Parlamento europeo
2014-2019

Documento di seduta

B8-0436/2017

27.6.2017

PROPOSTA DI RISOLUZIONE

presentata a seguito dell'interrogazione con richiesta di risposta orale B8-0321/2017

a norma dell'articolo 128, paragrafo 5, del regolamento

sulla risposta dell'UE all'HIV/AIDS, alla tubercolosi e all'epatite C (2017/2576(RSP))

Françoise Grossetête, Claudiu Ciprian Tănăsescu, Urszula Krupa, Frédérique Ries, Kateřina Konečná, Martin Häusling, Piernicola Pedicini, Mireille D'Ornano
a nome della commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare

B8-0436/2017

Risoluzione del Parlamento europeo sulla risposta dell'UE all'HIV/AIDS, alla tubercolosi e all'epatite C
(2017/2576(RSP))

Il Parlamento europeo,

– visto l'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE),

– vista la decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE[1],

– visto il piano d'azione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per la risposta del settore sanitario all'HIV nella regione europea dell'OMS, che riguarda la strategia mondiale del settore sanitario contro l'HIV per il periodo 2016-2021,

– vista la relazione epidemiologica annuale 2014 del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) sulle infezioni sessualmente trasmissibili dovute in particolare all'HIV o ai virus a diffusione ematogena,

– vista la revisione sistematica del 2016 dell'ECDC sulla prevalenza dell'epatite B e C nell'UE/SEE,

– vista la sua dichiarazione scritta del 29 marzo 2007 sull'epatite C[2],

– visto il documento di orientamento pubblicato nel 2016 dall'ECDC sul controllo della tubercolosi nelle popolazioni vulnerabili e difficili da raggiungere,

– visto il piano d'azione dell'OMS contro la tubercolosi per la regione europea dell'OMS 2016-2020[3],

– visto l'esito della riunione informale dei ministri della Sanità dell'UE tenutasi a Bratislava il 3 e 4 ottobre 2016, durante la quale gli Stati membri hanno convenuto di sostenere lo sviluppo di un quadro strategico integrato dell'UE sull'HIV, la tubercolosi e l'epatite virale,

– vista la comunicazione della Commissione del 22 novembre 2016 dal titolo "Il futuro sostenibile dell'Europea: prossime tappe – L'azione europea a favore della sostenibilità", che integra la dimensione economica, sociale e ambientale dello sviluppo sostenibile, nonché la governance, all'interno dell'UE e a livello mondiale, e in cui la Commissione dichiara che "contribuirà con il monitoraggio, la presentazione di relazioni e la valutazione dei progressi compiuti verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile a livello dell'UE" (COM(2016)0739),

[1] GU L 293 del 5.11.2013, pag. 1.
[2] GU C 27 E del 31.1.2008, pag. 247.
[3] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/283804/65wd17e_Rev1_TBActionPlan_150588_withCover.pdf

– vista la dichiarazione congiunta di Riga sulla tubercolosi e la sua resistenza multifarmaco rilasciata in occasione della prima conferenza ministeriale del partenariato orientale sull'argomento, tenutasi a Riga il 30 e 31 marzo 2015,

– vista la prima strategia globale del settore sanitario contro l'epatite virale 2016-2021, adottata dall'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2016, che sottolinea il ruolo cruciale della copertura sanitaria universale e i cui obiettivi – in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile – consistono nel ridurre il numero di nuovi casi e la mortalità dell'epatite virale rispettivamente del 90 % e del 65 % entro il 2030 e, in definitiva, eliminare l'epatite virale quale minaccia per la salute pubblica,

– visto il piano d'azione dell'OMS relativo all'Europa per la risposta del settore sanitario all'epatite virale nella regione europea dell'OMS, il cui obiettivo generale è l'eliminazione dell'epatite virale quale minaccia per la salute pubblica nella regione europea entro il 2030, riducendo la morbilità e la mortalità dovute all'epatite virale e alle sue complicanze e garantendo a tutti un accesso equo ai sevizi raccomandati di prevenzione, esame, assistenza e cura,

