COMMISSIONE DELLE COMUNITA' EUROPEE

Bruxelles, 11.11.1996
COM(96) 581 def.

95/0238 (COD)

PARERE DELLA COMMISSIONE
in applicazione dell'articolo 189 B, paragrafo 2, lettera d) del trattato CE,
sugli emendamenti del Parlamento europeo
alla posizione comune del Consiglio riguardante la

proposta di
DECISIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO

relativa all'adozione di un programma d'azione comunitaria in materia di sorveglianza sanitaria nel contesto del quadro d'azione nel campo della sanità pubblica (1997-2001)

RECANTE MODIFICA DELLA PROPOSTA DELLA COMMISSIONE
in applicazione dell'articolo 189 A, paragrafo 2 del trattato CE

L'entrata in vigore del Trattato sull'Unione europea ha conferito alla Comunità competenze specifiche nel campo della sanità pubblica. Per conseguire gli obiettivi di protezione della salute stabiliti dall'articolo 3, punto o) e dall'articolo 129 del Trattato che istituisce la Comunità europea, la Commissione ha delineato nella sua comunicazione COM(93) 559 def. un quadro di azione nel campo della sanità pubblica.

Per avviare un'iniziativa a norma dell'articolo 129, la Comunità deve impostare la propria azione nel senso della prevenzione delle malattie e della protezione della salute. Prerequisito di tale azione è la conoscenza dei problemi esistenti e della loro natura ed entità. Si rende dunque necessario misurare i mutamenti della salute, nonché l'impatto delle politiche, dei programmi e delle azioni, negli Stati membri e a livello comunitario, per determinare se le azioni raggiungano gli obiettivi prefissati e portino effettivamente ai miglioramenti auspicati. Per questi motivi sono necessarie misure adeguate di sorveglianza sanitaria e dei determinanti della salute, nonché una capacità di verificare e valutare le azioni. In base ai criteri definiti dalla summenzionata comunicazione della Commissione, sono stati individuati dati e indicatori sanitari quali strumenti essenziali per acquisire tali conoscenze e capacità e, pertanto, prioritari per l'azione comunitaria.

La Commissione ha dunque presentato una proposta di programma d'azione comunitaria in materia di sorveglianza sanitaria[1], al fine di contribuire allo sviluppo di un sistema di sorveglianza sanitaria per la Comunità europea di qualità elevata e con un orientamento programmatico. Ci si prefigge di raggiungere quest'obiettivo: 1) definendo una serie di indicatori sanitari; 2) sviluppando una rete di raccolta e diffusione dei dati necessari per gli indicatori; 3) sviluppando la capacità di analisi dei dati.

Il Comitato economico e sociale (CES) ha adottato un parere il 27 marzo 1996[2].

In generale, il parere è molto favorevole al programma di sorveglianza sanitaria proposto. Il CES lo accoglie con favore e dà il proprio sostegno, sottolineando l'importanza di definire e mantenere indicatori sanitari e dando risalto alla cooperazione tra la Commissione e l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.

Il CES propone di allegare alla proposta di decisione la proposta di elenco di indicatori sanitari potenziali, che si trova nell'allegato A della comunicazione di accompagnamento.

---

1 GU n. C 338, del 16/12/1995, pag. 4; COM(95) 449 def.

2 GU n. C 174, del 17/06/1996, pag. 3.

Inoltre, il CES mette in evidenza l'entità degli stanziamenti assegnati al programma, ritenendo che sia opportuno aumentarli, data l'importanza delle questioni in gioco.

Il Comitato delle regioni (CDR) ha adottato un parere il 18 gennaio 1996[3].

Il CDR non contesta gli obiettivi generali del programma proposto, ma insiste nel chiedere un ruolo significativo nell'attuazione del programma per il CDR stesso e le autorità regionali, rilevando altresì che in futuro il programma potrebbe servire a stabilire norme sanitarie minime in tutti gli Stati membri.

Il CDR rinviene un motivo di preoccupazione nella scarsa entità dello stanziamento previsto, insufficiente a consentire la necessaria cooperazione con altri enti, con le autorità locali e regionali, ecc.

Il CDR propone di ridurre il Comitato a un (1) rappresentante per Stato membro, anziché i due (2) previsti, ed auspica invece l'inclusione nel Comitato di membri aggiuntivi provenienti da organi regionali, quali il CDR, il NOMESKO (Commissione nordica delle statistiche mediche) ed altri.

Il Parlamento europeo ha adottato un parere, in seguito alla prima lettura, il 17 aprile 1996[4], contenente 44 emendamenti alla proposta originaria della Commissione. Gli emendamenti adottati tendono a modificare o completare la proposta di decisione relativamente a vari punti:

- le disposizioni relative all'attuazione del programma: procedure di comitato e stanziamenti;

- aspetti generali relativi all'ampiezza del programma (compresa la creazione di un Osservatorio europeo della salute e la definizione di obiettivi sanitari da parte degli Stati membri);

- ulteriori informazioni su talune misure, attraverso riformulazioni del testo o aggiunte, tra cui un allegato (II) contenente un elenco di settori potenziali in cui definire gli indicatori sanitari.

La Commissione ha accolto 28 emendamenti dei 44 presentati dal Parlamento, in toto o in parte.

Il 13 maggio 1996, la Commissione ha adottato una proposta modificata, che teneva conto dei summenzionati emendamenti del Parlamento[5]

Il 14 maggio 1996, il Consiglio ha adottato all'unanimità una posizione comune, in vista di adottare la decisione all'esame.

La Commissione non aveva potuto accettare tale posizione comune ed aveva espresso riserve sui seguenti punti:

---

3 GU n. C 129, del 2/05/1996, pag. 50.

4 Doc. PE 215.742/def.

5 COM(96) 222 def.

- **Articolo 3 (stanziamento)**: La posizione comune adottata dal Consiglio prevede uno stanziamento di 13 milioni di ECU per il programma per un periodo di cinque anni dal 1° gennaio 1997 al 31 dicembre 2001. La Commissione aveva proposto un totale di 13,8 milioni di ECU per il periodo 1997-2001. Essa ritiene che tale proposta rispetti i limiti massimi ai sensi della rubrica 3 delle prospettive finanziarie e che sia relativamente modesta tenuto conto dell'entità e dell'importanza del nuovo programma. La Commissione ha dunque richiesto di mettere a verbale del Consiglio una dichiarazione per esprimere la propria riserva sullo stanziamento, che giudica insufficiente.

