



10 ANNI DAL TRATTATO DI LISBONA
17 GIUGNO 2020

Il principio di sostenibilità nelle politiche sanitarie europee

di Chiara Ingenito

Dottore di ricerca in Diritto pubblico comparato ed internazionale
Sapienza – Università di Roma

Il principio di sostenibilità nelle politiche sanitarie europee *

di Chiara Ingenito

Dottore di ricerca in Diritto pubblico comparato ed internazionale
Sapienza – Università di Roma

Abstract [It]: Il saggio è dedicato alla dimensione europea del principio di sostenibilità nel campo della salute, partendo dalla sua teoria classica nel diritto europeo e dalle sue principali fonti, per poi analizzare la sua evoluzione, a seguito del trattato di Lisbona, nell'attuale quadro europeo, evidenziando la componente sociale, in particolare sull'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile alla salute, dimostrando come la questione della sostenibilità si intrecci sia con la salute umana sia con la sua protezione attraverso il sistema sanitario.

Abstract [En]: The paper is dedicated to the European dimension of the principle of sustainability in the field of health, starting from its classic theory in European law and its main sources, and then is dedicated to analyze its evolution, following the Lisbon Treaty, in the current European framework, especially highlighting the social component, in particular about the application of the principle of sustainable development to health, demonstrating how the question of sustainability is intertwined both with human health and with its protection through the health system.

Sommario: 1. Inquadramento del tema 2. Lo sviluppo sostenibile: cenni introduttivi 3. L'inquadramento normativo della salute e della sua tutela in Europa 3.1. Verso una salute e una sanità sostenibili 4. Sviluppo sostenibile e accessibilità economica all'assistenza sanitaria in Europa 5. Un' applicazione del principio dello sviluppo sostenibile: la sanità digitale.

1. Inquadramento del tema

Con l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona, il primo dicembre 2009¹ e l'ingresso della Carta dei diritti fondamentali tra le fonti originarie del diritto Europeo (con il richiamo dell'art. 6 del Trattato)², sembra che il dibattito sulla tutela dei diritti sociali³ (e quindi anche del diritto alla salute) in Europa, prenda corpo⁴.

* Articolo sottoposto a referaggio.

¹ Ma sottoscritto il 13 dicembre 2007.

² A partire dal Trattato di Lisbona, Part. 6 TUE parifica ai Trattati la Carta dei diritti dell'UE. Alla portata vincolante della Carta si aggiunge l'esplicito richiamo, operato dal TFUE, alla stessa Carta sociale europea del 1961. Ulteriore strumento è rappresentato dalla problematica adesione dell'Unione Europea alla CEDU.

³ COSTANZO P., *Il sistema di protezione dei diritti sociali nell'ambito dell'Unione europea*, relazione alle Primeras Jornadas Internacionales de Justicia Constitucional (Brasil-Espana-Italia), Belém do Pará (Brasil), 25 e 26 agosto 2008.

⁴ Si rinvia al pensiero di TEGA D., *I diritti sociali nella dimensione multilivello tra tutele giuridiche e crisi economica in "I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza"* (a cura di) CAVASINO E., SCALA G., E VERDE G., Convegno annuale del Gruppo di Pisa, Trapani, 8-9 giugno 2012, Editoriale Scientifica, 70 e ss. Infatti, come una parte della dottrina non ha mancato di evidenziare "da Maastricht in poi, passando per Amsterdam, per Nizza, per il secondo e meno fortunato trattato di Roma e, infine, per Lisbona, l'evoluzione del diritto primario eurounitario abbia mostrato un elevarsi di "tono" e di "rango" del riconoscimento degli obiettivi sociali dell'Unione" BALDUZZI R., *Unione europea e diritti sociali: per una nuova sinergia tra Europa del diritto ed Europa della politica*, su *Federalismi*, 14 settembre 2018, 245.

Il Trattato presenta numerosi profili di innovazione nella materia sociale, di cui viene esaltata una nuova concezione fondata “*su un tessuto valoriale a forte connotazione sociale*”⁵ in cui, anche la dimensione sociale europea,⁶ deve trovare collocazione nella costruzione di un mercato comune interno.

Correlativamente, uno dei meriti del Trattato di Lisbona è stato quello di introdurre la c.d. clausola sociale orizzontale⁷, secondo cui le *polices* europee debbono considerare le esigenze sociali al fine di assicurare coerenza tra politiche ed obiettivi sociali⁸. Ciò implica che le politiche europee debbano assicurare, all’interno di una protezione sociale adeguata, soprattutto un buon livello di tutela della salute⁹, anche mediante la valorizzazione, da parte delle Istituzioni europee¹⁰, di un diritto alla salute e alla sanità cc.dd. sostenibili, che in concreto comporta una riduzione delle disparità di trattamento in ambito sanitario e la realizzazione di una copertura sanitaria universale che costituisce una finalità affermata nella Carta dei diritti fondamentali dell’Europa.

Questo significa che, all’interno delle politiche sociali europee, la salute e la sanità, connesse inscindibilmente, vadano lette in un’ottica, si orientata ai cambiamenti del *tempo globale*, ovvero sia quei cambiamenti resi necessari dal progresso della scienza e della medicina, ma al contempo in un’ottica rispettosa dei principi della dignità della persona e della solidarietà,¹¹ che concernono appunto da vicino il tema della tutela della salute, e al contempo mirare ad una stabilità economica che consenta di veder garantita un’adeguata protezione della salute¹².

⁵ GIUBBONI S., *I diritti sociali nell’Unione europea dopo il Trattato di Lisbona. Paradossi, rischi e opportunità*, relazione al convegno “*Diritto civile e principi costituzionali europei ed italiani*”, Perugia, 25-26 marzo 2011, 3, 4.

⁶ Sul rafforzamento della dimensione sociale europea, BENVENUTI M., *Libertà senza liberazione (a proposito dell’introvabile “dimensione sociale europea”)*, in NICO A.M., (a cura di), *Studi in onore di Francesco Gabriele*, I, Cacucci, 2016.

⁷ Mediante tale clausola, si assicura che, nel definire e attuare le sue politiche, l’Unione promuova un “*alto livello di occupazione*”, una “*protezione sociale adeguata*”, la “*lotta all’esclusione sociale*” e un “*alto livello di istruzione, formazione e protezione della salute*”. Si veda anche BALDUZZI R., op.cit., 245.

⁸ Si rinvia alla trattazione di SANTUARI A., *I servizi socio-sanitari nel contesto europeo*, in *L’erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, (a cura di) SESTA M., Maggioli, 2014, 576.

⁹ DEGRYSE C., POCHET P., *Quanto diritto sociale “produce” l’Europa?* In CAMPEDELLI M., CARROZZA P., PEPINO L., (a cura di), *Diritto di Welfare*, Il Mulino, 2010, 123 che evidenziano come la collocazione della Carta nel novero del diritto primario dell’Unione, finirà per produrre conseguenze salienti e ulteriori rispetto al precedente quadro istituzionale, in particolare nei rapporti tra diritti sociali e libertà economiche. Sul punto anche CARUSO B., *I diritti sociali fondamentali dopo il Trattato di Lisbona (tanto tuonò che piovve)*, WP C.S.D.L.E. “*Massimo D’Antona*”, Università degli studi di Catania, 14.

¹⁰ In tal senso, lo sviluppo sostenibile, da un punto di vista sostanziale, presenta un carattere programmatico, che richiede un intervento attivo dei poteri pubblici. Infatti, compito delle Istituzioni europee dovrebbe essere quello di studiare gli effetti nel tempo delle normative da adottare, attraverso l’impatto economico del diritto da cui dipende la reale erogabilità dei diritti sociali in EU, e quindi anche di quello alla salute. Per alcuni spunti, SPADARO A., *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo “modello sociale europeo”: più sobrio, solidale e sostenibile)*, su Rivista AIC, 4/2011.

¹¹ Definiti quali “*architri della costituzione vivente europea*” da RICCI G., *La costruzione giuridica del modello sociale europeo*, WP C.S.D.L.E. “*Massimo D’Antona*”, Università degli studi di Catania, 14.

¹² Ciò, in quanto vi è un legame inscindibile tra la crescita economica e la popolazione in buona salute. Per una trattazione completa in tema si rinvia a BILANCIA P., *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, op.cit.

Rispetto a tale legame è opportuno comprendere in che modo l'economia europea ha inciso sulla *dimensione sostenibile* del diritto alla salute e della sanità.

Infatti, nonostante il Trattato di Lisbona abbia rafforzato l'importanza della politica sanitaria statuendo che, «*nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana*», e rendendo così chiaro l'approccio europeo di porre «*la salute al centro di tutte le politiche*», mirando ad integrare gli aspetti legati alla salute in tutte le politiche¹³, tuttavia la responsabilità primaria per la tutela della salute e, in particolare, per i sistemi sanitari rimane degli Stati membri¹⁴ che, senza l'esistenza di un unitario ed effettivo quadro giuridico europeo di tutela della salute, faticano a realizzare veramente una salute e una sanità sostenibile e condivisibile¹⁵. Sarebbe necessario infatti che l'UE, nella sua funzione “*sussidiaria*” e di sostegno alle politiche statali¹⁶, oltre a tendere al miglioramento della sanità pubblica, in termini di prevenzione e gestione delle malattie, così come nella limitazione delle fonti di pericolo per la salute umana, attui realmente una politica globale, mediante misure di incentivazione,¹⁷ avvalendosi di una strategia sanitaria,¹⁸ anche di carattere economico¹⁹.

In questo scritto, si proverà a riflettere sulla dimensione europea del principio di sostenibilità nell'ambito della salute, prendendo le mosse dalla sua classica teorizzazione nel diritto europeo e nelle sue fonti principali, per poi analizzarne l'evoluzione, a seguito del Trattato di Lisbona, nel quadro europeo attuale,

¹³ Articolo 9 e articolo 168, paragrafo 1, del *Trattato sul funzionamento dell'Unione europea* (TFUE); Articolo 35 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* (CDFUE).

¹⁴ Si richiamano le responsabilità degli Stati Membri che attengono alla gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate. MILETTI A., *La Costituzione, il Trattato di Lisbona e la tutela dei diritti fondamentali della persona tra soft law e regole multilivello*, in COSTATO L., BORGHINI P., RUSSO L., MANSERVISI S., op.cit., 473 e ss.

