



Bruxelles, 10.5.2016
COM(2016) 243 final

**RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO, AL
CONSIGLIO, AL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO E AL
COMITATO DELLE REGIONI**

**Valutazione ex post del secondo programma in materia di salute 2008-2013
a norma della decisione n. 1350/2007/CE che istituisce un secondo programma
d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)**

{SWD(2016) 148 final}
{SWD(2016) 149 final}

1. Introduzione

A norma dell'articolo 13, paragrafo 3, lettera c), della decisione n. 1350/2007/CE¹, la Commissione è tenuta a presentare al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni una valutazione ex post, esterna e indipendente², sull'esecuzione e sui risultati del 2° programma in materia di salute.

La presente relazione illustra brevemente il programma e riassume le principali conclusioni tratte dalle valutazioni intermedia e ex post, delineando inoltre tre ambiti nei quali è possibile migliorare l'esecuzione del 3° programma in materia di salute attualmente in corso.

2. Il 2° programma in materia di salute (2008-2013)

Il 2° programma in materia di salute ha costituito il principale strumento a sostegno del coordinamento delle politiche sanitarie per l'esecuzione della strategia UE in materia di salute 2008-2013 formulata in *Un impegno comune per la salute*³, in linea con le priorità della strategia Europa 2020⁴.

2.1. Obiettivi del programma

Il programma era finalizzato a integrare, sostenere e aggiungere valore alle politiche degli Stati membri e a contribuire a una maggiore solidarietà e prosperità nell'Unione europea, tutelando e promuovendo la salute e la sicurezza umane nonché migliorando la sanità pubblica.

Il programma ha finanziato azioni volte a conseguire tre obiettivi principali:

- i. **migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini** e proteggerli dalle minacce per la salute e da emergenze quali le pandemie o le calamità naturali;
- ii. **promuovere la salute e ridurre le disparità sanitarie** in tutta Europa, sia per quanto riguarda gli stili di vita, come l'accesso alle opportunità di fare attività fisica, sia per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, come l'accesso agli interventi medici necessari; nonché
- iii. **generare informazioni e conoscenze sulla salute e diffonderle** ai soggetti interessati, dal pubblico ai responsabili politici e ai professionisti del settore sanitario.

2.2. Esecuzione del programma mediante azioni prioritarie e meccanismi finanziari

A norma dell'articolo 168 del TFUE, l'Unione europea incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri e appoggia la loro azione, anche attraverso la definizione di orientamenti e indicatori, l'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e il sostegno alle attività di controllo e valutazione, rispettando le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica.

¹ Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007, che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013) (GU L 301 del 20.11.2007, pag. 3).

² Si allega la relazione di valutazione esterna corredata di sintesi in inglese e in francese.

³ COM(2007) 630 definitivo del 23.10.2007.

⁴ COM(2010) 2020 definitivo del 3.3.2010.

Le azioni svolte nel quadro del programma erano coerenti con il ruolo dell'UE nella politica sanitaria di cui all'articolo 168 del trattato e con i limiti ivi definiti. Le azioni erano ispirate da un approccio strategico incentrato sulle iniziative specifiche che massimizzano il valore aggiunto per l'UE. L'esecuzione si è quindi concentrata sulle priorità fondamentali per lo sviluppo economico e la crescita. Si tratta di azioni prioritarie che contribuiscono a un migliore stato di salute della popolazione, al buon funzionamento dei sistemi sanitari e allo sviluppo scientifico e tecnologico.

La concezione complessiva del programma era simile a quella del 1° programma in materia di sanità pubblica, ma il campo di applicazione è stato ampliato al di là delle questioni classiche del settore, quali la promozione della salute e la protezione dalle malattie trasmissibili, estendendolo anche a nuovi approcci quali la sanità elettronica e la valutazione delle tecnologie sanitarie, nonché ai medicinali. Rispetto all'ampio spettro delle questioni da affrontare, le priorità del programma sono state razionalizzate a partire dal 2010 per concentrarsi maggiormente sulla strategia Europa 2020, partendo dal fatto che la salute è una condizione indispensabile per la ripresa economica e per la "crescita inclusiva", e dal fatto che il settore sanitario suscita interesse in rapporto all'innovazione e agli investimenti intelligenti.