- **Articolo 5 (procedure di comitato)**: Il Consiglio vuole introdurre procedure "miste" di comitato per l'attuazione del programma, in base alle quali, analogamente a quanto avviene per gli altri programmi di sanità (AIDS, cancro e promozione sanitaria), nove settori sarebbero di competenza "amministrativa" del Comitato e gli altri settori di competenza "consultiva". La Commissione ha espresso una riserva su quest'impostazione, che ritiene eccessivamente burocratica e farraginosa, e preferisce un comitato esclusivamente consultivo che si occuperebbe esplicitamente alcuni dei settori di attività proposti dal Consiglio, senza però limitarsi ad essi.

- **Articolo 7, paragrafo 3 (valutazione)**: Il Consiglio ha ritenuto che la Commissione debba presentare proposte relative alla continuazione del programma. La Commissione non gradisce il riferimento alle valutazioni quale base delle raccomandazioni relative alla continuazione del programma, in quanto ciò non è né auspicabile né appropriato in considerazione del diritto di iniziativa della Commissione. Pertanto, la Commissione esprime una riserva sull'articolo 7, paragrafo 3, a verbale del Consiglio.

- **Considerando 26, articolo 5, punto g), Allegato I (obiettivo A, azione A.3)**: La Commissione non gradisce la cancellazione delle parole "armonizzazione progressiva" dei dati nel considerando 26 e il riferimento a rendere i dati semplicemente "comparabili", anziché "gradualmente armonizzati" nell'articolo 5, punto g) e nell'obiettivo A, azione A.3 dell'Allegato I. In vista della seconda lettura del Parlamento europeo, la Commissione pone una riserva relativa alla propria posizione su questo argomento. Una riserva pertinente è stata messa a verbale del Consiglio.

Inoltre, il Consiglio non ha adottato tutti gli emendamenti proposti dal Parlamento europeo che la Commissione aveva inserito nella propria proposta modificata. Data l'importanza che il Parlamento attribuisce a tali emendamenti, la Commissione ha espresso la propria riserva relativamente al loro mancato inserimento nella posizione comune del Consiglio ed ha rilasciato una dichiarazione in questo senso da mettere a verbale.

Il 23 ottobre 1996, il Parlamento europeo[6] ha adottato 19 emendamenti alla posizione comune del Consiglio. Il parere della Commissione in merito a ciascun emendamento si trova in allegato.

---

6 Doc. PE 218.544/def.

La Commissione sottolinea che, ai sensi dell'articolo 189 B, paragrafo 3 del Trattato, se, entro un termine di tre mesi dal ricevimento degli emendamenti del Parlamento europeo, il Consiglio approva tutti gli emendamenti, esso modifica di conseguenza la sua posizione comune e adotta l'atto in questione; tuttavia il Consiglio deve deliberare all'unanimità sugli emendamenti su cui la Commissione ha dato parere negativo. Se il Consiglio non approva l'atto in questione, il presidente del Consiglio, d'intesa con il presidente del Parlamento europeo, convoca immediatamente il comitato di conciliazione.

ALLEGATO[7]

Emendamento n. 1: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
La Commissione può accettare l'emendamento solo parzialmente perché il considerando deve far riferimento ad un atto di legge (ad es. risoluzione, conclusione, raccomandazione) e non ad una "riunione di conciliazione".

Emendamento n. 2: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
La Commissione può accettare l'emendamento solo parzialmente perché il termine "raffrontabile" impone di limitare i dati raccolti dal sistema, escludendo quelli non raffrontabili. Ma ciò non è auspicabile in quanto attualmente i dati non raffrontabili sono la maggioranza di quelli disponibili. Non è opportuno aspettare che gli Stati membri producano dati raffrontabili prima di istituire gli indicatori sanitari. E' anche importante sottolineare che il sistema effettua anche la raccolta di dati sanitari. La rete, inoltre, potrebbe già esistere, nel qual caso non sarebbe necessario allestirne una nuova.

Emendamento n. 3: Parere della Commissione: respinto.
Il sostegno ad attività specifiche degli Stati membri non rientra nel campo di applicazione del programma di sorveglianza sanitaria. Inoltre, il principio di sussidiarietà implica che l'istituzione ed il miglioramento delle basi di dati degli Stati membri sono competenza di questi ultimi.

Emendamento n. 4: Parere della Commissione: respinto.
La Commissione rifiuta questo emendamento perché si tratta di un considerando importante. Non esistono motivi apparenti per sopprimerlo.

Emendamento n. 5: Parere della Commissione: respinto.
Il testo dovrebbe conformarsi ai termini dell'articolo 129.

Emendamento n. 6: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
La commissione può accettare l'emendamento solo parzialmente perché non tutti i dati richiederanno di elaborare congiuntamente definizioni, ecc. Pertanto, esso risulta redatto in termini fuorvianti. Inoltre, nella stesura attuale, l'emendamento non ha senso.

Emendamento n. 7: Parere della Commissione: accolto.
L'emendamento rispecchia i termini della proposta originaria della Commissione.

Emendamento n. 8: Parere della Commissione: respinto.
Il margine di manovra contenuto nella sezione III del bilancio, da cui dipende il programma, non consente un aumento di tale entità.

Emendamento n. 9: Parere della Commissione: accolto.
La commissione può accettare l'emendamento in toto perché il testo riprende quello degli altri tre programmi di sanità pubblica quale concordato nella riunione di conciliazione di dicembre 1996.

---

[7] La numerazione degli emendamenti corrisponde alla numerazione impiegata nella raccomandazione per la seconda lettura. Doc. PE 218.544/def.

Emendamento n. 10: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
La parte 1 è accettata solo parzialmente perché occorre adottare la formulazione esatta stipulata dalla decisione del 1987 concernente le procedure di comitato. La rappresentazione nei comitati deve essere analoga a quella degli altri programmi sanitari (che prevedono due rappresentanti per Stato membro). Le parti da 2 a 4 sono accettate integralmente perché il testo è uguale a quello della proposta originaria della Commissione.

Emendamento n. 11: Parere della Commissione: respinto.
Il testo deve allinearsi a quello dell'articolo 129, che non stipula nessun obbligo legale di cooperazione con le organizzazioni non governative.

