

# «In deroga... e in conformità»: prospettive dell'Unione europea della salute muovendo dall'art. 168 TFUE per andar ben oltre (verso un comparto sanitario federale continentale?)\*

Dino G. Rinoldi\*\*

**SOMMARIO:** 1. Derogare in conformità: a cosa? Salute e sanità fra Costituzione italiana e cooperazione istituzionale internazionale europea. – 1.1. Disposizioni fondamentali su salute e sanità nella Costituzione e nei Trattati di cooperazione continentale. – 2. Un passo indietro, per conoscere gli “elementi di federalismo” già presenti nell’«unione più stretta» fra Stati d’Europa. – 3. Il passo del viandante, cercando il metodo: *adelante, cum juicio!* – 4. Un grande passo, cercando i mezzi per l’«Unione europea della salute» e addirittura l’istituzione di un comparto federale europeo. – *Allegato:* Petizione al Parlamento europeo n. 063/2021 sull’ampliamento delle competenze dell’Unione europea in materia di sanità pubblica.

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende e amplia i contenuti dell’intervento svolto al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario “Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l’art. 168 TFUE?”, Milano, 5-6 novembre 2021.

\*\* Professore ordinario di Diritto dell’Unione europea nell’Università Cattolica del Sacro Cuore, dino.rinoldi@unicatt.it.

## 1. Derogare in conformità: a cosa? Salute e sanità fra Costituzione italiana e cooperazione istituzionale internazionale europea

L'art. 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea – TFUE prevede che «*In deroga all'articolo 2, paragrafo 5, e all'articolo 6, lettera a), e in conformità dell'articolo 4, paragrafo 2, lett. k)*» dello stesso Trattato, Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione «contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi del presente articolo, adottando, per affrontare i problemi comuni di sicurezza»: misure «che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati»; nonché misure «nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica»; infine misure per fissare «parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico».

Se è sufficientemente chiaro il campo di intervento delle «misure» anzidette va immediatamente precisato che l'esordio della norma in questione si riferisce al fatto che quelle proprie delle istituzioni dell'UE in materia sono *competenze concorrenti* – cioè non esclusive dell'UE ma condivise da questa con i propri Stati membri – ai sensi («in conformità») dell'art. 4 TFUE, che al par. 2 appunto enuncia i settori di esercizio di tale competenza concorrente, elencando alla lett. k) i «problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica, per quanto riguarda gli aspetti definiti nel presente trattato». Siffatta *competenza concorrente, attribuita nell'ambito di intervento del solo paragrafo 4 dell'art. 168 TFUE*, si differenzia dalla competenza che spetta all'UE a titolo degli altri paragrafi dell'articolo: quelli da uno a tre e poi da cinque a sei. In questi altri campi la competenza dell'ente sovranazionale si declina infatti ai sensi dell'art. 2, par. 5, TFUE, che parla della ben minore «competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri, senza tuttavia sostituirsi alla loro competenza in tali settori», oppure ai sensi dell'art. 6, lett. a), TFUE, che attribuisce all'UE «competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri» in settori quali la «tutela e miglioramento della salute umana»: articoli, questi due ultimi citati, che dal par. 4 dell'art. 168 sono appunto derogati.

Insomma: la sanità di cui al Titolo XIV del TFUE, declinata nell'art. 168, *non è certamente oggetto di competenze attribuite in modo esclusivo all'UE* (il cui elenco sta nell'art. 3 TFUE), ma di sole competenze di sostegno, coordinamento, completamento rispetto all'azione dei Paesi membri senza potersi sostituire alla competenza di questi ultimi, la quale rimane nelle loro mani. Ma si deroga a questo principio attribuendo all'UE in campo sanitario, rispetto alle sole misure poco sopra elencate (dunque comprese nel solo par. 4 dell'art.

168 TFUE), una competenza concorrente con quella degli Stati, che è regolata e ripartita secondo i noti *principi di proporzionalità e sussidiarietà*<sup>1</sup>.

L'UE si vede quindi assegnate, nel generale complesso dell'art. 168 TFUE, anzitutto e soprattutto *competenze di sostegno, coordinamento o completamento* rispetto agli Stati membri riguardo ad azioni:

\*) di mero *completamento* delle politiche interne degli Stati in materia di *miglioramento della sanità pubblica; di prevenzione delle malattie e affezioni, di eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale; di lotta contro i grandi flagelli e contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero; di riduzione degli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti* (art. 168.1);

\*) di incoraggiamento della *cooperazione* e del *coordinamento* fra Stati membri in particolare volti a *migliorare la complementarità dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera; nonché di promozione di iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi di migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici* (art. 168.2);

\*) volte a favorire *la cooperazione con i Paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica* (art. 168.3);

\*) di incentivazione alla protezione e al miglioramento della salute umana, specie – di nuovo – *per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera; nonché di sorveglianza, allarme e lotta ancora contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero; infine di diretto indirizzo alla protezione della sanità pubblica in relazione al tabacco e all'abuso di alcol...* ma stando bene attenti ad escludere *qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri* in materia (art. 168.5);

\*) di raccomandazione al Consiglio secondo *i fini stabiliti dal presente articolo* (art. 168.6).

L'UE si vede poi assegnate, dallo specifico par. 4 dell'art. 168 TFUE, più significative, benché non esclusive, *competenze concorrenti* con gli Stati membri in materia di:

\*) misure circa organi e sostanze di origine umana, medicinali e dispositivi di impiego medico, nonché misure nei settori veterinario e fitosanitario.

Il paragrafo 7 – l'ultimo della norma di cui si discute – chiude sottolineando che «L'azione dell'Unione rispetta 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. Le responsabilità degli Stati membri* includono la gestione dei *servizi sanitari e*

<sup>1</sup> Secondo l'art. 5.1 del Trattato sull'Unione europea-TUE «L'esercizio delle competenze dell'Unione si fonda sui principi di sussidiarietà e proporzionalità», la cui applicazione è declinata dal Protocollo n. 2 annesso ai Trattati.

dell'*assistenza medica* e l'assegnazione delle *risorse* loro destinate. Le misure di cui al paragrafo 4, lettera a *non pregiudicano le disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego medico di organi e sangue*. Si aggiunge in tal modo un ulteriore *caveat* di segno statutale pure alla competenza concorrente che l'art. 168 destina al solo proprio paragrafo quattro.

### 1.1. Disposizioni fondamentali su salute e sanità nella Costituzione e nei Trattati di cooperazione continentale

Nella Costituzione italiana ben si sa – specie di questi tempi pandemici – come di *salute* si parli nell'art. 32, co. 1, quale *fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*; mentre l'art. 16 dispone che anche per *motivi di sanità* si possono limitare – con legge – le libertà di circolazione e soggiorno dei cittadini; così come ancora l'art. 32, al co. 2, consente alla sola legge di obbligare *a un determinato trattamento sanitario*, senza poter *in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*. E l'art. 14, disciplinando il domicilio, dispone al co. 3 che *accertamenti e ispezioni*, fra l'altro *per motivi di sanità*, sono *regolati da leggi speciali*. Poi, nell'art. 117, co. 3, si elencano le materie di legislazione concorrente fra Stato (centrale) e Regioni, fra cui *la tutela della salute* (mentre il precedente testo, sostituito nel 2001, menzionava competenze regionali in tema di *beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera*).

