



S. R. VINCETI, *La tutela della salute nelle democrazie stabilizzate. Uno studio di diritto comparato*, Torino, Giappichelli, 2024, pp. 241*

La crisi sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 ha rappresentato un vero e proprio *stress test* per gli ordinamenti democratici, i quali hanno offerto per il contenimento ed il contrasto della diffusione dell'epidemia risposte tra loro asimmetriche. La disomogeneità delle contromisure assunte dalle principali democrazie stabilizzate ha portato alla luce le significative e problematiche divaricazioni sussistenti tra le esperienze concrete ed i tradizionali modelli di forma di Stato e di governo di riferimento. In generale, la crisi pandemica ha generato, fors'anche più di altre tipologie di crisi, tensioni tali da incidere sul regolare funzionamento delle istituzioni e sulla garanzia dei diritti di libertà, provocando finanche modifiche consolidate nel *post-pandemia*, il tutto in ossequio al principio *salus populi suprema lex esto*. Il volume si concentra proprio sulla portata di questa forma di tutela, principio supremo potenzialmente in grado di sovvertire qualsiasi forma di regolarità costituzionale.

La tutela della salute nelle democrazie stabilizzate. Uno studio di diritto comparato rappresenta una valida guida attraverso cui poter conoscere e ragionare sulle forme di Stato e di governo contemporanee, a partire da un peculiare angolo prospettico, quello della funzione della tutela sanitaria e della forma territoriale dell'organizzazione costituzionale dello Stato.

La scelta di analizzare e comparare le evoluzioni, ma anche le criticità, delle contemporanee democrazie stabilizzate attraverso l'originale "lente" della tutela della salute si ritiene debba essere accolta felicemente soprattutto in ragione delle sfide e talvolta dei cortocircuiti cui sono andati in contro i diversi ordinamenti giuridici, come ad esempio è avvenuto in occasione della gestione e della regolamentazione dello stato di emergenza pandemica da poco trascorso. Ma quest'ultimo non è il solo *punctum dolens*.

L'indagine di Vinceti, infatti, pone all'attenzione di chi legge fin da subito un'aporìa di sistema di non poco conto, ossia la generalizzata "*latitanza*" (cit. pag. 12) e "*trascuratezza per l'evoluzione della funzione sanitaria nella teoria delle forme di Stato*" (cit. pag. 13), che rende lo Stato cd. sanitario moderno non immediatamente sussumibile al tradizionale modello di Stato sociale senza frustrarne il più profondo e significativo sviluppo storico-giuridico.

* Contributo sottoposto a *peer review*.

Ecco dunque che, per offrire una fedele e nitida fotografia della disciplina in materia di tutela della salute e della sua statualità, si prendono le mosse dalla novazione del contratto sociale alla luce del principio di solidarietà, che, tra il finire dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, riforma l'intimo significato di benessere collettivo (*welfare*), nel senso della proattività dello Stato, trainando dunque quelle società verso l'allargamento e la stabilizzazione della democrazia, l'affermazione dei diritti sociali e sanitari. La salute e la sua tutela ad opera dello Stato è quindi frutto di una progressione lenta realizzatasi lungo il corso evolutivo delle classiche forme di Stato. Di questo percorso lungo e non poco tortuoso l'A. dà conto nella prima parte dell'opera, attraverso una chiara e dettagliata ricostruzione diacronica (dal regime patrimoniale, allo Stato assoluto, a quello liberale ed infine sociale) culminante con lo sviluppo dello Stato cd. sanitario del Secondo dopoguerra, e quindi, con la consacrazione dell'assistenza sanitaria quale funzione costituzionale dello Stato ed il consolidamento dei principi cardine delle democratiche stabilizzate: l'universalismo della copertura sanitaria e l'eguaglianza sostanziale.

A tale specifico proposito, tuttavia, appare opportuno rappresentare che talvolta l'equazione democrazia stabilizzata–universalismo sanitario tipica della tradizionale dottrina sulle forme di Stato e di governo non riesca a sintetizzare tutte le esperienze esistenti o esistenti. Il riferimento è a quelle esperienze totalitarie del Novecento che hanno introdotto politiche sanitarie sopravvissute e tutt'ora in uso, tendenza, quest'ultima, confermata oggi ad es. dal caso cinese. Dunque, una prima conclusione: alla più ampia tutela della salute e garanzia di *welfare* non corrisponde sempre la sussistenza di una democrazia stabilizzata.

