

**COLLANA DEL DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

Sezione giuridica

Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale

a cura di

Beatrice Bertarini e Caterina Drigo



G. Giappichelli Editore

COLLANA DEL DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Sezione giuridica – 14

Volumi pubblicati

Sezione giuridica

1. B. Bertarini, *Tutela della salute, principio di precauzione e mercato del medicinale. Profili di regolazione giuridica europea e nazionale*, 2016.
2. M. Belletti, *Corte costituzionale e spesa pubblica. Le dinamiche del coordinamento finanziario ai tempi dell'equilibrio di bilancio*, 2016.
3. E. Menegatti, *Il salario minimo legale. Aspettative e prospettive*, 2017.
4. B. Bertarini, *La riqualificazione delle aree di crisi industriale complessa. L'intervento pubblico tra mercato e persona*, 2017.
5. C. Golino, *L'intervento pubblico per lo sviluppo economico delle aree depresse tra mercato e solidarietà*, 2018.
6. F. Cicognani - F. Quarta (a cura di), *Regolazione, attività e finanziamento delle imprese sociali. Studi sulla riforma del terzo settore in Italia*, 2018.
7. G. Marchianò, *Regolamentazione amministrativa delle libertà economiche nel mercato comune*, 2018.
8. F. Gennari (a cura di), *Lo sviluppo sostenibile delle micro piccole e medie imprese*, 2019.
9. R. Pini, *Democrazia bella. Democrazia incompiuta. Democrazia infranta*, 2019.
10. A. Santuari, *I servizi socio-sanitari: regolazione, principio di concorrenza e ruolo delle imprese sociali*, 2019.
11. N. Soldati, *Tutela del consumatore e procedure di sovraindebitamento*, 2019.
12. C. Gandini - A. Montanari (a cura di), *Scritti giuridici*, 2019.
13. B. Bertarini, *Il principio di solidarietà tra diritto ed economia. Un nuovo ruolo dell'impresa per uno sviluppo economico inclusivo e sostenibile*, 2020.
14. B. Bertarini - C. Drigo, *Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale*, 2020.

Sezione sociologica

1. S. Sicurella, *Da quel giorno mia madre ha smesso di cantare. Storie di mafia*, 2017.

Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale

a cura di

Beatrice Bertarini e Caterina Drigo



G. Giappichelli Editore – Torino

© Copyright 2020 - G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO
VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111 - FAX 011-81.25.100
<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 978-88-921-3285-6
ISBN/EAN 978-88-921-9257-7 (ebook - pdf)

Volume finanziato dall'Università di Bologna nell'ambito del progetto di Ateneo ALMA IDEA, intitolato "Diversità culturale come cura, cura della diversità culturale", P.I. Dottoressa Beatrice Bertarini, Membro Dottoressa Caterina Drigo.

La Collana si avvale di una procedura di referaggio doppio cieco (*double blind peer review*) per ogni singola proposta di pubblicazione scientifica.

Stampa: Stampatre s.r.l. - Torino

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

La Collana

Ubi societas, ibi jus. Questo antico adagio romano dimostra oggi tutta la sua validità nell'indicarci quanto sia cruciale, per la scienza e per l'agire pratico, collegare fra loro i cambiamenti sociali studiati dalla sociologia e il diritto che cerca di dare loro una regolazione normativa. I contatti e l'influenza reciproca tra diritto e sociologia stanno crescendo di continuo ed i docenti dell'una come dell'altra disciplina sono scientificamente persuasi della loro scelta. L'auspicio è che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia possa esercitare un influsso non trascurabile su alcuni campi della ricerca e della riflessione scientifica di settore, talora soddisfatti del loro status quo (con un atteggiamento spesso isolazionista), talora troppo ancorati alla distinzione tra conoscenza dei principi astratti e conoscenza e fruizione dei fatti e delle pratiche sociali. Già da tempo sono emerse connessioni e mediazioni tra principi e realtà in una proficua reciproca fertilizzazione che è il contrassegno essenziale della posizione culturale del dipartimento; vale a dire una concezione della conoscenza che non è puro e semplice rispecchiamento di una realtà statica fuori ed indipendentemente dall'uomo-cittadino ma attività, non solo teorica, essa stessa aspetto della realtà in trasformazione. È così che la conoscenza dei nessi reali, nella dialettica fra le diverse forze umane e le forme di società, assume una sua dignità autonoma, caratteristica del dipartimento. Contro ogni assolutizzazione del metodo di ogni scienza particolare, contro ogni restrizione degli orizzonti e l'impovertimento contenutistico di certa scienza ufficiale. Ciò non toglie che il diritto e la sociologia possano rivendicare la diversità dei metodi di indagine e degli strumenti conoscitivi propri ma al contempo comporta che nella sussidiarietà reciproca possano 'vivere' all'interno dei contesti socio-economici imprimendo il loro rispettivo impulso.

Entrambi possono estroflettere le proprie forze per riconoscere e concorrere a superare le necessità delle collettività ed i loro impulsi indifferibili. Si pensi ad esempio alle materie di studio come l'autorità e la famiglia, l'impresa e la società, il lavoro e l'economia, l'imposizione fiscale e la solidarietà sociale, la società attiva e la società acquiescente, l'industria e l'ambiente con i relativi contrasti, il potere della comunità e quello del singolo, il sistema bancario-creditizio e le relative connessioni.

Oggi sembra stiano per cadere o per lo meno oscillano pericolosamente i presupposti di ogni legge eppure la legge risulta una condizione cronica della società contemporanea, dando luogo a situazioni talora paradossali talora sfuggenti all'interno delle quali l'uomo continua a vivere. Sembra essere messo in discussione

il legame della legge con il territorio, ma al contempo il legame ritorna quasi in un moto perpetuo sicché il diritto continua ad irradiarsi con ordini, condizionamenti, decisioni mentre la società tenderebbe a sottrarsene o a rovesciarli, perché la legge pretende una sorta di eternità dei principi che la sottendono mentre la società non vorrebbe essere sottratta ai flussi del tempo con intenzioni infuturanti progettuali autonome. È questa una delle tipiche occasioni in cui scienze sociologiche e giuridiche consentono di affrontare 'insieme' e contemporaneamente nuovi campi di possibilità costruttive, in una molteplicità ordinata che assicura la non contraddittorietà logica della possibilità della sua costruzione. Il diritto e la sociologia non sono ricavabili uno dall'altra ma possono riscontrarsi coincidenze proficue nell'equilibrio continuo delle procedure di libera scelta, pensando simultaneamente gli apparenti opposti, ordine-arbitrarietà, possibilità-necessità, affermazione-negazione. Costituiscono l'uno l'altrimenti dell'altra e al contempo la prossimità dell'altra al primo, senza mai sentirsi identici, pur integralmente affidati al lavoro di restaurazione degli istituti. Dispersioni e disaggregazioni possono assillarli, essendo entrambi essenza di se stessi, ciò che rende raro equivocarli, ma si influenzano reciprocamente nell'esposizione con cui si fanno conoscere e con cui sono stati.

Entrambi superano l'astratta separazione tra tempo vero e tempo apparente e sono dediti al presente per comprenderlo e sostanziarlo, abbracciando la vita in sé con la chiarezza che ne divide e ne rapporta le diverse dimensioni.

Sono discipline che realizzano 'il possibile', oltre ogni errante radice, nell'idea del dover essere della pienezza del presente e quindi entrambe contengono principi universali disincarnati da ogni terra e da ogni luogo, liberi dalla crescente instabilità del termine stesso di Stato.

Gli studiosi del dipartimento conoscono la necessità delle domande e la difficoltà frequente delle risposte, ma il domandare e il rispondere sono per loro elementi di una stessa dimensione e quotidiana abitudine di assumerli come un unico contesto.

Domanda e risposta sono due termini incommensurabili, e gli studiosi del dipartimento lo sanno, perciò sono attenti a non sprofondare nella dimensione della domanda, quando è riconosciuta priva di scopo e perciò inutile, avendo come fine la verità in quanto *próblema*. Così non percorrono vie di fuga, auspicando che la verità prenda forma, se non oggi, un'altra volta, con la pazienza di ottenerla.

È così che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia può essere inteso come labirinto protettivo degli studiosi rivolti al possibile delle risposte, anche se spesso si celano.

Nella fondamentale proposizione di far coincidere esistenza e costruibilità di cose nuove, con approfondito vaglio critico, nell'equilibrio delle due discipline, aperte una all'altra con lucidità.

Il dipartimento è dunque la forma di accoglienza che facilita e nutre il successo della ricerca, attività istintiva e fertile dei suoi componenti che insieme reagiscono al controllo esercitato sulle questioni dall'abitudine; con le loro narrazioni plurali tra il caos dei diritti, le istituzioni, le tradizioni giuridiche e sociali, i soggetti politici in cerca di legittimazione, i poteri nascosti che così tanto ricordano la crisi attuale, le nuove patrie, le tendenze isolazioniste, l'essere in relazione.

Ed è il luogo dell'ascesa di giovani intraprendenti che con le loro intuizioni creano una grande realtà, né impaludata né burocratica, vero riferimento in una globalità sempre più frammentata, in attesa del futuro, con coraggio morale in tempi squilibrati e storti di società subalterne e dilatate.

Sociologia e diritto dell'economia si sono accostate l'una all'altro nell'ambito di un nuovo dipartimento per la specifica funzione morale e sociale delle discipline e del ruolo dei loro studiosi. L'idea del 'compito' delle due discipline è stata centrale per il loro accostamento; tanto da sembrare strettamente legata e finanche suggerita da un'idea morale della società e del sistema giuridico. A questa idea si è affiancata poi la volontà di una intensa attività pubblica e di una altrettanto viva produzione scientifica.