– visto il piano d'azione europeo dell'OMS contro l'HIV/AIDS 2012-2015,

– vista la sua risoluzione del 2 marzo 2017 sulle opzioni dell'UE per un miglior accesso ai medicinali[1], nella quale il Parlamento esorta la Commissione e gli Stati membri ad adottare piani strategici che assicurino l'accesso ai medicinali salvavita e chiede il coordinamento di un piano per eliminare l'epatite C nell'Unione europea utilizzando strumenti quali gli appalti congiunti europei,

– visto il quadro degli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) delle Nazioni Unite, in particolare l'obiettivo n. 3, che mira a porre fine alle epidemie di HIV e tubercolosi entro il 2030 e a combattere l'epatite,

– vista la dichiarazione di Berlino sulla tubercolosi del 22 ottobre 2007 dal titolo "Tutti contro la tubercolosi" (EUR/07/5061622/5, Forum ministeriale europeo dell'OMS, 74415),

– vista l'interrogazione alla Commissione sulla risposta dell'UE all'HIV/AIDS, alla tubercolosi e all'epatite C (O-000045/2017 – B8-0321/2017),

– vista la proposta di risoluzione della commissione per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza alimentare,

– visti l'articolo 128, paragrafo 5, e l'articolo 123, paragrafo 2, del suo regolamento,

A. considerando che, secondo l'ECDC, una persona su sette affetta da HIV non sa di essere sieropositiva e che il periodo stimato che intercorre tra l'infezione da HIV e la diagnosi è di quattro anni; che il rischio di trasmissione del virus HIV è 3,5 volte superiore per le persone affette dal virus e non diagnosticate rispetto alle persone diagnosticate;

B considerando che la dichiarazione di Dublino relativa al partenariato nella lotta contro

[1] Testi approvati, P8_TA(2017)0061.

l'HIV/AIDS in Europa e in Asia centrale ha contribuito in modo significativo alla creazione di un quadro di monitoraggio armonizzato nell'UE e nei paesi vicini, che permette di monitorare i progressi nella lotta contro l'HIV;

C. considerando che è chiaramente dimostrato che la profilassi pre-esposizione è efficace nella prevenzione dei casi di infezione e che il ricorso a una terapia antiretrovirale non elimina affatto il rischio di trasmissione nei casi in cui la carica virale è ridotta a livelli non rilevabili[1];

D. considerando che, benché le nuove infezioni da HIV tra le persone che fanno uso di droghe per via parenterale abbiano registrato un calo continuo nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo (UE/SEE), nel 2015 un quarto di tutti i nuovi casi di infezione da HIV diagnosticati e segnalati in quattro paesi è stato attribuito all'assunzione di stupefacenti per via parenterale;

E. considerando che nell'UE/SEE le nuove infezioni da HIV dovute alla trasmissione dai genitori ai figli e mediante trasfusione di sangue sono state praticamente debellate;

F. considerando che la tubercolosi (TBC) e la tubercolosi multifarmacoresistente (MDR-TB), in quanto malattie trasmesse per via aerea, costituiscono minacce per la salute a carattere transfrontaliero in un mondo globalizzato in cui la mobilità della popolazione è in aumento;

G. considerando che l'epidemiologia della TBC varia in tutta l'UE/SEE e dipende, tra l'altro, dai progressi compiuti da uno Stato membro nel cammino verso l'eliminazione della TBC;

H. considerando che, dei 10 milioni di decessi che potrebbero essere attribuiti alla resistenza ai farmaci ogni anno da qui al 2050, circa un quarto sarà dovuto a ceppi di TBC resistenti ai farmaci, con un costo per l'economia mondiale di almeno 16,7 miliardi di dollari USA e per l'Europa di almeno 1,1 miliardi di dollari USA;

I. considerando che occorre prestare attenzione al problema della coinfezione, in particolare da TBC e da epatite virale B e C; che la TBC e l'epatite virale sono molto diffuse, progrediscono più rapidamente e causano un'importante morbilità e mortalità tra le persone positive all'HIV;

