



naga

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi - Onlus
20136 Milano - V.le Bligny, 22 - Tel. 02 58301420 - Fax 02 58300089 C.F. 97058050150 P. IVA 10182790153



Area sanitaria Caritas

Via Marsala 103, 00185 Roma tel. 06.445.47.91 fax 06.445.70.95



OIKOS Onlus: c/o Attuati via Monte Grappa 22 - 24040 Lallio (Bg.). tel. 035/200134 - 035/657736.

E.mail: associazione.Oikos@katamail.com. Cod. fis. 95093090165.

Iscrizione Registro Regionale Generale Volontariato: foglio n. 695 - progressivo 2776 - sez. A (Sociale).

Proposta di Direttiva 2003/XXX/XXX del Consiglio del XXXXXX

relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno o richiedenti asilo, comunque presenti sul territorio dell'Unione Europea, **per assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute per ogni individuo all'interno dell'Unione Europea.**

<u>RELAZIONE</u>	2
<u>PREMESSA</u>	2
<u>CONTESTO</u>	2
<u>PRESENTAZIONE GENERALE DEL FENOMENO</u>	2
<u>LA SITUAZIONE NEGLI STATI MEMBRI</u>	3
<u>OBIETTIVI</u>	3
<u>BASE GIURIDICA</u>	4
<u>SUSSIDIARIETÀ E PROPORZIONALITÀ</u>	5

RELAZIONE

PREMESSA

Il diritto alla salute, per tutti i cittadini appartenenti agli Stati dell'Unione, è ormai una realtà da più di mezzo secolo.

L'affermazione di questo diritto è iniziata con la riforma sanitaria promossa da Bismark in Germania nel 1883, istitutiva delle prime Assicurazioni Sociali Obbligatorie; tali enti si diffusero poi progressivamente in molti Stati europei. Un'ulteriore evoluzione si verificò nel 1947 in Inghilterra con la creazione del primo Sistema Sanitario Nazionale secondo il modello Beveridge; negli anni seguenti alcuni Stati passarono, a loro volta, dal modello "Bismark" al modello "Beveridge". Quando, nel 1948, venne promulgata a New York la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, il diritto alla salute era dunque già una realtà per i cittadini degli Stati europei.

Negli anni '70-'80, caratterizzati dai primi grandi flussi migratori da Paesi extracomunitari verso l'Europa, il diritto alla salute fu progressivamente esteso anche agli immigrati regolarmente presenti negli Stati dell'Unione Europea. Quindi, negli ultimi decenni, il diritto alla salute, nelle moderne legislazioni degli Stati dell'Unione, si è affermato sempre più, non solo come diritto del cittadino, ma come diritto di ogni individuo.

CONTESTO

La presente proposta di direttiva vuole rispondere ad un problema reale. L'accrescersi dell'immigrazione pone i paesi "occidentali" di fronte all'impellente necessità di confrontarsi col tema dell'accoglienza e dell'assistenza ai migranti. L'accento è posto sulla questione della salute in quanto diritto che gli Stati devono garantire a ogni individuo come tale, indipendentemente da ogni condizione. Tale obiettivo di carattere generale presuppone nello specifico una corretta concezione di assistenza e prevenzione che, per una determinata categoria di interventi, deve necessariamente coprire tutta la popolazione, senza distinzioni di sorta. Ciò nell'interesse tanto della popolazione europea, quanto dei diretti beneficiari della disciplina la cui implementazione si auspica. L'esigenza da cui si muove è dunque quella di rendere accessibile l'assistenza sanitaria anche agli immigrati irregolari, così come attualmente lo è per i cittadini e per gli immigrati regolarmente presenti sul territorio europeo.

PRESENTAZIONE GENERALE DEL FENOMENO

Nel corso degli anni '90 la popolazione mondiale ha subito un incremento più rapido che in tutti i periodi precedenti e nel 1999 ha raggiunto i 6 miliardi di persone. Secondo una stima delle NU, circa 150 milioni di

persone (approssimativamente 2,5% della popolazione mondiale) vivono attualmente fuori dai confini del proprio paese di origine. Appare chiaro che le politiche di immigrazione “zero” degli scorsi trenta anni non sono più adeguate. Negli ultimi anni infatti sono entrati nell’Unione numerosi cittadini di paesi terzi e le pressioni migratorie proseguono, accompagnate dall’aumento dell’immigrazione illegale. In particolare gli stranieri senza permesso di soggiorno, presenti sul territorio europeo, vivono in situazione di clandestinità, privi di diritti sociali e con grosse difficoltà di accesso alle cure. Una sorta di “inesistenza giuridica degli stranieri che è causa immediata della loro condizione virtuale di non-persone”.