¹⁵ In generale, per quanto riguarda, oltre alla salute, anche gli altri diritti sociali, vale richiamare le parole di Balduzzi secondo il quale “*nelle materie sociali*” l'Unione, prevalentemente, “*tiene conto*”, “*rispetta*”, “*incoraggia*”, “*facilita*”, “*sostiene*”, “*completa*”; *mentre sono gli Stati a mantenere la responsabilità della tutela dei diritti sociali attraverso i rispettivi sistemi organizzativi*”. BALDUZZI, op.cit., 247.

¹⁶ Per comprendere l'azione di completamento da parte dell'Unione rispetto alle politiche sanitarie messe in atto dagli Stati Membri, l'art. 168 del Trattato riferisce proprio, di azioni di completamento delle politiche nazionali rispetto a miglioramento salute e prevenzione, anche di incoraggiamento nella cooperazione tra stati, ha anche una competenza specifica, laddove al comma 6 viene previsto che “*il Consiglio, su proposta della Commissione, può altresì adottare raccomandazioni per i fini stabiliti dal presente articolo*”. Correlativamente, l'Unione è legittimata a svolgere azioni intese a sostenere, coordinare e completare l'azione degli Stati nella tutela e miglioramento della salute umana (ex art. 4 TFUE). Si rinvia anche a BESTAGNO F., *La tutela della salute tra competenze dell'Unione europea e degli Stati membri*, In *Studi sull'integrazione europea*, 2017, 317-342

¹⁷ Si richiamano ad es. i Programmi di finanziamento dell'UE (Decisione sulle gravi minacce alla salute al livello transfrontaliero dec. 1082/2013).

¹⁸ Tale strategia si attua principalmente mediante il programma per la salute, che è uno strumento di finanziamento per favorire la cooperazione tra gli Stati membri e per sostenere e sviluppare le attività dell'UE in materia di salute. Si richiamano i tre piani di azione per la salute: 2008-2013 e 2003-2007 e il terzo programma per la salute 2014-2020, la cui base giuridica è il regolamento (UE) n. 282/2014.

¹⁹ La concreta attuazione dei diritti sociali come quello alla salute, secondo una parte della dottrina “è inversamente proporzionale al livello di diffusione/riconoscimento/espansione degli stessi, in ragione del vincolo di sostenibilità economica (e persino politica) di tali diritti”. Cfr., SPADARO, op.cit., 7.

in particolar modo evidenziandone la componente sociale all'interno della quale trova collocazione anche l'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile alla salute, dimostrando come la questione della sostenibilità si intreccia tanto alla salute umana, quanto alla relativa tutela mediante il sistema sanitario.

2. Lo sviluppo sostenibile: cenni introduttivi

Prima di riflettere sull'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile alla salute, è opportuno fornirne un breve inquadramento.

Il principio dello sviluppo sostenibile, sorto nell'ambito delle politiche ambientali, ha poi contaminato settori diversi: la finanza sostenibile, il turismo sostenibile, l'architettura sostenibile, l'agricoltura ed anche la salute.²⁰

La sostenibilità si origina infatti, nell'ambito dell'*environmental law* e precisamente, della Conferenza di Stoccolma del 1972²¹ che fu la prima ad affrontare, su scala mondiale, i temi ambientali e ad adottare una dichiarazione in cui l'ambiente diveniva parte integrante dello sviluppo²².

la prima definizione di sviluppo sostenibile si rinviene nel Report dalla *Commissione Brundtland*,²³ del 1987, "*World Commission on Environmental and development "Our Common Future"*²⁴, affermando che esso si sostanzia "*nello sviluppo che consente alla generazione presente di soddisfare i propri bisogni senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri*"²⁵.

²⁰Tanto che è stato detto "oggi tutto appare sostenibile, o, più spesso, insostenibile". CARTABIA M., SIMONCINI A., *Introduzione*, in CARTABIA M., SIMONCINI A. (a cura di), *La sostenibilità della democrazia nel XXI secolo*, Il Mulino, 2009, 13.

²¹ Da cui si origina la dichiarazione di Stoccolma, approvata il 16 giugno 1972 dai capi delle 110 delegazioni che hanno partecipato alla Conferenza dell'ONU tenutasi a Stoccolma. Essa si compone di 26 principi in cui si pone l'attenzione sulla relazione tra benessere sociale e tutela del patrimonio ambientale, secondo un criterio di giusta distribuzione delle risorse anche di fronte alle generazioni a venire.

²² Vanno richiamate anche la Conferenza delle Nazioni Unite di Rio de Janeiro del 1992 e il Vertice di Johannesburg del 2002. In particolare, con la Conferenza di Rio de Janeiro, svoltasi nel 1992, lo sviluppo sostenibile viene inteso quale concetto integrato, che interessa, oltre che l'ambiente, anche l'economia e la società. Sul carattere interdisciplinare dello sviluppo sostenibile si vedano, specificamente, YOUNG M.D., *Sustainable Investment and Resource Use. Equity, Environmental Integrity and Economic Efficiency, Man and the Biosphere Series*, Unesco, Paris, 1992, vol. 9; CICIRIELLO M.C., *Dal principio del patrimonio comune al concetto di sviluppo sostenibile*, AA.VV., L'ONU: *cinquant'anni di attività e prospettive per il futuro, Atti dei Convegni organizzati dalla SIOI in occasione della celebrazione del 50° anniversario dell'ONU*, Roma, 1996, 265 ss.

²³ Nel 1983, in seguito a una risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, fu istituita la Commissione mondiale per l'ambiente e lo sviluppo, che aveva l'obiettivo di elaborare un'"agenda globale per il cambiamento". La Commissione era presieduta dalla norvegese Gro Harlem Brundtland, e nel 1987 pubblicò il Rapporto Brundtland, che introduce, appunto, la fondamentale teoria dello sviluppo sostenibile.

²⁴ Disponibile in file/our_common_futurebrundtlandreport1987.pdf

²⁵ Per un approfondimento sul concetto di sviluppo sostenibile contenuto nel *report*, si rinvia a BARSTOW MAGRAW D., HAWKE L.D., *Sustainable Development*, in BODANSKY D. e altri (Eds.), *The Oxford Handbook of International Environmental Law*, Oxford, 2007, 618.

Successivamente, tale principio venne esteso ad altri ambiti²⁶, sviluppandosi in maniera multidisciplinare secondo il noto approccio *triple bottom line*, così come proposto dalla *World Commission on Environment and Development* che basa la propria visione di sviluppo sostenibile proprio sull'analisi di tre dimensioni: economica, sociale ed ambientale.

In altre parole, si può definire sostenibile quella organizzazione che, non solo è stabile a livello finanziario, ma che riesce anche a minimizzare i propri impatti ambientali negativi, agendo in conformità alle aspettative sociali in considerazione dell'obiettivo di rivolgersi alle future generazioni²⁷ con un atteggiamento maggiormente responsabile rispetto a quanto si è prodotto in termini economici, ambientali, sociali.

A livello europeo, il principio di sostenibilità si è concretizzato quando l'Europa ha fissato, norme sociali ed ambientali rigorose, mettendo in atto politiche per la tutela della salute umana e ha cooperato per integrare lo sviluppo sostenibile nelle sue politiche, preparando così il terreno per la successiva generazione di politiche sostenibili.

Per quanto riguarda il suo inquadramento normativo, nel Preambolo al TUE si legge che “*gli Stati Membri sono determinati a promuovere il progresso sociale ed economico dei propri popoli tenendo conto del principio dello sviluppo sostenibile nel contesto della realizzazione del mercato interno...*”; ancora, l'art 3 comma 3 del Trattato prevede altresì che l'Unione si adoperi per lo sviluppo sostenibile dell'Europa, basato “*su una crescita economica equilibrata e sulla stabilità dei prezzi, su un'economia sociale di mercato fortemente competitiva, che mira alla piena occupazione e al progresso sociale*”²⁸.

Nel Trattato di Maastricht, tra gli obiettivi dell'Unione, vi è quello di “*promuovere un progresso economico e sociale equilibrato e sostenibile*” e tra i compiti dell'Unione vi è quello di una crescita sostenibile. Nel Trattato di Amsterdam²⁹, il principio dello sviluppo sostenibile viene individuato espressamente tra gli obiettivi

²⁶ Tale estensione costituisce al tempo stesso una garanzia di miglioramento tanto per le generazioni attuali quanto per quelle future. Sul punto si rinvia a BIFULCO R., *Diritto e generazioni future. Problemi giuridici della responsabilità intergenerazionale*, Francoangeli, 2013 ed anche PONTARA G., *Etica e generazioni future*, Laterza, 1995, e ancora LUCIANI M., *Generazioni future, distribuzione temporale della spesa pubblica e vincoli costituzionali*, in *Diritto e società*, n. 2/2008, 427, anche in BIFULCO R., D'ALOIA A., (a cura di), *Un diritto per il futuro: teorie e modelli dello sviluppo sostenibile e della responsabilità intergenerazionale*, Napoli, Jovene, 2008, PORENA D., *Il principio di sostenibilità. Contributo allo studio di un programma costituzionale di solidarietà intergenerazionale*, Giappichelli, 2017 ed ancora GROPPI T., *Sostenibilità e costituzioni: lo Stato costituzionale alla prova del futuro*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, n. 1/2016, 43 ss.

²⁷ Lo sviluppo sostenibile contempla una visione del progresso che ingloba obiettivi immediati ed obiettivi a lungo termine mediante diversi interventi sia locali sia globali, ritenendo che le questioni sociali, economiche ed ambientali vadano intese come elementi inscindibili e interdipendenti del progresso.

²⁸ Sul punto, P. Bilancia ha precisato che “*si tratta di una formula prevalentemente programmatica che certamente qualifica l'ordinamento europeo ma che deve essere riempita da contenuti effettivi attraverso specifiche politiche*”, in *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, (a cura di) BILANCIA P., Numero speciale di *Federalismi*, 4/2018.

²⁹ Precisamente l'art. 2 del Trattato di Amsterdam recita “*la Comunità Europea promuoverà uno sviluppo sostenibile, armonioso ed equilibrato delle attività economiche, un alto livello di occupazione e della sicurezza sociale... una crescita economica sostenibile e non inflattiva... la crescita degli standard e della qualità della vita, la solidarietà e la coesione sociale ed economica tra gli Stati membri?*”.

dell'Unione, non più direttamente collegato alla politica ambientale, ma quale “*fondamento dell'insieme delle politiche e delle azioni comuni*”?