J. considerando che, per affrontare tali epidemie, è assolutamente necessaria una cooperazione transfrontaliera e interdisciplinare;

K. considerando che l'epatite virale costituisce una delle maggiori minacce per la salute pubblica a livello mondiale, con circa 240 milioni di persone affette da epatite B[2] cronica e 150 milioni di persone affette da epatite C cronica; che, secondo le stime, nella regione europea dell'OMS 13, 3 milioni di persone sono affette da epatite B cronica e 15 milioni di persone sono affette da epatite C; che, inoltre, l'epatite B e l'epatite C sono responsabili, rispettivamente, di circa 36 000 e 86 000 decessi ogni

[1] https://thinkprogress.org/massive-hiv-treatment-study-found-zero-transmissions-between-mixed-status-couples-73d4a497f77b
[2] http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hepatitis/data-and-statistics

anno negli Stati membri della regione europea dell'OMS;

L. considerando che l'OMS ha identificato l'assunzione di stupefacenti per via parenterale quale una delle principali cause dell'epidemia di epatite C nella regione europea, e che la maggior parte dei nuovi casi riguarda persone che fanno uso di droghe per via parenterale;

M. considerando che, a causa dell'aumento generale dei livelli di reddito nazionali e delle modifiche dei criteri di ammissibilità ai finanziamenti provenienti da donatori esterni, l'accesso al sostegno finanziario internazionale a disposizione dei programmi sanitari nella regione europea è in rapida diminuzione; che tale situazione colpisce in particolare i paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, dove i tassi di HIV, TBC ed epatite C sono i più elevati, il che compromette seriamente una risposta efficace a queste malattie; che molti paesi della regione europea dell'OMS dipendono ancora fortemente da fondi esterni per il finanziamento dei loro programmi sanitari, in particolare quelli rivolti ai gruppi vulnerabili e alle principali popolazioni interessate;

N. considerando che sarà difficile per la Commissione monitorare i progressi realizzati nel conseguimento degli OSS per quanto riguarda l'epatite virale, poiché i dati relativi al controllo negli Stati membri sono spesso assenti o inadeguati;

O. considerando che esistono tuttora incoerenze negli approcci alla lotta contro l'epatite virale nell'UE e che alcuni Stati membri non dispongono di un piano nazionale, mentre altri hanno assunto considerevoli impegni di finanziamento e messo a punto strategie e piani nazionali per fornire una risposta globale al problema dell'epatite virale;

P. considerando che vi sono tra 130 e 150 milioni di persone al mondo affette dal virus dell'epatite C cronica; che circa 700 000 persone muoiono ogni anno di malattie epatiche correlate all'epatite C;

Q. considerando che nel 2014 sono stati segnalati 35 321 casi di epatite C da 28 Stati membri dell'UE/SEE, un tasso grezzo di 8,8 casi ogni 100 000 abitanti[1];

R. considerando che tra il 2006 e il 2014 il numero complessivo di casi diagnosticati e segnalati in tutti gli Stati membri dell'UE/SEE è aumentato del 28,7 % e che la maggior parte di tale aumento è stato osservato a partire dal 2010[2];

S. considerando che l'interpretazione dei dati relativi all'epatite C tra i diversi paesi è ostacolata dalle differenze tra i sistemi di controllo, i programmi e le pratiche di esame, nonché dalle difficoltà inerenti alla definizione dei casi acuti o cronici[3];

Un quadro strategico dell'UE globale e integrato

1. invita la Commissione e gli Stati membri a sviluppare un quadro strategico globale dell'UE in materia di HIV/AIDS, tubercolosi ed epatite virale, tenendo conto nel contempo delle diverse situazioni e delle sfide specifiche cui sono confrontati gli Stati

[1] Relazione epidemiologica annuale – ECDC. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Documents/aer2016/AER-hepatitis-C.pdf
[2] *Ibidem*
[3] *Ibidem*

membri e i paesi vicini in cui l'incidenza dell'HIV e della MDR-TB è più elevata;