Pare opportuno evidenziare inoltre un'ulteriore “distorsione” di sistema, ossia il crescente interesse anche internazionale ha portato la tutela della salute a divenire sempre più vasta fino ad assumere carattere bidimensionale, da un lato diritto individuale e dall'altro diritto collettivo, diritto sociale, ed in virtù di ciò sempre più esuberante. Si parla non a caso di “superdiritto”, in chiave più critica di “diritto tiranno”, si discute della “*magnificazione*” (cit. pag. 58) del bene giuridica salute, tale da superare ed imporsi su altre libertà o diritti sociali equiordinati e costituzionalmente garantiti dallo Stato.

Ancora una volta si sovrverte quanto secondo tradizione potrebbe immaginarsi, la più estesa celebrazione e tutela della salute è, infatti, in grado di dare origine, si potrebbe dire, ad episodi di barbarie costituzionale. Alla ferma convinzione che bene la salute sia bene primario e prodromico al godimento ed all'esistenza stessa di ogni altro bene non può, infatti, che conseguire una asserita priorità dello stesso sugli altri diritti, anche su quelli fondamentali. In tali occasioni ci si potrebbe trovare nella peculiare circostanza di un diritto costituzionale che annulla sé stesso.

Pertanto, la tutela della salute si conferma elemento dinamico degli ordinamenti contemporanei, per questi motivi le esperienze di Stato cd. sanitario non possono e non debbono essere meccanicamente sovrapposte tra loro. Ci si trova nella circostanza per cui esperienze simili, ove sollecitate allo stesso modo, portano a risposte e reazioni dissimili.

Fermo restando quanto affermato su genesi e conformazione della tutela della salute, appare quantomeno necessitata un'analisi più da vicino delle dinamiche dello Stato cd.

sanitario, al fine di osservare in chiave comparata in che modo la forma territoriale dell'organizzazione costituzionale incida, ovvero sia eventualmente incisa, dal diverso modo d'intendere la tutela del bene giuridica salute che ciascun ordinamento tradizionalmente esprime, alla stregua di un'impronta distintiva. Tale esigenza si ritiene sia validamente soddisfatta dall'A. nella seconda parte del contributo.

La tutela della salute qualifica il catalogo dei diritti costituzionali ed il modello di Stato cui ciascun ordinamento sceglie di aderire. Oggetto di specifico riconoscimento anche a livello europeo, quest'ambito rappresenta un segmento della vita dello Stato particolarmente complesso, in cui il potere pubblico agisce quale autorità di regolamentazione, di amministrazione attiva e di prestatore di servizi pubblici.

È proprio il grado di complessità del rapporto Stato-autorità e Stato-società, dell'organizzazione costituzionale dello Stato che Vinceti indaga, in prospettiva comparata, analizzando il riparto delle competenze tra i diversi livelli di governo territoriale.

Anche in questa occasione l'A. compie un ulteriore ed apprezzabile sforzo ricostruttivo e di riflessione affrontando il dibattito sul federalismo sanitario comparato, consapevole da un lato della centralità che il tema del federalismo ricopre nel diritto costituzionale comparato alla luce soprattutto delle tendenze alla *devolution*, che confermano il *federalizing process* quale migliore forma organizzativa dello Stato costituzionale sotto molteplici aspetti: maggiore capacità economica, migliore organizzazione del potere, migliore relazione autorità-singolo. Dall'altro Egli è conscio della necessità di trattare di *health policy* in combinazione e coordinamento con la riflessione giuridico-politica, superando l'apparente relazione dicotomica tra forma composta dello Stato e universalismo sanitario.

La riflessione si muove attraverso tre cardini: l'impianto costituzionale dello Stato cd. sanitario, ossia sugli strumenti di raccordo tra diritto amministrativo e assetto territoriale dello Stato; i poteri sostitutivi interistituzionali, specificamente quelli esercitati dallo Stato nella gestione dell'emergenza. Correttamente si legge che una "*precisa forma di Stato territoriale si misura proprio nell'attitudine dei raccordi interistituzionali ad un rimodellamento tempestivo ed efficace della potestà decisionale, [...] al sorgere di eventi anomali*" (cit. pag.79) ed a tal proposito è significativo quanto avvenuto in occasione della pandemia da SARS-CoV-2, il cui impatto simmetrico ed eterogeneo sulle democrazie stabilizzate mondiali prese è puntualmente analizzato e commentato.

Da ultimo, l'analisi degli strumenti e le modalità attraverso cui si dà realizzazione al principio di sussidiarietà orizzontale, in occasione della quale è il privato questa volta ad essere direttamente coinvolto nell'offrire risposta e soluzione alla domanda di prestazioni sanitarie dello Stato.