La prossimità tra sociologi e giuristi ha messo in luce il valore politico delle norme e definita la loro funzione in relazione al sistema sociale ed economico e ha sottolineato il differente grado di adeguatezza pubblico-politica in vista della loro applicazione. Si sono trovati così a lavorare gomito a gomito numerosi intellettuali, in una schiera che ha riunito nella figura dello studioso attitudini di vita e vocazioni in una misura in parte anche lontana dalla tradizione accademica. Le due discipline hanno una propria unità intrinseca, guidate da propri principi originali ma le accomuna uno spirito che è lo sforzo di contrastare con puntuali riferimenti e analisi ogni decadenza, ogni sincretismo sui tempi attuali, articolando un senso nuovo dell'uomo in sé, del mondo, del dualismo tra l'uno e l'altro, del dinamismo societario, della conoscenza della verità sulla condizione umana individuale e collettiva.

L'accostamento delle due discipline può rappresentare l'opportunità di possibili novità nel metodo o nella attualità delle ricerche che sono gli elementi che intendono caratterizzare la Collana, aperta ai lavori anche di sperimentazione, o nella messa a fuoco del *proprium* di ogni disciplina, tutti considerati come compito e come responsabilità di ogni studioso. È questa la risposta a studi mistificatori e sedicenti scientifici di alcuni anni passati che enunciavano il crollo di tutti i principi e di tutte le regole. Questa Collana ha una funzione ordinante, regolatrice e costruttiva nel nostro sistema sociale, economico e giuridico, e vuole essere espressione di un sistema di valori economici, giuridici e sociali subito associati al concetto di persona umana senza restringere l'orizzonte scientifico ad una sola epoca storica. È così che le cose possono 'svelare' la loro esistenza a chi

le interroga seriamente, visitandole più volte, senza tuttavia svelare del tutto da dove vengono.

Risulta chiaro che la Collana contiene due punti di vista, entrambi necessari, nella comprensione della realtà, ma differenti e vuole superare le difficoltà o le perplessità che un loro avvicinamento ha più volte suscitato, soprattutto per la diffidenza di alcuni studiosi, nonostante siano coscienti della ormai imprescindibile natura interdisciplinare della ricerca, che si tratti di interdisciplinarietà interna o esterna; anche perché soltanto così si evita sicuramente che ogni scienza rifletta esclusivamente su se stessa e sul proprio ruolo e non prenda in considerazione riflessi, relazioni, interferenze che non possono non stimolare.

La Collana del dipartimento costituisce perciò il punto d'incontro speculativo tra le culture degli studiosi afferenti alla struttura e ha l'ambizione di avvalorare i loro apporti dediti al ritrovamento del senso vero della realtà; così ad esempio il giurista va oltre i classici confini dell'interpretazione della legge che non ne esauriscono obbligatoriamente il compito scientifico e il sociologo va oltre i confini delle regole sociali vigenti in una certa collettività, analizzandone il senso, le funzioni e le finalità di cambiamento della collettività stessa.

Risulta così che le due discipline, diritto e sociologia, possono affrontare nuovi argomenti tra scienza e politica, sottolineando la centralità del concreto rispetto all'astratto in una conclusione armoniosa.

INDICE

	<i>pag.</i>
<i>Gli Autori</i>	XIII
BEATRICE BERTARINI-CATERINA DRIGO	
PREFAZIONE	1

BEATRICE BERTARINI

L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE A LIVELLO INTERNAZIONALE ED EUROPEO. LE SFIDE FUTURE

1. Osservazioni introduttive. L'affermazione del diritto alla salute nel contesto internazionale	5
2. Il percorso storico giuridico del diritto alla salute nell'Unione europea	11
3. Programmi d'azione in materia di sanità pubblica e di Sistemi sanitari nell'Unione europea	17
4. Osservazioni conclusive. Le sfide future del diritto alla salute	23

CATERINA DRIGO

L'APERTURA DEI SISTEMI SANITARI ALLA DIVERSITÀ CULTURALE: QUALE SPAZIO PER LE MEDICINE “NON CONVENZIONALI”?

1. La dimensione culturale del diritto alla salute	29
2. (<i>segue</i>): Quale spazio per le medicine “altre” e per la diversità culturale?	35
2.1. Profili concettuali e definatori	35

	<i>pag.</i>
2.2. Problemi epistemologici e giuridici sottesi all'integrazione di medicine e pratiche "non convenzionali"	38
3. Le politiche dell'Organizzazione mondiale della sanità e le tendenze di regolamentazione delle medicine non convenzionali nel contesto internazionale	41
4. Il contesto regionale europeo: fra diffidenza e tentativi di regolamentazione uniforme	46
5. Le medicine non convenzionali in Italia	51
6. (<i>segue</i>): Le Regioni e la sensibilità verso le medicine non convenzionali. Un panorama a geometria variabile	54
6.1 Percorsi di riconoscimento articolati e differenziati	54
6.2. Le medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna	59
7. La "forma dell'acqua": problemi aperti e spunti di riflessione	64

ENTELE CUKANI

LE CURE MEDICHE DEGLI «ALTRI»
OLTRE IL MODELLO NAZIONALE DI INTEGRAZIONE?
PRIME RIFLESSIONI ALLA LUCE
DI UN'ANALISI COMPARATA

1. Introduzione	75
2. Diversità culturale e diversità delle cure mediche: una novità per relazionarsi solo con le culture non occidentali?	76
3. I rapporti tra costruzione europea e Stati nazionali: sull'assenza di un modello di integrazione degli "altri" fatto proprio a livello europeo	78
4. Diversità culturale degli "altri" e diversità delle cure mediche oltre il modello di integrazione nazionale: alcune pioneristiche osservazioni conclusive	87

MARIA CHIARA GIORDA-ANNA MASTROMARINO

MAGGIORANZE E MINORANZE:
ANDARE OLTRE? LE MENSE DEGLI OSPEDALI
COME LABORATORIO DI ANALISI

1. L'insostenibile leggerezza del concetto di "minoranza"	95
2. Le minoranze nel contesto del costituzionalismo democratico	99
3. Dalla diversità plurale al pluralismo	102
4. Il panorama sociale della diversità religiosa	104

pag.

5. Il quadro giuridico: verso il pluralismo?	108
6. Le religioni negli spazi pubblici	109
7. Alcuni temi di ricerca (e non di dibattito) legati agli ospedali	111
8. Nutrirsi in ospedale: mense e norme religiose	112
9. Risultati di un'indagine <i>in progress</i>	115
10. Alcune riflessioni conclusive	117

ANNA CAMILLA VISCONTI

LA SALUTE DELLO STRANIERO
ENTRO E OLTRE LO STATO:
QUALE SPAZIO NELL'AMBITO DELLA CEDU?

1. Il rapporto "migrazione-salute": una premessa	123
2. Lo straniero: quale spazio dentro e oltre lo Stato?	126
3. La salute dello straniero: <i>a multi-level approach</i>	132
4. Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento costituzionale italiano	136
5. Il diritto alla salute nella CEDU: tra diritto alla vita, dignità umana e principio di non discriminazione	143
5.1. Salute e stranieri: la giurisprudenza di Strasburgo	147
6. Conclusioni	162

ALESSANDRO MORELLI

SALUTE E IMMIGRAZIONE:
LA DIMENSIONE REGIONALE

1. Il criterio di ragionevolezza come strumento di valutazione della legittimità degli interventi emergenziali in materia d'immigrazione	167
2. Il quadro delle competenze statali e regionali coinvolte dal rapporto tra salute e immigrazione	170
3. Immigrazione, salute ed emergenza: i rischi insiti in possibili riforme strutturali	172

ANTONIO PÉREZ MIRAS
 IMMIGRAZIONE E DIRITTO ALLA SALUTE
 IN SPAGNA

1. A mo' di introduzione: la tutela della salute degli immigrati in Spagna	177
2. L'assetto costituzionale della salute	179
3. La costruzione del Sistema Nazionale di Salute: verso un diritto universale	181
4. La crisi economica e il cambio di orientamento	183
5. (<i>segue</i>): La copertura giurisprudenziale	186
6. Il ritorno del Governo all'accesso universale	190
7. A mo' di conclusione: un vero diritto per gli immigrati?	192

MARIA RITA TAGLIAVENTI
 GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ:
 PROCESSI ORGANIZZATIVI
 E LOGICHE ISTITUZIONALI

1. Introduzione: diritto alla salute e diritto alla cura	199
2. La nascita degli ospedali di comunità: una convergenza tra interesse pubblico e interesse professionale	201
3. Lo sviluppo degli ospedali di comunità: supporto istituzionale e costruzione di pratiche	206
4. La maturità degli ospedali di comunità: pressione sui costi e ricerca di innovazione	217
5. Conclusioni	221

GLI AUTORI

Beatrice Bertarini, Ricercatrice di Diritto dell'Economia, presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Entela Cukani, Assegnista di ricerca in Diritto Pubblico Comparato presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università degli Studi del Salento

Caterina Drigo, Ricercatrice in Diritto Costituzionale presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Maria Chiara Giorda, Professoressa associata in Storia delle Religioni presso il Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi Roma Tre

Anna Mastromarino, Professoressa associata in Diritto Pubblico Comparato presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Torino

Antonio Pérez Miras, Profesor Ayudante Doctor in Diritto Costituzionale, Dipartimento di Diritto Costituzionale, Università di Granada

Alessandro Morelli, Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Giuridiche, Università degli Studi di Messina

Maria Rita Tagliaventi, Professore associato di Sociologia dei processi economici e del lavoro, Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna

Anna Camilla Visconti, Dottoressa di ricerca in Diritto Pubblico presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università degli Studi "G. d'Annunzio", Chieti-Pescara

BEATRICE BERTARINI

L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE A LIVELLO INTERNAZIONALE ED EUROPEO. LE SFIDE FUTURE

SOMMARIO: 1. Osservazioni introduttive. L'affermazione del diritto alla salute nel contesto internazionale. – 2. Il percorso storico giuridico del diritto alla salute nell'Unione europea. – 3. Programmi d'azione in materia di sanità pubblica e di Sistemi sanitari nell'Unione europea. – 4. Osservazioni conclusive. Le sfide future del diritto alla salute.

1. OSSERVAZIONI INTRODUTTIVE. L'AFFERMAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

La piena tutela del diritto alla salute, oggi più che mai, richiede al legislatore una profonda riflessione in relazione agli strumenti giuridici necessari per garantire tale diritto.