Emendamento n. 12: Parere della Commissione: respinto.
L'emendamento è respinto perché le date che delimitano la durata del programma dipendono dalla data di adozione. Pertanto, è inopportuno specificare le date esatte della relazione intermedia e della relazione definitiva, perché potrebbero non corrispondere, rispettivamente, alla metà e alla fine del periodo di attuazione del programma.

Emendamento n. 13: Parere della Commissione: accolto.
Il testo è quello della proposta originaria della Commissione.

Emendamento n. 14: Parere della Commissione: respinto.
L'emendamento è respinto perché la prima parte limita la raccolta ordinaria dei dati ai dati comparabili, istituendo una condizione troppo restrittiva, in quanto impedisce di sostenere le attività necessarie per migliorare la comparabilità dei dati. La seconda parte comporta l'obbligo di armonizzare i dati nazionali, che potrebbe richiedere l'armonizzazione di disposizioni di legge, non realizzabile a norma dell'articolo 129.

Emendamento n. 15: Parere della Commissione: respinto.
Il sostegno alle attività specifiche degli Stati membri non rientra nel campo di applicazione del programma di sorveglianza sanitaria. Inoltre, il principio di sussidiarietà sancisce che l'istituzione ed il miglioramento delle basi di dati degli Stati membri sono competenza di questi ultimi. Da ultimo, il programma non è uno strumento per erogare fondi agli Stati membri, azione questa che non corrisponderebbe ad alcun obiettivo e non fornirebbe nessun valore aggiunto.

Emendamento n. 16: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
Tali attività non sono sempre intraprese direttamente dalla Commissione, la quale tuttavia si adopererà perché siano avviate e sostenute.

Emendamento n. 17: Parere della Commissione: accolto.
Il testo è quello della proposta modificata della Commissione.

Emendamento n. 18: Parere della Commissione: accolto parzialmente.
Le analisi sono contenute nelle relazioni. I materiali informativi sono importanti anche quando non si presentano in forma di relazioni e non contengono analisi. Inoltre, si ritiene che i sistemi sanitari appartengano ai determinanti della salute e l'analisi del rapporto costo-efficacia dei sistemi sanitari non rientra nel campo d'applicazione del programma.

Emendamento n. 19: Parere della Commissione: accolto.
E' appropriato sostenere la diffusione capillare delle relazioni e dei materiali informativi redatti nell'ambito del programma.

PROPOSTA MODIFICATA

DI DECISIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO RELATIVA ALL'ADOZIONE DI UN PROGRAMMA D'AZIONE COMUNITARIA IN MATERIA DI SORVEGLIANZA SANITARIA NEL CONTESTO DEL QUADRO D'AZIONE NEL CAMPO DELLA SANITÀ PUBBLICA (1997-2001)

(presentata dalla Commissione in applicazione dell'articolo 189 A, paragrafo 2 del trattato CE)

Posizione comune del Consiglio

Proposta modificata

IL PARLAMENTO EUROPEO E IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA,

visto il Trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 129,

vista la proposta della Commissione[1],

visto il parere del Comitato economico e sociale[2],

visto il parere del Comitato delle regioni[3],

deliberando conformemente alla procedura di cui all'articolo 189 B del Trattato,

---

1 GU n. C 338 del 16.12.1995, pag. 4.
2 GU n. C 174 del 17.6.1996, pag. 3.
3 GU n. C 129 del 2.5.1996, pag. 50.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
1. considerando che, ai sensi dell'articolo 3, lettera o) del trattato, l'azione comunitaria deve contenere un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute; che l'articolo 129 del trattato prevede espressamente una competenza comunitaria in tale settore stabilendo che la Comunità contribuisca incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione;	1. considerando che, ai sensi dell'articolo 3, lettera o) del trattato, l'azione comunitaria deve contenere un contributo al conseguimento di un elevato livello di protezione della salute; che l'articolo 129 del trattato prevede espressamente una competenza comunitaria in tale settore, in particolare incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione, promuovendo il coordinamento delle rispettive politiche e dei rispettivi programmi in tale settore, e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti.
2. considerando che nella risoluzione[1] del 27 maggio 1993 relativa all'azione futura nel settore della sanità pubblica il Consiglio ha ritenuto che un miglioramento della raccolta, dell'analisi e della diffusione dei dati sanitari, nonché della qualità e della comparabilità dei dati disponibili, sia essenziale per l'elaborazione dei futuri programmi;	
3. considerando che nella risoluzione sulla politica della sanità pubblica dopo Maastricht[2] il Parlamento europeo ha sottolineato quanto sia importante poter disporre di sufficienti informazioni pertinenti come base per l'elaborazione di azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica; che il Parlamento europeo ha invitato la Commissione a raccogliere e ad esaminare i dati sanitari degli Stati membri per valutare gli effetti delle politiche di sanità pubblica sullo stato della sanità nella Comunità;	3. considerando che nella risoluzione sulla politica della sanità pubblica dopo Maastricht il Parlamento europeo ha sottolineato quanto sia importante poter disporre di sufficienti informazioni pertinenti come base per l'elaborazione di azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica; che il Parlamento europeo ha invitato la Commissione a raccogliere e ad esaminare i dati sanitari degli Stati membri, analizzare le tendenze e valutare gli effetti delle politiche di sanità pubblica, nonché l'impatto di altre politiche sulla sanità;

[1] GU n. C 174 del 25.6.1993, pag. 1.

[2] GU n. C 329 del 6.12.1993, pag. 375.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
4. considerando che nella comunicazione del 24 novembre 1993 relativa al quadro d'azione nel campo della sanità pubblica la Commissione ha definito una cooperazione accresciuta in materia di normalizzazione e di raccolta di dati sanitari comparabili / compatibili e la promozione dei sistemi di monitoraggio come condizioni preliminari alla costituzione di una rete di sostegno delle politiche e dei programmi degli Stati membri; che il settore del monitoraggio sanitario, compresi i dati ed indicatori sanitari, è stato prescelto quale settore prioritario per la formulazione di proposte riguardanti programmi comunitari pluriennali nel settore della sanità pubblica;	
5. considerando che nella risoluzione del 2 giugno 1994 relativa al quadro d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica[1] il Consiglio ha indicato che occorre assegnare priorità alla raccolta di dati sanitari e ha invitato la Commissione a presentare proposte in merito; che il Consiglio ha ritenuto che i dati e gli indicatori utilizzati debbano comprendere misure relative alla qualità della vita della popolazione, una valutazione precisa dei bisogni sanitari, una stima dei decessi evitabili grazie alla prevenzione delle malattie, i fattori socioeconomici in materia sanitaria nell'ambito dei vari gruppi della popolazione, nonché, qualora appropriato e gli Stati membri lo giudichino necessario, l'assistenza sanitaria, le pratiche mediche e l'impatto delle riforme;	
6. considerando che il monitoraggio sanitario a livello comunitario è essenziale per la programmazione, il controllo e la valutazione delle azioni comunitarie nel settore della sanità pubblica, nonché per il controllo e la valutazione dell'impatto delle altre politiche comunitarie sulla salute;	

[1] GU n. C 165 del 17.6.1994, pag. 1.