Nel Preambolo della Carta dei diritti del 2000 viene previsto che “*l'Unione si sforza di promuovere uno sviluppo equilibrato e sostenibile*”³⁰. Il Consiglio dell'Unione europea ha poi adottato, nel 2006, il documento denominato “*Nuova strategia dell'Unione europea in materia di sviluppo sostenibile*”. Il richiamato documento, oltre alla definizione del principio così come accolta dalle Istituzioni europee, offre una serie di obiettivi, indicazioni³¹ e strategie di ampio respiro, non limitate unicamente alla preservazione della sfera ambientale³², ma che contemplano anche le dimensioni in cui tale principio viene richiamato ed applicato. Con l'Agenda 2030 e con gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile, approvati dall'Assemblea delle Nazioni Unite del 25 settembre 2015, lo sviluppo sostenibile assume una portata più ampia e diffusa non più ridotta al solo ambiente, ma estesa anche alla sfera sociale.

Al contempo, tale obiettivo programmatico, da strumento di confronto politico e studio sociologico³³, che aveva avuto agli inizi della sua applicazione nel diritto internazionale, comincia ad assumere, la concreta consistenza e dimensione propria di un principio giuridico³⁴ e non più solo quale criterio guida di carattere etico.

³⁰ Correlativamente, va evidenziato anche che nel vertice mondiale sullo sviluppo sostenibile del 2002, viene esaltato il carattere multidimensionale di tale principio, quale tutela dell'ecosistema, della crescita produttiva delle risorse e della difesa e salvaguardia della salute. Kofi Annan, Segretario Generale ONU, in occasione del Vertice mondiale sullo sviluppo sostenibile (Johannesburg, Sudafrica, dal 26 agosto al 4 settembre del 2002) aveva affermato che “*Viviamo in un pianeta inserito in una delicata ed intricata rete di relazioni ecologiche, sociali, economiche e culturali che regolano le nostre esistenze. Se vogliamo raggiungere uno sviluppo sostenibile, dovremo dimostrare una maggiore responsabilità nei confronti degli ecosistemi dai quali dipende ogni forma di vita, considerandoci parte di una sola comunità umana, e nei confronti delle generazioni che seguiranno la nostra. Il Vertice di Johannesburg 2002 rappresenta un'opportunità per l'impegno di costruire un futuro più sostenibile.*”

³¹ Si richiama anche la «*Consultaione sulla futura strategia “Ue 2020”*», COM (2009)647, secondo cui «*Per realizzare la trasformazione in un'economia di mercato sociale e sostenibile, ovvero un'economia partecipativa, più intelligente e più verde, sarà necessario intensificare il coordinamento politico, garantire una sussidiarietà effettiva che potenzi le sinergie e rafforzare i partenariati tra l'Unione e gli Stati membri nel processo di elaborazione e di realizzazione delle politiche pubbliche. Il necessario coordinamento dei singoli strumenti politici consentirà di collegare le riforme istituzionali e di migliorare la regolamentazione, favorendo le nuove iniziative e gli investimenti pubblici.*»

³² Il documento adottato in sede comunitaria, “*oltre ad includere specifiche indicazioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi prefissati in ambito sociale, economico ed ambientale, mostra come il concetto di sviluppo sostenibile accreditato in sede europea abbia confini assai più ampi di quelli che in origine lo vedevano limitato, essenzialmente, alle politiche ambientali*”. PORANA D., *Il “rango” del principio dello sviluppo sostenibile nella gerarchia delle fonti del diritto: norme pattizie, consuetudini internazionali ed art. 10 della Costituzione*, su www.federalismi.it, 2016, 8.

³³ Sulla natura dello sviluppo sostenibile come manifestazione di *soft law* nell'evoluzione della formazione della portata giuridica del concetto di sviluppo sostenibile, LOWE V., *Sustainable Development and Unsustainable Arguments*, in BOYLE A., FREESTONE D., (a cura di), *International Law and Sustainable Development: past achievements and future challenges*, Oxford, 1999, 31.

³⁴ In dottrina, in realtà, non si registra uniformità di vedute in relazione al valore del principio di sostenibilità, dal momento che alcuni autori ne ravvedono la natura di principio generalmente accettato dalla comunità internazionale; altri di mero obiettivo economico-ambientale degli Stati; altri ancora, infine, di criterio interpretativo. Ma vi è di più: a detta della maggioranza degli interpreti, esso non si inquadra come un principio né obbligatorio né giuridico e quindi non è detto neppure che costituisca espressione di *soft law*, ma può essere ritenuto come un principio meta giuridico. Ci sembra rilevante richiamare la posizione di Pepe, che considera lo sviluppo sostenibile come un esempio di *soft law*, ovvero un principio giuridico che nasce da dichiarazioni internazionali non produttive di precisi obblighi e diritti, ma

Al fine di introdurre il tema della salute sostenibile, risulta necessario, per completezza di indagine, fornire un breve inquadramento normativo della salute e della sua tutela, a livello europeo, per poi soffermare l'attenzione sull'applicazione dello sviluppo sostenibile alle politiche europee in tema di salute.

3. L'inquadramento normativo della salute e della sua tutela in Europa

Come noto, nel contesto europeo si è realizzata una vera espansione delle politiche *da e per* la salute³⁵, in modo parallelo al nuovo approccio a tale materia da parte delle Istituzioni europee³⁶ che ha visto l'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile in numerosi settori legati alle politiche sanitarie, finalizzate ad ottenere una tutela uniforme³⁷ del diritto alla salute, sebbene nel rispetto dei singoli modelli di sanità pubblica posti in essere dai singoli Stati Membri³⁸.

che comunque è riuscito a occupare spazi in precedenza lasciati alla discrezionalità degli Stati, tanto da essere ripresa in recenti costituzioni e legislazioni nazionali. PEPE V., *Lo sviluppo Lo sviluppo sostenibile tra diritto internazionale e diritto interno*, in Rivista giuridica dell'ambiente, 2002, 243.

³⁵La materia sanità pubblica rientra nelle competenze dei singoli stati membri e quindi è di loro competenza l'organizzazione dei servizi sanitari. A lungo sono mancate azioni comuni per forme di coordinamento e di controllo tra Stati. Tuttavia, i Trattati hanno subito una significativa evoluzione in ordine, sia alla tutela della salute e sia alle politiche sanitarie, rientrando progressivamente nelle sfere di sostegno e di coordinamento da parte dell'EU. MAINO F., *La politica sanitaria dell'Unione europea: verso un coordinamento "leggero"?* In FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F., (a cura di), *Rapporto sanità 2003*, fondazione Smith Kline, il Mulino, 2003, 27 e MCHALE J., *Fundamental right and health care* in MOSSIALOS E., PERMANAND G., BAETEN R., HARVEY T.K. (a cura di), *Health Systems governance in Europe*, Cambridge 2010, 282.

³⁶ Per alcuni spunti, JORIO E., *La salute e la costituzione europea*, in Sanità pubblica e privata, 2006, fasc. 4 e 5.

³⁷ Per ottenere tale tutela uniforme è necessario analizzare il nesso tra sostenibilità ed esigibilità del diritto alla salute in quanto diritto sociale. In tema, cfr. ancora SPADARO, op.cit. 7.

³⁸ È opportuno ricordare che in Europa il sistema sanitario di ciascun Stato Membro presenta una propria identità legata ad uno specifico sviluppo storico dovuto, soprattutto, a differenti modalità di finanziamento e di erogazione dei servizi. Ci sono tre criteri di classificazione di un modello sanitario che differiscono in base al tipo di finanziamento, a chi fornisce le prestazioni e al ruolo delle Regioni e dei Comuni. In base a questi tre criteri, è possibile distinguere tre modelli principali: il c.d. Modello Beveridge (universalistico), il c.d. Modello Bismarck (mutualistico) e il modello delle assicurazioni private. Il modello Beveridge, conosciuto anche come "*sistema sanitario nazionale*", è il modello che venne adottato nel Regno Unito dopo il *Rapporto di Lord Beveridge* del 1942, secondo il quale, rispettando il diritto sociale del cittadino a vedersi riconosciuto un buono stato di salute, garantisce una copertura universale a tutti coloro che risiedono o dimorano nel territorio dello Stato. Questo modello vede come fonte di finanziamento il gettito fiscale pubblico e gli erogatori del servizio sono prevalentemente pubblici. Questo è il modello a cui si ispira anche il nostro sistema sanitario ed anche quello della Spagna, del Portogallo, dell'Irlanda, Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia. Il Modello Bismarck, o anche "*sistema di assicurazione sanitaria e sociale*", è un modello istituito da Otto Von Bismarck, basato sul principio assicurativo che garantisce al lavoratore e alla sua famiglia la copertura sanitaria in base ai contributi versati. Il sistema sanitario di questo modello è finanziato da contributi obbligatori versati, sia dai datori di lavoro, sia dai dipendenti. I servizi e prestazioni vengono erogati sia da enti pubblici che privati ed è il modello adottato in Germania, Francia, Austria e Olanda. Infine, vi è il modello delle assicurazioni private o anche "*sistema di assicurazione sanitaria privata*", incentrato su assicurazioni private e volontarie, con erogazioni fatte da strutture sanitarie private. Lo Stato garantisce solo il livello assistenziale minimo ai bisognosi. Tuttavia, per completezza di indagine, dobbiamo ricordare che esistono anche altre classificazioni, secondo cui i sistemi sanitari europei sarebbero raggruppabili in 4 cluster: il cluster 1. Austria, Belgio, Svizzera. Francia, Svezia - Sistemi sanitari caratterizzati da una ridotta funzione di *gatekeeping* con bassa densità dei medici di famiglia, da una discreta diffusione delle tecnologie, con una più rilevante presenza di personale infermieristico e di medici specialisti; il cluster 2. Repubblica Ceca, Germania, Grecia - Sistemi sanitari con ridotta funzione di *gatekeeping* e scarsa presenza di medici di famiglia. Impianto di tipo specialistico, ma con minore attenzione all'impiego diffuso delle tecnologie; cluster 3. Danimarca, l'Olanda, la Polonia e la Spagna e la Gran Bretagna, in cui le

Ciò si inserisce in un quadro in cui, sebbene ai sensi dell'art. 152 del Trattato, l'azione europea deve rispettare le competenze degli Stati Membri in materia di organizzazione, finanziamento e fornitura dei servizi sanitari³⁹, tuttavia si tratta dei servizi per cui l'Europa vuole costruire un quadro giuridico di riferimento comune a tutti gli Stati, al fine di potenziare la libera circolazione dei cittadini-pazienti e delle prestazioni, attivando, in un'ottica di sostenibilità, idonei meccanismi di protezione e di sostegno economico.