Molteplici sono, infatti, i fattori che incidono sulle politiche pubbliche nazionali in tema di diritto alla salute; lo studio del diritto alla salute, richiede, invero, un approccio di analisi a piani trasversali che considera sia le interrelazioni che intercorrono tra i diritti, si pensi ad esempio alla relazione tra diritto alla salute e tutela ambientale, sia considera l'articolato quadro giuridico regolatorio all'interno del quale operano numerosi soggetti pubblici con differenti poteri che intervengono per la tutela del diritto alla salute a livello internazionale, europeo e nazionale¹.

¹ Sottolinea A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 4, p. 81, che «già Aristotele, nella *Retorica* (*Tέχνη ρητορική*), sottolineava che “compito della medicina non è il produrre la salute, bensì solamente il favorirla al massimo grado”, dovendo tener conto dei mutevoli bisogni da soddisfare dei soggetti delle prestazioni, che mutano in relazione alle condizioni sociali ed economiche di questi ultimi, oltre che di fattori “endogeni” agli stessi, quali l'età o la storia clinica pregressa. Anche per questo il diritto alla salute viene oggi definito come una fattispecie a “geometria variabile” (così C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, To-

Il diritto alla salute è oggi al centro del dibattito politico, giuridico e sociale a seguito del dilagare della pandemia sanitaria che ha posto, inevitabilmente, maggiore attenzione alla necessità di una tutela comune di tale diritto ed alle modalità di intervento che uno Stato pone in essere²; a livello europeo si è giunti a definire l'imprescindibile esigenza di «*costruire un'Unione europea della sanità più forte*»³.

Il carattere universale del diritto alla salute e la ricerca della piena tutela di esso sono affermati da numerosi atti internazionali ed europei che identificano, nel tempo, nuove istanze sociali connesse a tale diritto definendo quindi un diritto in continuo divenire⁴.

Ciò che interessa mettere in evidenza in questa analisi è proprio il percorso storico giuridico che porta all'affermazione del diritto alla salute, ma di maggiore interesse pare la complessità propria del diritto alla salute e la continua tensione esistente tra l'effettiva tutela di esso e le emergenti istanze sociali. La definizione a livello internazionale ed europeo di principi di riferimento mira a costruire un quadro comune entro il quale gli Stati definiscono le loro politiche nazionali.

La volontà di promuovere la cooperazione internazionale in campo sanitario è da subito affermata dalle Nazioni Unite, la *Charter of the United Nation* all'art. 13, infatti, stabilisce che «*the General Assembly shall initiate studies and make recommendations for the purpose of: a) promoting inter-*

rino, 2009, p. 34), dove assume rilevanza anche l'angolo prospettico con il quale lo si prende in considerazione. Ciò comporta che il modello di Stato nel quale questo diritto viene tutelato influenza non solo le modalità ma anche il contenuto dello stesso, elemento questo di particolare rilevanza nella prospettiva di una reale dimensione multilivello».

² Cfr. G. ZAGREBELSKY, *Costituzione e doveri Stato. La salute termometro di ingiustizie sociali*, in *Libertà e giustizia*, 29 maggio 2020.

³ Così Discorso sullo stato dell'Unione della Presidente della Commissione europea Ursula Von Der Leyen, del 16 settembre 2020.

⁴ Cfr. S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2012, p. 166, afferma che «*la progressiva marcia verso il centro del sistema giuridico del diritto alla salute può essere considerata come il segno forse più evidente di un diverso modo di guardare alla persona. Questo non è avvenuto mostrando solo l'insostenibilità delle tesi di chi contestava l'appartenenza del diritto alla salute, al pari degli altri diritti sociali, alla categoria dei diritti fondamentali*». Sull'evoluzione dei diritti si rinvia a N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Torino, 1990, p. 9, che osserva «*l'elenco dei diritti dell'uomo si è modificato e va modificandosi col mutare delle condizioni storiche, cioè dei bisogni e degli interessi, delle classi al potere, dei mezzi disponibili e per la loro attuazione, delle trasformazioni tecniche, ecc. Diritti che erano stati dichiarati assoluti alla fine del Settecento, come la proprietà privata "sacre et inviolable", sono stati sottoposti a radicali limitazioni nelle dichiarazioni contemporanee; diritti che le dichiarazioni del Settecento non menzionavano neppure, come i diritti sociali, sono ormai proclamati con grande ostentazione in tutte le dichiarazioni recenti*», il che prova «*che non vi sono diritti per loro natura fondamentali*».

national co-operation in the political field and encouraging the progressive development of international law and its codification; b) promoting international co-operation in the economic, social, cultural, educational, and health fields, and assisting in the realization of human rights and fundamental freedoms for all without distinction as to race, sex, language, or religion». In proposito la dottrina ha osservato che il «*carattere progressivo del diritto alla salute lascia agli Stati un certo margine discrezionale nel decidere se e quali misure adottare per conformarsi agli obblighi internazionali, ma sussiste l'onere di dimostrare l'idoneità degli interventi al raggiungimento degli obiettivi e di aver fatto tutto il possibile (nei limiti della ragionevolezza) per utilizzare ogni risorsa disponibile al fine di adempiere, in via prioritaria, agli obblighi previsti dai trattati e dalle convenzioni rilevanti*»⁵.

Un ruolo determinante nelle politiche internazionali in tema di salute è riconosciuto alla World Health Organization (1946)⁶ che nel Preambolo della sua *Constitution* definisce la salute come «*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*»⁷ quale concetto ampio ed articolato dal quale discendono molteplici atti

⁵ G. DI FEDERICO-S. NEGRI, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Milano, 2019, p. 57.

⁶ La *Constitution of the World Health Organization* fu adottata alla International Health Conference di New York nel giugno del 1946 e firmata da 61 Stati il 22 luglio 1946. La Costituzione specifica che «*World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations*».

In materia, *ex multis* e di recente, si rinvia a: B.M. MEIER-L.O. GOSTIN, *Human Rights in Global Health. Rights-Based Governance for a Globalizing World*, Oxford, 2018; B.M. MEIER-D.P. EVANS-M.M. KAVANAGH-J.M. KERALLIS-G. ARMAS-CARDONA, *Human Rights in Public Health: Deepening Engagement at a Critical Time*, in *Health Hum Rights*, 2018, n. 2, pp. 85-91; R. HAMMONDS-G. OOMS-M. MULUMBA-A. MALECHE, *UHC2030's Contributions to Global Health Governance that Advance the Right to Health Care: a Preliminary Assessment*, in *Health Hum Right*, 2019, n. 2, pp. 235-249.

⁷ Cfr. D. CALLAHAN, *The WHO Definition of "Health"*, in *The Hadtingd Center Studied*, 1973, n. 3, p. 78, che osserva che molte obiezioni sono state mosse alla definizione dalla WHO «*two lines of attack are possible against putatively hazardous social definitions of significant general concepts. One is by pointing out that the definition does not encompass all that a concept has commonly been taken to mean, either historically or at present, that it is a partial definition only. The task then is to come up with a fuller definition, one less subject to misuse. But there is still another way of objecting to socially significant definitions, and that is by pointing out some. baneful effects of definitions generally accepted as adequate. Many of the objections to the WHO definition fall in the latter category, building upon the important insight that definitions of crucially important terms with a wide public use have ethical, social, and political implications; defining general terms is not an abstract exercise but a way of shaping the world metaphysically and structuring the world politically*».

internazionali che via via disciplinano aspetti centrali e preponderanti del diritto alla salute. In senso ampio la World Health Organization dichiara nel maggio del 1977⁸ che «*the main social target of governments and of WHO in the coming decades should be the attainment by all the people of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life*»⁹.

La successiva Dichiarazione di Alma-Ata (WHO 1978) esprime la necessità di fornire un'assistenza sanitaria di base utile per promuovere una salute migliore per tutti sottolineando che la salute «*is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector*»¹⁰; nonché enfatizzando la necessità di superare le diseguglianze poiché «*the*

⁸ Risoluzione WHA 30.43.

⁹ Tale Dichiarazione, conosciuta come *Health for all by the year 2000*, chiarisce che «*what does "health for all" mean? It means simply the realization of WHO's objective of "the attainment by all peoples of the highest possible level of health"; and that as a minimum all people in all countries should have at least such a level of health that they are capable of working productively and of participating actively in the social life of the community in which they live. To attain such a level of health every individual should have access to primary health care and through it to all levels of a comprehensive health system. While countries might be expected to have a similar general understanding of the meaning of health for all as outlined above, each country will interpret this meaning in the light of its social and economic characteristics, health status and morbidity patterns of its population, and state of development of its health system*».

¹⁰ Articolo I della Dichiarazione di Alma-Ata, *International Conference on Primary Health Care*, 6-12 settembre 1978. In tema si rinvia a Z.A. BHUTTA-R. ATUN-N. LADHER-K. ABBASI, *Alma Ata and primary healthcare: Back to the future*, in *British Medical Journal*, 2018, n. 3, p. 366, che analizzano che la Dichiarazione definisce tre principi fondamentali «*firstly, primary healthcare is an integral part and central function of health systems. Secondly, it is essential to social and economic development. Thirdly, primary health care must be universally accessible through full community participation and based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technologies. Although the response to the declaration was generally enthusiastic, its implementation met with many challenges. For some countries, the model of primary healthcare proposed was "poor care for poor people, a second-rate solution for developing countries". Others had fundamental misgivings about the principles of universality and social justice championed by the declaration, which they thought seemed impractical and smacked of radicalism. Indeed, the declaration lacked a pragmatic plan to translate its laudable goals into meaningful actions and results. Within a year of the declaration, a conference hosted by the Rockefeller Foundation in Bellagio, Italy, debated universal versus selective approaches and recommended interim measures of selective primary healthcare, focusing on a narrow set of high impact and cost effective strategies to tackle major causes of death and illhealth*».

existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries»¹¹.