Sulla scorta della decisione n. 1350/2007/CE, la Commissione ha stabilito le priorità dei programmi di lavoro annuali in stretta consultazione con le autorità sanitarie degli Stati membri presenti nel comitato del programma. L'esecuzione del programma è affidata all'Agenzia esecutiva per i consumatori, la salute, l'agricoltura e la sicurezza alimentare (CHAFEA), che ha organizzato gli appalti e controllato le procedure di valutazione in base alle quali è stato concesso il cofinanziamento alle azioni migliori. CHAFEA continua a gestire le sovvenzioni e i contratti ancora in corso e diffonde gli esiti delle azioni del programma e i risultati.

È stata creata una rete informale di punti focali nazionali per assistere CHAFEA nella promozione del programma e nella diffusione dei risultati. Con il loro sostegno sono state organizzate giornate informative nazionali e conferenze divulgative e sono stati anche tradotti materiali informativi stampati.

Oltre alle sovvenzioni per i progetti e gli appalti, sono stati introdotti fin dall'inizio del programma nuovi meccanismi di finanziamento sotto forma di azioni comuni, sovvenzioni di funzionamento, sovvenzioni di conferenze e sovvenzioni dirette ad organizzazioni internazionali.

Si è fatto uso di **progetti** per esaminare un'ampia gamma di discipline e di meccanismi di attuazione, nonché far progredire in modi innovativi iniziative di politica sanitaria, quasi alla stregua di progetti pilota. Questo ambito ha assorbito la quota maggiore del bilancio disponibile per il programma. Durante l'esecuzione però la quota di bilancio destinata ai progetti è stata ridotta a favore delle azioni comuni e degli appalti, anche perché si è inteso concentrare il programma su un numero ristretto di grandi azioni che coinvolgessero il maggior numero possibile di partner, se possibile di tutti gli Stati membri, in modo da generare una dinamica virtuosa di impatto più ampio.

Si è ricorso ad **appalti** per commissionare determinati studi, valutazioni e indagini necessari per lo sviluppo e l'esecuzione della politica e della legislazione dell'UE in materia di sanità, ad esempio in merito alla normativa sulla produzione, la distribuzione e l'uso di medicinali. Gli appalti sono stati utilizzati anche per azioni sotto l'egida della Commissione con campi di applicazione e obiettivi molto concreti, quali la progettazione e lo svolgimento di corsi di

formazione e di attività con Stati membri volte a sviluppare le capacità necessarie per affrontare situazioni di grave emergenza.

Le **azioni comuni** sono un tipo di meccanismo finanziario introdotto per la prima volta con il 2° programma in materia di sanità per sostenere la cooperazione tra gli Stati membri in ambiti di grande rilevanza strategica. Le azioni comuni selezionate hanno apportato un particolare contributo agli obiettivi di Europa 2020 nell'ambito della "crescita intelligente e inclusiva". Le azioni comuni sono spesso il risultato di una lunga collaborazione tra le autorità e le parti interessate e sono finalizzate a conseguire l'impegno politico delle autorità degli Stati membri e la loro convalida dei risultati, nonché a ottimizzare il coordinamento delle politiche. È solitamente nell'ambito delle azioni comuni che si elaborano, si condividono e si mettono alla prova gli strumenti, i metodi e gli approcci studiati per questioni o attività specifiche, con lo sviluppo di nuove capacità. Per gli Stati membri coinvolti ciò dovrebbe comportare un notevole apporto di conoscenze ed esperienze scambiate, e in alcuni casi condurre a risparmi tangibili. Per questo motivo il programma mira alla partecipazione più ampia possibile di tutti gli Stati membri.

Le **sovvenzioni di funzionamento** sono state utilizzate per la prima volta nel 2° programma in materia di salute per contribuire ai costi di funzionamento di organizzazioni non governative paneuropee e reti specifiche.