Nella Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali la protezione della *salute* viene in rilievo quando si consentono, a determinate condizioni, ingerenze delle pubbliche autorità o restrizioni all'esercizio di vari diritti (par. 2 degli artt. 8, 9, 10, 11), e pure in relazione specificamente alla libertà di circolazione (art. 2.3 del Protocollo 4 annesso alla Convenzione).

Nei Trattati internazionali che fondano l'Unione europea (il Trattato sull'Unione europea - TUE; il TFUE; la Carta dei diritti fondamentali dell'UE; senza tralasciare il Trattato regolatore della Comunità europea dell'energia atomica-CEE/ Euratom) si parla tanto di *salute* quanto di *sanità*<sup>2</sup>.

Il TFUE si occupa di *sanità pubblica* specificatamente ed estesamente nel sopra considerato art. 168 (cui è collegata l'annessa Dichiarazione n. 32, sugli *standard* elevati di qualità e sicurezza circa i quali dispone proprio il par. 4 dell'art. 168 da cui il nostro ragionamento è partito), mentre tracce diffuse su tale contesto organizzativo sono presenti nello stesso Trattato – oltre che nell'art. 4.2, lett. k) (già visto) – anche negli artt. 45.3 (limitazione alla circolazione dei lavoratori giustificabile fra l'altro per ragioni di sanità pubblica); 52.1 (regime particolare per cittadini di Paesi terzi giustificabile pure da motivi di sanità pubblica); 114.3 e 114.8 (ravvicinamento delle legislazioni statuali per necessità del mercato interno da fondare tra l'altro su un livello elevato di protezione in materia di sanità); 202 (rapporto

<sup>2</sup> Per un commento alle norme che vengono qui in considerazione rinvio a: A. TIZZANO (a cura di), *Trattati dell'Unione europea*, Milano, 2014, 2°ed.; R. MASTROIANNI, O. POLLICINO, S. ALLEGREZZA, F. PAPPALARDO, O. RAZZOLINI, *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Milano, 2017.

fra regole sulla pubblica sanità e circolazione dei lavoratori); 207.4 lett. b) (azione esterna dell'UE e accordi in materia, fra le altre, nel settore della sanità).

E il riferimento alla *salute* umana appare, sempre nel TFUE, negli articoli: 6, lett. a) (già visto sopra e concernente l'elenco di competenze dell'UE «per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri» fra l'altro nel settore di «tutela e miglioramento della *salute umana*»; 9 (che nel definire le proprie politiche ed azioni obbliga l'UE a tener conto delle esigenze connesse fra l'altro a *un elevato livello di tutela della salute umana*) ; 36 (sul divieto di restrizioni al commercio tra Paesi membri che lascia impregiudicate quelle giustificate *inter alia* da motivi di *tutela della salute e della vita delle persone*); 153, lett. a) (l'UE *sostiene e completa l'azione degli Stati membri* nel settore del *miglioramento dell'ambiente di lavoro, per proteggere la salute dei lavoratori*); 169.1 (l'UE contribuisce a *tutelare la salute dei consumatori*); 191.1 (in materia ambientale l'UE persegue l'obiettivo della *protezione della salute umana*).

Nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea – che dal primo dicembre 2009 per effetto dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona «ha lo stesso valore giuridico» (art. 6.1 TUE) degli altri Trattati comunitari<sup>3</sup> e dunque prevale sugli ordinamenti nazionali<sup>4</sup> – all'art. 32, co. 2, si dispone che *i giovani ammessi al lavoro devono esser protetti* da ogni lavoro che possa minare, fra l'altro, *la salute*. Mentre all'art. 35 si diffonde, circa la *protezione della salute*, sul *diritto di ogni persona di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche* alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali, ulteriormente specificando che *nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*.

Nel Trattato che regola la Comunità sopravvissuta, la CEEA o Euratom, il Titolo II al proprio Capo III (artt. 30-39) dispone diffusamente in materia di protezione sanitaria, comprensibilmente in un contesto concernente l'energia nucleare, i materiali radioattivi, i *lavoratori* impiegati, così come la *popolazione* che ne possa esser riguardata. Perciò la CEEA deve stabilire norme di sicurezza uniformi per la *protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori* e vigilare sulla loro applicazione (art. 2, lett. b); può creare *scuole per la formazione di specialisti* fra l'altro nel settore della protezione sanitaria (art. 9.1). Inoltre il *diritto di utilizzazione e consumo su materie fissili* deve far salvi gli obblighi derivanti

<sup>3</sup> Mi si lasci parlare ancora, per l'Unione europea, di finalità «comunitarie», benché le prime due Comunità europee (CECA e CEE) siano state assorbite dall'UE (che tuttavia possiede ancora l'«aggancio» comunitario esplicito tramite la CEEA a cui s'è fatto cenno e di cui ancora poco oltre si dirà).

<sup>4</sup> Non mi dilungo sulla questione del rapporto tra ordinamento giuridico italiano e ordinamento dell'Unione europea, fondato anzitutto sull'art. 11 Cost. (comportante «limitazioni di sovranità») nonché sul primo co. dell'art. 117 della nostra Carta fondamentale, e conseguentemente sulla prevalenza dell'ordine giuridico comunitario rispetto a quello nazionale, fatti salvi (sent. 1146/1988 della nostra Corte cost.) i principi fondamentali costituzionali e i diritti inalienabili della persona umana, ribaditi nel «dialogo» fra Corte di giustizia dell'Unione europea e Consulta chiusosi con la sent. 115/2018 di quest'ultima, a definizione del cd. «caso Taricco». Richiamo però anche la Dichiarazione n.17, allegata ai Trattati sull'Unione, «relativa al primato» dei Trattati e del diritto adottato dall'Unione sulla base dei Trattati nei confronti del diritto degli Stati membri.

dal Trattato, come quelli di *protezione sanitaria* (art. 87); così come non sono ammesse restrizioni fondate sulla cittadinanza dei Paesi membri circa *l'accesso a impieghi nel settore nucleare*, salvo quelle fra l'altro dettate da necessità fondamentali di *sanità pubblica* (art. 96, co. 1). L'art. 174.1, lett. b), si occupa delle *spese* iscritte nel bilancio di funzionamento della Comunità e in particolare di quelle *relative al controllo di sicurezza e alla protezione sanitaria*. L'art. 195 dispone che l'UE, nell'applicare il Trattato osservi le *condizioni poste, per l'accesso a minerali, materie grezze e materie fissili, dai regolamenti nazionali emanati per motivi di ordine pubblico o di sanità pubblica*. Infine l'allegato I – relativo al campo delle *ricerche concernenti l'energia nucleare* – al punto VII, n. 2, lett. a), quarto trattino, si occupa di studi per *la realizzazione e il miglioramento delle attrezzature* destinate specialmente non solo ai reattori ma anche all'insieme delle installazioni di ricerca e industriali necessarie alle ricerche in questione, citando fra l'altro i *dispositivi di rivelazione e misura delle radiazioni in specie per protezione sanitaria*.