Posizione comune del Consiglio

Proposta modificata

7. considerando che sarà possibile, in base segnatamente ai dati relativi alla sanità pubblica in Europa ottenuti grazie all'istituzione di un sistema comunitario di monitoraggio della sanità pubblica, seguire l'evoluzione di quest'ultima e definire priorità e obiettivi in tale settore;

8. considerando che il monitoraggio sanitario comprende, nel presente contesto, la definizione di indicatori sanitari comunitari, la raccolta, la diffusione e l'analisi dei dati ed indicatori sanitari comunitari;

9. considerando che nella decisione 93/464/CEE, del 23 luglio 1993, relativa al programma quadro per azioni prioritarie nel settore dell'informazione statistica 1993-1997[1] il Consiglio ha individuato, alla rubrica "statistiche sulla salute e la sicurezza", l'analisi causale della mortalità e della morbilità come uno dei settori di azioni prioritarie, da condurre a titolo dei programmi settoriali per la politica sociale, la coesione economica e sociale e la protezione dei consumatori;

10. considerando che nella decisione 94/913/CE, del 15 dicembre 1994, relativa all'adozione di un programma specifico di ricerca, di sviluppo tecnologico e di dimostrazione nel settore della biomedicina e della sanità (1994-1998)[2] il Consiglio ha individuato come compito specifico di ricerca il coordinamento e il raffronto delle basi di dati sanitari europei, compresi i dati sulla nutrizione, provenienti dai vari Stati membri; che nel pertinente programma di attività di ricerca è stato incluso tale compito;

---

1 GU n. L 219 del 28.8.1993, pag. 1.

2 GU n. L 361 del 31.12.1994, pag. 40.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
11. considerando che il monitoraggio sanitario, a livello comunitario, dovrebbe permettere misure dello stato di salute, di tendenze e determinanti della salute, facilitare la programmazione, il controllo e la valutazione di programmi e azioni comunitari, nonché fornire agli Stati membri informazioni sanitarie utili all'elaborazione e alla valutazione delle rispettive politiche in materia sanitaria;	
12. considerando che, per soddisfare appieno le esigenze e le aspettative del settore, è opportuno organizzare un sistema di monitoraggio sanitario comunitario che comporti la definizione di indicatori sanitari e la raccolta di dati sanitari, predisporre una rete di trasmissione e di diffusione dei dati ed indicatori sanitari e costituire una capacità di analisi e di diffusione delle informazioni sanitarie;	12. considerando che, per soddisfare appieno le esigenze e le aspettative del settore, è opportuno organizzare un sistema di monitoraggio sanitario comunitario che comporti la definizione di indicatori sanitari e la raccolta di dati sanitari, predisporre una rete di trasmissione e di diffusione dei dati ed indicatori sanitari e sviluppare una capacità di analisi e di diffusione delle informazioni sanitarie;
13. considerando che le opzioni disponibili e le possibilità di realizzazione delle varie parti di un sistema di monitoraggio sanitario della Comunità, comprese quelle relative al rafforzamento dei dispositivi esistenti, devono essere esaminate accuratamente in base ai risultati, alla flessibilità e al rapporto costi/benefici; che è necessario un sistema flessibile, che possa comprendere elementi fin d'ora giudicati validi e adattarsi alle nuove esigenze e ad altre priorità; che un tale sistema dovrebbe comprendere la definizione di più serie di indicatori sanitari comunitari e la raccolta dei dati necessari a determinare tali indicatori;	13. considerando che le opzioni disponibili e le possibilità di realizzazione delle varie parti di un sistema di monitoraggio sanitario della Comunità, comprese quelle relative al rafforzamento delle capacità esistenti e/o all'istituzione di un osservatorio, devono essere esaminate accuratamente in base ai risultati, alla flessibilità e al rapporto costi/benefici; che è necessario un sistema flessibile, che possa comprendere elementi fin d'ora giudicati validi e adattarsi alle nuove esigenze e ad altre priorità; che un tale sistema dovrebbe comprendere la definizione di più serie di indicatori sanitari comunitari e la raccolta dei dati necessari a determinare tali indicatori;
14. considerando che è opportuno che dati e indicatori sanitari comunitari si ispirino a dati e indicatori europei esistenti, come quelli in possesso degli Stati membri e/o da loro trasmessi alle organizzazioni internazionali, in modo da evitare qualsiasi inutile duplicazione;	
15. considerando che la situazione relativa alla raccolta dei dati varia da uno Stato membro all'altro;	

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
16. considerando che un sistema comunitario di monitoraggio sanitario può trarre profitto dalla costituzione di una rete telematica di raccolta e di diffusione dei dati e degli indicatori sanitari comunitari;	16. considerando che il sistema comunitario di monitoraggio sanitario trarrebbe profitto dall'avere come base una rete, a supporto principalmente telematico, di raccolta e diffusione dei dati e degli indicatori sanitari comunitari;
17. considerando che il sistema comunitario di monitoraggio sanitario dovrebbe poter fornire dati per la stesura di relazioni periodiche sullo stato della salute nella Comunità nonché analisi delle tendenze e dei problemi sanitari, e contribuire alla produzione e alla diffusione di informazioni sanitarie;	
18. considerando che la realizzazione di una rete di monitoraggio sanitario della Comunità presuppone imperativamente il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati, nonché l'attuazione di dispositivi di natura tale da garantirne la riservatezza e la sicurezza, quali quelle che figurano nella direttiva 95/46/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 24 ottobre 1995, relativa alla tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali[1], nonché alla libera circolazione di tali dati e nel regolamento (Euratom, CEE) n. 1588/90 del Consiglio, dell'11 giugno 1990, relativo alla trasmissione all'Istituto statistico delle Comunità europee di dati statistici protetti dal segreto[2];	
19. considerando che un programma pluriennale dovrebbe essere lanciato nel contesto del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, in modo da permettere la realizzazione di un sistema comunitario di monitoraggio sanitario e dei necessari meccanismi per la sua valutazione;	

[1] GU n. L 281 del 23.11.1995, pag. 31.