2. invita gli Stati membri e la Commissione a garantire il livello di spesa adeguato e la mobilitazione delle risorse necessarie per conseguire l'obiettivo di sviluppo sostenibile n. 3;

3. invita la Commissione e gli Stati membri a rafforzare le attività riguardanti le comunità e le persone vulnerabili attraverso una cooperazione multisettoriale, garantendo la partecipazione delle ONG e la fornitura di servizi alle popolazioni interessate;

4. invita la Commissione e il Consiglio a svolgere un forte ruolo politico nel dialogo con i paesi vicini dell'Europa orientale e dell'Asia centrale, garantendo che siano predisposti piani per una transizione sostenibile ai finanziamenti nazionali, in modo tale da proseguire, intensificare e rendere efficaci i programmi in materia di HIV, epatite virale e TBC dopo la revoca del sostegno dei donatori internazionali; invita la Commissione e il Consiglio a continuare a cooperare strettamente con tali paesi per garantire che si assumano la responsabilità e la titolarità delle risposte contro l'HIV, l'epatite virale e la TBC;

5. invita la Commissione a discutere con gli Stati membri e le future presidenze del Consiglio la possibilità di aggiornare la dichiarazione di Dublino affinché ponga su un piano di parità l'HIV, l'epatite virale e la tubercolosi;

HIV/AIDS

6. sottolinea che l'HIV rimane la malattia trasmissibile con la più elevata stigmatizzazione sociale, il che può incidere pesantemente sulla qualità della vita delle persone affette; sottolinea che nel 2015 sono state diagnosticate circa 30 000 nuove infezioni da HIV nei 31 paesi dell'UE/SEE, senza che si riscontri alcun segno evidente di un calo globale;

7. invita la Commissione e gli Stati membri a facilitare l'accesso a trattamenti innovativi, anche per i gruppi più vulnerabili, e ad adoperarsi per combattere la stigmatizzazione sociale associata all'infezione da HIV;

8. sottolinea che nell'UE/SEE i rapporti sessuali sono tuttora la principale modalità segnalata di trasmissione di HIV, seguita dall'assunzione di stupefacenti per via parenterale; mette in evidenza la vulnerabilità delle donne e dei bambini all'infezione;

9. invita la Commissione e il Consiglio non solo ad aumentare gli investimenti destinati alla ricerca per trovare cure efficaci e sviluppare nuovi strumenti e approcci innovativi e incentrati sul paziente ai fini della lotta contro queste malattie, ma anche a garantire la disponibilità, anche sul piano economico, di tali strumenti e a contrastare in maniera più efficace le coinfezioni, in particolare la tubercolosi e l'epatite virale B e C e le relative complicazioni;

10. sottolinea che la prevenzione rimane lo strumento principale per combattere l'HIV/AIDS, ma che due paesi dell'UE/SEE su tre segnalano che i fondi disponibili per la prevenzione non sono sufficienti a ridurre il numero di nuove infezioni da HIV;

11. invita gli Stati membri, la Commissione e il Consiglio a continuare a sostenere la

prevenzione dell'HIV/AIDS e il collegamento alle cure mediante azioni e progetti congiunti nell'ambito del programma dell'UE per la salute e a promuovere misure di sanità pubblica comprovate volte a prevenire l'HIV, tra cui servizi di riduzione globale del danno per chi fa uso di droghe, il trattamento come prevenzione, l'uso del preservativo, la profilassi pre-esposizione e programmi efficaci di educazione sessuale;

12. invita gli Stati membri a concentrarsi sui servizi di test per l'HIV al fine di raggiungere gruppi chiave della popolazione in contesti in cui la prevalenza dell'HIV è più elevata, sulla base delle raccomandazioni dell'OMS;

13. invita gli Stati membri a lottare efficacemente contro le infezioni sessualmente trasmissibili che aumentano il rischio di contrarre l'HIV;

14. incoraggia gli Stati membri a rendere i test HIV disponibili gratuitamente, in particolare per i gruppi vulnerabili, al fine di garantire la diagnosi precoce e migliorare la segnalazione del numero di infezioni, aspetto importante per fornire adeguate informazioni e avvertenze sulla malattia;