Inoltre, dalla lettura dell'art. 168 del TFUE⁴⁰, si evidenzia come quella relativa alla sanità pubblica, da pura competenza di supporto, incoraggiamento e coordinamento da parte dell'Unione nei confronti degli Stati, si sia trasformata in vera e propria competenza legislativa, con l'introduzione del potere di adottare misure dirette a fissare parametri elevati di qualità e sicurezza. Con tale articolo, viene sancita l'autonomia del diritto alla salute rispetto alle altre politiche dell'Unione, riconoscendo agli Stati la competenza esclusiva⁴¹ relativamente all'organizzazione e all'erogazione dei servizi, delle prestazioni sanitarie e dell'assistenza medica, sebbene, come una parte della dottrina ha precisato *“sia ancora impensabile un'armonizzazione dei sistemi e delle normative nazionali nella disciplina della sanità pubblica al fine di giungere alla nascita di un sistema sanitario europeo”*⁴².

Tuttavia, non si può dimenticare che l'evoluzione del riconoscimento della tutela della salute nell'Unione europea è stata lunga, se confrontata alla “naturalzza” con cui si è avuta la successiva applicazione del principio di sostenibilità alla sanità e alla salute.

risorse umane e tecnologiche sono relativamente basse e l'accesso è regolato attraverso il ruolo centrale dei processi di *gatekeeping* e da una bassa incentivazione dei costi ed infine cluster 4. Finlandia, Italia, Portogallo - Sistemi sanitari con un tipo di regolazione misto, basato su una forte funzione di *gatekeeping* con la presenza di meccanismi di incentivazione finanziaria. Per approfondimenti, si rinvia altresì alla lettura della scheda tematica per il semestre Europeo *“sistemi sanitari”* consultabile all'indirizzo https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester e anche alla trattazione contenuta in PIOGGIA A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2017, 71 e ss.

³⁹ L'art. 152 del Trattato di Lisbona afferma che il Parlamento Europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del comitato economico e sociale del comitato delle regioni, possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana.

⁴⁰ Sempre in merito al contenuto dell'art. 168, merita sottolineare che, nella definizione ed attuazione delle politiche ed attività dell'UE, viene garantito un elevato livello di protezione della salute umana e l'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, va indirizzata verso il miglioramento della salute pubblica, prevenzione delle malattie ed altresì eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. In tale direzione, L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati Membri in tale settore e se necessario, appoggia la loro azione, migliorando anche la complementarità dei loro servizi sanitari anche e soprattutto al livello transfrontaliero.

⁴¹ CURTI GIALDINO C., *Codice dell'Unione Europea operativo. TUE e TFUE commentati articolo per articolo*, Napoli, Edizioni Simone, 2012, 1373.

⁴² PAPA A., *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?* 92 13, 2018, www.federalismi.it ma è anche interessante richiamare la riflessione di P. Bilancia, la quale, evidenzia come *“la differenza strutturale ed effettiva degli assetti dei sistemi di assistenza sanitaria dei Paesi dell'Unione rende difficile colmare i gap esistenti tra i diversi Stati membri”*. BILANCIA, op.cit., 10.

La prima traccia di una politica sanitaria comune è l'art. 11 della “Carta sociale europea”, adottata dal Consiglio d'Europa nel 1961⁴³, in cui si riconosce che “ogni persona ha diritto di usufruire di tutte le misure che le consentano di godere del miglior stato di salute ottenibile” e che gli Stati sono impegnati “ad assicurare l'esercizio effettivo” di tale diritto attraverso l'adozione di misure adeguate, finalizzate ad “1) ad eliminare per quanto possibile le cause di una salute deficitaria; 2) a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; 3) a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni?”. L'obiettivo degli Stati doveva essere quello di garantire alla popolazione il migliore stato di salute possibile, più che quello di garantire a ciascun individuo il diritto soggettivo alla protezione della salute, quello di tutelare la dimensione collettiva e generale di tale diritto⁴⁴. Il Trattato di Maastricht (1992), come già accennato, dà l'avvio ad alcuni processi di coordinamento tra gli Stati membri per una politica economica e sociale⁴⁵ comune e, pur mancando l'attribuzione all'Europa di una competenza sanitaria, tuttavia, contribuisce a far crescere l'attenzione europea per salute e sanità, arrivando poi ad istituzionalizzare la cooperazione degli Stati membri in questo settore⁴⁶. Viene infatti elevata, solo a questo punto, la protezione della salute a rango di obiettivo delle politiche europee e, con l'art. 129 del Trattato in parola, viene a delinearsi un quadro per le attività europee in materia di sanità pubblica. Concretamente però, solo con il Trattato di Amsterdam (1997), si consente a Bruxelles di sostenere gli Stati Membri nel campo della difesa della salute, nonché di intervenire concretamente nei settori primari nella tutela della salute⁴⁷. Con la Carta dei diritti fondamentali (2000), viene poi sancito che l'accesso alle prestazioni sanitarie all'interno dell'Unione è un

⁴³ Tale Carta, sebbene adottata dal Consiglio d'Europa nel 1961, è entrata in vigore nel 1965 con il raggiungimento del numero necessario di ratifiche ed è stata rivista nel 1996, con ratifica italiana nel 1996, con la legge 9 febbraio 1999, n. 30 (*Ratifica ed esecuzione della Carta sociale europea, riveduta, con annesso, fatta a Strasburgo il 3 maggio 1996*).

⁴⁴ Va evidenziato il ruolo dei report annuali relativi al rispetto della Carta. Infatti, La Carta sociale europea affida un ruolo centrale al Comitato europeo dei diritti sociali, che ha il compito di controllare il rispetto da parte degli Stati delle obbligazioni previste dalla Carta stessa. Infatti, il Comitato decide se la situazione nazionale delle parti contraenti è conforme alla Carta (articolo 24 della Carta come modificato dal Protocollo di Torino del 1991), sulla base di un rapporto annuale che gli Stati presentano e nel quale indicano come la Carta viene applicata in diritto e nella prassi. In particolare, la dottrina ha evidenziato come “*gli Stati membri, in presenza di raccomandazioni del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, tendano ad attuare azioni e politiche di riallineamento, in quella che è stata definita una “competizione virtuosa”, volta proprio ad adeguare le proprie normative e organizzazioni sanitarie in coerenza con le indicazioni che emergono dai rapporti annuali*”. PAPA, op.cit., 90 ed anche GUIGLIA G., *Le prospettive della Carta sociale europea*, in Jus, 2010, 3.

⁴⁵ “Oltre ad essere ribadito il principio dello sviluppo sostenibile a livello di diritto primario dell'UE, già sancito con le modifiche apportate dal Trattato di Maastricht, ciò che costituisce un significativo elemento di novità è lo specifico riconoscimento, quale obiettivo dell'Unione, del terzo pilastro dello sviluppo sostenibile, cioè lo sviluppo sociale”. COSTATO L., BORGHI P., RUSSO L., MANSERVISI S., *Dalla riforma del 2003 alla Pac dopo Lisbona. I riflessi sul diritto agrario, alimentare ed ambientale*, Atti del convegno di Ferrara, 6-7- maggio 2011, Napoli, 258.

⁴⁶ Si noti che con il Trattato di Maastricht del 1992, il tema della sanità pubblica venne inserito al Titolo X, del TCE, prescrivendo la necessità di un coordinamento delle politiche nazionali in materia e di scambio di comunicazioni ed informazioni tra gli Stati al fine di migliorare le pratiche nei singoli ambiti.

⁴⁷ All'art. 3 lett. p) viene imposto all'Unione “*il perseguimento di un elevato livello di protezione alla salute*”.

diritto fondamentale (art. 35)⁴⁸, cui è correlato l'obbligo in capo alle Istituzioni dell'Unione di intervenire per dare attuazione a tale diritto⁴⁹.

Con il Trattato di Lisbona, (2007), viene rafforzata l'importanza della politica sanitaria statuendo che, «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana», sancendo un ruolo importante nel miglioramento della sanità pubblica in termini di prevenzione e gestione delle malattie, limitazione delle fonti di pericolo per la salute umana e armonizzazione delle strategie sanitarie tra gli Stati membri, ed infatti, proprio con la c.d. *strategia di Lisbona*, viene esaltato il principio dello sviluppo sostenibile come strumento di azione nelle politiche europee anche nell'ambito della salute.

3.1. Verso una salute e una sanità sostenibili

Infatti, è con la c.d. *strategia di Lisbona* che lo sviluppo sostenibile viene inteso quale uno degli strumenti principali con cui esaminare, in modo strategico e coordinato, all'interno dei processi decisionali, gli effetti economici e sociali. In tal senso, tra gli obiettivi di sviluppo sostenibile rientra certamente la realizzazione di un'adeguata tutela della salute ed accanto un adeguato sistema di assistenza sanitaria.

Nonostante con Lisbona si fosse messo in moto un meccanismo volto ad incidere anche su una salute c.d. sostenibile, il primo riferimento esplicito, da parte dell'Europa, ad essa va rinvenuto nel “*Libro bianco- un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013*”, in cui la Commissione esorta ad un nuovo approccio fondato su tre obiettivi principali⁵⁰, tra cui “una valorizzazione delle nuove tecnologie applicate al settore della salute pubblica, capaci di sostenere uno sviluppo competitivo e sostenibile per l'Europa”, in tal modo tendendo ad un nuovo quadro europeo capace di favorire la sostenibilità dei sistemi sanitari. Si ritiene inoltre che un ruolo di rilievo nell'elaborazione di una *salute c.d. sostenibile*, si debba alla Corte di Giustizia che, attraverso la propria giurisprudenza, ha riconosciuto l'importanza di una dimensione

⁴⁸ L'art. 35 dedicato alla protezione della salute in un capo relativo proprio alla solidarietà, viene statuito che “Ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”.