Nello stesso senso anche le conclusioni della Carta di Ottawa per la promozione della salute (WHO 1986) enfatizzano come la promozione della salute «*is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource of everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing»¹². Al contempo si evidenzia che la promozione della salute si concentra sul raggiungimento dell'equità nella salute, cosicché «*health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men»¹³.**

Questi primi e storici atti internazionali pongono al centro del dibattito giuridico e sociale in tema di diritto alla salute alcuni dei problemi che, ancora oggi, non paiono pienamente risolti e rappresentano, invero, anche le sfide future per la piena tutela del diritto alla salute.

¹¹ Articolo II della Dichiarazione di Alma-Ata, *International Conference on Primary Health Care*, 6-12 settembre 1978. In tema di disuguaglianze connesse alla salute si rinvia al Rapporto OECD, *Healthfor Everyone: Social Inequalities in Health and Health Systems*, Paris, 2019, che analizza le disuguaglianze nei sistemi sanitari fornendo indicazioni chiave per realizzare società più inclusive, evidenziando che «*while health systems and policies are often built and therefore presumed to treat people with similar needs equally, more tailored solutions still seem to be required to reduce inequalities. Public health interventions, for instance, should be more explicitly evaluated for their ability to reduce harmful practices among the less advantaged. Some policies could focus in particular on those population groups that are most prone to adopting unhealthy lifestyles. Improving health literacy should also help close the inequality gap on risk factors and access to care»* (p. 32).

¹² Punto 1 della Carta di Ottawa.

¹³ Punto 4 della Carta di Ottawa.

L'esigenza di contrasto delle diseguaglianze e di incentivazione dell'equità che hanno caratterizzato questi primi atti internazionali sono riprese nel Rapporto *Health 2020: a European policy framework supporting action a cross government and society for health and well-being* della WHO Regional Committee for Europe (settembre 2012) che individua quattro aree prioritarie di intervento pubblico, e cioè: «*investing in health through a life-course approach and empowering people; tackling the Region's major health challenges of non communicable and communicable diseases; strengthening people-centred health systems, public health capacity and emergency preparedness, surveillance and response; creating resilient communities and supportive environments*»¹⁴. Nello stesso senso, ancora più recentemente si ricorda che le Nazioni Unite riaffermano nell'*Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile* del 2015¹⁵ la necessità di rafforzare azioni tese sia a migliorare la salute e il benessere di tutti, sia a garantire che nessuno sia emarginato. Più nel dettaglio l'Obiettivo n. 3 dell'Agenda 2030 mira ad *Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età*¹⁶, definendo nei 9 sotto obiettivi¹⁷ la necessità di ri-

¹⁴ Pagina 5 del Rapporto ove viene specificato che «*the four priority areas are inter-linked, interdependent and mutually supportive*».

¹⁵ Risoluzione A/RES/70/1 del 25 settembre 2015, *Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development*.

¹⁶ A. SANNELLA, *Sviluppo sostenibile e innovazione sociale per la promozione della salute*, in *Salute e società*, 2019, n. 2, pp. 68-82.

¹⁷ I 9 sotto obiettivi sono nel dettaglio: «*3.1 Entro il 2030, ridurre il tasso di mortalità materna globale a meno di 70 per ogni 100.000 bambini nati vivi. 3.2 Entro il 2030, porre fine alle morti prevenibili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età. Tutti i paesi dovranno cercare di ridurre la mortalità neonatale ad almeno 12 per ogni 1.000 bambini nati vivi e la mortalità dei bambini sotto i 5 anni di età ad almeno 25 per 1.000 bambini nati vivi. 3.3 Entro il 2030, porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate; combattere l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili. 3.4 Entro il 2030, ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale. 3.5 Rafforzare la prevenzione e il trattamento di abuso di sostanze, tra cui l'abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol. 3.6 Entro il 2020, dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidenti stradali. 3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali. 3.8 Conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti. 3.9 Entro il 2030, ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da contaminazione e inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo. 3.a Rafforzare l'attuazione del Quadro Normativo della Convenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul Controllo del Tabacco in modo appropriato in tutti i paesi. 3.b Sostenere la ricer-*

durre tutte le diseguaglianze ancora presenti¹⁸, nonché mirando a garantire equità.

La persistenza di situazioni di diseguaglianza ed assenza di equità rappresentano un problema per il pieno godimento del diritto alla salute e non solo a livello internazionale vengono evidenziati i riflessi sulla società di queste situazioni, ma anche a livello europeo è rinvenibile, nel tempo, e sempre più, la volontà di definire un quadro giuridico di riferimento che sappia delineare condizioni di equità e di garanzia di accesso alle cure sanitarie¹⁹.

2. IL PERCORSO STORICO GIURIDICO DEL DIRITTO ALLA SALUTE NELL'UNIONE EUROPEA

Nel quadro giuridico regolatorio dell'Unione europea la tutela della salute

ca e lo sviluppo di vaccini e farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili che colpiscono soprattutto i Paesi in via di sviluppo; fornire l'accesso a farmaci e vaccini essenziali ed economici, in conformità alla Dichiarazione di Doha sull'Accordo TRIPS e la Sanità Pubblica, che afferma il diritto dei Paesi in via di sviluppo ad utilizzare appieno le disposizioni dell'Accordo sugli Aspetti Commerciali dei Diritti di Proprietà Intellettuale contenenti le cosiddette "flessibilità" per proteggere la sanità pubblica e, in particolare, fornire l'accesso a farmaci per tutti. 3.c Aumentare considerevolmente i fondi destinati alla sanità e alla selezione, formazione, sviluppo e mantenimento del personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo, specialmente nei meno sviluppati e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo. 3.d Rafforzare la capacità di tutti i Paesi, soprattutto dei Paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale».

¹⁸ Si ricorda che l'Obiettivo n. 10 dell'Agenda 2030 mira a *Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le Nazioni.*

¹⁹ Cfr. Rapporto *Una vita sana e prospera per tutti. Il Rapporto sullo stato dell'equità in salute* della WHO Regional Committee for Europe del 2019, p. 10, che evidenzia che «gli sforzi per ridurre le disuguaglianze di salute vanno visti come investimenti fondamentali per conseguire una crescita inclusiva e viceversa. Uno scenario di riduzione del 50% delle disuguaglianze nell'aspettativa di vita tra i gruppi sociali fornirebbe ai Paesi vantaggi monetizzati che vanno dallo 0,3% al 4,3% del prodotto interno lordo (PIL). Gli interventi per rimuovere le barriere create tra chi è in buone condizioni di salute e chi non lo è, giovano sia al benessere dei singoli che a quello economico. Il settore sanitario è fondamentale per favorire l'equità, il benessere e l'economia inclusiva, ma molti altri settori, come la finanza, l'edilizia abitativa, l'occupazione e l'istruzione hanno pure ruoli importanti da svolgere». Il Rapporto identifica cinque condizioni «che esercitano un impatto sull'equità in salute; le carenze in ciascuna delle aree sono significative di per se stesse nello spiegare le disuguaglianze di salute» (p. 20 del Rapporto); le cinque condizioni sono: salute e servizi sanitari; salute e sicurezza del reddito e protezione sociale; condizioni di salute e di vita; salute e capitale sociale e umano; salute e occupazione e condizioni di lavoro.

trova un progressivo riconoscimento²⁰, tanto che sono presenti primi riferimenti ad essa già a partire dai Trattati istitutivi della Comunità; il Trattato istitutivo della Comunità europea del Carbone e dell'Acciaio (Trattato CECA) si riferiva alla salute, ovvero alla sanità, quale ragione per limitare la mobilità dei lavoratori²¹.

I successivi Trattati di Roma, che istituiscono la Comunità economica europea (Trattato CEE) e la Comunità europea dell'energia atomica (Trattato Euratom), pongono attenzione alla generale necessità di migliorare il «*tenore di vita*» attraverso «*l'instaurazione di un mercato comune*»²², mentre la tutela della salute è richiamata quale motivo che permette la restrizione delle importazioni, delle esportazioni o il transito delle merci²³.

L'assenza di una specifica tutela dei diritti nei Trattati istitutivi dell'Unione europea, e quindi anche del diritto alla salute, pare scontare la preminente volontà di costruire un mercato comune sebbene «*la spiegazione dell'assenza di una tutela dei diritti dai trattati istitutivi che fa leva sulla limitatezza delle competenze comunitarie e sulla loro natura esclusivamente economica pare a dir poco naïf, se solo si considera che spesso proprio in occasione di casi riguardanti i rapporti economici la Corte di giustizia si è trovata a prendere posizione su ogni genere di problematica relativa ai diritti fondamentali, che eccede di gran lunga il campo dei diritti economici e sociali, e lambisce questioni apparentemente lontanissime dall'epicentro delle attività economiche, quali la dignità umana, il diritto alla vita, l'identità sessuale, la libertà di riunione*»²⁴.

²⁰ Vastissima la dottrina in tema di diritto alla salute e livello europeo, *ex multis* e di recente si rinvia a: G. CORDINI, *Crisi dello Stato sociale e tutela della salute: ultima sfida per l'Unione Europea?*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2020, n. 2; C. INGENITO, *Il principio di sostenibilità nelle politiche sanitarie europee*, in *Federalismi.it*, 2020, n. 19; A. DE RUIJTER, *EU Health Law & Policy. The expansion of EU power in public health and health care*, Oxford, 2019; G. DI FEDERICO-S. NEGRI, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Milano, 2019; G. FARES, *La tutela della salute del cittadino europeo: diritto o libertà?*, in *Diritti fondamentali*, 2019, n. 2; C. COLAPIETRO, *I diritti sociali oltre lo Stato. Il caso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera*, in *Costituzionalismo.it*, 2018, n. 2; A. LO CALZO, *Il diritto all'assistenza e alla cura nella prospettiva costituzionale tra eguaglianza e diversità*, in *Osservatorio costituzionale*, 2018, n. 3.

²¹ L'art. 69 del Trattato CECA prevedeva che «*Gli Stati membri si impegnano ad evitare qualsiasi restrizione, fondata sulla nazionalità, all'occupazione nelle industrie del carbone e dell'acciaio dei lavoratori nazionali di uno degli Stati membri che siano di qualificazione confermata nelle professioni del carbone e dell'acciaio, fatte salve le limitazioni derivanti da necessità fondamentali di sanità e di ordine pubblico*».