Le **sovvenzioni di conferenze**, anch'esse introdotte con questo programma, sono state utilizzate a sostegno delle conferenze centrali sulla sanità nel quadro di ciascuna presidenza del Consiglio dell'UE e per cofinanziare, tramite un bando di gara annuale, conferenze paneuropee su importanti questioni sanitarie.

Sono state utilizzate da ultimo le **sovvenzioni dirette alle organizzazioni internazionali** per sostenere la cooperazione internazionale sulle principali questioni sanitarie (soprattutto raccolta e analisi di dati sanitari).

Tabella 1: Spese del 2° programma in materia di salute suddivise per meccanismo di finanziamento

Meccanismo di finanziamento	Totale	%
Progetti	106 293 671,24 EUR	36 %
Appalti	72 053 873,45 EUR	25 %
Azioni comuni	63 962 704,38 EUR	22 %
Sovvenzioni di funzionamento	20 825 185,85 EUR	7 %
Sovvenzioni dirette	13 805 987,00 EUR	5 %
Sovvenzioni di conferenze	5 268 308,14 EUR	2 %
Altro ⁵	11 693 227,81 EUR	4 %
Totale	293 902 957,87 EUR	100 %

⁵ La voce "altro" comprende le azioni sottoscritte e gli impegni assunti da DG SANTE e CHAFEA, come le indennità speciali agli esperti per la partecipazione e il lavoro nei comitati scientifici dell'UE, un accordo amministrativo con il Centro comune di ricerca, pubblicazioni e varie iniziative nel campo della comunicazione per promuovere il 2° programma in materia di salute, sottodeleghe a Eurostat, ecc.

2.3. Risultati del programma

Il programma ha generato utili conoscenze ed evidenze che serviranno da base per l'elaborazione di politiche informate e per ulteriori ricerche, sotto forma di migliori prassi, strumenti e metodologie con effetti positivi sia per le comunità della sanità pubblica sia direttamente per i cittadini (ad esempio per quanto riguarda il miglioramento dei test diagnostici, il sostegno agli Stati membri nello sviluppo di piani d'azione nazionali sul cancro, il miglioramento dell'assistenza ai pazienti, ecc.). Il programma ha sostenuto la sensibilizzazione e le attività continue di collegamento in rete (ad esempio mediante il cofinanziamento di conferenze e reti paneuropee, come quelle nel campo della sanità pubblica e della promozione della salute). Ha inoltre sostenuto la raccolta di dati comparabili nell'intera Unione, includendo molti Stati membri e fornendo informazioni per l'elaborazione delle politiche, ad esempio gli indicatori ECHI (indicatori sanitari di base dell'UE) e la banca dati ORPHANET sulle malattie rare, nonché prodotto materiali di formazione/istruzione (ad esempio per la formazione dei professionisti del settore sanitario sulla salute dei migranti e delle minoranze etniche) e orientamenti. Il programma ha infine sostenuto lo sviluppo di capacità in materia di sanità pubblica a vari livelli (ad esempio promuovendo la preparazione degli Stati membri in caso di emergenza sanitaria) attraverso la formazione e lo scambio di esperienze tra istituzioni sanitarie negli Stati membri.

3. Valutazione del programma

Sono state eseguite valutazioni esterne indipendenti durante il programma (2010-2011) ed ex post (2014-2015). Tutte hanno valutato positivamente il programma, con alcune limitazioni. Hanno confermato la pertinenza delle azioni finanziate, pur sottolineando le carenze della concezione del programma (campo di applicazione vasto e obiettivi specifici non esplicitati). Le valutazioni hanno concluso che il programma ha dimostrato di apportare valore aggiunto per l'UE, in particolare per quanto riguarda l'individuazione delle migliori pratiche, l'analisi comparativa per migliorare il processo decisionale e la creazione di reti, ma ha inciso in misura minore sull'innovazione, sulla legislazione dell'UE in materia di sanità e sulle economie di scala, mentre le azioni riguardanti le minacce transfrontaliere alla salute e la libera circolazione delle persone sono state sottorappresentate. La conclusione delle valutazioni è stata che non tutte le esigenze importanti possono avere come esito un'azione efficace; solo le azioni che apportano un valore aggiunto a livello di UE possono avere un impatto sulle politiche sanitarie degli Stati membri. L'impatto dipende dall'adozione e dall'applicazione dei risultati da parte degli Stati membri. È pertanto importante la diffusione alle parti interessate, in particolare alle autorità sanitarie nazionali, che definiscono e attuano le politiche sanitarie nazionali. In relazione alla diffusione alle parti interessate, le azioni del programma hanno avuto successo in misura variabile. Un altro fattore che influisce sull'adozione da parte degli Stati membri è la loro adesione alle azioni, che è stata incrementata concentrandosi maggiormente sulle azioni comuni nella seconda metà.