⁴⁹ Sull'attuazione di tale diritto, va richiamata la giurisprudenza della Corte di Giustizia che prescrive come le esigenze di contenimento della spesa sanitaria, motivate dalla necessità di mantenere il sistema a tutti accessibile possono essere ritenute restrizioni giustificate rispetto alla libera prestazione di servizi. Ma il diritto dei cittadini ad essere curati proclamato appunto all'art. 35 implica che la salute, quale bene superiore non può essere considerato “esclusivamente sotto l'angolazione di costi sociali e difficoltà economiche”. Conclusioni dell'Avv. Generale Damaso Ruiz-Jarabo Colomer, causa C-444/05, *Aikaterani Stamatelaki c. NPDD Organismos Asfaliseos Eleutheron Epagelmaton* (OAE), 40.

⁵⁰ La strategia si basa su quattro principi fondamentali alla base di tre obiettivi strategici che costituiranno le priorità per i prossimi anni. I quattro principi sono: Una strategia basata su valori sanitari condivisi; “La salute è il bene più prezioso e La salute in tutte le politiche ed infine rafforzare il ruolo dell'Ue in relazione alla salute mondiale. Quanto ai tre obiettivi strategici, essi sono sintetizzabili quali “Promuovere un buono stato di salute in un'Europa che invecchia; 2 Proteggere i cittadini dalle minacce per la salute; 3 Promuovere sistemi sanitari dinamici e nuove tecnologie”

europea della salute⁵¹, in particolare rispetto alla mobilità per ragioni di cura⁵², per garantire il diritto l'assistenza transfrontaliera⁵³.

Infatti, dalla lettura delle pronunce della Corte di Giustizia⁵⁴, così come della direttiva n. 24/2011/CE sulla mobilità transfrontaliera⁵⁵, si evince la volontà dell'UE di assicurare il rispetto dei diritti fondamentali, e quindi di incentivare gli Stati affinché migliorino le politiche sanitarie, con la cooperazione e il coordinamento a livello transnazionale, tenendo in debito conto che la mobilità ha un costo, sul piano della sostenibilità economica per tutte le spese che comunque non rientrano nel rimborso nazionale.

Sebbene le politiche sanitarie si siano radicate negli Stati Membri, tuttavia il diritto europeo si è indirizzato verso una vera e propria “*cittadinanza della salute in Europa*” che avrà esiti sui diritti individuali e collettivi nelle diverse dimensioni della salute.

Non solo, ma, rispetto all'assistenza transfrontaliera, è necessario fare un'altra riflessione ai fini del presente lavoro. Essa infatti, è un evidente esempio di come nella costruzione di *un'Europa sociale* venga valorizzato il perseguimento dell'obiettivo “*di migliorare il funzionamento del mercato interno e la libera circolazione di merci, persone e servizi*”, compensando, mediante la base giuridica dell'art. 114 TUE sul riavvicinamento

⁵¹ Si deve alla Corte di Giustizia lo sforzo di armonizzazione, con l'applicazione delle norme sulla libera circolazione, ossia favorendo un meccanismo di competizione tra i sistemi sanitari. NANIA R., *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in SESTA M. (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, 39 ed anche PATANÈ A., *La “tutela della salute” dei cittadini dell'Unione Europea nelle prestazioni sanitarie transfrontaliere*, in Nuove strategie, 57 e ss.

⁵² Si rinvia BOGGERO G., *Gli ostacoli alla mobilità sanitaria transfrontaliera in Italia*, in Corti supreme e salute, 2018, 2, e a GUERRA G., *La mobilità transfrontaliera dei pazienti*, in *Politiche sanitarie*, gennaio-marzo 2014.

⁵³ Si tratta della tutela dei diritti dei pazienti, in qualunque Stato membro si rechino ad avere assistenza sanitaria sulla base di un sistema di cooperazione tra sistemi sanitari degli Stati membri. Regolamento n. 883/2004 Del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 e Direttiva EU n. 24 del 9 marzo 2011, recepita nel 2014 dal nostro ordinamento. In particolare, Il Regolamento disciplina le misure di sicurezza sociale dei lavoratori che si spostano da un Paese all'altro dell'UE. In tale contesto, il Regolamento garantisce anche le prestazioni sanitarie legate al soggiorno temporaneo fuori dello Stato competente ritenute necessarie dal punto di visto medico (cure urgenti) nonché la possibilità di andare in un altro Stato membro diverso da quello di competenza esclusivamente per beneficiare dell'assistenza sanitaria (cure programmate). Correlativamente, la Direttiva attribuisce una *dimensione europea* al diritto all'accesso alle cure dei cittadini degli Stati membri, nel rispetto del diritto di informazione e sicurezza dei presidi medici necessari. Essa inoltre, incentiva non solo la cooperazione, con il risultato di rafforzare il diritto dei cittadini europei ad accedere alle cure più innovative e all'avanguardia. In particolare va evidenziato che il finanziamento dell'assistenza transfrontaliera proviene soprattutto dal secondo (2008-2013) e dal terzo (2014-2020) programma in materia di salute, i quali prevedono un totale cumulativo di circa 64 milioni di euro l'anno per le tematiche relative alla salute. La Commissione propone che il finanziamento prosegua nell'ambito del Fondo sociale europeo Plus (FSE+), che fra i suoi obiettivi avrà quello di sostenere l'attuazione della legislazione dell'Unione nel settore dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Sul tema Aa. Vv., *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, a cura di MORANA D., Napoli, ESI, 2018. In tema si veda anche BUSATTA L., *La cittadinanza della salute nell'Unione Europea: il fenomeno della mobilità transfrontaliera dei pazienti, dalla libera circolazione alla dimensione relazionale dei diritti*, in DPCE online, 2015, n. 3.

⁵⁴ A partire dai casi *Decker* e *Kohll*, la Corte di Giustizia riconosce che i cittadini dell'Unione possono effettivamente beneficiare di cure mediche in un altro Stato membro ed essere rimborsati conformemente alle tariffe dello Stato membro in cui erano assicurati. CGUE, *Decker e Kohll*, C-120/95 e C-158/96, §§ 34-35-§§ 35-36 e poi CGUE, *Smits and Peerbooms*, C-157/99, §§ 76-80.

⁵⁵ Per un'approfondita trattazione del tema dell'assistenza transfrontaliera, soprattutto dopo la Direttiva del 2014, si rinvia a BOGGERO, G., *Gli ostacoli alla mobilità sanitaria transfrontaliera in Italia*, op.cit.

delle legislazioni, le limitazioni che la competenza dell'Unione (art. 6 TFUE) in materia di sanità pubblica incontra rispetto all'assistenza sanitaria (cfr. art. 168.7 TFUE), su cui già avevamo speso qualche riflessione.

Correlativamente, la sanità sostenibile si è posta numerosi obiettivi, che è opportuno richiamare, come testimoniato dalla *Comunicazione della Commissione Ue del 29 giugno 2011 Un budget per Europa 2020*, dove si afferma che “*la promozione di una buona salute è parte integrante degli obiettivi di crescita di Europa 2020*” e, così come riassunti nel Piano d'azione europeo “*One Health*” contro la resistenza antimicrobica del 2017 e con l'adozione del “*Pilastro europeo dei diritti sociali*”⁵⁶ del 2017 in cui si denota una forte attenzione al bene salute. Infatti, all'art. 16, in tema di assistenza sanitaria viene previsto che “*ogni persona ha diritto di accedere tempestivamente ad un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili*”, in cui si rinviene anche una nuova prospettiva: non più e non solo è presente il tema dell'accesso alle cure (sotto il profilo della mobilità dell'assistenza sanitaria dei pazienti all'interno dell'Unione), ma anche l'impegno, da parte dell'Unione, di implementare il sistema delle strutture sanitarie ed al contempo quello dell'accessibilità dei costi, mediante anche il sostegno finanziario, da parte dell'Unione, agli Stati Membri. Infine, l'Agenda 2030 contiene, tra le priorità strategiche 2019-2024 già richieste dal Trattato di Lisbona (2007), quella di realizzare in Europa, una politica di sviluppo sostenibile.

Sembra che l'attenzione dell'Unione voglia così dirigersi verso una tutela multilivello della salute⁵⁷, non più solo garantendo la tutela della sola dimensione soggettiva della salute, come salvaguardia e protezione del bene vita, ma anche individuare il quadro entro cui gli Stati possano definire il proprio ruolo, sia sotto il profilo dell'erogazione delle cure, sia rispetto al finanziamento per il costo delle prestazioni sanitarie e quindi accogliere anche la dimensione sostenibile della salute ed insieme della sanità.

4. Sviluppo sostenibile e accessibilità all'assistenza sanitaria in Europa.

Accanto ad alcune specifiche politiche di sostenibilità, nella gestione delle politiche sanitarie, su cui verrà posta l'attenzione nel prosieguo, occorre soffermarsi, preliminarmente, sul tema dell'applicazione del

⁵⁶ I diritti sociali previsti dal Pilastro sono articolati in tre obiettivi, quali assicurare eguaglianza e opportunità, nelle possibilità di accesso ai mercati del lavoro, garantire condizioni di lavoro eque ai lavoratori e assicurare dei sistemi di protezione sociale sostenibili. Il diritto alla salute è inserito nel capitolo terzo che definisce le caratteristiche che dovrebbero presentare i sistemi di protezione sociale. Sul punto, BILANCIA P., DE MARCO E., *La tutela multilivello dei diritti. Punti di crisi, problemi aperti, momenti di stabilizzazione*, Giuffrè, 2004.

⁵⁷ Secondo A. Papa, la tutela multilivello del diritto alla salute può essere letta in una duplice prospettiva: da un lato quella individuale, in relazione alla quale rispetto all'accesso alle cure il singolo può decidere dove e come curarsi con il sostegno economico del proprio servizio sanitario o godendo di cure non erogate nel proprio paese, ma erogate in altro paese dell'Unione. La seconda prospettiva guarda ad una dimensione sociale della tutela multilivello della salute. PAPA, op.cit., 19 e ss.

principio di sostenibilità in tema di l'accessibilità⁵⁸ all'assistenza sanitaria. Infatti, il rapporto tra accessibilità all'assistenza sanitaria e sostenibilità si spiega in relazione alle risorse finanziarie disponibili che possono consentire e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, nel senso che, solo rafforzando l'efficienza e la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, si possono potenziare l'efficienza e la capacità di soddisfare i reali bisogni legati all'assistenza sanitaria⁵⁹.