²² Art. 2 del Trattato CEE.

²³ Art. 36 del Trattato CEE.

²⁴ M. CARTABIA, *L'ora dei diritti fondamentali nell'Unione europea*, in M. CARTABIA (a cura di), *I diritti in azione*, Bologna, 2009, p. 16.

Il percorso storico-evolutivo del diritto alla salute nell'ordinamento europeo trova nell'Atto Unico europeo²⁵ del 1986 un punto centrale poiché in esso si pongono in connessione due settori che, ora più che mai, paiono intrinsecamente correlati, cioè salute ed ambiente; viene, infatti, stabilito che l'azione della Comunità in materia ambientale ha l'obiettivo «*di contribuire alla protezione della salute umana*»²⁶.

Il Trattato sull'Unione europea, noto come Trattato di Maastricht²⁷, rappresenta un atto fondamentale per la tutela del diritto alla salute a livello europeo poiché statuisce che «*la Comunità contribuisce a garantire un livello elevato di protezione della salute umana, incoraggiando la cooperazione tra gli Stati Membri e, se necessario, sostenendone l'azione*»²⁸ e che «*le esigenze di protezione della salute costituiscono una componente delle altre politiche della Comunità*»²⁹.

²⁵ Come noto, l'Atto Unico Europeo, firmato il 17 febbraio 1986 ed entrato in vigore il 28 febbraio 1986 revisiona i Trattati di Roma al fine di rilanciare l'integrazione europea e portare a termine la realizzazione del mercato interno.

²⁶ Art. 25 dell'Atto Unico Europeo; tale articolo inserisce il Titolo VII dedicato all'ambiente nella Parte Terza del Trattato CEE.

²⁷ Il Trattato sull'Unione europea (noto come trattato di Maastricht) venne firmato a Maastricht il 7 febbraio 1992.

²⁸ L'art. G del Trattato sull'Unione europea modifica il Trattato che istituisce la Comunità economica europea inserendo il Titolo X dedicato alla "Sanità pubblica" formato da un solo articolo, l'art. 129.

Relativamente a tale previsione va ricordato che con Comunicazione della Commissione europea del 24 novembre 1993, n. 559, veniva definito il *Quadro di azione nel campo della sanità pubblica*, volendo così esporre «*le proposte della Commissione intese a far procedere l'opera della Comunità nel campo della pubblica sanità, così da raggiungere gli obiettivi indicati dal Trattato sull'Unione europea per cui "la Comunità contribuisce a garantire un alto livello di tutela della salute umana" (art. 129). Essa definisce un quadro di azione comunitaria e descrive il ruolo delle istituzioni comunitarie e degli Stati membri. Vi si enuncia una strategia di azione, si identificano i mezzi disponibili alla Comunità per attuarne i suoi scopi e vi sono stabilite le procedure di valutazione, revisione e consultazione*» (p. 1).

²⁹ Vastissima la dottrina in materia, si rinvia a G. D'ALBERTO, *L'azione comunitaria in materia di sanità pubblica*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *L'ordinamento europeo*, Milano, 2008, p. 858, che osserva che «*il quadro normativo tracciato dal Trattato di Maastricht lascia trasparire come la sanità non costituisse ancora un'organica politica comunitaria, ma diveniva una preoccupazione comune che toccava in particolar modo la prevenzione delle malattie e la tossicodipendenza, proponendosi di fornire una risposta efficace agli auspici di un miglioramento della qualità della vita. Sebbene limitati, gli spazi di intervento offerti dal Trattato sono stati prontamente ed ampiamente utilizzati dalle istituzioni europee, le quali hanno ab initio privilegiato lo strumento formale delle comunicazioni, non come prese nel novero degli atti comunitari e sul cui valore giuridico non mancano forti perplessità*».

A partire da questa previsione il Trattato di Amsterdam³⁰, stabilisce che «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana».

La formulazione stabilita dal Trattato di Amsterdam rappresenta ancora oggi il punto centrale della tutela del diritto alla salute³¹ tanto che all'interno del vigente Trattato di Lisbona³² l'art. 168 TFUE riprende l'esatta formulazione del Trattato di Amsterdam prevedendo che «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». All'interno del medesimo TFUE l'altro articolo fondamentale in tema di tutela del diritto alla salute è l'art. 9 che prevede che «nella definizione e nell'attuazione delle sue politiche e azioni, l'Unione tiene conto delle esigenze connesse con la promozione di un elevato livello di occupazione, la garanzia di un'adeguata protezione so-

³⁰ Firmato ad Amsterdam il 2 ottobre 1997 ed entrato in vigore il 1° maggio 1999.

³¹ M. D'ALBERTI, *Le nuove mete del diritto amministrativo*, Bologna, 2011, p. 89, analizza che «progressivamente, anche il diritto comunitario ha subito un cambiamento. Si è prestata attenzione sempre maggiore al bilanciamento fra il rispetto dei principi – e dei diritti – economici, da un lato, e la garanzia di interessi generali, dall'altro. È quel che è accaduto, ad esempio, nella giurisprudenza comunitaria sulla giustificazione delle misure nazionali che restringono la libera circolazione delle merci in nome della tutela della salute o dell'ambiente; o nella giurisprudenza sulla giustificazione delle misure limitative della libertà di stabilimento e della libera prestazione dei servizi per ragioni di sanità pubblica, o per altri “motivi imperativi di interesse generale”. In particolare, la Corte di giustizia ha riconosciuto un'elevata tutela della salute e della vita delle persone, limitando in suo nome la libertà di circolazione delle merci anche nel caso di prodotti che non comportano un rischio estremo e rappresentano piuttosto un “pericolo raro ma serio” per la salute. Vi è per ora, invece, un minore equilibrio tra principi economici e altri valori nella giurisprudenza dell'Organizzazione mondiale del commercio per quel che riguarda il free trade internazionale: la salute è fra i possibili limiti alla libera circolazione planetaria delle merci, ma per restringere quest'ultima legittimamente occorre che vi sia un rischio estremo per la salute, come quello derivante dai prodotti contenenti amianto. Tornando all'Europa, la Corte di giustizia ha preso a qualificare come principi generali del diritto comunitario i diritti fondamentali garantiti dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo e dalle tradizioni costituzionali comuni degli Stati membri. Questa giurisprudenza, come si è detto, ha trovato una formalizzazione normativa nell'art. 6 TUE. Ebbene, fra i diritti fondamentali che sono considerati come principi generali del diritto comunitario, la Corte di giustizia ha cominciato con l'elencare il diritto di proprietà, il diritto al libero esercizio dell'attività d'impresa, il diritto alla “egualianza delle opportunità” fra gli imprenditori, cioè il principio-diritto di libera concorrenza: ed è logico che sia stato così, essendo questi diritti a contenuto economico – e soprattutto il diritto d'impresa e di concorrenza – alla base di una finalità essenziale dell'ordinamento comunitario, quella di costruire un mercato comune».

³² Firmato a Lisbona il 13 dicembre 2007 ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009.

ziale, la lotta contro l'esclusione sociale e un elevato livello di istruzione, formazione e tutela della salute umana».

Oltre a questa disposizione cardine «*non sono molte le norme di diritto primario che abilitano l'Unione ad intervenire nel settore della salute, l'art. 4, par. 2, lett. k), TFUE, menziona i "problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica" tra le materie di competenza concorrente, sebbene limitatamente agli aspetti definiti espressamente nel Trattato. L'art. 6, lett. A), TFUE, invece, include la tutela e il miglioramento della salute umana tra le competenze parallele dell'Unione, consentendo alle istituzioni di "svolgere azioni intese a sostenere, coordinare e completare l'azione degli Stati membri"»³³.*

Il quadro di riferimento a livello europeo non può dirsi completo senza un'analisi, seppur senza pretese di esaustività, dei riferimenti al diritto alla salute contenuti nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo, nella Carta sociale europea e nella Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione europea.

La Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU)³⁴ non menziona espressamente la tutela della salute, bensì stabilisce che per il raggiungimento di un interesse considerato pubblico, la Comunità può porre in essere interventi di natura pubblica e misure restrittive di altri diritti che invece sono espressamente tutelati nella CEDU, quali: il diritto al rispetto della vita privata e familiare³⁵, la libertà di pensiero, di coesione e di religione³⁶, la libertà di espressione³⁷ e la libertà di riunione e di associazione³⁸. L'assenza di precisi riferimenti alla salute non ha precluso l'intervento della Corte EDU, tanto che «*diverse previsioni della Convenzione del 1950 – diritto alla vita (art. 2), divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti (art. 3), diritto al rispetto della vita privata e familiare (art. 8) – sono state più volte dalla Corte richiamate con ciò contribuendo a delineare una definizione convenzionale di salute umana e, allo stesso tempo, una maggiore attenzione per gli strumenti di tutela delle istanze soggettive a ciò connesse. Più precisamente, sulla base delle anzidette previsioni della CEDU, la Corte di Strasburgo è riuscita ad individuare ed intercettare molteplici e emergenti bisogni di salute (salute mentale, identità sociale, orientamento sessuale ...),*

³³ G. DI FEDERICO-S. NEGRI, *Unione europea e salute*, cit., p. 20.

³⁴ Firmata a Roma il 4 novembre 1950 a tutela della quale venne posta, con funzioni giurisdizionali, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

³⁵ Art. 8 della CEDU.

³⁶ Art. 9 della CEDU.

³⁷ Art. 10 della CEDU.

³⁸ Art. 11 della CEDU.

talvolta del tutto estranei alle previsioni in materia contenute nelle costituzioni nazionali»³⁹.

La protezione della salute è invece diritto esplicitamente sancito nella Carta sociale europea⁴⁰, che mira a garantire livelli minimi di tutela dei diritti economici e sociali, in particolare due sono gli articoli di riferimento: *in primis* l'art. 11 che afferma la "Protezione della salute", stabilendo che sia compito degli Stati aderenti adoperarsi al fine di eliminare le cause di cattiva salute, nonché migliorare la salute attraverso servizi di consultori e d'istruzione, per combattere le malattie che colpiscono la popolazione; mentre l'art. 13 della stessa Carta, afferma il diritto all'assistenza sociale e medica affinché ogni persona possa ottenere cure in caso di malattia e consulenza ed aiuto per prevenire, eliminare o alleviare lo stato di bisogno.