[2] GU n. L 151 del 15.6.1990, pag. 1. Regolamento modificato dall'atto di adesione del 1994.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
20. considerando che in base al principio della sussidiarietà le azioni in settori che non rientrano nell'esclusiva competenza della Comunità, come il monitoraggio sanitario, possono essere svolte dalla Comunità solo qualora, date le loro dimensioni o i loro effetti, esse possano essere meglio realizzate a livello comunitario;	20. considerando che in base al principio della sussidiarietà le azioni in settori che non sono di esclusiva competenza della Comunità, come il monitoraggio sanitario, possono essere svolte dalla Comunità solo quando, date le loro dimensioni o i loro effetti, esse possano essere meglio attuate a livello comunitario;
21. considerando che le politiche e i programmi formulati e attuati a livello comunitario, in particolare all'interno del quadro d'azione nel settore della sanità pubblica, dovrebbero essere compatibili con gli scopi e gli obiettivi dell'azione comunitaria in materia di monitoraggio sanitario; che l'attuazione delle azioni comunitarie in materia di monitoraggio sanitario dovrebbe tener conto delle pertinenti attività di ricerca condotte a titolo del programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, ed essere coordinata con tali attività; che i progetti sulle applicazioni telematiche nel settore sanitario nel quadro del programma di RST dovrebbero essere coordinati con le azioni comunitarie di monitoraggio sanitario; che l'attuazione di azioni a titolo del programma quadro della Comunità nel settore dell'informazione statistica, dei progetti comunitari nel settore dello scambio telematico di dati tra amministrazioni (IDA) e dei progetti del G7 in materia sanitaria dovrebbe essere strettamente coordinata con l'attuazione delle azioni comunitarie in materia di monitoraggio sanitario; che si deve tener conto del lavoro intrapreso dalle agenzie europee specializzate, quali l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) o l'Agenzia europea dell'ambiente;	
22. considerando che è opportuno rafforzare la cooperazione in questo settore con le competenti organizzazioni internazionali e con i paesi terzi;	22. considerando che è opportuno promuovere la cooperazione in questo settore con le competenti organizzazioni internazionali e con i paesi terzi;

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
23. considerando che, da un punto di vista operativo, occorre salvaguardare e sviluppare maggiormente gli investimenti effettuati in passato tanto per quanto riguarda la costituzione di reti comunitarie che la cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti in questo settore;	
24. considerando che è importante che la Commissione assicuri l'attuazione del presente programma in stretta collaborazione con gli Stati membri;	
25. considerando che un "modus vivendi" relativo alle misure di esecuzione degli atti adottati secondo la procedura di cui all'articolo 189 B del trattato[1] è stato concluso tra il Parlamento europeo, il Consiglio e la Commissione in data 20 dicembre 1994;	
26. considerando che attualmente i dati non sono sufficientemente comparabili; che occorre evitare qualsiasi inutile duplicazione di attività mediante l'elaborazione congiunta di metodi, criteri e tecniche di comparazione e conversione, la predisposizione di strumenti di raccolta dei dati, quali indagini, questionari o parti di tali strumenti, nonché di specificazioni relative al contenuto delle informazioni sanitarie da diffondere tramite, in particolare, una rete telematica;	26. considerando che attualmente i dati non sono sufficientemente comparabili ed è opportuno elaborare congiuntamente metodologie, criteri e tecniche di comparazione e conversione, strumenti di raccolta dei dati, quali indagini, questionari o parti di tali strumenti, da armonizzare progressivamente, nonché specificazioni relative al contenuto delle informazioni sanitarie da diffondere tramite, in particolare, una rete telematica;
27. considerando che al fine di aumentare *il valore e gli effetti del presente programma* è opportuno procedere alla costante valutazione delle azioni avviate, in particolare sotto il profilo dell'efficacia e della realizzazione degli obiettivi, tanto a livello nazionale che comunitario, procedendo, se del caso, ai necessari adeguamenti;	

[1] GU n. C 102 del 4.4.1996, pag. 1.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
28. considerando che la presente decisione stabilisce, per tutta la durata del presente programma, una dotazione finanziaria che costituisce per l'autorità di bilancio, nel quadro della procedura di bilancio annuale, il riferimento privilegiato ai sensi del punto 1 della dichiarazione del Parlamento europeo, del Consiglio e della Commissione del 6 marzo 1995[1];	
29. considerando che il presente programma deve avere una durata quinquennale per concedere alle azioni un tempo di realizzazione sufficiente per il conseguimento degli obiettivi fissati,	

[1] GU n. C 102 del 4.4.1996, pag. 4.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
DECIDONO:	
Articolo 1	
Istituzione del programma	
1. È adottato un programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario, in appresso denominato "il presente programma", per il periodo compreso tra il 1° gennaio 1997 e il 31 dicembre 2001 nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica.	1. È adottato, con la presente decisione, un programma d'azione comunitario in materia di monitoraggio sanitario, in appresso denominato "il presente programma", per il periodo compreso tra il 1° gennaio 1997 e il 31 dicembre 2001 nel quadro dell'azione nel settore della sanità pubblica.
2. Il presente programma si prefigge di contribuire a istituire un sistema comunitario di monitoraggio sanitario che consenta di:	
a) misurare lo stato, le tendenze e i determinanti della salute nell'insieme della Comunità;	
b) facilitare la programmazione, il controllo e la valutazione di programmi e azioni comunitari;	
c) fornire agli Stati membri informazioni sanitarie adeguate che consentano di effettuare comparazioni e sostenere le politiche sanitarie nazionali,	
incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri e, se necessario, sostenendone l'azione, promuovendo il coordinamento delle rispettive politiche e dei rispettivi programmi in tale settore, e favorendo la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti.	

