

## Più “Europa” nella sanità italiana, più Italia nella sanità “europea”

Renato Balduzzi

La circostanza che, mentre siamo ancora immersi nella pandemia, l’aggressione russa all’Ucraina generi comprensibilmente un’angosciosa attenzione nei confronti di un’altra, e per molti versi più temibile, tragedia globale, sta rendendo più difficile (almeno al di fuori della cerchia degli addetti ai lavori) la diffusione della consapevolezza che quello che si è aperto con SARS-CoV-2 sia non tanto un’emergenza straordinaria, quanto piuttosto il primo atto di una situazione di emergenza ordinaria, potremmo dire di ordinarie pandemie, da ricollegarsi essenzialmente allo scempenso nel rapporto tra salute umana, animale e ambientale, e che, avendo caratteri globali, richiede di essere affrontata con strumenti e prospettive altrettanto globali.

Questo numero di *Corti supreme e salute* trova il proprio denominatore comune nel mettere a disposizione degli studiosi e degli operatori un insieme di riflessioni volte ad aumentare quella consapevolezza.

In primo luogo, va salutata come un dato positivo l’entrata in vigore, nell’ordinamento italiano, della legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1, recante modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell’ambiente. Ancorché (si vedano l’intervento, breve e penetrante, di *Valerio Onida*, nonché il commento “a prima lettura” di *Marcello Cecchetti* e lo sguardo francese sulla revisione costituzionale italiana, ad opera di *Fanny Jacquilot*) essa abbia per lo più una portata esplicativa di principi già ritenuti impliciti dalla giurisprudenza, soprattutto quella costituzionale, non va trascurata la forza del legame che la novella instaura tra la protezione della salute umana, quella dell’ambiente (“anche nell’interesse delle future generazioni”: qui la novità c’è tutta, a cominciare dalla circostanza che tale riferimento non è circoscritto in via esclusiva al collegamento con i profili ambientali) e la tutela degli animali, che consente di parlare di una copertura costituzionale esplicita dell’insieme di approcci noti da tempo con la denominazione di *One Health*. In secondo luogo, va ribadita l’importanza della sentenza sul clima del Tribunale costituzionale tedesco del 24 marzo 2021, soprattutto (si veda l’attento commento di *Jannika Jahn*) per via dello stretto legame che essa pone tra l’apertura, in via generale, dell’ordi-

namento tedesco-federale al diritto internazionale e la specifica subordinazione al diritto internazionale per la tutela del clima del controllo esercitato dal giudice costituzionale sulla legislazione nazionale che di quello costituisce attuazione: importanza accresciuta dalla circostanza che a decidere in tal senso sia un giudice costituzionale particolarmente attento ai profili dell'“autodeterminazione democratica costituzionalmente garantita” (e che proprio per questo sia stato oggetto, da ultimo con riferimento alla sentenza del 5 maggio 2020 sul *Public Sector Purchase Programme*, di numerose critiche).

Infine, vanno sottolineati sia l'importanza dell'iniziativa di OMS-Europa nell'istituire la Commissione paneuropea per la salute e lo sviluppo sostenibile, il cui sottotitolo è “per ripensare le priorità politiche di fronte alle pandemie”, sia i risultati del lavoro della medesima (si vedano in particolare i commenti di *Mario Monti*, *Sandra Gallina* e *Walter Ricciardi*), forse ancora insufficientemente conosciuti e valorizzati nel nostro ordinamento: si pensi, in particolare, alla proposta di istituire un Consiglio per la salute globale sotto gli auspici del G20 e di redigere un Trattato internazionale sulle pandemie (“che incoraggi i governi a mettere in comune determinate decisioni sovrane”), oppure il forte incitamento a sviluppare una diversa politica in tema di proprietà intellettuale connessa ai vaccini e ai farmaci antipandemici. In particolare, quanto al Consiglio per la salute globale, la Commissione presieduta da Mario Monti ha istituito un'interessante similitudine con quanto il G20 fece dopo la crisi finanziaria del 2008, istituendo il *Financial Stability Board*: il *Global Health Board* oggi potrebbe costituire l'equivalente rispetto all'emergenza pandemica e funzionare anche come momento di passaggio verso un Consiglio mondiale dei beni pubblici. Il cuore del numero della rivista sta tuttavia nella riflessione a più voci su “Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE?”.

Il titolo stesso dato a questa sezione speciale permette di capire che siamo di fronte a una duplice scelta di campo.