Infine, Carta dei diritti fondamentali⁴¹ interviene «*a ingentilire la dura maschera dell'integrazione economica e monetaria che l'Unione Europea aveva indossato soprattutto a partire dal Trattato di Maastricht*»⁴², tanto che connota, all'art. 35, il diritto alla salute come un diritto fondamentale, prevedendo un diritto di «*accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali*», nonché richiamando una più generale previsione di protezione della salute umana nella «*definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione*».

Anche il *Pilastro europeo dei diritti sociali*⁴³ riveste un ruolo importante per la definizione del diritto alla salute; esso, infatti, definisce azioni di concerto tra «*tutti i livelli di responsabilità*»⁴⁴ considerando la salute non solo un diritto fondamentale ma anche un fattore di crescita e sviluppo dell'economia della zona euro.

Il percorso storico giuridico di affermazione del diritto alla salute a livello europeo è anche determinato delle sentenze emesse della Corte di Giusti-

³⁹ M.P. IADICICCO, *Frontiere e confini del diritto alla salute*, in *Diritto e società*, 2019, n. 1, p. 67.

⁴⁰ Adottata a Torino il 18 ottobre 1961.

⁴¹ La Carta dei diritti fondamentali fu proclamata ufficialmente a Nizza nel dicembre 2000 dal Parlamento europeo, dal Consiglio e dalla Commissione; nel dicembre 2009, con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, è stato conferito alla Carta, dall'art. 6 TUE, lo stesso effetto giuridico vincolante dei Trattati.

⁴² M. CARTABIA, *L'ora dei diritti fondamentali nell'Unione europea*, in M. CARTABIA (a cura di), *I diritti in azione*, Bologna, 2009, p. 15.

⁴³ COM (2017) 250.

⁴⁴ COM (2017) 250, p. 3.

zia che, mirando a rafforzare l'integrazione europea, hanno garantito ai cittadini diritti sempre più ampi anche nel settore sanitario ⁴⁵.

3. PROGRAMMI D'AZIONE IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA E DI SISTEMI SANITARI NELL'UNIONE EUROPEA

La tutela del diritto alla salute pare nel tempo affermarsi sempre più nelle disposizioni fondamentali dell'Unione europea, tanto da definire un *framework* giuridico di riferimento che in realtà trova nella normativa secondaria europea ed in programmi di azione ulteriori importanti riferimenti per la definizione di una comune tutela di tale diritto.

In altre parole, non pare possibile limitare l'analisi ai soli riferimenti al diritto alla salute presenti nei Trattati, bensì è necessario esaminare come attraverso programmi ed azioni l'Unione europea definisce più nel dettaglio i principi e gli obiettivi che si prefigge nel settore della salute. Definire principi ed obiettivi comuni a livello europeo pare necessario proprio ricordando che l'Unione europea in materia di salute umana è titolare di una competenza di sostegno ⁴⁶.

Il programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) ⁴⁷ rappresenta un primo importante atto nel percorso di affermazione degli obiettivi generali dell'Unione in tema di salute; esso, infatti, definisce un programma più organico ⁴⁸, rispetto ad una serie più frammentata di azioni precedentemente definite dall'Unione stessa nel campo della sanità pubblica ⁴⁹, identificando tre obiettivi generali: «a) migliorare l'informazione e le conoscenze per lo sviluppo della sanità pubblica; b) accrescere la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato alle minacce che in-

⁴⁵ Cfr. Court of Justice of the European Union, *The Court of Justice and Healthcare*, settembre 2018, cui si rinvia per un'analisi delle più rilevanti sentenze in materia.

⁴⁶ A norma dell'art. 6 del TFUE la tutela ed il miglioramento della salute umana sono materia in cui «l'Unione ha competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri».

⁴⁷ Decisione del 23 settembre 2002, n. 1786.

⁴⁸ Il Considerando n. 1 della Decisione del 23 settembre 2002, n. 1786, afferma che «per contribuire al benessere dei cittadini europei, la Comunità deve affrontare in modo coordinato e coerente i fattori che suscitano preoccupazione tra i suoi cittadini quanto ai rischi per la salute e rispondere alle loro aspettative di un elevato livello di protezione della salute».

⁴⁹ Lo stesso Programma ricorda ai Considerando nn. 3 e 4 i programmi le azioni precedentemente adottati.

combono sulla salute; c) promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività»⁵⁰.

Il successivo secondo programma d'azione in materia di salute (2008-2013)⁵¹, sottolinea che *«il programma integra, sostiene e aggiunge valore alla politica degli Stati membri e contribuisce a una maggiore solidarietà e prosperità nell'Unione europea tutelando e promuovendo la salute e la sicurezza umane nonché migliorando la sanità pubblica»⁵²*, definendo la necessità di: *«migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini, promuovere la salute, anche riducendo le disparità sanitarie, generare e diffondere informazioni e conoscenze sulla salute»⁵³.*

Il terzo programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica (2014-2020)⁵⁴, attualmente vigente, prevede quale obiettivo generale quello di *«integrare, sostenere e aggiungere valore alle politiche degli Stati membri per migliorare la salute dei cittadini dell'Unione e ridurre le disuguaglianze in termini di salute promuovendo la salute stessa, incoraggiando l'innovazione in ambito sanitario, accrescendo la sostenibilità dei sistemi sanitari e proteggendo i cittadini dell'Unione dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere»⁵⁵.*

⁵⁰ Art. 2, par. 2, della Decisione del 23 settembre 2002, n. 1786.

⁵¹ Decisione del 23 ottobre 2007, n. 1350.

⁵² Art. 2, par. 1, della Decisione del 23 ottobre 2007, n. 1350.

⁵³ Art. 2, par. 2, della Decisione del 23 ottobre 2007, n. 1350.

⁵⁴ Regolamento dell'11 marzo 2014, n. 282.

⁵⁵ Art. 2 del Reg. 282/2014. Nel dettaglio l'art. 3 del Regolamento prevede quattro obiettivi specifici: promuovere la salute, prevenire le malattie e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani: individuare, diffondere e promuovere l'adozione di buone prassi basate su riscontri empirici per misure di promozione della salute e di prevenzione delle malattie efficaci sotto il profilo dei costi, affrontando in particolare i principali fattori di rischio legati agli stili di vita e incentrandosi particolarmente sul valore aggiunto dell'Unione; proteggere i cittadini dell'Unione dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere: individuare e sviluppare approcci coerenti e promuovere l'attuazione per essere più preparati e coordinarsi meglio nelle emergenze sanitarie; sostenere lo sviluppo di capacità in materia di sanità pubblica e di contribuire alla realizzazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili: individuare e sviluppare strumenti e meccanismi a livello dell'Unione volti ad affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie e ad agevolare l'integrazione volontaria dell'innovazione nell'ambito degli interventi nel settore della sanità pubblica e delle strategie di prevenzione; facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini dell'Unione: migliorare l'accesso alle competenze mediche e alle informazioni concernenti patologie specifiche su scala transnazionale, facilitare l'applicazione dei risultati della ricerca e sviluppare strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dei pazienti attraverso, fra l'altro, azioni che contribuiscano a migliorare l'alfabetizzazione sanitaria.

Il futuro programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2021-2027), denominato “Programma UE per la salute” – EU4Health⁵⁶, attualmente in discussione presso le Istituzioni dell'Unione europea, definisce obiettivi partendo da un diverso e nuovo contesto di riferimento per la tutela e la promozione del diritto alla salute, e cioè considerando l'impatto della pandemia sanitaria da Covid-19. La proposta di programma si prefigge di indicare azioni utili per affrontare le crisi sanitarie, nonché per rafforzare i sistemi sanitari nazionali; nel dettaglio la proposta individua tre obiettivi generali: *«proteggere le persone nell'Unione dalle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero; migliorare la disponibilità nell'Unione di farmaci, dispositivi medici e altri prodotti di rilevanza per la crisi, contribuire alla loro accessibilità economica e sostenere l'innovazione; rafforzare i sistemi sanitari e il personale sanitario, anche mediante la trasformazione digitale e un'integrazione e un coordinamento più intensi del lavoro tra gli Stati membri, nonché attraverso un'attuazione costante delle migliori pratiche e della condivisione dei dati al fine di aumentare il livello generale di sanità pubblica»*⁵⁷.

La proposta di programma sottolinea un nuovo aspetto rispetto ai programmi precedenti e cioè il cosiddetto approccio “One Health”, che considera le molteplici implicazioni ed interconnessioni che caratterizzano la salute; secondo la Commissione europea tale approccio descrive *«un principio che riconosce che la salute umana e animale sono interconnesse, che le malattie sono trasmesse dall'uomo agli animali e viceversa e che esse devono quindi essere contrastate negli uni e negli altri. L'approccio “One Health” comprende anche l'ambiente, altro anello di collegamento tra l'uomo e gli animali»*⁵⁸.

⁵⁶ Comunicazione della Commissione, COM (2020) 405, del 28 maggio 2020.

⁵⁷ Art. 3 della Proposta di programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2021-2027).

⁵⁸ Comunicazione della Commissione europea, COM (2017) 339, p. 3; la medesima definizione è ripresa nella proposta di programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2021-2027), art. 2, par. 5. Sul legame esistente tra salute ed ambiente R. FERRARA, *Ambiente e salute. Brevi note su due concetti giuridici indeterminati in via di determinazione: il ruolo giocato dal patto globale per l'ambiente*, in *Diritto e società*, 2019, n. 2, p. 284, osserva che *«l'ambiente e la salute, il primo come valore declinato, pur tardivamente, nel contesto delle società postindustriali, e il secondo già manifestatosi nel corso del processo di formazione dei primi modelli di Stato sociale, hanno in qualche modo condiviso un destino comune, nonostante la diversa ambientazione temporale: si sono presentati, in tempi e in forme diverse, come concetti giuridici indeterminati, o comunque di non agevole determinazione, con tutto quanto ne consegue in punto di chances di tutela, sia per quel che concerne l'accesso alla tutela medesima che la sua effettività nel concreto. Il che risulta soprattutto evidente quando*

Ai programmi descritti si affianca una normativa secondaria dell'Unione europea che, per alcuni specifici settori, ha definito un quadro normativo generale, si pensi alla normativa in tema di tecnologie e prodotti medicinali, ovvero alla legislazione in materia di tabacco⁵⁹, ovvero ancora ai diritti dei pazienti nell'assistenza sanitaria transfrontaliera⁶⁰.