3.1. Valutazione complessiva

Il 2° programma in materia di salute riflette lo sviluppo della politica sanitaria dell'UE, con una maggiore attenzione - oltre al classico approccio alla sanità pubblica (promozione e prevenzione delle malattie, lotta contro le malattie trasmissibili e altre minacce sanitarie transfrontaliere, sicurezza dei pazienti) - per altri problemi sanitari emergenti: dalla necessità di innovare e di modernizzare i sistemi sanitari mantenendo sotto controllo la spesa sanitaria

all'ottimizzazione delle azioni in settori quali la valutazione delle tecnologie sanitarie, la sanità elettronica e la direttiva transfrontaliera per la salute e i diritti dei cittadini dell'UE⁶. Il programma ha mobilitato parti interessate in tutti i 28 Stati membri (con una maggiore partecipazione in quelli appartenenti all'UE-15 rispetto all'UE-12) e in tre paesi SEE/EFTA (Norvegia, Islanda e Liechtenstein). Sono state trattate diverse questioni sanitarie di interesse comune (le principali malattie croniche, la salute in una popolazione che invecchia, lo sviluppo delle capacità per poter reagire alle minacce transfrontaliere per la salute); è stata elaborata un'ampia gamma di strumenti utili (la banca dati europea di informazioni sulle malattie rare⁷) e di buone pratiche (per prevenire la diffusione dell'HIV/AIDS⁸, contrastare l'obesità⁹ o effettuare screening dei tumori) applicabili a livello nazionale e regionale; sono stati promossi la cooperazione e il coordinamento tra le autorità sanitarie degli Stati membri per mantenere alta l'attenzione su temi quali le disparità sanitarie¹⁰, la salute mentale¹¹, l'invecchiamento e così via.

Entrambe le valutazioni hanno tuttavia sottolineato che l'assenza di obiettivi espliciti e di indicatori di progresso nella concezione del programma ha favorito il proliferare delle priorità e ha reso difficile definire i risultati complessivi in modo significativo.

3.2. Valutazione intermedia¹²

La valutazione intermedia ha compreso una serie di raccomandazioni: migliorare la definizione delle priorità, fissare obiettivi più mirati e meglio definiti, cofinanziare un numero minore di azioni, monitorare in base a indicatori SMART e diffondere meglio i risultati.

La pertinente raccomandazione di razionalizzare le priorità annuali, fornire migliore guida ai richiedenti e garantire una migliore diffusione delle azioni e dei loro risultati è stata attuata immediatamente nei programmi di lavoro annuali 2011-2013. Ciò ha prodotto azioni più mirate (limitando gli argomenti sanitari trattati) e un migliore allineamento con la strategia Europa 2020. CHAFAEA ha migliorato la guida per i proponenti e i servizi di help desk per gli appalti e si è dedicata maggiormente alla diffusione dei risultati.

Gli insegnamenti tratti dalla valutazione sono stati applicati nella valutazione d'impatto che accompagna la proposta della Commissione per il 3° programma in materia di salute e hanno guidato l'elaborazione del nuovo programma. Di conseguenza, il regolamento (UE) n. 282/2014¹³:

- prevede espliciti obiettivi specifici e indicatori (articolo 3);
- stabilisce un numero limitato di chiare priorità tematiche (allegato I);

⁶ Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera (GU L 88 del 4.4.2011, p. 45).