La prima concerne la presa di distanza rispetto all'atteggiamento volto a richiedere o ad evocare un nuovo Servizio sanitario nazionale per il dopo-pandemia. Tale atteggiamento, che si accompagna normalmente a una conoscenza approssimativa della sanità italiana e al disconoscimento delle interdipendenze globali della salute, non va confuso con la prospettiva fatta propria dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, che sottolinea che alcune linee di innovazione, già presenti, ma “in sonno”, nel dibattito culturale e nella legislazione, oggi diventino imprescindibili. Della reazione a tale atteggiamento e della relativa consapevolezza sono espressione, in particolare, gli scritti di *Gianfranco Costanzo*, *Matteo Cosulich*, *Barbara Pezzini* e *Giovanni Tarli Barbieri* (per una diversa posizione, si veda lo scritto di *Lorenzo Chieffi*). Per contro, qui l'accento è posto sulla necessità di un più forte raccordo, anche in campo sanitario, con la dimensione eurounitaria, senza dimenticare che, in tema di salute e servizi sociosanitari, rilevano sia il già menzionato livello dell'OMS-Europa, sia quello del Consiglio d'Europa (Comitato dei ministri oltre che Corte di Strasburgo).

La seconda attiene a una ricostruzione del rapporto tra Unione europea e diritti sociali dichiaratamente critica nei confronti della tradizionale lettura che individua la dimensione sociale dell'Unione come una caratteristica recente (soprattutto dopo il “pilastro europeo” proclamato a Göteborg nel 2017), e che invece è molto attenta a sottolinearne la com-

presenza sin dall’inizio della costruzione europea, cosicché la richiesta di andare oltre all’assetto codificato nell’art. 168 TFUE si inserisce nella storia lunga del cammino dell’integrazione europea (si vedano sul punto le considerazioni di *Filippo Pizzolato*).

Fatte queste premesse, due mi sembrano le prospettive di fondo ricavabili dall’insieme e che potremmo così sintetizzare: 1) più “Europa” nella sanità italiana; 2) più Italia nella sanità “europea”.

### **1) Più “Europa” nella sanità italiana**

Una prima declinazione della proposta è quella che richiama la necessità di una maggiore attenzione agli standard di sostenibilità finanziaria, sanitaria, ambientale (si veda in particolare lo scritto di *Dino G. Rinoldi*), cui si può aggiungere anche il profilo della sostenibilità sociale, in quanto è noto che le diseguaglianze socioeconomiche non soltanto aggravano le condizioni sanitarie, ma generano una minore attenzione alla tutela della salute animale e una pressoché nulla attenzione a quella ambientale. D’altra parte, è noto che la celebre definizione del Preambolo dell’Atto costitutivo dell’OMS (1946), conosciuto dai nostri costituenti, fonde i profili fisico, psichico e sociale.

Sullo sfondo, rimane il problema dell’integrazione sociosanitaria, circa la quale il nostro ordinamento, dopo il “segnale” dato con l’art. 1, comma 4-bis del d.l. 34/2020, conv. nella l. 77/2020, ha valorizzato le “Case della Comunità” nel Piano nazionale di ripresa e resilienza ed è giunto a definire, proprio in questi giorni, gli standard concernenti l’attività sanitaria c.d. territoriale. Se è vero che l’Italia conosce da sempre una grande attenzione ai nessi tra salute umana e salute animale (di cui l’inclusione della veterinaria all’interno delle strutture sanitarie, centrali e locali, è un esempio illuminante: si veda l’intervento di *Romano Marabelli*), è tuttavia altresì esatto che essa:

- ha avuto tendenze ondivaghe sui nessi tra salute e ambiente, frutto di eccessi di ideologismi di varia natura, ancora oggi presenti, e di vere e proprie guerre corporative tra ministeri, agenzie, professioni;
  - balbetta ancora su tematiche come lo sfruttamento del suolo o le energie alternative;
  - deve riorganizzare strumenti quali la VAS (valutazione ambientale strategica), la VIA (valutazione di impatto ambientale) e la VIS (valutazione di impatto sulla salute);
  - sconta, almeno sino alla menzionata legge cost. n. 1/2022, un ritardo a proposito della cultura della solidarietà intergenerazionale;
  - ha lasciato sullo sfondo l’implementazione e l’operatività del fascicolo sanitario elettronico, strumento di cui il nostro Paese da molti anni ha avviato l’elaborazione, ma la cui effettività ha conosciuto ritardi e forti disparità territoriali, collegati a resistenze di talune categorie professionali oltre che a qualche pigrizia e preoccupazione regionale.
- Su tutti questi profili, la conclusione di “più Europa nella sanità italiana” finisce per diventare molto più di un titolo ad effetto.