Non mi avventuro infine sulla non coincidenza del contenuto espresso dal vocabolo *salute* rispetto al vocabolo *sanità*, ciò di cui l'intera occasione di incontro in cui si inserisce il mio intervento si è diffusa<sup>5</sup>. Mi preme piuttosto, sulla scorta dei fondamenti giuridici qui accennati, intraprendere un percorso che sulle basi di conoscenza di quanto già costruito in passato dia conto degli strumenti concretamente utilizzabili nell'immediato per procedere verso un'efficace ed efficiente «Unione europea della salute», capace di comprendere la realizzazione di un futuro “comparto federale” in materia<sup>6</sup>.

## 2. Un passo indietro, per conoscere gli “elementi di federalismo” già presenti nell’«unione più stretta» fra Stati d’Europa

All'art. 67 TFUE si prevede che: «L'Unione realizza uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia nel rispetto dei diritti fondamentali nonché dei diversi ordinamenti giuridici e delle diverse tradizioni giuridiche degli Stati membri»<sup>7</sup>. Ovviamente l'aspetto unitario è dato anzitutto dal fatto che «L'Unione dispone di un quadro istituzionale che mira a promuoverne i valori, perseguirne gli obiettivi, servire i suoi interessi, quelli dei suoi cittadini e quelli degli Stati membri, garantire la coerenza, l'efficacia e la continuità delle sue politiche e delle sue azioni» (art. 13 TUE).

<sup>5</sup> V. comunque W. RICCIARDI, *Sanità pubblica – Scienza e politica per la salute dei cittadini*, Milano, 2021; M. CARDANO, G. GIARELLI, G. VICARELLI (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, 2020.

<sup>6</sup> V. *infra*, par. 4. Su *Unione europea e salute* v. l'omonimo lavoro di G. Di Federico e S. Negri, Padova, 2020, dove si ragiona sui pertinenti *Principi, azioni, diritti e standard qualitativi*.

<sup>7</sup> Si consenta il riferimento al mio *Lo spazio di libertà, sicurezza e giustizia*, in U. DRAETTA, N. PARISI (a cura di), *Elementi di diritto dell'Unione europea*, Milano, 5° ed., p. 1 ss.

Si tratta di uno «spazio» in cui già oggi la diversità di materie in esso ricomprese è “tenuta insieme” da significativi *elementi di federalismo*<sup>8</sup>, come quelli della cooperazione giudiziaria europea tanto in materia civile (ad esempio circa la libera circolazione delle decisioni giudiziarie)<sup>9</sup> quanto penale (ad esempio il mandato d'arresto europeo<sup>10</sup>), dando sostanza nell'Unione europea a quella ben nota “clausola federale” della Costituzione USA (art. IV, Sez. I), nota come «full faith and credit clause», che lega da *reciproca fiducia* gli Stati federati (che l'espressione *Sister States* ben qualifica sottolineando i profondi legami di colleganza genetica che li unisce).

Siamo insomma dinnanzi a *elementi di federalismo* che sono significativamente in grado d'accompagnarsi a quelli costituiti tanto dal Parlamento europeo, eletto a suffragio universale diretto dai popoli d'Europa compresi nei 27 Stati membri, quanto dalla cittadinanza europea, che a partire dal diverso e plurale fondamento delle 27 cittadinanze nazionali dei Paesi membri dell'UE articola un comune complesso di diritti e doveri dei cittadini europei disciplinato dai Trattati di Unione (artt. 9 e 11 TUE; 18 ss. TFUE) e specificato, al proprio Titolo V «Cittadinanza», dalla Carta dei diritti fondamentali<sup>11</sup>. L'ultimo documento, in particolare, ricorda nel Preambolo che «Il godimento di questi diritti fa sorgere responsabilità e doveri nei confronti degli altri come pure della comunità umana e delle generazioni future».

Le articolazioni di quell'«*unione sempre più stretta fra i popoli d'Europa*» rammentata tanto dal TUE (nel Preambolo e nell'art. 1) quanto dal TFUE e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'UE (in ambedue i casi nel Preambolo) trovano quindi declinazioni plurime ed efficaci. Se si vuol dirlo in altro modo, approfondiscono fra Stati membri quella *solidarietà* più volte citata nei Trattati istitutivi<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> Sul «cercare di avviarsi ad evoluzioni federali» da parte di organizzazioni intergovernative provviste di organi di rappresentanza diretta dei popoli, come oggi è riscontrabile nella sola Unione europea e ieri nelle tre Comunità europee originarie, v. G. BISCOTTINI, *Il diritto delle organizzazioni internazionali - Parte prima: La teoria dell'organizzazione*, Padova, 1981, 2° ed., p. 89 (ribadendo a p. 90 che ciò è possibile solo «in organizzazioni internazionali di tipo evolutivo, che rappresentano forme tendenti a figure più o meno accentuate di federalismo»). Sugli elementi di federalismo presenti nell'UE v. anche R. CANTONE, N. PARISI, *L'Autorità Nazionale Anticorruzione e la vita di relazione internazionale*, Napoli, 2021, pp. 104-106.

<sup>9</sup> Merita almeno rammentare ciò che ha scritto B. Goldmann della Convenzione (comunitaria perché nata in ambito CEE) di Bruxelles del 1968 concernente la competenza giurisdizionale e l'esecuzione delle decisioni in materia civile e commerciale, oggi infine “tradotta” nel Regolamento (UE) n. 1215/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2012, concernente la competenza giurisdizionale, il riconoscimento e l'esecuzione delle decisioni in materia civile e commerciale. Alludo già al titolo dello studio *Un traité fédérateur : La Convention entre États membres de la CEE sur la reconnaissance et l'exécution des décisions en matière civile et commerciale*, in *Revue trimestrielle de Droit européen*, 1971, p. 1 ss.

<sup>10</sup> Decisione quadro 2002/584/GAI del 13 giugno 2002.

<sup>11</sup> Ne consegue che i cittadini dell'UE non possono fra loro esser qualificati come *stranieri* pur quando cittadini di Stati diversi: v. art. 1, T.U. sull'immigrazione (D.Lgs. 286/1998) che indica come «stranieri» i soli «cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea» nonché gli «apolidi».

<sup>12</sup> Mi limito a citare S. VILLANI, *The concept of solidarity within EU disaster response law – A legal assessment*, Bologna, 2021.

### 3. Il passo del viandante, cercando il metodo: *adelante, cum juicio!*<sup>13</sup>

Non si può sottovalutare, fra i metodi attivabili per l'avvio di forme di unione più stretta (compreso il ricorso ai “poteri impliciti” di cui all'art. 352.1 TFUE), il metodo della *cooperazione rafforzata* previsto dai Trattati d'Unione (artt. 20 TUE e 326 ss. TFUE): esso è in grado di introdurre, fra i Paesi membri volenterosi (minimo nove<sup>14</sup>), intenzionati ad avviarla e svilupparla, altri *elementi di federalismo* (o comunque di effettiva sovranazionalità<sup>15</sup>) capaci di accompagnarsi a quelli che altrimenti ha prodotto il percorso di integrazione europea fino ad oggi compiuto. È ben nota ad esempio la recente costituzione della Procura europea e l'attività di realizzazione di una tutela brevettuale unitaria europea, conseguenti a cooperazioni rafforzate, cui del resto è ascrivibile lo stesso “spazio Schengen”<sup>16</sup>.