Se possiamo affermare che i programmi dell'Unione in materia di salute mirano e definire, e rimarcare, nel tempo la necessità di obiettivi e azioni comuni al fine di tutelare la salute umana, non va certo tralasciato il ruolo che rivestono i sistemi sanitari nazionali.

Sul piano generale va infatti ricordato che a norma dell'art. 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione europea viene stabilito che gli Stati Membri sono responsabili «*per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica*»⁶¹ anche se le Istituzioni europee hanno posto crescente attenzione alla necessità di delineare comuni principi e valori⁶².

La Dichiarazione dei Ministri della salute dell'Unione europea del 2006⁶³ afferma, infatti, che tutta l'Unione europea condivide «*le modalità con cui i sistemi sanitari rispondono ai bisogni della popolazione e dei pazienti che servono. Essa precisa altresì che le modalità pratiche in cui detti valori e principi si concretano nei sistemi sanitari dell'UE presentano sensibili differenze da uno Stato membro all'altro, e le manterranno. Deve in particolare restare nel contesto nazionale l'adozione delle decisioni sull'offerta di assistenza sanitaria cui i cittadini hanno diritto e i meccanismi tramite i quali essa è finanziata e prestata, ad esempio la de-*

ci si riferisca all'ambiente in senso stretto, il quale si manifesta davvero come un 'nuovo' diritto, tipico e proprio delle società postindustriali, "diritto" che, in ogni caso, non è immediatamente percepito in tutta la sua drammatica rilevanza, ossia per il suo impatto sulla salute dei singoli come delle collettività, a differenza di quanto avviene per il diritto alla salute nella sua più tradizionale accezione».

⁵⁹ Direttiva del 3 aprile 2014, n. 40 relativa alla lavorazione, alla presentazione e alla vendita dei prodotti del tabacco e dei prodotti correlati.

⁶⁰ Direttiva del 9 marzo 2011, n. 24 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

⁶¹ Art. 168 TFUE, par. 7, che prosegue «*le responsabilità degli Stati Membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse destinate*».

⁶² In proposito va ricordato che i servizi sanitari non rientrano, a norma dell'art. 2, par. 2, nel campo di applicazione della Direttiva del 12 dicembre 2006, n. 123 relativa ai Servizi nel mercato interno.

⁶³ Allegato I alle Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea.

cisione per stabilire in che misura sia opportuno lasciare la gestione dei sistemi sanitari esposta ai meccanismi di mercato e alle pressioni concorrenziali»⁶⁴.

Peraltro, il ruolo che rivestono i sistemi sanitari nell'Unione europea è centrale per assicurare un «*alto livello di protezione sociale in Europa e contribuiscono sia alla coesione e giustizia sociali sia allo sviluppo sostenibile*», e per raggiungere tali fini «*i valori generali di universalità, accesso a cure di buona qualità, equità e solidarietà sono valori ampiamente accettati nei lavori delle varie istituzioni dell'Unione europea*»⁶⁵; più nel dettaglio con universalità si intende che «*a nessuno è precluso l'accesso all'assistenza sanitaria*», la solidarietà «*è intimamente connessa al regime finanziario applicato al sistema sanitario nazionale e alla necessità di garantirne l'accessibilità per tutti*», infine l'equità «*implica la parità di accesso in funzione del bisogno, senza distinzioni in base all'appartenenza etnica, al genere, all'età, al ceto o al censo*»⁶⁶.

A questi valori l'Unione affianca i cosiddetti “principi operativi” di qualità, sicurezza, assistenza basata sulle prove ed etica, coinvolgimento del paziente, risarcimento e riservatezza⁶⁷.

Riuscire a raggiungere tali obiettivi richiede la cooperazione tra sistemi sanitari nazionali che si trovano ad «*affrontare sfide comuni dovute all'invecchiamento della popolazione, al mutamento delle esigenze della popolazione, alle maggiori aspettative dei pazienti, alla rapida diffusione della tecnologia e ai costi crescenti della sanità*»⁶⁸.

⁶⁴ Nella stessa direzione la Carta di Tallin del 2008, firmata dagli Stati membri della WHO, intitolata “*Health systems for Health and Wealth*”, che mira a «*promote shared values of solidarity, equity and participation; invest in health systems and foster investment across that influence health; promote transparency and be accountable; make health system more responsive; engage stakeholders; foster cross-country learning and cooperation; ensure that health system are prepared and able to respond to crises*».

⁶⁵ Allegato I alle Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, p. 1.

⁶⁶ Allegato I alle Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, p. 1, che precisa che «*i sistemi sanitari dell'UE mirano inoltre a colmare il divario che produce quelle ineguaglianze nella salute che costituiscono una preoccupazione per gli Stati membri dell'UE e che sono intimamente connesse all'opera di prevenzione delle malattie che i sistemi degli Stati membri portano avanti, tra l'altro promuovendo stili di vita sani*».

⁶⁷ Cfr. Allegato I alle Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea.

⁶⁸ Punto 9 delle Conclusioni del Consiglio del 2011 intitolate “*Verso sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili*”.

Si rendono, quindi, necessarie ulteriori strategie europee capaci di delineare sistemi sanitari più efficaci, maggiormente accessibili e resilienti⁶⁹, anche attraverso una serie di iniziative predisposte dall'Unione capaci di sostenere economicamente gli Stati Membri⁷⁰ per questi fini.

Le continue e nuove sfide che si trovano ad affrontare i sistemi sanitari nazionali⁷¹ sono, infatti, rimarcate anche dall'Unione che sottolinea che è «nell'interesse dell'UE migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze in questo ambito, dato che si tratta di una condizione per ridurre anche le disparità economiche e sociali»⁷².

⁶⁹ Cfr. COM (2014) 215. In tema si veda anche la precedente Comunicazione della Commissione europea COM (2009) 567, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*. In tema si rinvia a N. MACCABIANI, *The effectiveness of social rights in the EU. Social inclusion and European governance. A constitutional and methodological perspective*, Milano, 2018.

⁷⁰ COM (2014) 215, p. 3 ss.

⁷¹ Attualmente i sistemi di assistenza sanitaria «stanno affrontando una particolarmente significativa e profonda ristrutturazione determinatasi a seguito degli ultimi sviluppi delle tecnologie informatiche e della loro trasposizione in campo medico», così G. DE VERGOTTINI-C. BOTTARI, *Introduzione*, in G. DE VERGOTTINI-C. BOTTARI, *La sanità elettronica*, Bologna, 2018, p. 7.

⁷² Parere del Comitato europeo delle regioni, *Integrazione, cooperazione e prestazioni dei sistemi sanitari*, del 17 agosto 2017, che richiama il Report del novembre 2016 dell'OCSE e della Commissione europea intitolato *Health at a Glance: Europe 2016*.

I dati del Report Eurostat di giugno 2020 intitolato *Sustainable development in the European Union – Monitoring report on progress towards the SDGS in an EU context*, mostrano che relativamente all'SDG 10 'Reduced inequalities' «reveal a diversified picture. Trends regarding inequalities within Member States show an overall stagnation in income inequalities between different groups of society, although the urban-rural gap in the risk of poverty or social exclusion is closing. Past five-year trends were generally favourable for inequalities between countries, showing a continued convergence of EU Member States as regards GDP per capita and household income. The EU SDG indicator set now contains new indicators on the social inclusion of migrants, looking at the differences between EU nationals and non-EU citizens in the areas of poverty, education and employment. Past five-year trends in these areas have been mixed, with the citizenship gap narrowing for early school leavers and young people neither in employment nor in education and training. The gap has, however, been widening for income poverty and employment rates» (p. 15).

4. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE. LE SFIDE FUTURE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Le accennate linee evolutive in tema di tutela del diritto alla salute evidenziano un quadro giuridico di riferimento complesso, che vuole sottolineare come la tutela del diritto alla salute richieda al legislatore di affrontare i continui mutamenti sociali, culturali ed economici.

Riuscire a garantire la piena tutela del diritto alla salute implica anche “*non lasciare indietro nessuno*”, come evidenziato recentemente dalla Commissione europea nella Comunicazione *Un’Europa sociale forte per transizioni giuste*⁷³, che sottolinea che ciò significa «*anche dare accesso a un’assistenza sanitaria a prezzi abbordabili. Le persone più povere tendono a vivere sei anni in meno rispetto alle persone più ricche. La promozione di stili di vita sani, di misure preventive migliori e di un’assistenza sanitaria centrata sul paziente può garantire a tutti un’assistenza a prezzi accessibili e di buona qualità. Per elaborare sistemi di protezione sociale ancorati ai valori e ai principi di universalità, solidarietà ed equità dell’UE sarà necessario sviluppare modelli nuovi e integrati di assistenza sanitaria e sociale. Ciò consentirà inoltre di sfruttare al meglio le innovazioni efficienti in termini di costi che affrontano le reali esigenze di salute pubblica. Un approccio incentrato sul paziente contribuirebbe a ottenere risultati migliori, come tempi di attesa ridotti e facile accesso alle cure*»⁷⁴.

L’affermazione del diritto alla salute richiede, infatti, continui interventi pubblici internazionali ed europei poiché, sebbene, come noto, sono gli Stati a detenere il potere nella materia *de qua*, pare innegabile la necessità di

⁷³ COM (2020) 14 del 14 gennaio 2020.