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
3. Le azioni da attuare nel quadro del presente programma e i loro obiettivi specifici figurano nell'allegato I ai punti:	
A. Definizione di indicatori sanitari della Comunità	
B. Costituzione di una rete comunitaria per lo scambio dei dati sanitari	
C. Analisi e relazioni.	
Un elenco non esaustivo dei settori nei quali potrebbero essere definiti degli indicatori sanitari figura nell'allegato II.	
Articolo 2	
Attuazione	
1. La Commissione assicura l'attuazione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, delle azioni descritte nell'allegato I, in conformità dell'articolo 5.	
2. La Commissione coopera con le istituzioni e organizzazioni operanti nel settore del monitoraggio sanitario.	
Articolo 3	
Bilancio	
1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 13 milioni di ecu.	1. La dotazione finanziaria per l'esecuzione del presente programma, per il periodo di cui all'articolo 1, è fissata a 13,8 milioni di ecu.
2. Gli stanziamenti annuali sono autorizzati dall'autorità di bilancio nel limite delle prospettive finanziarie.	

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
Articolo 4	
Coerenza e complementarità	
La Commissione, con la partecipazione degli Stati membri, vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare nel quadro del presente programma e gli altri pertinenti programmi e iniziative comunitari, sia quelli che si collocano nell'ambito dell'azione nel campo della sanità pubblica, sia, in particolare, il programma quadro nel settore dell'informazione statistica, progetti relativi allo scambio telematico di dati tra amministrazioni e il programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, in particolare le sue applicazioni telematiche.	La Commissione, con la partecipazione degli Stati membri, vigila sulla coerenza e la complementarità fra le azioni da attuare nel quadro del presente programma e gli altri pertinenti programmi e iniziative comunitari, tra cui il programma quadro nel settore dell'informazione statistica, i progetti relativi allo scambio telematico di dati tra amministrazioni e il programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico, in particolare le sue applicazioni telematiche.
Articolo 5	
Comitato	
1. La Commissione è assistita da un comitato composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto da un rappresentante della Commissione.	1. La Commissione è assistita da un comitato consultivo, in appresso "il comitato", composto da due rappresentanti designati da ciascuno Stato membro e presieduto dal rappresentante della Commissione.
2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti:	2. Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato progetti di misure riguardanti, in particolare:
a) il regolamento interno del comitato;	a) il regolamento interno del comitato;
b) un programma di lavoro annuo che indichi le priorità d'azione;	b) un programma di lavoro annuo che stabilisca le priorità d'azione;

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;	c) le modalità, i criteri e le procedure per selezionare e finanziare progetti nel quadro del presente programma, compresi quelli che implicano una cooperazione con organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica e la partecipazione dei paesi di cui all'articolo 6, paragrafo 2;
d) la procedura di valutazione;	d) la procedura di valutazione;
e) le modalità di divulgazione e di trasferimento dei risultati;	e) le modalità di pubblicazione, conversione e armonizzazione dei dati;
f) le modalità di cooperazione con le istituzioni e organizzazioni di cui all'articolo 2, paragrafo 2;	f) le modalità di definizione e di selezione degli indicatori;
g) le disposizioni relative alla comunicazione dei dati nonché alla conversione e gli altri metodi atti a rendere comparabili i dati, allo scopo di raggiungere l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2;	g) le modalità riguardanti le specificazioni relative ai contenuti necessarie per garantire la realizzazione e il funzionamento delle reti.
h) le disposizioni in materia di definizione e di selezione degli indicatori;	Soppresso.
i) le disposizioni riguardanti le specificazioni relative ai contenuti necessarie per garantire la realizzazione e il funzionamento delle reti.	Soppresso.
Il comitato formula il suo parere sui progetti di misure di cui sopra entro un termine che il Presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame. Il parere è formulato alla maggioranza prevista all'articolo 148, paragrafo 2 del trattato per l'adozione delle decisioni che il Consiglio deve prendere su proposta della Commissione. Nelle votazioni in seno al comitato viene attribuita ai voti dei rappresentanti degli Stati membri la ponderazione definita all'articolo precitato. Il Presidente non partecipa al voto.	Soppresso.

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
La Commissione adotta misure che sono immediatamente applicabili. Tuttavia, se tali misure non sono conformi al parere espresso dal comitato, la Commissione le comunica immediatamente al Consiglio. In tal caso:	Soppresso.
- la Commissione differisce di due mesi a decorrere dalla data della comunicazione l'applicazione delle misure da essa decise;	
- il Consiglio, deliberando a maggioranza qualificata, può prendere una decisione diversa entro il termine di cui al trattino precedente.	
3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente programma, comprese le modalità del coordinamento con gli altri programmi e le iniziative di cui all'articolo 4.	3. La Commissione può inoltre consultare il comitato su qualsiasi altra questione concernente la realizzazione del presente programma.
Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il Presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.	Il rappresentante della Commissione sottopone al comitato un progetto delle misure da adottare. Il comitato formula il suo parere sul progetto entro un termine che il Presidente può fissare in funzione dell'urgenza della questione in esame, eventualmente procedendo a votazione.
Il parere è iscritto a verbale; inoltre, ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.	Il parere è iscritto a verbale; inoltre, ciascuno Stato membro ha il diritto di chiedere che la sua posizione figuri a verbale.
La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.	La Commissione tiene in massima considerazione il parere formulato dal comitato. Essa lo informa del modo in cui ha tenuto conto del suo parere.

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:	4. Il rappresentante della Commissione informa regolarmente il comitato:
- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e beneficiari);	- sui contributi finanziari accordati nel quadro del presente programma (importo, durata, ripartizione e destinatari);
- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità nonché sull'attuazione di programmi in altri settori direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del programma.	- per garantire la coerenza e la complementarità richieste ai sensi dell'articolo 4, sulle proposte della Commissione o sulle iniziative della Comunità nonché sull'attuazione di programmi in altri settori programmatici direttamente connessi con il conseguimento degli obiettivi del presente programma.
Articolo 6	
Cooperazione internazionale	
1. Durante l'attuazione del programma viene promossa e attuata, in conformità della procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico e l'Organizzazione internazionale del lavoro.	1. Durante l'attuazione del presente programma viene promossa e attuata, in conformità della procedura di cui all'articolo 5, la cooperazione con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica, in particolare con l'Organizzazione mondiale della sanità e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico.
2. Il presente programma è aperto alla partecipazione dei paesi associati dell'Europa centrale e orientale (PAECO), conformemente alle condizioni stabilite nei protocolli addizionali agli accordi di associazione relativi alla partecipazione a programmi comunitari, da concludere con tali paesi. Il programma è aperto alla partecipazione di Cipro e di Malta sulla base di stanziamenti supplementari, secondo le stesse regole applicate ai paesi dell'Associazione europea di libero scambio (EFTA), secondo procedure da convenire con questi paesi.	