### **2) Più Italia nella sanità “europea”**

Il contributo italiano alla sanità dell’Unione europea si articola attorno ai seguenti profili principali:

- a) con riferimento ai principi di fondo, rileva, all'interno dell'art. 32 Cost., la duplice valenza dell'aggettivo "fondamentale", riferito sia al diritto individuale, sia all'interesse della collettività: ciò inserisce una prospettiva di interpretazione dell'art. 35 della Carta di Nizza nel senso della valorizzazione della centralità (non tirannica, ma comunque sempre centralità) della tutela della salute, oltre che una sua accezione ampia, non limitata cioè agli interventi sanitari in senso stretto, e tutto questo può diventare utile ove riferito alla possibilità di utilizzare alcune parti del nostro art. 32 al fine di irrobustire l'art. 168 TFUE (in tal senso, si vedano le considerazioni finali di *Giovanni Leonardì*);
- b) il sistema italiano di organizzazione sanitaria universale, globale ed equamente accessibile, fondato sulla fiscalità generale e caratterizzato da un'accentuata "portabilità" sul territorio nazionale, può avere molto da dire sui tavoli europei, al cui interno le proposte di copertura sanitaria universale stanno prendendo spazio (si vedano gli interventi di *Roberto Speranza* e *Chiara Malaguti*);
- c) l'Istituto superiore di sanità ha già un'organizzazione pluridimensionale che può diventare apripista nella relativa rete europea (bene richiamata nell'intervento di *Silvio Brusaferrò*; gli manca forse ancora un'adeguata attenzione alla dimensione sociale);
- d) i Livelli essenziali di assistenza (Lea) e il "sistema" Lea (Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea) costituiscono un *unicum* a livello europeo, nel senso che sia il Comitato, sia il parametro, cioè i Lea (oltre 6.000 tipologie di prestazione...) sono rimasti sinora unici all'interno dell'Unione europea; a livello di quest'ultima sono da colmare disattenzioni antiche, quale quella che sinora non ha consentito di estendere ai dispositivi medici le competenze "europee" dell'EMA nella loro pienezza (rinvio qui alle considerazioni di *Americo Cicchetti*);
- e) la prevenzione, soprattutto dal punto di vista dell'influsso culturale generato dal nostro approccio all'integrazione socio-sanitaria (per un profilo particolare, ma assai significativo, si veda l'introduzione di *Carlo Chiappinelli* alla relazione della Corte dei conti sulla gestione del "Fondo per il gioco d'azzardo patologico");
- f) la nostra esperienza di accordi di mobilità interregionale potrebbe essere un punto di partenza per sperimentazioni di percorsi di assistenza sanitaria transfrontaliera, che potrebbe essere il terreno di una cooperazione rafforzata ai sensi dell'art. 20 del TUE e degli artt. 326-334 del TFUE, anche muovendo dalle numerose buone pratiche che vedono protagonista il nostro Paese (si vedano i contributi di *Giulio M. Salerno*, *Alessia Monica*, *Donatella Morana* e *Gian Paolo Zanetta*, nonché gli spunti di *Franco Anelli*);
- g) quanto ai rapporti centro-periferia nel governo e nella gestione delle pandemie, la nostra esperienza di leale collaborazione, almeno sul piano delle regole (la prassi è altra cosa...), indica un percorso possibile anche al livello eurounitario, confermato dalle sentenze n. 37 del 2021 e n. 198 del 2021 della Corte costituzionale; si veda, su quest'ultima, la nota di *Armando Lamberti*; per la giurisprudenza amministrativa in tema di obbligo vaccinale, faccio rinvio alla nota di *Mattia Gasparro*; per la discussione

su taluni profili processuali concernenti la sent. n. 31 del 2022 in tema di legislazione anti-Covid, cfr. l’elegante nota di *Federico Sorrentino*.

In conclusione: una volta nuovamente sottolineato che la pandemia non è finita (si veda la ricostruzione, sotto il profilo dell’epidemiologia e della prevenzione, di *Cesare Cislaghi, Maria Teresa Giraudò e Manuele Falcone*), le prospettive future potranno giovare dell’apertura di un confronto europeo su come il rafforzamento sia della dimensione globale della risposta alle emergenze pandemiche, sia dell’interdipendenza tra i profili di diritto eurounitario e quelli di diritto interno nel campo della protezione della salute e, più in generale, dell’*One Health*.