Tubercolosi

15. sottolinea che nell'Unione europea i tassi di TBC sono tra i più bassi al mondo; evidenzia tuttavia che circa il 95 % dei decessi per TBC si verifica in paesi a basso e medio reddito; sottolinea inoltre che la regione europea dell'OMS e, in particolare, i paesi dell'Europa orientale e dell'Asia centrale sono fortemente colpiti dalla MDR-TB, con circa un quarto dell'incidenza globale di tale malattia; evidenzia che 15 dei 27 paesi con un'elevata incidenza di MDR-TB individuati dall'OMS si trovano nella regione europea;

16. osserva che la tubercolosi costituisce la principale causa di decesso delle persone affette da HIV e che circa una persona sieropositiva su tre muore a causa della TBC[1]; sottolinea che il numero di persone che hanno contratto la tubercolosi è aumentato nel 2014 per il terzo anno consecutivo, passando da 9 milioni nel 2013 a 9,6 milioni nel 2014; evidenzia che viene diagnosticato solo un caso su quattro di tubercolosi multifarmacoresistente (MDR-TB), il che mette in rilievo notevoli lacune nell'individuazione e nella diagnosi della malattia;

17. sottolinea che la resistenza antimicrobica (AMR) rappresenta una sfida medica sempre più importante nel trattamento delle infezioni e delle malattie, compresa la tubercolosi;

18. ricorda che l'interruzione del trattamento contribuisce allo sviluppo della resistenza ai farmaci, alla trasmissione della TBC e a risultati insoddisfacenti per i singoli pazienti;

19. sottolinea che, al fine di migliorare la prevenzione, la diagnosi e l'adesione al trattamento della TBC, la Commissione e gli Stati membri devono sviluppare programmi sulla tubercolosi e fornire sostegno finanziario per rafforzare le attività riguardanti le comunità e le persone vulnerabili attraverso una cooperazione multisettoriale, che dovrebbe prevedere la partecipazione di ONG, in particolare nei paesi in via di sviluppo; sottolinea inoltre che, ai fini della continuità delle cure della

[1] Rapporto globale 2015 sulla tubercolosi, a cura dell'OMS.

tubercolosi, è fondamentale che tutti gli attori contribuiscano finanziariamente alle terapie per tale malattia, poiché queste possono risultare eccessivamente onerose;

20. evidenzia che è importante affrontare l'emergente crisi della resistenza antimicrobica, anche mediante il finanziamento della ricerca e lo sviluppo di nuovi vaccini, nonché approcci, diagnosi e terapie per la tubercolosi innovativi e incentrati sul paziente;

21. invita la Commissione e il Consiglio a svolgere un forte ruolo politico nel garantire che il nesso tra la resistenza antimicrobica e la MDR-TB trovi riscontro nelle conclusioni del vertice del G20 del luglio 2017 in Germania, così come nel nuovo piano d'azione dell'UE sulla resistenza antimicrobica che sarà pubblicato nel 2017;

22. invita la Commissione e gli Stati membri a cooperare all'istituzione di misure transfrontaliere volte a prevenire la diffusione della TBC mediante accordi bilaterali tra paesi e azioni congiunte;

23. invita la Commissione, il Consiglio e gli Stati membri a rafforzare e formalizzare la collaborazione regionale in materia di tubercolosi e MDR-TB al più alto livello politico tra i diversi settori e a istituire partenariati con le prossime presidenze dell'UE per proseguire i lavori;

Epatite C

24. sottolinea che all'interno dell'Unione europea la principale modalità di trasmissione dell'epatite virale è l'assunzione di stupefacenti per via parenterale a seguito della condivisione di aghi contaminati e dell'utilizzo di materiale di iniezione non sterilizzato; evidenzia che il tasso di infezione da epatite del personale sanitario a causa di ferite provocate da aghi rimane al di sopra della media; sottolinea che la prestazione di servizi di riduzione del danno, tra cui la terapia sostitutiva degli oppiacei e i programmi di fornitura di aghi e siringhe, costituisce una strategia fondamentale di prevenzione dell'epatite virale, che dovrebbe altresì includere misure volte a combattere la stigmatizzazione e la discriminazione; sottolinea che i test anti-HCV e HBsAg spesso non rientrano tra gli esami medici rimborsati; evidenzia che, in rari casi, il virus può essere trasmesso per via sessuale o in contesti sanitari e cosmetici a causa di pratiche di controllo delle infezioni inadeguate, o per via perinatale, da una madre infetta al bambino;