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
Articolo 7	
Controllo e valutazione	
1. La Commissione, tenendo conto dei bilanci elaborati dagli Stati membri e con l'eventuale partecipazione di esperti indipendenti, effettua una valutazione delle azioni intraprese.	
2. La Commissione presenta al Parlamento europeo e al Consiglio una relazione interinale intermedia e, al termine del presente programma, una relazione definitiva. Essa vi integra le informazioni relative al finanziamento comunitario nei diversi settori di azione e alla complementarità con gli altri programmi ed iniziative di cui all'articolo 4, nonché i risultati della valutazione di cui al paragrafo 1. Le relazioni sono inoltre inviate al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni.	
3. La Commissione potrà eventualmente presentare, in base alla valutazione di cui al paragrafo 1, idonee proposte per il proseguimento del presente programma.	Soppresso.
Fatto a Bruxelles, addì	
Per il Parlamento europeo Il Presidente	
Per il Consiglio Il Presidente	

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
ALLEGATO I	
Obiettivi e azioni specifiche	
A. DEFINIZIONE DI INDICATORI SANITARI DELLA COMUNITÀ	
Obiettivo	
Definire indicatori sanitari della Comunità tramite un esame critico dei dati e indicatori sanitari esistenti ed elaborare metodi adeguati per raccogliere i dati sanitari e renderli comparabili, secondo l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2.	Definire indicatori sanitari della Comunità tramite un esame critico dei dati e indicatori sanitari esistenti ed elaborare metodi adeguati per raccogliere i dati sanitari e renderli comparabili e progressivamente armonizzati, secondo l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2.
1. Individuazione, esame e analisi critica degli indicatori e dati sanitari esistenti a livello europeo e a livello degli Stati membri, utilizzando come base i dati da essi convalidati, per determinarne l'interesse, la qualità e il grado di copertura in relazione alla definizione di indicatori sanitari della Comunità.	
2. Individuazione di un insieme di indicatori sanitari della Comunità, che include un sottoinsieme di indicatori primari destinati al controllo di programmi e azioni comunitari nel settore della sanità pubblica, e un sottoinsieme di indicatori secondari destinati al controllo di politiche, programmi e azioni comunitari in altri settori, e volti a fornire agli Stati membri misure comuni che permettano di procedere a comparazioni. Un elenco non esaustivo dei settori per i quali potrebbero essere definiti indicatori sanitari figura nell'allegato II.	2. Creazione di un insieme di indicatori sanitari della Comunità, che include un sottoinsieme di indicatori primari destinati al controllo di programmi e azioni comunitari nel settore della sanità pubblica, e un sottoinsieme di indicatori secondari destinati al controllo di politiche, programmi e azioni comunitari in altri settori, e volti a fornire agli Stati membri misure comuni che permettano di procedere a comparazioni. Un elenco non esaustivo dei settori per i quali potrebbero essere definiti indicatori sanitari figura nell'allegato II.
3. Sviluppo della raccolta sistematica di dati e di metodi che rendano i dati sanitari comparabili allo scopo di raggiungere l'obiettivo di cui all'articolo 1, paragrafo 2, compreso il sostegno all'elaborazione di dizionari di dati e alla messa a punto di opportuni metodi e norme di conversione.	3. Sviluppo della raccolta sistematica negli Stati membri di dati comparabili e/o progressivamente armonizzati, compreso il sostegno all'elaborazione di dizionari di dati e alla messa a punto di opportuni metodi e norme di conversione.

Posizione comune del Consiglio	Proposta modificata
4. Contributo alla raccolta di dati comparabili mediante il sostegno alla preparazione di indagini, comprese indagini comunitarie utili all'elaborazione delle politiche comunitarie, ovvero di moduli tipo o questionari tipo convenuti e utilizzabili nelle indagini esistenti.	4. Contributo alla raccolta di dati comparabili mediante il sostegno all'elaborazione di indagini, comprese indagini comunitarie utili all'elaborazione delle politiche comunitarie, ovvero di formulazioni tipo concordate per i quesiti utilizzati nelle indagini esistenti.
5. Promozione della cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti nel settore dei dati e indicatori sanitari della Comunità, nonché di reti di scambio di dati sanitari concernenti settori specifici della sanità pubblica, per migliorare la comparabilità dei dati.	5. Promozione della cooperazione con le organizzazioni internazionali competenti nel settore dei dati e indicatori sanitari europei, nonché di reti di scambio di dati sanitari concernenti settori specifici della sanità pubblica, per migliorare la comparabilità dei dati.
6. Incoraggiamento e sostegno allo studio di fattibilità e all'analisi costi-efficacia dell'elaborazione di statistiche standardizzate sulle risorse sanitarie, ai fini di una loro inclusione in un futuro sistema comunitario di monitoraggio sanitario.	
	6a. (nuovo) Svolgere studi di fattibilità sulla possibilità di istituire un organo permanente (l'osservatorio europeo) responsabile della sorveglianza e valutazione dei dati ed indicatori sanitari nell'area comunitaria.
B. COSTITUZIONE DI UNA RETE COMUNITARIA PER LO SCAMBIO DEI DATI SANITARI	
Obiettivo	
Permettere la creazione di un sistema efficace e affidabile di trasferimento e scambio dei dati e indicatori sanitari con ricorso soprattutto alla scambio telematico dei dati.	
7. Incoraggiamento e sostegno alla costituzione di una rete per il trasferimento e la diffusione dei dati sanitari, che ricorra soprattutto allo scambio telematico e ad un sistema di basi di dati distribuite, in particolare mediante la definizione di specificazioni dei dati e di procedure relative all'accesso, al recupero, alla riservatezza e alla sicurezza dei diversi tipi di informazioni che saranno compresi nel sistema.	

