

CORONAVIRUS ED UNIONE EUROPEA: I DISPOSITIVI IPCR E LA *TASK FORCE* DEL 2 MARZO 2020

*Antonella Galletti**

*** 4 marzo 2020 ***

Il grado di incidenza che le disposizioni europee in materia sanitaria esercitano sulla legislazione degli Stati membri è fortemente limitato dal rigido riparto di competenze legislative UE-Stati membri, ed in particolare dal rispetto del principio di attribuzione, che impone alle istituzioni europee di agire “esclusivamente nei limiti delle competenze che le sono attribuite dagli Stati membri nei trattati per realizzare gli obiettivi da questi stabiliti” (art. 5 del TUE). Ciò significa che tutte le competenze che i trattati non assegnano esplicitamente all’Unione restano in capo agli Stati membri.

La scelta circa le condizioni e i presupposti per l’erogazione di prestazioni di cura, che costituiscono lo strumento attraverso il quale viene assicurato in modo effettivo il diritto alla salute degli individui, presenta una duplice valenza: da un lato, essa ricade interamente sugli Stati membri; dall’altro, quando la prestazione sanitaria comporta l’attraversamento di un confine nazionale, viene attratta nell’area di influenza del diritto dell’Unione.

Sotto il primo profilo si tratta di una competenza nella quale l’Unione europea non può incidere direttamente tramite atti normativi propri: oltre che l’art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell’UE, laddove dispone che il diritto di ogni persona all’accesso alla prevenzione sanitaria e all’ottenimento di cure mediche sia tutelato alle condizioni previste dalle legislazioni e dalle prassi nazionali, ne è una prova anche l’art. 168 del TFUE il quale, se da una parte afferma il principio della “*Health in all policies*”, ossia della valorizzazione di un livello elevato di salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche dell’Unione, dall’altra lascia alla responsabilità degli Stati membri “la gestione dei servizi sanitari e dell’assistenza medica e l’assegnazione delle risorse loro destinate”, vietando all’UE “qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri” in materia di sanità. In tal senso,

*Dottore di ricerca e cultore di Diritto dell’Unione europea e di Diritto internazionale, Università degli Studi Kore di Enna. Mail: a.galletti84@gmail.com. Il contributo è stato accettato per la pubblicazione nell’ambito della call *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*, sul n. 2/2020 di *BioLaw Journal* – Rivista di BioDritto.

quindi, il ruolo dell'Unione è connotato da un carattere di complementarità: alla luce delle disposizioni dei trattati, infatti, l'Unione europea possiede, con riferimento alla tutela della salute umana, una competenza limitata al sostegno, al coordinamento e al completamento dell'azione degli Stati membri.

Sotto il secondo profilo, i servizi sanitari non si sottraggono all'applicazione delle regole sul mercato interno in quanto anch'essi rientrano nell'ambito della disciplina di cui all'art. 56 del TFUE: quando si è in presenza di una prestazione transfrontaliera (che implica cioè l'attraversamento di un confine nazionale), gli Stati membri sono tenuti al rispetto dei principi e delle disposizioni in tema di funzionamento del mercato interno, in relazione ai quali l'UE ha competenza esclusiva. Tra l'altro, come confermato dalla giurisprudenza della Corte di giustizia dell'Unione, la circostanza che sia impedita alle istituzioni europee l'armonizzazione della normativa nazionale in materia di sanità non impedisce che l'adozione di misure sul ravvicinamento delle disposizioni degli Stati membri al funzionamento del mercato interno (art. 114 del TFUE) possa avere non solo come conseguenza ma anche come obiettivo la protezione della sanità pubblica. Detto altrimenti, appare chiaro che l'Unione è tenuta ad osservare i limiti previsti alla sua competenza quando legifera in materia di prestazioni sanitarie interne ma che, allo stesso tempo, i suoi poteri si estendono quando tali prestazioni siano definibili come "transfrontaliere" o riconducibili al mercato interno.

Dobbiamo inoltre ricordare che, nel passaggio dal Trattato di Maastricht al Trattato di Amsterdam prima, e di Lisbona poi, la competenza dell'Unione in materia di tutela della salute pubblica ha subito rilevanti cambiamenti in senso espansivo. Tuttavia, l'estensione di tale competenza, non è stata sempre programmata e graduale, dal momento che eventi come la crisi della mucca pazza, della Sars e quello dell'influenza A/H1N1, sono stati avvenimenti che hanno mostrato i limiti di efficacia degli interventi statali, contribuendo così ad individuare la necessità di un'azione europea più incisiva.

Il già citato art. 168 del TFUE sottolinea, infatti, come la sanità pubblica, da pura competenza di coordinamento, incoraggiamento e supporto all'azione degli Stati membri, si sia convertita in una vera e propria competenza legislativa europea con l'introduzione del potere da parte dell'Unione di adottare misure vincolanti dirette a fissare parametri elevati di qualità e sicurezza di organi e sostanze di derivazione umana. Infatti, il comma 4, lett. k, dell'art. 168 del TFUE, pur conservando il carattere concorrente della competenza europea, ha aggiunto il potere in capo alle istituzioni europee di inserire misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei

medicinali e dei dispositivi di impiego medico.

Si tratta di una competenza sempre più “orizzontale”, dal momento che la *necessità* di tutelare la salute degli individui è una componente di tutte le altre politiche dell’Unione e che il Trattato di Amsterdam ha elevato a *obbligo* al fine di garantire un livello elevato di protezione della salute.