Infatti, nell'ottica di attuare sistemi sanitari, accessibili e sostenibili, al fine di garantire in UE una copertura sanitaria universale⁶⁰, tali sistemi dovranno essere resilienti⁶¹ alle evoluzioni future, accessibili ed efficaci.

Sul punto, si richiamano le raccomandazioni formulate da 11 Stati Membri⁶² sulla riforma dei loro sistemi sanitari in cui viene messo in evidenza come la sostenibilità e l'efficacia in termini di costi dei sistemi sanitari, può essere attuata solo con riforme del settore ospedaliero, con la fissazione dei prezzi dei servizi sanitari, potenziando l'assistenza medica ambulatoriale e l'assistenza sanitaria primaria.

Prima di analizzare la sostenibilità dei sistemi sanitari europei visti, per quanto possibile, in modo unitario, va spesa qualche riflessione sulla la sostenibilità del sistema sanitario italiano, quale sistema sanitario che ha al centro la tutela di un diritto, quello alla salute definito quale diritto finanziariamente condizionato⁶³,

⁵⁸ L'accessibilità dei sistemi sanitari viene proclamata dalla Carta sociale Europea, Strasburgo, 3 maggio 1996, implica che per l'accesso all'assistenza sanitaria medica gli Stati Membri debbano disporre di un sistema adeguato che non escluda una parte della popolazione dai servizi di assistenza sanitaria, rispetto anche ai costi, mediante un contenimento dei costi finalizzato a promuovere un utilizzo più razionale dell'assistenza sanitaria.

⁵⁹ Dobbiamo anche ricordare che in un documento di lavoro dei servizi della Commissione "investire nella salute" che fa parte del "pacchetto di investimenti sociali" (COM (2013)83), viene esplicitato che "la salute della popolazione condiziona i risultati economici per quanto riguarda la produttività, l'offerta di manodopera, il capitale umano e la spesa pubblica".

⁶⁰ puntando sulla prevenzione delle malattie e, al contempo, sulla promozione della salute, sfruttando al meglio le tecnologie digitali, al fine di rafforzare l'assistenza di base e lo sviluppo dei servizi sanitari integrati.

⁶¹ Se in generale la resilienza è resilienza come capacità del sistema di reagire a shock interni o esterni, la resilienza sanitaria va rivolta all'analisi delle performance nazionali in presenza di *outbreak* epidemici. Se di resilienza sanitaria si è spesso parlato in termini concettuali ai più disparati livelli – basti pensare al Regolamento Sanitario internazionale (IHR) elaborato dalla WHO nel tentativo di definire quelle linee guida indispensabili a migliorare le capacità dei sistemi sanitari nazionali, nello specifico, rispetto al tema che qui interessa, si deve analizzare il volto resiliente dei sistemi sanitari come la loro capacità di essere accessibili, efficaci e resilienti ai cambiamenti e alle sfide future e nello specifico, fanno tutti fronte a pressioni per evolvere, modernizzarsi e adattarsi a situazioni in costante mutamento, le quali possono a loro volta avere un effetto negativo sulla spesa sanitaria. Queste pressioni possono essere dovute ai: cambiamenti demografici, alle evoluzioni epidemiologiche, alle nuove tecnologie, al rafforzamento del ruolo dei pazienti e alla carenza di personale o alla distribuzione disuguale dei professionisti sanitari.

⁶² Austria, Bulgaria, Finlandia, Francia, Germania, Malta, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia e Spagna.

⁶³ L'utilizzo dell'espressione *diritto finanziariamente condizionato* si deve, in dottrina, a MERUSI F., *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, 30. Altra parte della dottrina definisce il diritto alla salute quale diritto finanziariamente condizionato, collegando "l'impegno pubblico nella garanzia dei diritti sociali ai doveri inderogabili di solidarietà ex art. 2 Cost." CINTIOLI F., *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in CATELANI E., CERRINA FERONI G., GRISOLIA M.C., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011, 42, ove viene affermato che "Il diritto alla prestazione sanitaria, quindi, anziché essere inteso come assoluto e non suscettibile di alcuna forma di compressione, si struttura come diritto finanziariamente condizionato. Ne segue l'esigenza del bilanciamento tra il diritto alla prestazione sanitaria e la tutela degli equilibri economico-finanziari. E non si è mancato di notare che tale ultimo valore non appartiene solo alla collettività dei consociati in un dato momento storico [...], ma anche alle generazioni future [...]" e quindi ciò collega strettamente tale inquadramento del diritto alla salute con il principio di sostenibilità.

qualificazione che ha delle naturali ricadute in termini di sostenibilità. Infatti, in particolare la Corte Costituzionale italiana⁶⁴, ha sottolineato la necessità di tenere in debita considerazione i vincoli imposti dal fattore economico quando si devono decidere trattamenti da garantire, così come quando vanno indicati i requisiti cui subordinare l'accesso alle prestazioni sanitarie. Infatti, secondo la Corte, tra i limiti di cui si deve tenere conto nell'elaborazione delle decisioni relative al settore sanitario, vi è sicuramente quello delle risorse finanziarie, ma le esigenze della finanza pubblica non possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto in Costituzione. Tale approccio ha acquistato una sempre più crescente importanza, non solo nel nostro ordinamento, soprattutto rispetto alle misure normative adottate per far fronte alla crisi economica, laddove agli Stati Membri sono stati imposti vincoli di spesa mirati appunto al contenimento dei bilanci, conducendo così ad un ripensamento dei livelli di garanzia dei diritti sociali e quindi anche del diritto alla salute. Infatti, le misure di contenimento della spesa pubblica hanno riguardato anche sulla materia sanitaria⁶⁵ e quindi la sostenibilità o meno del bilancio hanno inciso direttamente sulla garanzia delle prestazioni che riempiono di contenuto il diritto alla salute⁶⁶.

Se quindi quello alla salute è un diritto finanziariamente condizionato, è evidente l'esigenza di garantire una tutela di esso e del sistema sanitario al cui interno è collocato, il più sostenibile possibile. Tale esigenza è sentita già da tempo nel nostro ordinamento, come si evince nell'ambito dell'indagine avente ad oggetto *“la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario ed obiettivi di finanza pubblica”*, (approvata nella seduta del 4 giugno 2014 a conclusione di un'indagine delle Commissioni riunite V e XII- Camera dei Deputati).

In tale documento, veniva messo in luce come il sistema di welfare nella sanità, una volta compresi i nuovi bisogni di salute, dovrebbe concentrarsi sulla riorganizzazione dei servizi, sul potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, sull'analisi della spesa sanitaria e sul finanziamento del welfare

⁶⁴ Con la sent n. 248/2011 (in particolare par. 6.1 Cons. in diritto), la Corte, per la prima volta, ha utilizzato la locuzione diritto finanziariamente condizionato in riferimento alla garanzia delle prestazioni sanitarie asserendo che *“l'esigenza di assicurare l'universalità e la completezza del sistema assistenziale del nostro Paese si è scontrata, e si scontra ancora attualmente, con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario”*. Sul punto, MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, Lezioni, II ed. Torino, Giappichelli, 2015, 85 e MINNI F., MORRONE A., *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in Rivista AIC, 3, 2013, 11.

⁶⁵ BERGO M., *Nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, Rivista AIC, 2, 2017, 14

⁶⁶ Correlativamente è stato affermato che *“le decisioni di bilancio determinano le opportunità di godimento dei diritti”*. LUCIANI M., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte Costituzionale*, in Rivista AIC, 13, 2016, 8.

sanitario, valutando la reale appropriatezza delle prestazioni⁶⁷ e i vantaggi legati alla valorizzazione della mobilità sanitaria.

In particolare, l'attenzione andrebbe posta sulla sostenibilità dei costi del Servizio Sanitario Nazionale e sulla necessità di riorganizzare i servizi sanitari e socio-sanitari alla luce dei vincoli di finanza pubblica, così da comprendere il reale andamento della spesa sanitaria. In particolare, andrebbe attuata una comparazione di come i diversi paesi europei si occupano della gestione della spesa sanitaria (pubblica e privata), sia intesa come spesa assoluta pro-capite, sia come incidenza percentuale sul PIL,⁶⁸ consentendo anche di valutare, così come messo in luce dal documento in esame, se i sistemi sanitari, nel fornire prestazioni di qualità, siano orientati ad equità ed universalità, laddove la crisi economica può prima di tutto minare la loro sostenibilità finanziaria per il progressivo contrarsi delle risorse disponibili, incidendo anche sulla loro qualità. Ciò è in concreto accaduto, come viene messo in luce dallo studio *“lo stato della sanità in Italia”*, condotto dall'Ufficio parlamentare di bilancio nel 2019, in relazione agli esiti del più recente Patto per la salute (anni 2014-2016). In tale documento viene affrontato il tema della sostenibilità della sanità pubblica italiana, caratterizzata da carenze e disinvestimenti e, rispetto a cui, appare urgente attuare un reale controllo sulla spesa sanitaria, a causa, da un lato dell'elevato debito pubblico e, dall'altro, dell'asimmetria tra la responsabilità della spesa (in capo alle Regioni) e quella della raccolta del finanziamento (proveniente, in larga parte, dalla fiscalità generale). Al contempo, nel sistema italiano, va attuato un controllo sul divario nella capacità di fornire il livello standard di prestazioni che deve essere garantito su tutto il territorio nazionale e che però presenta delle disparità tra alcune aree del paese sulla capacità di programmazione, sulle risorse gestionali ed organizzative.

In particolare, affinché i sistemi sanitari restino accessibili ed efficaci, così da essere sostenibili a lungo termine, devono essere sostenibili, per primi, i bilanci pubblici.

In merito alla sostenibilità di bilancio, essa va garantita in tutti i sistemi sanitari europei, non solo quello italiano, al fine di assicurarsi il rispetto dei principi di universalità, accesso ad un'assistenza di buona

⁶⁷ Rispetto all'appropriatezza delle prestazioni, il contenimento della spesa, secondo lo studio in esame, non si può risolvere solo con i tagli di spesa che vanno a determinare una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma utilizzando i fattori produttivi disponibili mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della c.d. variabilità nociva così da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti. In tal modo viene promossa la c.d. appropriatezza clinica, mediante la definizione dei corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie, per assicurare accessibilità ed appropriatezza oltre che efficacia delle cure.