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
C. ANALISI E RELAZIONI	
Obiettivo	
Elaborare i metodi e gli strumenti necessari alla produzione di analisi e relazioni, e sostenere le analisi e relazioni relative allo stato, alle tendenze e ai determinanti della salute, nonché all'impatto delle politiche sanitarie.	
8. Stimolo e sostegno alla costituzione di capacità di analisi, mediante il rafforzamento delle capacità esistenti, nonché di una capacità che permetta di studiare la fattibilità di eventuali nuove strutture, di metodi e di strumenti di comparazione e previsione, la verifica delle ipotesi, la sperimentazione dei modelli e la valutazione degli scenari e dei risultati in materia di salute.	8. Stimolo e sostegno alla costituzione di capacità di analisi, per il rafforzamento delle capacità esistenti, nonché di una capacità che permetta di studiare la fattibilità di eventuali nuove strutture, di metodi e di strumenti di comparazione e previsione, la verifica delle ipotesi, la sperimentazione dei modelli e la valutazione degli scenari e dei risultati in materia di salute.
9. Supporto all'analisi dell'impatto delle azioni e dei programmi comunitari nel settore della sanità pubblica nonché alla produzione ed alla diffusione di rapporti sulla valutazione dell'impatto.	9. Supporto all'analisi, redazione e diffusione di relazioni di valutazione dell'impatto dell'azione comunitaria e di programmi comunitari nel settore della sanità pubblica.
10. Supporto alla preparazione, alla produzione e alla diffusione di relazioni e altri materiali informativi relativi allo stato, alle tendenze e ai determinanti della salute e all'impatto delle altre politiche sulla salute.	10. Supporto alla redazione, preparazione ed edizione di relazioni e altri materiali informativi relativi allo stato, alle tendenze e ai determinanti della salute e all'impatto delle altre politiche sulla salute.
	10a. (nuovo) Sostegno alla distribuzione di relazioni e materiali informativi agli Stati membri, ad organizzazioni internazionali, agli addetti e ad enti del settore sanitario, nonché al pubblico.

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
Allegato II	Allegato II
Elenco non tassativo dei settori nei quali potrebbero essere definiti indicatori sanitari	Elenco non tassativo dei settori nei quali potrebbero essere definiti indicatori sanitari
A. Stato di salute	A. Stato di salute
1. Speranza di vita:	1. Speranza di vita:
. speranza di vita a varie età . speranza di vita in buona salute.	. speranza di vita a varie età . speranza di vita in buona salute.
2. Mortalità:	2. Mortalità:
. generale . cause di decessi . tasso di sopravvivenza per alcune malattie.	. generale . cause di decessi . tasso di sopravvivenza per alcune malattie.
3. Morbilità	3. Morbilità
. indici di morbilità per alcune malattie . morbilità congiunta.	. indici di morbilità per alcune malattie . morbilità congiunta.
4. Attività funzionale e qualità della vita: . stato di salute autopercepito . disabilità fisica . restrizioni dell'attività . stato / capacità funzionale . diminuzione della capacità lavorativa per motivi di salute . salute psichica.	4. Attività funzionale e qualità della vita: . stato di salute autopercepito . disabilità fisica . restrizioni dell'attività . stato / capacità funzionale . diminuzione della capacità lavorativa per motivi di salute . salute psichica.
5. Caratteristiche antropometriche.	5. Caratteristiche antropometriche.
B. Stile di vita e pratiche igieniche	B. Stile di vita e pratiche igieniche
1. Tabagismo 2. Consumo di alcool 3. Consumo di droghe illegali 4. Attività fisica 5. Regime alimentare 6. Attività sessuale 7. Altro	1. Tabagismo 2. Consumo di alcool 3. Consumo di droghe illegali 4. Attività fisica 5. Regime alimentare 6. Comportamento sessuale 7. Altro

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
C. Condizioni di vita e di lavoro	C. Condizioni di vita e di lavoro
1. Occupazione / disoccupazione: - situazione professionale.	1. Occupazione / disoccupazione: - situazione professionale.
2. Ambiente di lavoro: - infortuni - esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose - malattie professionali.	2. Ambiente di lavoro: - infortuni - esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose - <u>medicina del lavoro.</u>
3. Condizioni di alloggio.	3. Condizioni di alloggio.
4. Attività domestiche e del tempo libero: - incidenti domestici - tempo libero.	4. Attività domestiche e del tempo libero: - incidenti domestici - tempo libero.
5. Trasporti: - incidenti stradali.	5. Trasporti: - incidenti stradali.
6. Ambiente: - inquinamento atmosferico - inquinamento idrico - altri tipi di inquinamento - radiazioni - esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose fuori dell'ambiente di lavoro.	6. Ambiente: - inquinamento atmosferico - inquinamento idrico - altri tipi di inquinamento - radiazioni - esposizione a sostanze cancerogene o comunque pericolose fuori dell'ambiente di lavoro.
D. Protezione della salute	D. Protezione della salute
1. Fonti di finanziamento.	1. Fonti di finanziamento.
2. Infrastrutture / personale: - utilizzazione delle risorse sanitarie - personale sanitario.	2. Infrastrutture / personale: - utilizzazione delle risorse sanitarie - personale sanitario.
3. Costo / spese: - pazienti ricoverati in ospedale - pazienti non ricoverati in ospedale - prodotti farmaceutici.	3. Costo / spese: - pazienti ricoverati in ospedale - pazienti non ricoverati in ospedale - prodotti farmaceutici.

Posizione comune del Consiglio	**Proposta modificata**
4. Consumo / utilizzazione:	4. Consumo / utilizzazione:
- pazienti ospedalizzati - pazienti non ospedalizzati - prodotti farmaceutici.	- pazienti ospedalizzati - pazienti non ospedalizzati - prodotti farmaceutici.
5. Promozione della salute e prevenzione delle malattie.	5. Promozione della salute e prevenzione delle malattie.
E. Fattori demografici e sociali:	E. Fattori demografici e sociali:
1. Sesso	1. Sesso
2. Età	2. Età
3. Stato civile	3. Stato civile
4. Regione di residenza	4. Regione di residenza
5. Istruzione	5. Istruzione
6. Reddito	6. Reddito
7. Sottogruppi di popolazione	7. Sottogruppi di popolazione
8. Situazione relativa all'assicurazione malattia	8. Situazione relativa all'assicurazione malattia
F. Varie	F. Varie
1. Sicurezza dei prodotti	1. Sicurezza dei prodotti
2. Altro	2. Altro

ISSN 0254-1505

COM(96) 581 def.

DOCUMENTI

IT 05

N. di catalogo : CB-CO-96-580-IT-C

ISBN 92-78-11548-7

Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

L-2985 Lussemburgo