LA SITUAZIONE NEGLI STATI MEMBRI

Nel corso degli ultimi dieci anni alcuni Stati hanno provveduto a legiferare sull’argomento “salute e immigrazione”.

Indipendentemente dall’orientamento politico dei propri amministratori, in tali Paesi ci si è resi conto della necessità di porre rimedio ad una situazione di grave lesione di diritti dell’individuo e si è pertanto cercato di adottare disposizioni che prevedessero l’accesso alle cure, se pur in modo variabile ed eterogeneo, anche per gli stranieri irregolarmente soggiornanti.

In altri Stati si è scelto di operare attraverso limitazioni o sospensioni delle decisioni di allontanamento al fine di consentire ai soggetti interessati la permanenza sul territorio dello Stato e il conseguente accesso alle strutture sanitarie.

Paesi quali Italia, Francia, Belgio, Germania, Regno Unito e Spagna hanno già da tempo avviato procedure al fine di garantire ai cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno sul proprio territorio, varie forme di accesso alle cure mediche essenziali.

In Italia, dal 1998, la normativa vigente prevede, di fatto, l’accesso degli immigrati irregolari alle cure urgenti ed essenziali ed alle cure preventive secondo un principio di continuità, fornendo all’immigrato un trattamento completo senza l’obbligo di denuncia (rendendo quindi reale la possibilità di accesso alle cure).

In Spagna, sin dal gennaio 2000, l’accesso alle cure degli stranieri in posizione irregolare è garantito dalla legge, se pur subordinato, dal gennaio 2001, all’iscrizione in apposite liste comunali.

Nel 1997 la nozione di “sospensione temporanea di espulsione” è stata introdotta nella legislazione tedesca al fine di proteggere dal rimpatrio le persone gravemente malate o già in terapia per determinate patologie.

In Belgio l’accesso alle cure mediche, per stranieri privi di permesso di soggiorno, è previsto dalla legge, ed è ottenibile dietro semplice presentazione di una domanda al Centro pubblico di assistenza sociale del comune per “un’assistenza medica urgente”.

Nel Regno Unito l’accesso alle cure “urgenti” è garantito a tutte le categorie di stranieri irregolarmente presenti sul territorio dello Stato.

La legislazione francese fornisce attraverso la “CMU” (Couverture Maladie Universelle) assistenza medica generale a qualsiasi straniero che possa attestare l’esistenza di una pratica in corso in prefettura (appuntamento, convocazione, richiesta di permesso di soggiorno, autorizzazione provvisoria di soggiorno di qualsiasi durata). Gli stranieri sprovvisti di elementi che comprovino l’esistenza di una pratica in corso accedono gratuitamente alle cure attraverso la AME (assistenza sanitaria statale).

Il quadro normativo sommariamente descritto tutela solo in parte la salute degli individui presenti sul territorio dell’Unione e non garantisce un livello uniforme di protezione. A risentire di tale vuoto normativo, non sono solo i destinatari della disciplina proposta – i.e. cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative al soggiorno - ma tutta la popolazione residente.

OBIETTIVI

Il Trattato di Amsterdam, in vigore dal 1 maggio 1999, ha stabilito, per la prima volta, la competenza della Comunità in materia di asilo e immigrazione. Successivamente nell’ottobre 1999 il Consiglio europeo di Tampere ha riconosciuto che *“gli aspetti separati, ma strettamente connessi, dell’asilo e della migrazione richiedono la definizione di una politica comune dell’UE”* e ha definito gli elementi che essa dovrebbe comprendere, cioè il partenariato con i paesi di origine, un regime europeo comune in materia di asilo, l’equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi e la gestione dei flussi migratori.

In questo quadro ed all’interno di un procedimento di armonizzazione europea, la presente proposta di direttiva vuole porre l’accento sulla questione dell’assistenza sanitaria per i cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno sul territorio dell’Unione

nell'ottica della realizzazione di uno *spazio di libertà, sicurezza e giustizia* come già precisato nelle Conclusioni della Presidenza del citato Consiglio Europeo di Tampere (si vedano in particolare i paragrafi 1, 3, 4). In quella occasione è stato riaffermato il comune impegno per ancorare la libertà ai diritti dell'uomo, alle istituzioni democratiche ed allo stato di diritto; valori necessari a garantire la pace e sviluppare la prosperità all'interno dell'Unione.