⁶⁸ Oggi in Italia la percentuale del PIL destinato alla spesa sanitaria totale è sostanzialmente allineato con la media OCSE (8,9% vs 8,8%), ma la spesa sanitaria pro-capite totale, appare inferiore alla media OCSE ((\$3.542 vs \$ 3.807). Dal 2000 al 2017 la spesa pubblica in Italia è aumentata complessivamente del 71%, crescendo in media del 4,23% per anno, un incremento percentuale. L'impatto del defianziamento degli ultimi anni emerge in maniera clamorosa confrontando la crescita percentuale della spesa sanitaria pubblica del 2000-2008 rispetto al 2009-2017. Nel primo periodo l'aumento è stato del 58%, rispetto a una media OCSE del 73%. Nel periodo 2009-2017 l'incremento percentuale è stato solo del 8%, rispetto a una media OCSE del 26%. Per approfondimenti, si rinvia al *quarto rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 2019.

qualità, equità e solidarietà, così come messo in luce dalla Commissione europea nella “*scheda tematica per il semestre europeo-sistemi sanitari?*” e nelle conclusioni del Consiglio “*sui sistemi sanitari e la sostenibilità di bilancio*”⁶⁹ dove viene premesso che il settore pubblico svolge un ruolo di primo piano nel finanziamento dei servizi sanitari, laddove in alcuni paesi membri il 70% della spesa sanitaria è finanziata dal settore pubblico, rischiando di compromettere la sostenibilità del bilancio, che va garantita in una prospettiva a medio e a lungo termine.

Ci si deve chiedere quindi quale sia tale prospettiva a medio e a lungo termine, ovvero in che modo i sistemi sanitari possano affrontare efficacemente i cambiamenti (e quindi essere resilienti alle crisi economiche), garantendo che i servizi sanitari rimangano accessibili per tutta la popolazione. Ciò potrà avvenire attuando, in primo luogo, i meccanismi di finanziamento stabile, ciò pianificando efficacemente gli investimenti e assicurando la continuità dei servizi nell’organizzazione e gestione delle prestazioni; ed accanto attuando un sistema di c.d. *buona governance*, ovvero definendo adeguatamente le responsabilità nella gestione del sistema sanitario, ad es. con meccanismi affidabili di rendicontazione ed attuando, come si vedrà, le tecnologie sanitarie.

Quindi, lo sforzo deve essere quello di guardare ad una c.d. finanza sostenibile dei sistemi sanitari ed, al contempo, tendendo ad una c.d. salute sostenibile, in cui vengano attuati i Lea, realizzata una politica di prevenzione nell’ambito della salute, un sistema di educazione ed informazione sanitaria, evitando le disuguaglianze nella salute e potenziando la ricerca e l’innovazione.

In particolare, è opportuno analizzare, della nozione di sostenibilità, ciò che attiene alla questione della provvista finanziaria necessaria all’erogazione delle prestazioni sanitarie ed alle impellenti esigenze di contenimento della relativa spesa.

Ciò in quanto la salute è non solo un valore in sé, ma anche un importante fattore di crescita economica⁷⁰. Se, come si è già chiarito, per sviluppo sostenibile si deve intendere lo sviluppo che rispetta le esigenze delle generazioni attuali senza compromettere quelle delle generazioni future, si allude anzitutto alla questione della provvista finanziaria necessaria all’erogazione delle prestazioni sanitarie ed alle impellenti esigenze di contenimento della spesa relativa.

Infatti, per tutelare il diritto primario e fondamentale per eccellenza, quale è appunto la salute, è necessario considerare anche il peso del budget necessario per sostenerne la tutela. Ciò, in quanto nei paesi

⁶⁹ Scheda tematica per il Semestre europeo e European Economy, Institutional Paper 37, Ottobre 2016: <https://ec.europa.eu/info/publications/economyfinance/joint-report-health-care-and-long-term-caresystems-fiscal-sustainability> E https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_health-systems_it.pdf e le Conclusioni del Consiglio sui sistemi sanitari e la sostenibilità di bilancio <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST14182-2016-INIT/it/pdf>.

⁷⁰ “*solo una popolazione sana può conseguire appieno il proprio potenziale economico*”, *Strategia europea 2020- EUROPA 2020 Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*.

industrializzati la spesa sanitaria totale tende a crescere a tassi superiori rispetto a quelli dell'economia nel suo complesso. I principali fattori determinanti la crescita della spesa sanitaria sono legati ai trend demografici ed epidemiologici in atto e soprattutto ai processi di innovazione tecnologica in campo biomedico.

Rispetto a ciò il problema principale è quello di garantire la sostenibilità economica e finanziaria della sanità pubblica, senza pregiudicare la qualità delle cure erogate e l'equità nell'accesso e nel finanziamento⁷¹. Nei periodi di recessione, si ricorre frequentemente a tagli ai tetti di spesa mediante imposizione di standard, tetti, budget e vincoli⁷², così come a controlli su prezzi, con un correlato aumento delle compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini. Si tratta di misure efficaci per garantire la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria nel breve periodo, ma che non riescono a tenere sotto controllo adeguatamente i principali fattori di crescita della spesa nel lungo periodo⁷³. Una soluzione percorribile per andare oltre queste politiche di breve periodo, sarebbe quella di introdurre innovazioni istituzionali che puntino a garantire la sostenibilità economica e finanziaria di lungo periodo secondo due direzioni principali, quali la ricerca di nuovi equilibri tra finanziamento pubblico e finanziamento privato della sanità, allo scopo di migliorare il livello di efficienza del sistema sanitario, preservando l'equità nell'accesso l'adozione di nuovi strumenti di regolazione dal lato della domanda e dell'offerta⁷⁴.

È fondamentale che l'UE non indebolisca i sistemi sanitari, ovvero si impegni comunque a garantire il rispetto dell'equità⁷⁵ nell'accesso ai servizi e la disponibilità di cure di alta qualità, ciò perché, come già precisato, un sistema sanitario efficace contribuisce al benessere sia socio-sanitario sia economico⁷⁶.

⁷¹ Dalla lettura dei Report annuali del Comitato europeo dei diritti sociali, emerge come un punto di forte criticità sia il non adeguato rispetto di molti Stati dell'obbligo di garantire l'accesso alle cure sanitarie senza costi a chi non dispone delle risorse economiche e mantenere un accettabile livello di finanziamento del sistema sanitario anche in periodi caratterizzati dalla crisi economica, nei quali è necessario che i costi delle cure sanitarie siano sostenuti, nella misura massima possibile, dalla comunità statale. Sul punto, si rinvia all'approfondimento di PAPA, op.cit., 90 e ss.

⁷² Nel nostro paese, i principali interventi di controllo della spesa sanitaria, secondo quanto analizzato dall'Ufficio Parlamentare di bilancio nel 2019 con lo studio dello " *stato della sanità in Italia*", sono state: il blocco del turn-over, quello della contrattazione per il personale dipendente e i medici in convenzione, il contenimento del trattamento accessorio e il congelamento dei livelli retributivi anche del personale in convenzione. Non solo, ma il ridimensionamento della spesa sanitaria si è attuato anche con la richiesta di un contributo finanziario alle Regioni come concorso al riequilibrio della finanza pubblica, prevedendo altresì che il riparto tra le Regioni fosse definito mediante un accordo in Conferenza Stato-Regioni.

⁷³ Tali misure però presentano rischi per quanto riguarda il mantenimento dei livelli di qualità e di equità dei sistemi.

⁷⁴ Si richiamano la promozione e incentivazione di corretti stili di vita, il potenziamento della medicina territoriale e della continuità assistenziale, la maggiore integrazione tra ospedale e territorio e tra servizi sanitari e servizi sociali, introduzione di nuovi modelli di *governance* dei servizi, infine l'applicazione di sistemi di reporting per la valutazione della qualità).

⁷⁵ Tra le strategie adottate per affrontare il problema della sostenibilità sanitaria sono diffusi l'incremento delle entrate fiscali, la creazione di un fondo nazionale di risorse e l'allocazione strategica delle risorse.

⁷⁶ Sul punto si rinvia alla lettura della *Comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti*, Bruxelles, 4 aprile 2014.

Sul punto, in ultimo, va ricordato anche che la sostenibilità dei sistemi sanitari, va guardata sia da un punto di vista economico, sia finanziario. Rispetto al primo, la spesa per la salute viene considerata sostenibile fino al punto in cui i costi sociali delle spese sanitarie non eccedono il valore prodotto da quella stessa spesa. Il secondo, invece, è legato direttamente alla spesa pubblica per le cure sanitarie. Un sistema sanitario, quindi, può essere sostenibile economicamente, ma non esserlo fiscalmente quando le entrate pubbliche sono insufficienti per sostenere le uscite⁷⁷.

In tutti i Paesi Membri, i finanziamenti per le cure derivano sia da fondi pubblici (principalmente tasse e assicurazioni sociali), sia da fondi privati (principalmente compagnie assicurative private) e riguardano i servizi per la sanità pubblica, il primo soccorso, gli ambulatori, la prescrizione di farmaci, le cure per la salute mentale, le cure odontoiatriche, la riabilitazione e l'assistenza a domicilio. L'unico modo per sostenere i sistemi sarebbe quello di centralizzare la raccolta fondi, in tal modo si potrebbero assicurare l'equità dei servizi in grado di abbassare alcuni costi. Però, per migliorare gli attuali sistemi di finanziamento è necessario anche considerare alcuni fattori, come l'invecchiamento della popolazione che suggerisce che nei prossimi anni le richieste di assistenza sanitaria aumenteranno⁷⁸ e, per questo, è necessario riallocare le risorse e riorganizzare il sistema sulla base delle nuove richieste sanitarie. Ciò si potrà effettuare partendo da un'analisi accurata degli attuali sistemi sanitari, trovando il modo di rafforzare la raccolta dei fondi per garantire entrate sufficienti e creare un fondo per facilitare una gestione sinergica e un maggiore coordinamento dei sistemi sanitari, incoraggiando l'allocazione strategica delle risorse per garantire una corrispondenza tra bisogni e risorse. Inoltre, l'Europa dovrebbe garantire, altresì, che i pacchetti di servizi sanitari finanziati con fondi pubblici siano basati su criteri di efficacia in termini di costi e di equità e che i sistemi di condivisione di costi sostengano il contenimento della spesa pubblica, oltre ad accrescere la sostenibilità delle cure ospedaliere, migliorando gli accordi di finanziamento, riducendo i costi operativi e rafforzando il confronto tra le prestazioni ospedaliere. Infine andrebbe potenziato l'uso economicamente efficiente e l'accessibilità economica dei medicinali con adeguate politiche di controllo dei prezzi.