Nonostante ad oggi non siano stati adottati dei veri e propri atti normativi e giuridicamente vincolanti da parte dell’Unione europea per far fronte alla crisi del coronavirus, il 28 gennaio 2020, la presidenza croata ha attivato i dispositivi IPCR (dispositivi integrati dell’UE per la risposta politica alle crisi) in modalità “condivisione delle informazioni”, dando così il via all’elaborazione di relazioni integrate da parte della Commissione e del SEAE (il servizio europeo per l’azione esterna) e alla creazione di una pagina dedicata sulla piattaforma *web* dell’IPCR, su cui sono condivise le informazioni relative all’epidemia di Covid-19. In una seconda fase, il 2 marzo 2020, la presidenza ha fatto progredire il meccanismo IPCR fino alla sua piena attivazione.

La modalità “piena attivazione” degli IPCR consente di concentrarsi in maggior misura sull’individuazione di gravi lacune nei vari settori e di elaborare misure concrete di risposta dell’Unione durante riunioni di crisi, guidate dalla presidenza, cui intervengono rappresentanti dell’ufficio del Presidente del Consiglio europeo, della Commissione europea, della SEAE, degli Stati membri interessati e di altre parti coinvolte. I partecipanti a tali riunioni sviluppano e aggiornano proposte di azioni che sono esaminate dal Consiglio per decidere in merito alle azioni da adottare.

I dispositivi IPCR rafforzano, pertanto, la capacità dell’Unione di adottare decisioni rapide in caso di gravi crisi intersettoriali che richiedono una risposta europea a livello politico. Essi consentono, altresì, alle istituzioni e ai servizi dell’UE di fornire il dovuto supporto nel contesto di una crisi e della sua evoluzione. I dispositivi si basano, infine, sul principio di sussidiarietà, nel pieno rispetto delle competenze degli Stati membri in situazione di crisi e non rimpiazzano i dispositivi già esistenti a livello settoriale.

Anche la Commissione europea si è attivata per sostenere gli Stati membri dell’Unione al fine di rafforzare gli sforzi internazionali volti a rallentare la diffusione del coronavirus.

Il 2 marzo 2020 è stata, infatti, istituita una *task force* che dovrebbe coordinare le attività delle istituzioni europee e dei singoli Stati che, fino ad ora, hanno proceduto in ordine sparso.

La *task force* è composta da cinque Commissari incaricati di coordinare i lavori per arrestare l'epidemia di Covid-19: Janez Lenarčič, responsabile della gestione delle crisi e coordinatore della risposta alle emergenze dell'UE, Stella Kyriakides, responsabile per le questioni sanitarie, Ylva Johansson, responsabile per le questioni relative alle frontiere, Adina Vălean, responsabile della mobilità e Paolo Gentiloni, responsabile per gli aspetti macroeconomici. Il gruppo di risposta lavorerà su tre pilastri: in primo luogo, il settore medico, che comprende la prevenzione e l'approvvigionamento di misure di soccorso, la preparazione di informazioni e di previsioni. Il secondo pilastro riguarda la mobilità, dai trasporti ai consigli di viaggio e alle questioni riguardanti Schengen. Il terzo riguarda l'economia: si tratta di un'analisi approfondita di vari settori economici, quali il turismo, i trasporti, il commercio, le catene del valore e la macroeconomia.

La Commissione europea apre inoltre un'apposita pagina *web* dedicata al Covid-19, che fornisce informazioni sulle principali attività per quanto riguarda gli aspetti medici, la protezione civile, la mobilità, l'economia e le statistiche.

Fino a questo momento, per migliorare la preparazione, la prevenzione e il contenimento del virus a livello globale, la Commissione europea aveva stanziato un nuovo pacchetto di aiuti del valore di 232 milioni di euro. Parte di questi fondi sarà immediatamente assegnata a diversi settori, mentre il resto sarà sbloccato nei prossimi mesi.

I nuovi finanziamenti dell'Unione contribuiranno all'individuazione e alla diagnosi della malattia, all'assistenza delle persone contagiate e a prevenire l'ulteriore diffusione del virus. Nello specifico, il pacchetto di aiuti è ripartito in quattro interventi. Lo stanziamento di 114 milioni di euro è volto a sostenere l'OMS e, in particolare, il suo piano globale di preparazione e risposta a livello mondiale, al fine di rafforzare la preparazione e la risposta alle emergenze di sanità pubblica nei Paesi con sistemi sanitari deboli e una resilienza limitata. Altri 15 milioni di euro sono assegnati all'Africa per sostenere misure quali la diagnosi rapida e la sorveglianza epidemiologica. 100 milioni di euro sono destinati al contenimento e alla prevenzione del contagio del coronavirus, di cui fino a 90 milioni di partenariato pubblico-privato con l'industria farmaceutica e 10 milioni per la ricerca epidemiologica, diagnostica, terapeutica e sulla gestione clinica. Infine, 3 milioni di euro sono assegnati al meccanismo di protezione civile dell'Unione per i voli di rimpatrio dei cittadini dell'UE dalla città cinese di Wuhan.

Alla luce della diffusione del coronavirus in un numero sempre maggiore di Stati, è necessario

puntare sul coordinamento e la collaborazione. “È il momento di unire le forze per fermare questa epidemia, ed è di vitale importanza che tutta la comunità internazionale combatta il coronavirus con interventi di preparazione e risposta, senza perdere di vista la solidarietà internazionale” (Janez Lenarčič, Commissario europeo per la gestione delle crisi).