“Tale libertà - proseguono le conclusioni della Presidenza - non dovrebbe, tuttavia, essere considerata appannaggio esclusivo dei cittadini dell'Unione. La sua stessa esistenza serve da richiamo per molti altri che nel mondo non possono godere della libertà che i cittadini dell'Unione danno per scontata. Sarebbe contrario alle tradizioni europee negare tale libertà a coloro che sono stati legittimamente indotti dalle circostanze a cercare accesso nel nostro territorio”. La proposta di direttiva relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno o richiedenti asilo, comunque presenti sul territorio dell'Unione Europea, ritiene fondamentale un approccio volto a creare un equilibrio tra obblighi umanitari, immigrazione legale e lotta contro le organizzazioni criminali dedite alla tratta di esseri umani. Si ritiene che le sole misure di sanzione, repressione e controllo delle frontiere e dei movimenti illegali delle persone non costituiscano una risposta del tutto adeguata. A tal fine è necessario insistere sull'importanza di introdurre misure volte a garantire uno standard minimo di assistenza, dignità e sicurezza alle stesse persone che vivono in condizioni di illegalità.

La presente proposta si pone nella scia della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo approvata il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea Generale dell'ONU, della Conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tenutasi ad Alma Ata nel 1978 e della Convenzione Internazionale sui diritti del fanciullo approvata a New York dall'Assemblea dell'ONU nel 1989. In tali atti è più volte affermata l'inderogabile necessità di assicurare a tutti gli individui, non solo ai cittadini dei singoli Stati, quello che si ritiene essere il più importante dei diritti umani: il diritto alla vita, e di conseguenza il diritto alla salute per tutti gli individui.

D'altra parte tale diritto è tutelato anche dall'articolo 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea elaborata a Nizza il 7 dicembre 2000.

Pertanto, al fine di garantire gli obiettivi suindicati, la presente proposta di direttiva si prefigge di:

- dare attuazione all'articolo 63, paragrafo 3 del Trattato che istituisce la Comunità Europea;
- dare attuazione alla Carta Sociale Europea di Torino del 18 ottobre 1961, là ove si afferma (art. 13) che ogni persona, priva di risorse sufficienti, ha diritto all'assistenza medica;
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Tampere del 15 e 16 ottobre 1999;
- dare attuazione alla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea di Nizza del 7 dicembre 2000 (art. 3, 19, 35);
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Laeken del 14 e 15 dicembre 2001 (par. 39, 40);
- dare attuazione alle Conclusioni della Presidenza del Consiglio Europeo di Siviglia del 21 e 22 giugno 2002 (par. 26, 27, 28, 29);
- prevedere misure essenziali ai fini di garantire l'assistenza sanitaria ai cittadini dei paesi terzi soggiornanti nel territorio dell'Unione;
- elaborare definizioni comuni e criteri comuni per le nozioni di "cure mediche urgenti", "cure mediche essenziali", "cure mediche continuative", "medicina preventiva", "patologia grave", affinché gli Stati membri che le applicano pervengano ad un approccio comune;
- introdurre, nelle procedure negli Stati membri, un livello minimo ed omogeneo di assistenza sanitaria al fine di assicurare il diritto alla salute nella Comunità Europea per tutti gli individui;
- rendere concreta la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie, garantendo che tale accesso non sia impedito dallo stato di indigenza, né dalla situazione di irregolarità e pertanto non sia soggetto ad alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia.

BASE GIURIDICA

La scelta della base giuridica è conforme alle modifiche apportate al trattato che istituisce la Comunità europea dal trattato di Amsterdam entrato in vigore il 1° maggio 1999. L'articolo 63, paragrafo 3, lettera b) del trattato CE dispone che il Consiglio deve adottare le misure in materia di immigrazione e soggiorno irregolari, compreso il rimpatrio delle persone in soggiorno irregolare.

Questo articolo costituisce il fondamento giuridico di una proposta di direttiva che riguarda l'assistenza sanitaria per tutti i cittadini dei paesi terzi, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno o richiedenti asilo, comunque presenti sul territorio della Comunità Europea.

La regolamentazione dell'assistenza garantita ai cittadini di paesi terzi costituisce un elemento fondamentale della politica d'immigrazione, e lo sviluppo di una politica comunitaria coerente in materia d'immigrazione non è possibile se non si affrontano le "condizioni di assistenza sanitaria minima". L'articolo 63, paragrafo 3, lettera b), costituisce, pertanto, la base giuridica adeguata per la presente proposta.