⁷ <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=IT>

⁸ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/hiv-infopack_en.pdf

⁹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/nutrition-physical-activity-2014_en.pdf

¹⁰ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/health-inequality-brochure_en.pdf

¹¹ http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/mental-health_en.pdf

¹² I risultati e le conclusioni della valutazione intermedia sono stati trasmessi al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, così come previsto dalla decisione n. 1350/2007/CE, con il documento di lavoro dei servizi della Commissione SWD(2012) 83 final del 29 marzo 2012.

¹³ Regolamento (UE) n. 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 marzo 2014, sulla istituzione del terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020) e che abroga la decisione n. 1350/2007/CE (GU L 86 del 21.3.2014, pag. 1).

- prevede criteri specifici per valutare il valore aggiunto per l'UE (considerando 6) in relazione al grado di priorità delle esigenze (allegato II) e all'assegnazione dei finanziamenti;
- riconosce formalmente il ruolo dei punti focali nazionali (articolo 15); e
- ribadisce la necessità di una migliore diffusione dei risultati delle azioni e della comunicazione istituzionale sulle priorità politiche dell'Unione (articolo 13, paragrafo 4, e articolo 9).

La valutazione intermedia del 3° programma in materia di salute valuterà se e in quale misura le modifiche di cui sopra contribuiscono efficacemente a migliorare l'esecuzione del programma e a conseguire i suoi obiettivi.

3.3. Valutazione ex post¹⁴

La valutazione ex post ha esaminato i principali aspetti dell'esecuzione del programma, incluso il follow-up delle raccomandazioni della revisione intermedia, concentrandosi sulla gestione del programma, la diffusione dei risultati, l'efficacia del programma e le sinergie con gli altri programmi dell'UE. In tal modo essa ha fatto luce su temi che non erano ancora stati sufficientemente studiati nella valutazione intermedia e ha evitato di replicare la precedente attività di valutazione. Poiché in ambito sanitario sono di solito necessari tempi lunghi affinché i risultati e gli impatti si manifestino e poiché l'impatto del programma dipende comunque dall'adozione dei risultati delle azioni da parte degli Stati membri, che non dipende dal programma, i valutatori hanno affrontato la questione in funzione del periodo successivo di programmazione e puntato ad ottenere elementi per una migliore comprensione di come il programma potrebbe avere ripercussioni sulle politiche sanitarie negli Stati membri. Le conclusioni hanno individuato i fattori di successo e i fattori negativi per il potenziale impatto delle azioni finanziate dal 2° programma in materia di salute. Gli insegnamenti tratti saranno utilizzati per migliorare l'esecuzione del 3° programma in materia di salute e confluiranno nei tre principali settori di intervento descritti di seguito.

a) Migliorare il monitoraggio, le relazioni e la diffusione

La gestione del programma è stata notevolmente migliorata. Nella seconda metà del periodo le priorità del programma sono state razionalizzate e allineate alle iniziative della strategia Europa 2020 e al suo obiettivo di una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. Sono stati raccolti, e continuano ad esserlo, dati di monitoraggio; un approccio più sistematico alla loro raccolta, analisi e uso regolare fornirà una migliore base di evidenze per determinare le priorità annuali, redigere le relazioni¹⁵ sulle realizzazioni e sui risultati e perfezionare la diffusione alle parti interessate.

Il successo del programma dipende in larga misura dalla disponibilità degli Stati membri e degli altri paesi partecipanti a far tesoro dei risultati e ad integrarli nelle azioni e nelle strategie nazionali (ne sono esempi la guida per lo screening dei tumori ora adottata da tutti gli Stati membri, i piani di preparazione degli Stati membri in caso di minacce per la salute e di emergenze sanitarie). È quindi importante che le azioni e i loro risultati siano ben noti alle principali parti interessate. Tale aspetto è essenziale

¹⁴ I risultati e le conclusioni della valutazione finale sono trattati dettagliatamente nel documento di lavoro dei servizi della Commissione allegato alla presente relazione.

¹⁵ La Commissione riferisce annualmente al Parlamento europeo e al Consiglio sull'attuazione del programma in materia di salute (cfr. http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_it.htm).

per la visibilità del programma, la fondatezza dell'utilizzo delle risorse e soprattutto la sua utilità.