Le cooperazioni rafforzate non sono sinonimo di successo necessariamente ad esse conseguente, ma la situazione contraria (come accade per lo stallo della cooperazione rafforzata avviata fra Stati in materia di imposta sulle transazioni finanziarie<sup>17</sup>) conferma la regola dell'avanzamento che solitamente questo tipo di “integrazione differenziata” determina, anche per l'effetto di trascinamento provocato dagli Stati che inizialmente vi aderiscono nei confronti di quelli in partenza restii e solo poi determinatisi a parteciparvi.

Si tratta insomma, a mio parere, di un metodo flessibile, variabile, giudizioso, opportuno per consentire ai Paesi che intendono procedere in settori puntuali verso l'«unione più stretta» di farlo, senza imporsi agli Stati che identica intenzione non hanno e che nel caso vengono non a trovarsi in minoranza, dunque in situazione sgradita come accadrebbe per un voto imposto dalla maggioranza, ma semplicemente lasciati dove essi vogliono stare, senza contrapposizione. Per di più è una modalità esercitabile a “Trattati costanti”, non dovendo passare attraverso una loro revisione, né declinata secondo le regole abituali del diritto internazionale né organizzata secondo le previsioni puntuali di cui all'art. 48 TUE, comprendente *la procedura di revisione ordinaria* nonché *la procedura di revisione semplificata*.

<sup>13</sup> Come ben si sa l'esortazione è rivolta al cocchiere Pedro nel cap. XIII dei *Promessi sposi* di A. Manzoni.

<sup>14</sup> Quindi è una sorta di cooperazione per così dire “rafforzatissima” quella ad esempio avviata bilateralmente, nell'ambito «degli obblighi derivanti dall'appartenenza di entrambe le Parti all'Unione europea» (art.11.7), da Italia e Francia col cd. Trattato del Quirinale del novembre scorso, dove si enuncia fra gli obiettivi comuni «la tutela dei beni pubblici mondiali», fra cui la salute (art. 1.1), e si approfondisce la cooperazione nel settore fra l'altro della sanità (art. 5.2).

<sup>15</sup> V. E. CANNIZZARO, *La sovranità oltre lo Stato*, Bologna, 2020.

<sup>16</sup> Sulle cooperazioni rafforzate v. sinteticamente ma puntualmente U. VILLANI, *Istituzioni di Diritto dell'Unione europea*, Bari, 2017, 5° ed., pp. 116-118.

<sup>17</sup> V. Decisione del Consiglio ECOFIN 2013/52/UE del 22 gennaio, che ha generato la proposta di direttiva del 14 febbraio 2013, COM(2013) 071 final. Sul tema: S. LATINI, *Imposta sulle transazioni finanziarie allo 0,2%: la proposta tedesca*, in *www.ipsoa.it*, 6 febbraio 2020.



Così, l'art. 168 TFUE in materia di *sanità pubblica* potrebbe essere oggetto di un'iniziativa di cooperazione rafforzata – magari promossa proprio dall'Italia – per portare sotto competenza concorrente fra UE e Stati membri l'intero ambito di intervento regolato dal Titolo XIV TFUE, che ora applica le modalità di tale competenza limitatamente ai settori – sopraddetti – di cui al par. 4 della norma. Si diffonde in argomento la petizione indirizzata al Parlamento europeo n. 0603/2021<sup>18</sup> che dalla commissione parlamentare del PE competente in materia di petizioni è stata trasmessa sia alla commissione parlamentare europea per l'ambiente, la sanità pubblica e la sicurezza sia alla Conferenza sul futuro dell'Europa<sup>19</sup>, che dovrebbe terminare i lavori il 9 maggio 2022 (festa dell'Europa<sup>20</sup>) ma potrebbe esser prorogata al 2023.

Nella petizione si parte dalla considerazione dei più di 70 anni «trascorsi dalla Dichiarazione Schuman del 1950 che, col decisivo sostegno di Jean Monnet, iniziò a rispondere a istanze di *integrazione fra Stati* sorte nel nostro Continente durante e dopo le “guerre civili europee”, divenute guerre mondiali. L'odierna Unione europea ha agito e agisce, di fronte alle calamità, nei limiti delle competenze attribuite dai Trattati istitutivi. Lo sforzo messo in campo dall'Unione in questa fase di contrasto alla pandemia non ha pari nella sua storia ma gli Stati membri sono ancora segnati da una *forte intergovernatività* che pervade la costruzione dell'Unione»<sup>21</sup>. Si valuta poi che «è emersa l'inefficacia, o almeno la sostanziale insufficienza, circa l'odierna emergenza, dei *tanti organismi che nell'UE possiedono compiti di carattere sanitario*, quali il *Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie* o il *Comitato per la sicurezza sanitaria*. Questi organismi vanno riconsiderati anche dal punto di vista di un *loro miglior coordinamento*»<sup>22</sup>, come pure accade per il rafforzamento dell'Agenzia europea per i medicinali<sup>23</sup>. Quindi si constata che dallo stesso Parlamento europeo è emersa la valutazione che «l'Unione europea dispone ancora di un *marginale di manovra per ottenere migliori risultati in materia di politica sanitaria* nel rispetto degli attuali parametri stabiliti dai Trattati» e che «le disposizioni in materia di sanità pubblica previste dai Trattati sono ancora ampiamente sottoutilizzate»<sup>24</sup>.

<sup>18</sup> A prima firma V. FEDERICO, esponente e già tesoriere di +Europa, associazione politica nell'ambito della quale l'iniziativa di presentazione della petizione è sorta e si è sviluppata fino all'invio al PE; se ne veda il testo qui in allegato.

<sup>19</sup> V. <https://futureu.europa.eu>.

<sup>20</sup> Sui simboli dell'Europa (v. Dichiarazione n. 52 allegata ai Trattati sull'UE) mi prendo ancora la libertà di rinviare a un mio scritto: *Per la Repubblica europea, libera federazione unita nella diversità*, in M.L. TUFANO, S. PUGLIESE, M. D'ARIENZO (a cura di), *Sovranazionalità e sovranismo in tempo di Covid-19*, Bari, 2021, p. 255 ss.

<sup>21</sup> La Dichiarazione Schuman è in [europa.eu/europe-day/schuman-declaration.it](http://europa.eu/europe-day/schuman-declaration.it).

<sup>22</sup> Il Centro è disciplinato dal Regolamento (CE) 851/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 21 aprile 2004; il Comitato dalla Decisione 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013.

<sup>23</sup> V. M. DELFINO, *Unione europea della salute: la Commissione accoglie l'accordo sul rafforzamento dell'Agenzia europea per i medicinali*, in <https://apiceuropa.com/unione-europea-della-salute-la-commissione-accoglie/>, 6/11/2021.

<sup>24</sup> Risoluzione del Parlamento europeo del 17 settembre 2020 su *Covid-19: coordinamento UE delle valutazioni sanitarie e della classificazione dei rischi e conseguenze per Schengen e il mercato unico*, lettera N. La risoluzione si concentra anche sulla penuria di medicinali in situazioni d'emergenza.