⁷⁴ COM (2020) 14 del 14 gennaio 2020, p. 11. Il precedente Staff Working document della Commissione Europea del 2013, n. 328, *Report on health inequalities in the European Union*, sottolineava che «*it has also become increasingly clear that in addition to addressing social, economic and behavioural factors, major action is also needed to improve the sustainability and effectiveness of health systems to ensure access to high-quality healthcare to all citizens. Some health inequalities are related to differences that exist in the quality and effectiveness of health services across the EU. Although improvements in health services cannot by themselves reverse health effects caused by underlying social, economic and behavioural factors, public expenditure on health can act progressively on income distribution and contribute to reducing poverty and the socioeconomic gradient in health inequalities. In many cases, especially in those parts of the EU with the most challenging economic difficulties, reform of health and long-term care policies is needed to support health throughout the life course, ensuring that the health of people in a vulnerable situation is protected and that these policies benefit social groups and populations in areas with the greatest needs*».

azioni coordinate a livello sovranazionali che rimarchino la centralità dell'universalità e dell'eguaglianza in salute⁷⁵.

Universalità ed eguaglianza paiono invero rappresentare le sfide future in tema di tutela del diritto alla salute, al pari dell'equità⁷⁶. La ricerca dell'equità in salute, infatti, «*has many aspects, and is best seen as a multidimensional concept. It includes concerns about achievement of health and the capability to achieve good health, not just the distribution of health care. But it also includes the fairness of processes and thus must attach importance to non-discrimination in the delivery of health care. Furthermore, an adequate engagement with health equity also requires that the considerations of health be integrated with broader issues of social justice and overall equity, paying adequate attention to the versatility of resources and the diverse reach and impact of different social arrangements*»⁷⁷.

La tutela del diritto alla salute richiede, infatti, non solo un approccio sincronico, bensì un approccio diacronico che nei principi delineati trova un fondamento imprescindibile per la considerazione e la valorizzazione dei futuri aspetti sociali; in altre parole la declinazione dei principi rappresenta la sfida diacronica della tutela del diritto alla salute⁷⁸ in un contesto sociale in mutamento.

⁷⁵ Analizza I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2, p. 18, che, con riferimento al Sistema Sanitario Nazionale italiano, «*la tensione tra diversità ed eguaglianza ha una natura dinamica e il mantenimento di un equilibrio richiede strumenti correttivi e redistributivi. I Livelli essenziali di prestazione – e in campo sanitario i livelli essenziali di assistenza – avrebbero dovuto rappresentare lo strumento capace di garantire uno standard minimo di uniformità da opporre alla differenziazione regionale. Soprattutto in tempo di crisi essi avrebbero anche dovuto rappresentare «un qualche equilibrio tra le ineludibili esigenze di un li ero sviluppo della persona (c.d. “universalità” del godimento dei diritti) e la sostenibilità finanziaria “delle ragioni” della solidarietà (c.d. “selettività nel godimento dei diritti stessi). Tuttavia, le dinamiche tra unità e differenziazione e tra qualità e quantità di prestazioni e vincoli di spesa a fatica raggiungono un punto di equilibrio e troppo spesso, soprattutto in ambito sanitario, la declinazione dell'eguaglianza come parità di accesso alle prestazioni si è rivelata un risultato non semplice*».

⁷⁶ Cfr. A. DEATON, *La grande fuga. Salute, ricchezza e origini della disuguaglianza*, Bologna, 2015.

⁷⁷ A.K. SEN, *Why Health Equity?*, in *Health Economics*, 2002, n. 11, p. 665.

⁷⁸ Cfr. M. CARTABIA, *Relazione sull'attività della Corte Costituzionale nel 2019*, 28 aprile 2020, p. 25 ss., che sottolinea che «*il nuovo anno è stato aperto da una contingenza davvero inedita e imprevedibile, contrassegnata dall'emergenza, dall'urgenza di assicurare una tutela prioritaria alla vita, alla integrità fisica e alla salute delle persone anche con il necessario temporaneo sacrificio di altri diritti*», e prosegue «*anche nel tempo presente, dunque, ancora una volta, è la Carta costituzionale così com'è – con il suo equilibrato complesso di*

Il mutamento, infatti, è connesso a diversi fattori tra i quali l'evoluzione della scienza (ricordando che non sempre l'evoluzione scientifica è accompagnata dalla certezza scientifica, ma vi sono anche situazioni di incertezza scientifica che necessitano di una regolamentazione pubblica) e le nuove istanze sociali che emergono. La piena affermazione del diritto alla salute pare, in definitiva, raggiungibile solo attraverso azioni maggiormente coordinate ed inclusive che sappiano realmente cogliere le trasformazioni sociali, culturali e scientifiche, ciò rappresenta la vera sfida per il legislatore in un momento storico come quello attuale dove i mutamenti sociali ed economici sono dirompenti, si pensi al cambiamento climatico, all'affermazione delle tecnologie e del digitale, ai movimenti migratori, alla pandemia sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

- APERIO F., *Tecnologie innovative nel settore salute tra scarsità delle risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *Federalismi.it*, 2020, n. 2.
- BHUTTA Z.A.-ATUN R.-LADHER N.-ABBASI K., *Alma Ata and primary healthcare: Back to the future*, in *British Medical Journal*, 2018, n. 3.
- BOBBIO N., *L'età dei diritti*, Torino, 1990.
- BOTTARI C., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, 2009.
- CALLAHAN D., *The WHO Definition of "Health"*, in *The Hadtingd Center Studied*, 1973, n. 3.
- CARTABIA M., *L'ora dei diritti fondamentali nell'Unione europea*, in M. CARTABIA (a cura di), *I diritti in azione*, Bologna, 2009.
- CARTABIA M., *Relazione sull'attività della Corte Costituzionale nel 2019*, 28 aprile 2020.
- CIOLLI I., *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2.
- COLAPIETRO C., *I diritti sociali oltre lo Stato. Il caso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera*, in *Costituzionalismo.it*, 2018, n. 2.
- CORDINI G., *Crisi dello Stato sociale e tutela della salute: ultima sfida per l'Unione Europea?*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 2020, n. 2.
- D'ALBERTI M., *Le nuove mete del diritto amministrativo*, Bologna, 2011.
- D'ALBERTO G., *L'azione comunitaria in materia di sanità pubblica*, in S. MANGIAMELI (a cura di), *L'ordinamento europeo*, Milano, 2008.

principi, poteri, limiti e garanzie; diritti, doveri e responsabilità – a offrire a tutte le istituzioni e a tutti i cittadini la bussola che consente di navigare “per l'alto mare aperto” dell'emergenza e del dopo-emergenza che ci attende».

- D'ANDREA L., *Il dovere di cura della salute ed il c.d. "Paradosso di Böckenförde"*, in F. MARONE (a cura di), *La doverosità dei diritti. Analisi di un ossimoro costituzionale?*, Napoli, 2019.
- DE RUIJTER A., *EU Health Law & Policy. The expansion of EU power in public health and health care*, Oxford, 2019.
- DE VERGOTTINI G.-BOTTARI C., *Introduzione*, in G. DE VERGOTTINI-C. BOTTARI, *La sanità elettronica*, Bologna, 2018.
- DEATON A., *La grande fuga. Salute, ricchezza e origini della disuguaglianza*, Bologna, 2015.
- DI FEDERICO G.-NEGRI S., *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Milano, 2019.
- FARES G., *La tutela della salute del cittadino europeo: diritto o libertà?*, in *Diritti fondamentali*, 2019, n. 2.
- FARINA M., *"Blockchain" e tutela della salute: verso la riorganizzazione dei sistemi sanitari?*, in *Federalismi.it*, 2020, n. 21.
- FERRARA R., *Ambiente e salute. Brevi note su due concetti giuridici indeterminati in via di determinazione: il ruolo giocato dal patto globale per l'ambiente*, in *Diritto e società*, 2019, n. 2.
- HAMMONDS R.-OOMS G.-MULUMBA M.-MALECHE A., *UHC2030's Contributions to Global Health Governance that Advance the Right to Health Care: a Preliminary Assessment*, in *Health Hum Right*, 2019.
- IADICICCO M.P., *Frontiere e confini del diritto alla salute*, in *Diritto e società*, 2019, n. 1.
- INGENITO C., *Il principio di sostenibilità nelle politiche sanitarie europee*, in *Federalismi.it*, 2020, n. 19.
- LO CALZO A., *Il diritto all'assistenza e alla cura nella prospettiva costituzionale tra eguaglianza e diversità*, in *Osservatorio costituzionale*, 2018, n. 3.
- MACCABIANI N., *The effectiveness of social rights in the EU. Social inclusion and European governance. A constitutional and methodological perspective*, Milano, 2018.
- MEIER B.M.-GOSTIN L.O., *Human Rights in Global Health. Rights-Based Governance for a Globalizing World*, Oxford, 2018.
- MEIER B.M.-EVANS D.P.-KAVANAGH M.M.-KERALIS J.M.-ARMAS-CARDONA G., *Human Rights in Public Health: Deepening Engagement at a Critical Time*, in *Health Hum Rights*, 2018, n. 2.
- MOLASCHI V., *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come veicolo di eguaglianza*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2.
- PAPA A., *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 4.
- PIKETTY T., *Capitale e diseguaglianza. Cronache dal mondo*, Firenze, 2017.
- PIOGGIA A., *Di cosa stiamo parlando quando parliamo di diritto alla salute?*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2017, n. 2.
- RODOTÀ S., *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2012.

- ROSSI S., *Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità. Colloquio sulle forme dell'eguaglianza in sanità*, in *Rivista di BioDiritto*, 2019, n. 2.
- SANNELLA A., *Sviluppo sostenibile e innovazione sociale per la promozione della salute*, in *Salute e società*, 2019, n. 2.
- SEN A.K., *Why Health Equity?*, in *Health Economics*, 2002, n. 11.
- ZAGREBELSKY G., *Costituzione e doveri Stato. La salute termometro di ingiustizie sociali*, in *Libertà e giustizia*, 29 maggio 2020.
- ZULLO S., *Eguaglianza e politiche egualitarie. Il caso del diritto alla salute*, Bologna, 2012.