25. sottolinea che oltre il 90 % dei pazienti non presenta sintomi al momento della contrazione della malattia e che, di solito, questa viene scoperta per caso nel corso di analisi o solo quando comincia a manifestarsi, il che spiega lo sviluppo di epatite cronica nel 55-85 % dei casi; evidenzia che nel corso di venti anni le persone affette da epatite cronica presentano un rischio del 15-30% di sviluppare la cirrosi epatica – la principale causa di carcinoma epatocellulare;

26. sottolinea che nel 75 % dei casi di carcinoma epatocellulare il paziente è positivo al virus dell'epatite C (HCV);

27. evidenzia che negli Stati membri non esiste un protocollo standardizzato per lo screening dell'epatite C e che i dati sulle persone affette dalla malattia potrebbero essere sottostimati;

28. sottolinea che nell'aprile 2016 l'OMS ha aggiornato le sue linee guida per lo screening, la cura e il trattamento delle persone affette da epatite C cronica, che integrano gli orientamenti esistenti dell'OMS sulla prevenzione della trasmissione dei virus per via ematica, tra cui l'HCV; richiama l'attenzione sul fatto che tali linee guida presentano raccomandazioni chiave in questi ambiti nonché considerazioni in merito alla loro applicazione;

29. sottolinea che l'infezione da HCV è curabile, specialmente se viene individuata e trattata con le opportune combinazioni di farmaci antivirali; osserva, nello specifico, che i trattamenti antivirali possono curare ora oltre il 90 % delle persone affette da HCV; evidenzia che l'epatite virale B può essere prevenuta con la vaccinazione e tenuta sotto controllo, ma che a meno del 50 % delle persone affette da epatite virale cronica la malattia viene diagnosticata solo dopo decenni dall'infezione;

30. invita la Commissione e gli Stati membri a garantire il finanziamento sostenibile dei piani nazionali per l'eradicazione dell'epatite virale e a fare uso dei fondi strutturali dell'UE e di altri finanziamenti unionali disponibili;

31. invita la Commissione, il Consiglio e gli Stati membri a istituire programmi armonizzati di sorveglianza delle infezioni a livello dell'UE, che consentano di individuare in modo tempestivo focolai di epatite virale, TBC e HIV, valutare l'andamento dell'incidenza della malattia, fornire stime sul carico della malattia e monitorare efficacemente e in tempo reale la sequenza di diagnosi, trattamento e cura, in particolare per quanto riguarda i gruppi vulnerabili specifici;

32. invita la Commissione ad avviare discussioni con gli Stati membri sulle modalità più efficaci per preparare gli operatori dell'assistenza primaria (quali l'inclusione di test anti-HCV e HBsAg negli esami medici, anamnesi, esami di follow-up e percorsi di riferimento per i pazienti), al fine di migliorare i tassi di diagnosi e garantire cure conformi alle linee guida;

33. deplora che attualmente non siano disponibili vaccini contro l'epatite C, ragion per cui la prevenzione primaria e secondaria sono fondamentali; sottolinea tuttavia che, in molti casi, la specificità dell'infezione da epatite C e l'assenza di protocolli di screening ne rendono difficile il monitoraggio;

34. invita la Commissione, sotto la guida dell'ECDC, a istituire un piano multidisciplinare, in coordinamento con gli Stati membri, finalizzato a standardizzare i protocolli di screening, di controllo e di cura nonché a eradicare l'epatite C nell'UE entro il 2030;

o

o o

35. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio, alla Commissione, agli Stati membri, all'Organizzazione mondiale della sanità nonché ai governi degli Stati membri.