⁷⁷ Quando un sistema sanitario non è sostenibile fiscalmente, sono tre le alternative per arrivare a risolvere il problema. In primo luogo, bisogna aumentare le entrate fino alla soglia necessaria a sostenere le spese, in secondo luogo è necessario abbassare le spese e, in ultimo, si devono aumentare le capacità del sistema sanitario per convertire le risorse in valore.

⁷⁸ Soprattutto nel settore della salute mentale, dell'assistenza a lungo termine e nella cura delle persone con malattie croniche.

Correlativamente, l'UE dovrebbe fornire assistenza agli Stati membri per realizzare le riforme, affinché si ottengano risultati migliori a costi inferiori mediante un'efficace politica di innovazione mettendo a punto strumenti per valutare meglio le prestazioni dei sistemi sanitari⁷⁹ tra cui si colloca la c.d. sanità digitale.

5. Un'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile: la sanità digitale

Uno dei principali esiti dell'applicazione del principio dello sviluppo sostenibile alla sanità, si colloca nello sforzo, da parte dell'Unione, di realizzare un miglioramento nella qualità dell'assistenza e della produttività nel settore sanitario, con ricadute in termini di sostenibilità nel sistema sanitario, mediante un rafforzamento e potenziamento della sanità elettronica⁸⁰.

La Commissione⁸¹, in particolare, incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri in materia di sanità on line e li sostiene nell'elaborazione e realizzazione di applicazioni on line interoperabili e con un buon rapporto costi/efficacia per migliorare i sistemi sanitari. Già la direttiva 2011/24/UE, emanata dal Parlamento europeo e dal Consiglio il 9 marzo 2011 e, introduceva la rete "sanità on line", di cui si evidenziano, in particolare, l'articolo 11 - "*Riconoscimento delle prescrizioni rilasciate in un altro Stato membro*" e l'articolo 14 - "*Assistenza sanitaria on line*", quest'ultimo contenente indicazioni in merito ad azioni ed ambiti prioritari di intervento su cui focalizzarsi per supportare, attraverso *l'eHealth*, l'attuazione della direttiva. L'articolo 14 prevede, inoltre, l'istituzione di una rete volontaria, denominata *eHealth Network*, che collega le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria online designate dagli Stati Membri. Tale rete ha l'obiettivo di creare i presupposti per rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di elevata qualità a livello comunitario, nonché elaborare orientamenti e sostenere gli Stati Membri affinché definiscano misure comuni per agevolare la trasferibilità dei dati nell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Ancora, in tema di sanità digitale, va richiamato il "*Piano strategico Europa 2020*", lanciato dalla Commissione europea il 3 marzo 2010, con l'obiettivo di sostenere la crescita dell'economia a livello Europeo, che prevede, tra le varie iniziative, la predisposizione di un'Agenda Europea per il digitale da

⁷⁹ L'efficienza può migliorare riducendo i ricoveri e i consulti specialistici superflui, rafforzando le cure primarie, promuovendo l'uso di farmaci equivalenti (generici) più economici e valutando il rendimento economico delle tecnologie sanitarie per prendere decisioni in merito.

⁸⁰ Sul potenziamento della tecnologia nelle politiche della sostenibilità, va precisato che "*Non dovrebbe essere la "immobilità" e la difesa "assoluta" del territorio ad essere oggetto di tutela, bensì lo sviluppo sostenibile delle attività (imprenditoriali e non) nella consapevolezza che l'adozione di misure di gestione razionale delle risorse naturali e la conversione del sistema produttivo verso scelte tecnologiche di minore impatto per l'ambiente e la salute dei cittadini, oltre a conseguire uno sviluppo sostenibile delle attività imprenditoriali, aumenta la stessa capacità concorrenziale della nostra economia. Ed abbiamo già sostenuto al riguardo che ormai la crescita non può che passare attraverso la rivoluzione produttiva generata dall'avvento delle tecnologie, tra cui, oltre quelle della comunicazione e della informazione, si annoverano quelle a servizio della qualità della vita e della protezione del territorio*". BRUNO F., *Inquinamento del territorio rurale e pac*, in COSTATO, BORGHI, RUSSO, MALSERVISI, op.cit., 177.

⁸¹ COM.(2012) 736.

parte della Commissione europea e che aveva già individuato tra gli obiettivi di intervento “*l’assistenza sanitaria sostenibile*”⁸². Successivamente, il piano di azione per la sanità on line 2012-2020⁸³ sottolineava anche i vantaggi dei servizi di sanità on line per i cittadini, i pazienti e i prestatori di assistenza sanitaria, proponendo azioni specifiche volte a ridurre gli ostacoli alla prestazione di questi servizi.

Dalla lettura del documento di riflessione “*Verso un’Europa sostenibile entro il 2030*”, si evince che tra gli obiettivi dell’Europa vi è quello di digitalizzare la sanità⁸⁴ e l’assistenza in modo da renderle migliori e più efficaci per un maggior numero di cittadini⁸⁵.

Ciò in quanto la sanità elettronica, la genomica e le biotecnologie possono migliorare la prevenzione delle malattie, la prestazione dei trattamenti, oltre a favorire la prevenzione e l’assistenza sanitaria di base. La sanità elettronica può contribuire, infatti, a fornire un’assistenza maggiormente orientata al paziente, oltre ad abbassare i costi e a sostenere l’interoperabilità attraverso le frontiere nazionali, agevolando la mobilità dei pazienti e favorendo la loro sicurezza.

Al fine di realizzare una salute e una sanità sostenibili, l’implementazione della Sanità digitale avrà effetti positivi sull’efficacia e sui costi delle prestazioni, ma è evidente che la sanità del futuro, per essere sostenibile deve essere ripensata.

⁸² Le nuove tecnologie possono rivoluzionare l’assistenza sanitaria così come i sistemi sanitari e contribuire alla loro futura sostenibilità. La sanità elettronica, la genomica e le biotecnologie possono migliorare la prevenzione delle malattie, la prestazione dei trattamenti, oltre a favorire un trasferimento di importanza dalle cure ospedaliere alla prevenzione e all’assistenza sanitaria di base. La sanità elettronica può contribuire a fornire un’assistenza maggiormente orientata al cittadino, oltre ad abbassare i costi e a sostenere l’interoperabilità attraverso le frontiere nazionali, agevolando la mobilità dei pazienti e favorendo la loro sicurezza. Occorre tuttavia valutare correttamente le nuove tecnologie, anche sul piano dell’efficacia rispetto ai costi e dell’equità, e tenere conto della formazione dei professionisti sanitari nonché delle conseguenze a livello di capacità.

⁸³ Si rinvia alle conclusioni della relazione del gruppo di lavoro sulla sanità on line, intitolata “*Redesigning health in Europe for 2020*”, <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

⁸⁴ Per sanità digitale si intende la convergenza delle tecnologie digitali e genomiche nel settore sanitario, in relazione alle strutture ospedaliere ed alle condizioni socio demografiche dell’ambiente esterno, con lo scopo di implementare l’efficacia del sistema assistenziale e la personalizzazione della cura, rendendole sempre più precise. Quando si parla di sanità elettronica o e-health, non ci si riferisce solo ad un termine che caratterizza uno sviluppo tecnico e applicativo, ma il significato comprende un processo innovativo culturale, un atteggiamento e un impegno che migliora l’assistenza sanitaria globale utilizzando tecnologie dell’informazione e della comunicazione. MAIOLI C., RABBITTO C., *L’opportunità dell’apprendimento dei metodi informatico-organizzativi da parte del giurista: una loro applicazione all’informatica sanitaria*. Atti congresso annuale AICA 2006, Firenze Alinea Editrice.

⁸⁵ Le tecnologie dell’informazione e della comunicazione migliorano l’intero ciclo di vita delle questioni sanitarie, dalla prevenzione alla diagnosi e alla terapia fino al monitoraggio e alla gestione della salute e dello stile di vita. La digitalizzazione del settore sanitario rientra nella strategia dell’UE per il mercato unico digitale ed ha un enorme potenziale; al fine di sfruttarlo sono in fase di elaborazione diverse misure. La comunicazione del 2018 relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell’assistenza nel mercato unico digitale (COM(2018)0233) individua tra le sue priorità l’accesso sicuro da parte dei cittadini ai loro dati sanitari, anche a livello transfrontaliero; la medicina personalizzata attraverso un’infrastruttura europea dei dati condivisa, che consenta ai ricercatori e agli altri operatori sanitari di condividere le risorse in tutta l’Unione; nonché il conferimento di maggiore autonomia ai cittadini mediante strumenti digitali per la fornitura di un feedback da parte degli utenti e l’assistenza incentrata sulla persona (soluzioni sanitarie mobili e medicina personalizzata). L’infrastruttura di servizi digitali per l’eHealth fornirà la rete fisica a tal fine.



Infatti, l'implementazione di una sanità digitale, avrà un grande impatto sulle politiche sanitarie, sulle scelte in tema di organizzazione delle modalità di fornitura di servizi e sulla variazione della struttura della spesa, e potrà contribuire in modo sostanziale anche alla riduzione delle liste d'attesa, attraverso l'ottimizzazione dei percorsi di cura e dell'occupazione dei posti letto.

Dunque, la necessità di garantire appropriatezza e nel contempo sostenibilità nelle cure è particolarmente presente nel settore dell'alta tecnologia, caratterizzato da un tasso di innovazione rapido e da un'estrema complessità ed eterogeneità di prodotti e soluzioni a disposizione del mercato.

Come si evince dalla lettura dell'art. 16 del Pilastro Europeo dei diritti sociali del 2017, rubricato “*assistenza sanitaria*”, ogni persona ha diritto ad accedere ad un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili. Ciò mostra la prospettiva che l'Europa deve abbracciare, ovvero quella di garantire un diritto alla salute e una sanità europea sostenibile, in cui si esalta la razionalizzazione delle risorse e la valorizzazione del sostegno finanziario che garantisca un livello essenziale di qualità delle prestazioni nell'ottica di realizzare una vera dimensione europea del diritto alla salute nella reale prospettiva di perseguire il benessere della complessiva popolazione europea.