Sul piano propositivo la petizione, «avendo ben presenti le difficoltà dell'*iter* per la modifica dei Trattati istitutivi», chiede al Parlamento europeo proprio «di farsi promotore, *in una prima fase*, di almeno una cooperazione rafforzata che introduca comunque fra i Paesi membri volenterosi, intenzionati ad avviarla rapidamente, un “elemento di federalismo” (o comunque di sovranazionalità) che altre cooperazioni rafforzate hanno già creato o stanno creando»; e il punto di riferimento per tale nuova cooperazione rafforzata sono proprio i settori contemplati dall'art. 168 TFUE, da condurre tutti sotto competenza concorrente. E in effetti – continua la petizione – «la risposta dei singoli *Stati Membri*, *non sufficientemente coordinati tra di loro e non omogenei per forza economica e capacità organizzativa*, ha manifestato inadeguatezze durante la gestione della pandemia nelle sue varie fasi (prescindendo dal dividerle in acuta, estiva, seconda ondata autunnale, successiva terza ondata con varianti, e così via...):

- (i) per la drammatica mancanza di piani pandemici nazionali concreti e strutturati;
- (ii) per la mancanza di un numero sufficiente di presidi sanitari di protezione della popolazione in generale e del personale sanitario operante negli ospedali e sul territorio, in particolare;
- (iii) per la mancanza di un numero sufficiente di apparecchiature di ventilazione CPAP di sostegno all'attività respiratoria e di un numero sufficiente di personale sanitario specializzato nelle terapie intensive;
- (iv) per percorsi di tracciamento non omogenei e non validati adeguatamente;
- (v) per la diversa organizzazione dei presidi territoriali;
- (vi) per i diversi metodi utilizzati per la raccolta dei dati relativi all'infezione;
- (vii) per la mancanza di sorveglianza molecolare dell'infezione virale e non solo epidemiologica;
- (viii) per la difficoltà nelle catene di approvvigionamento farmaceutico di sostanze prodotte in Paesi terzi;
- (ix) per le differenti misure di salute pubblica adottate, anche in riferimento all'attività scolastica e alla circolazione delle persone a livello nazionale e transfrontaliero».

Si sottolinea infine che non c'è il tempo di aspettare l'elaborazione e l'attuazione di «*un Trattato internazionale contro tutte le pandemie*» per rafforzare al meglio nell'UE «le capacità e la resilienza alle future pandemie»<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Notizie in *Corriere della Sera*, 30 marzo 2021, p.26. Interessante fra l'altro, nella proposta di tale Trattato, la richiesta di esplicito coinvolgimento di «tutte le parti interessate, società civile e settore privato inclusi».

## 4. Un grande passo, cercando i mezzi per l'«Unione europea della salute» e addirittura l'istituzione di un comparto federale europeo

La petizione sopra richiamata articola le proprie proposte auspicando anche che, al di là di un'attività svolta, come si diceva, a “trattati costanti”, nell'UE «il *Parlamento europeo si faccia promotore di modifiche dei Trattati istitutivi per far fronte all'urgente necessità di una organica forza europea di prevenzione e intervento rapido per emergenze transnazionali in materia sanitaria*». L'organismo va raccordato con quelli esistenti e operanti in campo medico e di protezione civile, pure al fine di razionalizzarne e rendere interoperabili le rispettive competenze così come le rispettive banche dati, anche nazionali<sup>26</sup>.

Non si ritiene insomma sufficiente la pur utile istituzione di un'*Autorità dell'Unione di prevenzione e reazione in caso d'emergenza sanitaria (HERA)*<sup>27</sup>, nell'ambito della prefigurata «Unione europea della sanità più forte» su cui ha spinto a ragionare la Presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen in piena pandemia<sup>28</sup>.

*Oltre l'emergenza*, del resto, occorre comunque pensare a una complessiva «Europa della salute»<sup>29</sup> che *nel medio termine, coinvolgendo necessariamente nelle modifiche tanto il TFUE quanto il TUE*, possa persino realizzare *una struttura sanitaria di stampo federale*, adeguatamente finanziata, capace di ricomprendere la forza di prevenzione e intervento necessaria a contrastare le emergenze e riducendo a coordinamento unitario le (tante) agenzie europee operative in materia (a queste si è pure aggiunta l'Agenzia esecutiva europea per la salute e il digitale (HaDEA)<sup>30</sup>). Il “comparto sanitario” europeo dovrebbe

<sup>26</sup> In materia di protezione civile europea va ricordato l'art. 196 TFUE e richiamato il *Centro di coordinamento della risposta alle emergenze* (Decisione UE 2019/420 del PE e del Consiglio, del 13 marzo 2019, che modifica la Decisione 1313/2013/UE). Il Regolamento UE 2021/836 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 maggio 2021, modifica la decisione n. 1313/2013/UE su un meccanismo unionale di protezione civile. In particolare le nuove norme prevedono finanziamenti per un totale di 1 263 milioni di EUR per il periodo 2021-2027 e un importo pari a un massimo di 2 056 milioni di EUR per attuare le misure di protezione civile destinate a fronteggiare l'impatto della crisi della COVID-19 previste nello strumento (*Next Generation EU*) dell'UE per la ripresa: v. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0836&from=EN> e [https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/mechanism\\_en](https://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection/mechanism_en). Nell'ambito del meccanismo unionale di protezione civile è stato istituito nel 2016 e sviluppato nel corso degli anni il corpo medico europeo: v. [https://ec.europa.eu/echo/what-we-do/civil-protection/european-medical-corps\\_en](https://ec.europa.eu/echo/what-we-do/civil-protection/european-medical-corps_en).

<sup>27</sup> V. Commissione europea, Decisione n. 2021/C 393 I/02 del 16 settembre 2021, su cui V. FEDERICO, D. RINOLDI, *Bene HERA ma serve dare all'Unione europea piena competenza sulle pandemie*, in [www.piueuropa.eu](http://www.piueuropa.eu), 16/9/2021.

<sup>28</sup> Discorso sullo Stato dell'Unione 2020 (16 settembre).

<sup>29</sup> V. M. LAZZARONI, *Le implicazioni istituzionali della pandemia da Covid-19: verso un'«Europa della salute»?*, in *Studi sull'integrazione europea*, 2021, p. 391 ss., specific. par. 7; A. BUGHER, *Does Europe need a Health Union?*, in *Policy Contribution*, n.2/22 February. V. anche il Regolamento (UE) 2021/522 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 che istituisce un programma d'azione dell'Unione in materia di salute (“Programma EU4Health”) per il periodo 2021-2027 e abroga il regolamento (UE) n. 282/2014.

<sup>30</sup> V. Decisione di esecuzione 2021/173 della Commissione europea del 12 febbraio 2021. HaDEA è operativa dal 1° aprile 2021 e ha sede a Bruxelles. Oltre ad attuare il programma «Unione europea per la salute», con una dotazione pari a 5,1 miliardi di EUR, il nuovo organismo dovrà gestire finanziariamente altri importanti programmi dell'UE, tra i quali: Orizzonte Europa: pilastro II, polo tematico 1: Salute (5,4 miliardi di EUR); Orizzonte Europa: pilastro II, polo tematico

funzionare col sostegno di un bilancio UE dotato di reali e sufficienti risorse (senza duplicare e anzi sottraendo parte dei tributi oggi di competenza dei singoli Paesi membri) e ripartendo i poteri in campo sanitario secondo principi federali in modo tale che venga permessa in materia di salute pubblica anche la miglior organizzazione fra tre diversi piani – quello locale e regionale/federato di ciascuno Stato membro, quello nazionale-centrale e quello sovranazionale europeo – in materia di prestazioni di servizi sanitari, di adeguata fornitura di dispositivi medicali, di predisposizione in via preventiva di appropriati e condivisi protocolli medici e logistici, della capacità di miglior loro applicazione alla specifica esigenza concreta che si manifesti.

