunitari, nell'ambito dell'insieme delle iniziative dell'Unione europea ed in particolare del programma Biomed, possano concentrarsi sullo studio della caratterizzazione molecolare delle neoplasie. Particolare rilievo dovrà essere dato allo studio dei tumori di origine familiare che possono costituire un valido modello e le cui acquisizioni potranno poi essere trasferite ai tumori ad insorgenza sporadica. In quest'ambito va favorita la formazione di banche di tessuti tumorali cooperative e disponibili ai vari centri interessati.

Tra gli studi volti ad una migliore caratterizzazione molecolare dei tumori dovranno essere favoriti in particolare quelli i cui risultati possano essere rilevanti per le seguenti finalità:

5.4.1.1. Identificazione di una popolazione a rischio genetico di insorgenza di neoplasia. Come è noto sono state oggi identificate alcune alterazioni molecolari presenti in famiglie ad elevata incidenza neoplastica. È pertanto prevedibile che l'ampliamento di tali studi possa portare in tempi brevi all'identificazione dei soggetti a rischio genetico sulla base di un test effettuabile su campione di sangue. È evidente pertanto, in questo contesto, quanto sia rilevante favorire la cooperazione fra epidemiologi, genetisti e biologi molecolari al fine di programmare studi di epidemiologia molecolare.

5.4.1.2. Miglioramento della caratterizzazione prognostica dei tumori ai fini di una più adeguata pianificazione terapeutica. Ciò è infatti molto importante al fine di identificare quei soggetti che dopo terapia primaria, necessitino di ulteriore trattamento (adiuvante) perché portatori di neoplasie ad alta aggressività. È noto inoltre che, basandosi semplicemente sulle caratteristiche clinico-patologiche di un tumore, non è attualmente possibile un'adeguata caratterizzazione prognostica. È verosimile che studi di biologia molecolare siano determinanti per questo scopo in quanto consentirebbero l'identificazione di eventi molecolari importanti nell'evoluzione prognostica della neoplasia stessa.

5.4.1.3. L'ideazione e attuazione di terapie geniche antitumorali, volte alla correzione di difetti genetici del tumore o al blocco dell'espressione e dell'azione di oncogeni (quelle proteine che, quando alterate o prodotte in quantità abnorme, portano all'insorgenza del tumore).

5.4.1.4. Sperimentazione di nuove forme di immunoterapia anticancro basate sull'immunizzazione attiva del paziente o con l'utilizzazione di cellule del paziente transfettate con geni per citochine. In quest'ambito, particolare importanza dovrà essere data alla messa a punto dei cosiddetti vaccini anticancro, basati sull'utilizzazione di estratti tumorali e volti a potenziare le difese immunologiche dell'ospite verso la neoplasia. Sono pertanto anche da favorire studi conoscitivi sull'interazione fra ospite e tumore al fine di meglio capire quegli aspetti immunologici, ormonali e, più in generale, del milieu dell'ospite che possono favorire l'insorgenza e la diffusione della neoplasia.

Bruxelles, 14 settembre 1994.

Il Presidente

del Comitato economico e sociale

Susanne TIEMANN