La presente proposta di direttiva deve essere adottata con la procedura di cui all'articolo 67 del trattato: il Consiglio delibera all'unanimità su proposta della Commissione o su iniziativa di uno Stato membro e previa consultazione del Parlamento europeo. La presente proposta si basa sul titolo IV del trattato CE, il quale non si applica a Regno Unito e Irlanda a meno che questi Stati membri non decidano altrimenti in conformità con il protocollo sulla posizione del Regno Unito e dell'Irlanda allegato ai trattati. Allo stesso modo, il titolo IV non si applica alla Danimarca in virtù del protocollo sulla posizione della Danimarca, allegato ai trattati.

SUSSIDIARIETÀ E PROPORZIONALITÀ

Sussidiarietà

L'inserimento nel trattato che istituisce la Comunità Europea del nuovo Titolo IV (visti, asilo, immigrazione ed altre politiche relativi a libera circolazione di persone) dimostra la volontà delle Alte Parti Contraenti di conferire alla Comunità Europea la competenza in questi settori. Tuttavia la Comunità Europea non dispone di una competenza esclusiva in questo settore e conseguentemente, benché esista la volontà di perseguire una politica comune in materia di asilo e immigrazione, essa deve agire conformemente all'articolo 5 del trattato CE, vale a dire che può intervenire soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possano essere sufficientemente realizzati dagli Stati membri e possono dunque, a motivo delle dimensioni o degli effetti dell'azione in questione, essere realizzati meglio a livello comunitario.

La presente direttiva risponde a questi criteri. La creazione di uno *spazio di libertà, sicurezza e giustizia* comporta l'approvazione di misure in materia di assistenza sanitaria per i cittadini dei paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno o richiedenti asilo comunque presenti sul territorio dell'Unione. L'obiettivo specifico della presente iniziativa è di stabilire le norme minime sulle cure mediche garantite negli Stati membri ai cittadini di paesi terzi irregolarmente soggiornanti. Le norme stabilite nella presente proposta devono poter essere applicate grazie a misure minime in tutti gli Stati membri. La situazione relativa all'assistenza sanitaria garantita ai cittadini dei paesi terzi soggiornanti nel territorio dell'Unione varia considerevolmente da uno Stato membro all'altro. La definizione di norme comunitarie minime deve avvenire attraverso un'azione come quella qui proposta.

Non prevedere norme in materia di assistenza sanitaria per i cittadini dei paesi terzi, temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno o richiedenti asilo, comunque presenti sul territorio dell'Unione, comprometterebbe l'efficacia di altri strumenti concernenti la politica dell'immigrazione.

Proporzionalità

L'azione comunitaria deve assumere la forma più semplice possibile che le consenta di conseguire i suoi obiettivi ed essere attuata quanto più efficacemente possibile. In questa ottica, lo strumento giuridico prescelto è la direttiva, che permette di definire norme minime, lasciando alle autorità nazionali la scelta della forma e dei modi più appropriati per attuarla nel loro sistema legislativo e nel contesto nazionale generale. La proposta verte su un insieme di norme minime strettamente necessarie ai fini della coerenza dell'azione prevista.

**Direttiva 2003/XXX/XXX del Consiglio
del XXXXXX**

relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria per tutti gli stranieri, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno o richiedenti asilo, comunque presenti sul territorio dell'Unione europea, **per assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute per ogni individuo.**

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA, visto il trattato che istituisce la Comunità europea, in particolare l'articolo 63, punto 3, vista l'iniziativa della XXXXXXXX, visto il parere del Parlamento europeo, considerando quanto segue:

(1) Il trattato dispone che il Consiglio adotti misure in materia di politica dell'immigrazione nei settori delle condizioni di ingresso e di soggiorno, ma anche dell'immigrazione clandestina e del soggiorno irregolare.

(2) La Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) del 1950, che è parte integrante del diritto comunitario, all'articolo 3, proscrive "trattamenti disumani o degradanti", e fra questi rientra senza dubbio la mancata assistenza sanitaria.

(3) Il Consiglio europeo di Tampere del 15 e 16 ottobre 1999 ha ribadito la volontà di istituire uno spazio di libertà, di sicurezza e di giustizia. A tal fine è necessario che una politica europea comune in materia di asilo e di migrazione si prefigga, nel contempo, un trattamento equo per i cittadini di paesi terzi e una migliore gestione dei flussi migratori.

(4) Il diritto alla vita, e di conseguenza il diritto alla salute per tutti gli individui, è tutelato anche dall'articolo 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, elaborata a Nizza il 7 dicembre 2000.