Certo l'aspetto organizzativo risulta in materia assai significativo, ma persino meno di quello finanziario; in un'Unione europea in cui la prassi sviluppata non si conforma alla lettera, prima ancora che allo spirito, dei Trattati. Se infatti l'art. 311 TFUE dispone che «L'Unione si dota dei mezzi necessari per conseguire i suoi obiettivi e per portare a compimento le sue politiche» – cosicché «*Il bilancio*, fatte salve le altre entrate, è finanziato integralmente tramite risorse proprie» – la realtà è che il bilancio è invece fortemente debitore dei contributi individuali di tutti gli Stati singolarmente intesi (secondo la diversa loro capacità contributiva).

Così, se la crisi pandemica ha determinato un cambio di passo da questo punto di vista, rendendo capace l'Unione di finanziare le politiche dei Paesi membri tramite l'assunzione di prestiti sui mercati di capitali, da restituire sotto forma di debito comune rimborsato collettivamente dagli Stati secondo la capacità economica di ciascuno e non secondo l'ammontare di finanziamento da ciascuno ricevuto, significa che la crisi può aver innescato per il futuro soluzioni finanziarie certo non facili da determinare ma comunque innovative ai fini della definizione di vere e proprie «risorse proprie dell'Unione». E mi riferisco al finanziamento tanto dello *strumento europeo di sostegno temporaneo per attenuare i rischi di disoccupazione nello stato di emergenza a seguito dell'epidemia di Covid-19* (cd. "Sure": *Support to mitigate unemployment risks in emergency*)<sup>31</sup>, quanto del *dispositivo per la ripresa e la resilienza*<sup>32</sup>. Il primo (lo strumento) risulta com'è noto piuttosto contenuto quantitativamente mentre il secondo (il dispositivo) è assai ingente e oltretutto in gran parte destinato all'Italia, sia in termini di aiuti (concorrenti a formare appunto debito comune) sia in termini di prestiti (da restituire a tassi d'interesse vantaggiosi). Quindi è indispensabile far riferimento alla decisione del Consiglio (UE, Euratom) 2020/2053 relativa proprio

---

4: Digitale, industria e spazio (6,1 miliardi di EUR); Programma per il mercato unico: Sicurezza alimentare (1,3 miliardi di EUR); Programma Europa digitale (0,8 miliardi di EUR); Meccanismo per collegare l'Europa – Digitale (1,7 miliardi di EUR):v. [https://hadea.ec.europa.eu/index\\_en](https://hadea.ec.europa.eu/index_en). V. pure la comunicazione della Commissione europea sul tema della *Delega della gestione dei programmi UE 2021-2027 alle agenzie esecutive*: in [https://hadea.ec.europa.eu/system/files/2021-04/C\\_2021\\_946\\_Communication\\_EAs\\_2021\\_2027.pdf](https://hadea.ec.europa.eu/system/files/2021-04/C_2021_946_Communication_EAs_2021_2027.pdf).

<sup>31</sup> Regolamento (UE) 2020/672 del Consiglio del 19 maggio 2020.

<sup>32</sup> Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021.

a un *nuovo sistema di risorse proprie dell'Unione*, al fine di assicurare il finanziamento del suo bilancio.

Beninteso, il “comparto” non può confliggere con gli attuali artt. 4.2 TUE e 67.1 TFUE, volti rispettivamente a garantire che «*L'Unione rispetta l'uguaglianza degli Stati membri davanti ai trattati e la loro identità nazionale insita nella loro struttura fondamentale, politica e costituzionale, compreso il sistema delle autonomie locali e regionali*», e a realizzare «uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia nel *rispetto dei diritti fondamentali nonché dei diversi ordinamenti giuridici* e delle diverse tradizioni giuridiche degli Stati membri». Insomma, per quanto concerne l'Italia andrebbe tenuto in buon conto il sistema delle autonomie locali e regionali, da quest'ultimo punto di vista dando finalmente compiuta attuazione alla riforma del titolo II della parte II della Costituzione, risalente al 2001, ovvero procedere a una modifica della Carta come s'era tentato, non solo in tema di autonomie regionali, col progetto rigettato dal *referendum* costituzionale del 2016<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> V. il testo della progettata riforma in *G.U.* n. 88 del 15/4/2016.

## ALLEGATO (\*)

### PETIZIONE AL PARLAMENTO EUROPEO

#### ***sull'ampliamento delle competenze dell'Unione europea in materia di sanità pubblica, con particolare riguardo alla disciplina delle emergenze sanitarie, quali le pandemie***

Chiediamo la costituzione di una forza comune di regia, intervento sanitario rapido e protezione civile dell'Unione europea per governare, uniti, le emergenze sanitarie. Proponiamo percorsi di riforma istituzionale che prevedono, in ultima istanza, un comparto sanitario federale specifico.

Premettiamo che:

- 71 anni sono trascorsi dalla Dichiarazione Schuman del 1950 che, col decisivo sostegno di Jean Monnet, iniziò a rispondere a istanze di integrazione fra Stati sorte nel nostro Continente durante e dopo le “guerre civili europee”, divenute guerre mondiali. L'odierna Unione europea ha agito e agisce, di fronte alle calamità, nei limiti delle competenze attribuitele dai Trattati istitutivi. Lo sforzo messo in campo dall'Unione in questa fase di contrasto alla pandemia non ha pari nella sua storia ma gli Stati membri sono ancora segnati da una forte intergovernatività che pervade la costruzione dell'Unione.
- La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato la necessità di rafforzare il ruolo dell'Unione europea nel coordinare l'attivazione e la gestione di misure di contrasto alla diffusione del contagio superando i limiti operativi e politici degli Stati-nazione. Al tempo stesso gli Stati membri non hanno da subito dimostrato capacità sufficienti di disponibilità vaccinale sul territorio dell'Unione per garantire in autonomia e adeguato coordinamento una pronta utilizzabilità di vaccini per i cittadini europei, anche affrontando adeguatamente la questione della proprietà intellettuale legata alla loro produzione. Serve una regia europea per gestire le grandi emergenze sanitarie, con nuove competenze e con una organizzazione che possa agire tempestivamente con misure coerenti e coordinate, in grado di raccogliere e pubblicare dati omogenei e confrontabili, di poter contare su personale già formato, specializzato e rapidamente trasferibile, con una collaudata capacità produttiva e acquisitiva di adeguati macchinari, presidi medici, dispositivi di protezione, vaccini, e così via.