La Commissione ha intensificato le attività di diffusione negli ultimi due anni. Tra gli strumenti principali di diffusione di CHAFEA menzioniamo la banca dati sui progetti¹⁶, brochure¹⁷ che presentano le azioni cofinanziate in base al tema (ad esempio disparità in materia di salute, malattie rare ecc.), l'organizzazione regolare di "cluster meetings"¹⁸ con giornalisti (ad esempio sul trapianto di organi¹⁹ e sull'HIV/AIDS²⁰) e una conferenza di alto livello sul programma nel 2012²¹. Fin dal 2014 il programma sostiene le autorità degli Stati membri nell'organizzazione di conferenze e altri eventi²² per promuovere la diffusione presso i principali destinatari dei risultati del programma su temi specifici di carattere sanitario. Questo sostegno rafforzato alle attività di diffusione delle singole azioni si è rivelato utile e ha contribuito ad ampliare la diffusione dei risultati pertinenti. Tuttavia, alla luce della diversità e dell'ampiezza dell'azione, tali aspetti non riescono a compensare il fatto che alcuni progetti non hanno promosso i risultati agli specifici destinatari che vi sarebbero stati maggiormente interessati. Pertanto nel 3° programma in materia di salute è necessario stabilire fin dalla fase iniziale una strategia efficace di diffusione per tutte le azioni.

b) Incentivare la partecipazione di tutti gli Stati membri e degli altri paesi partecipanti

Il programma è uno strumento finalizzato a sostenere lo sviluppo, il coordinamento e l'esecuzione di strategie nel settore della sanità. Anche se in questo campo la competenza principale è in capo agli Stati membri, il programma li ha aiutati a elaborare iniziative a livello dell'UE per elaborare soluzioni comuni più efficaci ed efficienti a problemi sanitari comuni, quali, ad esempio, la "Guida europea dei programmi nazionali di qualità per la lotta ai tumori", che presenta ai responsabili politici una sintesi dei principi fondamentali della lotta contro il cancro, una conoscenza migliore della qualità e dell'efficacia dei sistemi per la donazione e il trapianto di organi nei paesi partecipanti, strumenti di diagnosi e una rete di laboratori per rafforzare la preparazione e la cooperazione degli Stati membri in caso di minacce per la salute, o i diritti dei pazienti che vivono e lavorano in uno Stato membro diverso dal proprio.

Tutti gli Stati membri, i tre paesi SEE/EFTA (Islanda, Liechtenstein e Norvegia) e la Croazia hanno partecipato al programma in misura diversa. Sebbene gli Stati membri dell'UE a 15 abbiano annoverato più paesi partecipanti di quelli dell'UE a 12, in particolare in qualità di coordinatori delle azioni, il programma in materia di salute tramite azioni comuni ha conseguito risultati di partecipazione migliori rispetto a quelli del 7° PQ nei confronti degli Stati membri con un basso PIL/RNL. La partecipazione del maggior numero possibile di paesi crea il necessario ambiente di condivisione che permette di individuare i problemi sanitari comuni, sensibilizzare in

¹⁶ <http://ec.europa.eu/chafea/projects/database.html>.

¹⁷ http://ec.europa.eu/chafea/publications/publications_for_health_programme.html.

¹⁸ Riunioni organizzate in cooperazione con le competenti autorità degli Stati membri per fornire ai giornalisti e ad altri destinatari interessati l'opportunità di essere informati sulla politica sanitaria dell'UE e su un portafoglio di azioni del programma sanitario in un determinato ambito tematico.

¹⁹ http://ec.europa.eu/chafea/health/EAHC_conference_2013_-_Transplantation_Blood_Transfusion.html.

²⁰ http://ec.europa.eu/chafea/health/hiv-athens-2014-presentations_en.html.

²¹ http://ec.europa.eu/health/programme/events/ev_20120503_en.htm.

²² http://ec.europa.eu/chafea/health/events_en.html.

merito alle principali questioni sanitarie emergenti e trasferire conoscenze al fine di migliorare le condizioni di salute e affrontare le disuguaglianze. La sanità può fungere da incentivo "intelligente" nelle decisioni di investimento²³ in ambito economico e svolge un ruolo chiave nella coesione e nell'integrazione europea.