(5) Secondo il principio di sussidiarietà, l'obiettivo dell'azione prevista, vale a dire una cooperazione tra Stati membri in materia di assistenza sanitaria per i cittadini di paesi terzi temporaneamente non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, non può essere sufficientemente realizzato dagli Stati membri e può dunque, a motivo degli effetti dell'azione in questione, essere realizzato meglio a livello comunitario. La presente direttiva non va al di là di quanto necessario per il raggiungimento di tale obiettivo.

HA ADOTTATO LA PRESENTE
DIRETTIVA:

Articolo 1

1. Ai fini della presente direttiva:

a) per "cittadino di un paese terzo, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno" s'intende qualsiasi persona che non abbia la cittadinanza di uno degli Stati membri e si trovi nel territorio di uno Stato membro senza idoneo titolo di soggiorno;

b) per "cure urgenti" s'intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

c) per "cure essenziali" s'intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazione o aggravamenti);

d) per "cure continuative" s'intendono tutte le prestazioni sanitarie necessarie a non vanificare i trattamenti intrapresi con la prestazione iniziale;

e) per "medicina preventiva" s'intende l'insieme delle misure sanitarie volte a evitare l'insorgenza e l'aggravamento delle forme morbose, come definito dai programmi di profilassi internazionale;

f) per "patologia grave" si intende una forma morbosa che ponga in grave pericolo la vita stessa della persona.

Articolo 2

1. Agli stranieri presenti sul territorio dei singoli Stati, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate – nei presidi pubblici o comunque parificati - le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, (episodiche o continuative), per malattia e infortunio. Ai medesimi soggetti sono estesi i programmi di

medicina preventiva, ivi compresi diagnosi e cura delle malattie infettive, a salvaguardia della salute collettiva ed individuale. Sono altresì garantite la tutela della gravidanza responsabile e della maternità, nonché la tutela della salute del minore, anche in esecuzione della Convenzione Internazionale di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989.

2. Ai richiedenti asilo, (dalla presentazione dell'istanza di asilo, fino alla definitiva conclusione della procedura per il riconoscimento dello status di rifugiato), è garantita l'assistenza sanitaria alle migliori condizioni previste per i cittadini degli Stati membri.

Articolo 3

1. L'accesso alle prestazioni e alle strutture sanitarie dello straniero presente sul territorio dei singoli Stati, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia, salvo i casi in cui ciò sia obbligatorio per i cittadini dello Stato.

2. Le prestazioni previste dall'articolo 2, ad eccezione delle prestazioni di base che sono sempre gratuite, sono erogate dietro il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa, quando previste dalla legislazione dei singoli Stati membri, a parità di condizioni con i cittadini.

Articolo 4

1. In nome del principio della continuità della cura, nessuna misura di allontanamento potrà essere presa nei confronti di un cittadino di un paese terzo - non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, che si trovi sul territorio dell'Unione - che sia colpito da una patologia grave, (né tale misura può essere presa nei confronti dei suoi genitori o tutori se minore, o del coniuge). Durante tutto il periodo del trattamento, dovranno inoltre essergli garantite possibilità adeguate di lavoro ovvero di sostentamento.

Articolo 5

1. I livelli di assistenza, forniti ai cittadini dei paesi terzi, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno ed ai richiedenti

asilo, devono essere equivalenti a quelli previsti per i cittadini dello Stato membro, anche se forniti con differenti modalità.

Articolo 6

1. La protezione dei dati personali e la sicurezza dei dati sono garantite ai sensi della 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, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Articolo 7

1. Gli Stati membri compensano tra di loro gli squilibri finanziari che possono eventualmente risultare dall'applicazione della presente direttiva.

2. Per consentire l'applicazione del presente articolo il Consiglio adotterà, su proposta della Commissione, i criteri e le modalità pratiche appropriati.

Articolo 8

1. Gli Stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva entro 18 mesi. Essi ne informano immediatamente la Commissione.

2. Quando gli Stati membri adottano tali disposizioni, queste contengono un riferimento alla presente direttiva o sono corredate di un siffatto riferimento all'atto della pubblicazione ufficiale. Le modalità di tale riferimento sono decise dagli Stati membri.

3. Gli Stati membri comunicano alla Commissione il testo delle disposizioni essenziali di diritto interno che essi adottano nel settore disciplinato dalla presente direttiva.

Articolo 9

1. La presente direttiva entra in vigore il giorno della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee.

Articolo 10

1. Gli Stati membri sono destinatari della presente direttiva, in base al trattato che istituisce la Comunità Europea.