L'Unione, inoltre, oggi non è in grado di predisporre strumenti, protocolli, presidi territoriali comuni e operativamente coerenti, tali da far meglio fronte, su tutto il proprio territorio:

- (i) alla contemporanea presenza nelle strutture ospedaliere di contagiati da SARS-COV-2, di malati occasionali diversi, di pazienti cronici, di persone affette da svariate patologie gravi;
- (ii) alla necessaria raccolta di dati sulle persone contagiate, sui malati, sulle capacità di intervento delle strutture sanitarie, sulla distribuzione e inoculazione dei vaccini, compresi quelli abituali stagionali;
- (iii) alla pressione sui reparti di terapia intensiva e alla conseguente drammatica “scelta” tra chi curare, nell'impossibilità, verificatasi, di garantire la massima assistenza a tutti.

- La “Costituzione europea” comprende una *Carta dei diritti fondamentali dell'UE* – di valore giuridico pari ai Trattati istitutivi – secondo cui «Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». Un «livello elevato» che non

---

<sup>(\*)</sup> Della petizione al Parlamento europeo n. 063/2021 sono stati qui omessi gli esponenti di nota, il testo di queste ultime nonché gli allegati della petizione stessa, il cui testo è presentato nella versione estesa originariamente inviata al PE, non in quella più ristretta scaturita successivamente da una rimodulazione chiesta dalla Commissione per le petizioni.

può esser garantito dall'attuale sistema di distribuzione delle competenze in materia dentro l'UE, da un lato, e fra Stati membri dell'UE e UE stessa, da un altro lato.

- Il Parlamento europeo ha l'obbligo di farsi carico, anche assumendosi al riguardo una responsabilità costituente, non solo della rapida apertura della Conferenza sul futuro dell'Europa ma soprattutto del suo immediato dedicarsi alla sostanza delle questioni. La Conferenza dovrà fornire speciale attenzione alle innovazioni e modifiche in materia di attribuzione ed esercizio delle competenze nel settore della sanità e, più complessivamente, di salute pubblica e privata. D'altra parte il Parlamento europeo troverebbe un potente alleato nella Commissione europea, guardando fra l'altro al discorso sullo Stato dell'Unione in cui la Presidente Von der Leyen ha affermato che «Dobbiamo costruire un'Unione europea della sanità più forte» riprendendo la sollecitazione formulata proprio dal Parlamento di «istituire un'Unione sanitaria europea». Realizzare a questo riguardo l'unità delle differenti identità esistenti nel nostro Continente significa procedere nella costruzione dell'Europa in Comune, dove l'iniziale maiuscola della parola «Comune» sta a significare non l'annullamento, ma l'arricchimento assai significativo che questa forma di governo locale (comunale appunto) è capace di offrire a una costruzione sovranazionale europea che sia «il più vicino possibile ai cittadini».
- La decisione assunta dalla Commissione europea di promuovere l'istituzione di un'Autorità dell'Unione di prevenzione e reazione in caso d'emergenza sanitaria (HERA), nell'ambito della prefigurata «Unione europea della sanità più forte», va nella direzione da noi auspicata ed è compatibile con la presente proposta. Nondimeno occorre che l'UE metta in campo una sempre maggior capacità di sostenere la ricerca scientifica.
- La comunità scientifica ritiene doveroso prepararsi ad affrontare future sfide simili all'attuale pandemia COVID 19 nei prossimi anni. Tra gli altri ricordiamo l'appello per la creazione di un nuovo modello di *preparedness* europea comportante «sorveglianza attiva, capacità di reazione rapida, programmazione compiuta ed efficace delle risorse mediche e di laboratorio, presenza di una catena di comando corta e rapida, di un piano di valutazione dei rischi, attuazione degli interventi e ricerca coordinato a livello transnazionale e scambio di dati esaustivo e trasparente nei casi di emergenze pandemiche come quella che stiamo vivendo».
- Con evidenza è emersa l'inefficacia, o almeno la sostanziale insufficienza, circa l'odierna emergenza, dei tanti organismi che nell'UE possiedono compiti di carattere sanitario, quali il *Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie* o il *Comitato per la sicurezza sanitaria*. Questi organismi vanno riconsiderati anche dal punto di vista di un loro miglior coordinamento.
- Gli Stati membri dell'Unione Europea stanno affrontando il contagio dell'infezione pandemica misurandosi con problemi simili a quelli presenti negli altri Continenti, determinati da un *virus* che si diffonde velocemente nella popolazione, con sintomatologia diversificata: dalle forme asintomatiche o paucisintomatiche simil-influenzali, fino alle gravi polmoniti che causano insufficienza respiratoria crescente. Le strategie per limitare il contagio, in attesa che le campagne di vaccinazione possano dispiegarsi al meglio nel corso del 2021, sono state essenzialmente di contenimento del virus, incentrate su dispositivi di protezione come guanti e mascherine, sul tracciamento dei soggetti infettati attraverso i tamponi e sulla massima riduzione possibile dei contatti interpersonali e sociali. Quest'ultima è stata declinata in modelli diversi: da una parte quello cinese della militarizzazione del territorio, dall'altra quello delle democrazie occidentali, divise inizialmente tra il modello italiano (limitazione della mobilità personale e chiusura tipo "lockdown" di scuole, uffici pubblici e attività economiche non essenziali) e il modello del Regno Unito e della Svezia (inizialmente teso a non comprimere i diritti individuali).
- La risposta dei singoli Stati Membri, non sufficientemente coordinati tra di loro e non omogenei per forza economica e capacità organizzativa, ha manifestato inadeguatezze durante la gestione della pandemia nelle sue varie fasi (prescindendo dal dividerle in acuta, estiva, seconda ondata autunnale, successiva terza ondata con varianti, e così via: anche su questo non c'è convergenza fra virologi):  
(i) per la drammatica mancanza di piani pandemici nazionali concreti e strutturati;

- (ii) per la mancanza di un numero sufficiente di presidi sanitari di protezione della popolazione in generale e del personale sanitario operante negli ospedali e sul territorio, in particolare;
- (iii) per la mancanza di un numero sufficiente di apparecchiature di ventilazione CPAP di sostegno all'attività respiratoria e di un numero sufficiente di personale sanitario specializzato nelle terapie intensive;
- (iv) per percorsi di tracciamento non omogenei e non validati adeguatamente;
- (v) per la diversa organizzazione dei presidi territoriali;
- (vi) per i diversi metodi utilizzati per la raccolta dei dati relativi all'infezione;
- (vii) per la mancanza di sorveglianza molecolare dell'infezione virale e non solo epidemiologica;
- (viii) per la difficoltà nelle catene di approvvigionamento farmaceutico di sostanze prodotte in Paesi terzi;
- (ix) per le differenti misure di salute pubblica adottate, anche in riferimento all'attività scolastica e alla circolazione delle persone a livello nazionale e transfrontaliero.

*Tutto ciò premesso*

Abbiamo

già da mesi lanciato una petizione nazionale in Italia che invoca: «All'Unione europea il governo delle emergenze sanitarie», acquisendo circa tremila firme di cittadini, di professori universitari in materie sanitarie e giuridiche, di rappresentanti di enti e istituzioni varie qualificate. Il contenuto di quella petizione è anche stato variamente recepito da organi di rappresentanza locale dei cittadini europei; le amministrazioni delle città di Milano, Parma, Lucca, Fano e altre ancora hanno così manifestato l'esigenza pressante di un adeguato coinvolgimento, in materia, del livello di governo europeo continentale. Ora chiediamo il puntuale intervento del Parlamento europeo affinché siano regolati nella dimensione sovranazionale e transnazionale i loro problemi individuati.