Le difficili circostanze economiche sono indicate tra i motivi della bassa partecipazione di alcuni Stati membri, per cui la Commissione ha introdotto il principio di "utilità eccezionale" nell'attuale 3° programma in materia di salute²⁴ come incentivo finanziario per coinvolgere tutti gli Stati membri. Si dovrebbe continuare ad organizzare giornate informative per promuovere il programma in tutti gli Stati membri e i paesi partecipanti, con l'obiettivo di svolgere almeno la metà di questi eventi negli Stati membri sottorappresentati nel precedente periodo di programmazione. Dovrebbe esservi una maggiore disponibilità di materiali informativi in tutte le lingue dell'UE.

Il programma è inoltre aperto, con rimborso dei costi, ai paesi in via di adesione, ai paesi candidati e potenziali candidati, e in tal modo li assiste nell'adeguamento all'acquis comunitario nel settore sanitario grazie alla cooperazione con gli Stati membri nell'ambito di progetti e azioni comuni.

c) Eseguire il programma in sinergia con altri programmi europei e con altre priorità della Commissione

L'adozione dei risultati del programma e la loro integrazione nelle strategie nazionali rimangono fattori decisivi per determinare se il programma ha avuto successo. Viste le limitate risorse di bilancio e le enormi esigenze e sfide sanitarie, l'obiettivo dello sviluppo di sinergie con altri programmi per diffonderne ulteriormente i risultati, promuoverne l'uso e assicurare un seguito è già stato più ampiamente perseguito con i programmi di ricerca dell'Unione, (il 7° PQ e Orizzonte 2020) e, in misura minore, con i fondi strutturali e d'investimento europei (fondi SIE).

Abbatere i compartimenti e lavorare a più stretto contatto con altri programmi dell'Unione sono elementi della visione della Commissione per realizzare le sue 10 principali priorità²⁵ in modo coordinato. Il 3° programma per la salute offre l'opportunità di cooperare a sostegno della salute in settori quali la migrazione, la gestione delle malattie emergenti dovute a fattori ambientali quali i cambiamenti climatici, l'innovazione in campo sanitario, la riforma del settore sanitario e la sanità a livello globale. Infine, il programma prevede la valutazione dei sistemi sanitari e genera conoscenze specifiche a livello nazionale e transnazionale, utili per elaborare politiche a livello nazionale ed europeo.

²³ *Investing in health* (documento di lavoro dei servizi della Commissione (2013) 43 final, 22.2.2013) http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

²⁴ La Commissione fornisce come incentivo finanziario un contributo che può giungere all'80 % per le azioni comuni cui partecipano almeno 14 paesi, almeno quattro dei quali siano Stati membri con un reddito nazionale lordo pro capite inferiore al 90 % della media dell'Unione, e nelle quali almeno il 30 % della dotazione sia assegnato a paesi di questo tipo [articolo 7, paragrafo 3, del regolamento (UE) n. 282/2014].

²⁵ Cfr. http://ec.europa.eu/priorities/index_it.htm

4. Conclusione

Nei prossimi anni la Commissione si impegnerà particolarmente per migliorare il monitoraggio, le relazioni e la diffusione, sostenere la partecipazione al programma degli Stati membri meno attivi e sviluppare sinergie con altri programmi dell'UE. I risultati e le idee generati nell'ambito del programma potrebbero essere comunicati più attivamente tramite le reti esistenti di contatti con i ministeri della sanità e tramite un coordinamento globale e coerente degli operatori dei programmi dell'Unione che comprendono la sanità ma non si limitano a tale argomento.

Dopo 18 anni di programmi dell'UE in materia di salute, alla fine del 3° programma, nel 2020, la Commissione valuterà in quale misura i primi tre programmi hanno prodotto effetti positivi sulle strategie sanitarie degli Stati membri in maniera efficace, efficiente, coerente e pertinente, così da apportare un valore aggiunto per l'UE. Il previsto monitoraggio del 3° programma in materia di salute sarà utilizzato a sostegno di tale valutazione di portata più ampia.