Consideriamo

«l'insufficienza delle disposizioni che attribuiscono competenza all'UE in materia di «tutela ... della salute umana». L'Unione oggi può solo svolgere un'azione che «*completa*» o «*sostiene*» o «*incentiva*» politiche che restano essenzialmente nazionali quando riguardano «*la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero*» (cosicché risulta troppo ridotto l'attuale ambito di competenza concorrente fra Stati membri e Unione in materia di sanità pubblica anche dove si promuovono programmi, per quanto utili, come EU4HEALTH). Similmente oggi si prevede un'azione di mero supporto dell'UE ad attività nazionali di protezione civile, pure in caso di «*calamità naturali o provocate dall'uomo*».

Constatiamo

che lo stesso Parlamento europeo ha valutato che «l'Unione europea dispone ancora di un margine di manovra per ottenere migliori risultati in materia di politica sanitaria nel rispetto degli attuali parametri stabiliti dai Trattati» e che «le disposizioni in materia di sanità pubblica previste dai Trattati sono ancora ampiamente sottoutilizzate».

Chiediamo

- un adeguato coordinamento sia tra i diversi livelli di competenza sanitaria (da quelli nazionali a quello sovranazionale) sia di misure, protocolli e metodologie omogenei e coerenti di contenimento della diffusione del contagio e di raccolta di informazioni al riguardo (compreso quanto concerne i vaccini), fatto salvo il necessario differimento dei tempi nell'applicazione delle misure nelle diverse aree geografiche, in considerazione della possibile diversità di coinvolgimento. In particolare, il *Centro europeo*



*per la prevenzione e il controllo delle malattie* «continua a evidenziare disparità nella raccolta e nella comunicazione dei dati da parte degli Stati membri», potendosi conseguentemente deplorare come «tale mancanza di armonizzazione impedisca di ottenere un quadro chiaro e completo della diffusione del *virus* in Europa»;

- che l'Unione si attrezzi preventivamente sia in merito alla produzione e allo stoccaggio di adeguati dispositivi medici, sia riguardo alle procedure (bandi, gare, assegnazioni dirette, assunzioni) che garantiscano nell'emergenza una rapida acquisizione di materiali, tecnologie e personale, sia rispetto alla promozione di capacità produttiva vaccinale sul territorio dell'UE;
- che il Parlamento europeo si faccia promotore di modifiche dei Trattati istitutivi per far fronte all'urgente necessità di una organica forza europea di prevenzione e intervento rapido per emergenze transnazionali in materia sanitaria. L'organismo va raccordato con quelli esistenti e operanti in campo medico e di protezione civile, pure al fine di razionalizzarne e rendere interoperabili le rispettive competenze così come le rispettive banche dati, anche nazionali.

Un'organica forza europea del tipo anzidetto può essere ottenuta *in tempi auspicabilmente contenuti* realizzando una modifica del solo Trattato sul funzionamento dell'UE che applichi quindi l'innovazione a tutti gli Stati membri. *Nel medio termine*, e coinvolgendo nelle modifiche oltre al TFUE anche il TUE, crediamo si possa poi realizzare una struttura sanitaria di stampo federale, adeguatamente finanziata, capace di ricomprendere la forza di prevenzione e intervento.

Chiediamo, con modifiche del solo TFUE, che si trasferisca l'intero ambito della «sanità pubblica» – debolmente disciplinato dall'art. 168 TFUE con l'attribuzione all'UE di poteri di incoraggiamento, completamento e sostegno di compiti che rimangono sostanzialmente nazionali – in una generale competenza concorrente fra Stati membri e istituzioni UE. Si può così far agire meglio in materia il principio di sussidiarietà verticale, secondo cui un'autorità di livello gerarchico superiore si sostituisce a una di livello inferiore quando quest'ultima, benché sia più vicina ai cittadini, non sia in grado di compiere, o di compiere nel modo più efficace, gli atti di governo necessari a provvedere alle esigenze della comunità.

Chiediamo, con una ben più estesa riforma dei Trattati istitutivi dell'UE, che si proceda alla creazione di un «comparto sanitario europeo», funzionante col sostegno di un bilancio UE dotato di reali e sufficienti «risorse proprie» (come d'altra parte già oggi in generale dispone l'art. 311, co. 2, TFUE) cosicché, senza duplicare ma anzi sottraendo parte dei tributi oggi di competenza dei singoli Paesi membri, vengano ripartiti i poteri in campo sanitario secondo principi federali e venga permessa in materia di salute pubblica anche la miglior organizzazione fra i tre diversi piani, quello locale e regionale/federato di ciascuno Stato membro, quello nazionale-centrale e quello sovranazionale europeo, in materia di prestazioni di servizi sanitari, di adeguata fornitura di dispositivi medicali, di predisposizione in via preventiva di appropriati e condivisi protocolli medici e logistici, della capacità di miglior loro applicazione alla specifica esigenza concreta che si manifesti.

Chiediamo altresì, in relazione all'enorme investimento di risorse finanziarie europee nell'ambito di Next Generation EU, che il Parlamento europeo sostenga la Commissione affinché anzitutto venga costituita una rete di coordinamento fra le autorità nazionali preposte a fronteggiare le condotte di corruzione e più in generale di illegalità nel settore sanitario, anche a fronte dell'esigenza di approvvigionamento pubblico di farmaci, materiali, dispositivi e presidi sanitari di emergenza; in aggiunta venga costituita un'agenzia europea (di coordinamento di quelle nazionali) capace di sovrintendere a trasparenza, efficienza e rapidità di funzionamento anche nella prospettiva della costruzione del comparto sanitario europeo attivo pure nell'emergenza, con l'obiettivo di proteggere il bilancio UE su cui esso si fonderà.

Proponiamo al Parlamento europeo, avendo ben presenti le difficoltà dell'*iter* per la modifica dei Trattati istitutivi, di farsi promotore, *in una prima fase*, di almeno una cooperazione rafforzata che introduca comunque fra i Paesi membri volentieri, intenzionati ad avviarla rapidamente, un “elemento di federalismo” (o comunque di sovranazionalità) che altre cooperazioni rafforzate hanno già creato o stanno creando. È ben nota ad esempio al PE la recente costituzione della Procura europea e l’attività di realizzazione del Tribunale unificato europeo dei brevetti, conseguenti a cooperazioni rafforzate, cui del resto è ascrivibile lo stesso “spazio Schengen”. Ma certo non può il Parlamento europeo dimenticare d’esser lui stesso il principale elemento di federalismo nell’integrazione continentale, accompagnato dall’istituto della cittadinanza europea nonché dalla cooperazione giudiziaria civile e dalla cooperazione giudiziaria penale comprese nello «Spazio di libertà, sicurezza e giustizia» regolato dal Trattato sul funzionamento dell’Unione. Non c’è il tempo di aspettare l’elaborazione e l’attuazione di «un Trattato internazionale contro tutte le pandemie» per rafforzare al meglio nell’UE «le capacità e la resilienza alle future pandemie».