Questo schema è riprodotto in filigrana nell'indagine sulla tutela della salute e dei suoi strumenti tanto per gli ordinamenti di *common law* quanto in quelli di *civil law*.

Per quel che riguarda le esperienze di *common law* (Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito) la diversità delle risposte all'emergenza sanitaria è da ricondurre alle distinte forme territoriali dello Stato e del sistema giuridico. Più precisamente, l'eterogeneità delle soluzioni

offerte ha, invero, evidenziato l'intrinseca difficoltà dei modelli federali a farvi efficacemente fronte.

Sul versante continentale europeo le esperienze di *civil law* non sono ideologicamente lontane da quelle universalistiche anglosassoni (eccezion fatta per gli Stati Uniti ovviamente), tuttavia, la coesistenza di diversi modelli territoriali di Stato non solo ha agevolato una migliore e più significativa indagine comparata ma ha altresì evidenziato che modelli ispirati a medesimi principi (ad es. Italia e Spagna per il finanziamento della sanità) quindi facilmente (come sovente avviene) sovrapponibili, producono effetti molto diversi ed, in taluni casi, dalla elevata problematicità (“*il regionalismo italiano presenta [...] una marcata spaccatura tra il livello di gestione della sanità in alcune Regioni, [...] cui si riallaccia un rimarchevole livello di mobilità sanitaria, specie [...] lungo la direttrice nord/sud*” e “*mostra [...] una singolare penuria [...] sotto il profilo dei poteri di sostituzione emergenziali, laddove tutte le altre esperienze registrano la presenza di una modellistica costituzionale utile al coordinamento centralistico*”, cit. pag. 217).

Non mancano riflessioni, infine, circa la tutela della salute nell'Unione europea, sempre alla luce della problematica riconducibilità dell'architettura istituzionale al modello di mera organizzazione internazionale ovvero a quello di vero e proprio Stato, ovvero ancora a quello di federazione. Ferma restando la scarsità delle previsioni contenute nei Trattati, poi integrate con puntuali provvedimenti delle Istituzioni europee di natura legislativa e non, dettati dalla contingenza, la maggior parte dell'evoluzione in materia e quindi della rilevanza della conformazione europea dei diritti sanitari nazionali, del processo di integrazione dei sistemi sanitari europei, come spesso avviene, è da ricondurre all'opera delle Corti che hanno avviato una vera e propria “*silent revolution*” (cit. pag. 233), ossia una lenta e progressiva europeizzazione dei sistemi sanitari dell'area UE.

In conclusione, si torna a riflettere nei termini e sui punti su cui ci si soffermava in apertura di analisi ma con la sicurezza delle solide argomentazioni e dei rilievi emersi in corso di trattazione, che la comparazione sempre è in grado di offrire. Ossia, la democrazia stabilizzata contemporanea “*è per definizione Stato cd. sanitario, [...] forma di Stato in cui la tutela della salute pubblica costituisce una essenziale funzione statale*” (cit. pag. 235) e per questo sarebbe opportuno revisionare le categorie attraverso cui solitamente si catalogano le democrazie stabilizzate, per lo meno, in relazione alla funzione di tutela della salute. Sarebbe infatti auspicabile, come suggerisce l'A. abbandonare il sistema dei *cluster* in favore di un sistema che muove lungo una linea sinuosa o se si preferisce di un pendolo che vede ad un estremo il modello statunitense, in cui il diritto alla salute è garantito al minimo federale come accesso alle cure emergenziali, il cd. Stato di emergenza sanitaria. Più avanti si troverebbero i modelli universalistici in cui però l'amministrazione della sanità non consiste nell'accollo statale di compiti di gestione diretta dei servizi (Germania, Francia, Regno Unito), cd. Stato di assicurazione sanitaria. All'altro opposto si dovrebbero porre quei modelli universalistici che invece assumono direttamente l'amministrazione della sanità, cd. Stato di gestione sanitaria (Italia, Spagna).

La forma territoriale dello Stato si conferma essere snodo fondamentale per la tutela statale della salute, in grado di caratterizzarne, in combinato disposto con gli altri elementi qualificanti la forma di Stato, la maggiore o minore efficacia.

Si conferma altresì problematica ma possibile foriera di nuove soluzioni, alla luce soprattutto delle difficoltà emerse in occasione dell'emergenza pandemica, la tensione dialettica esistente tra la vocazione centralistica, per l'assunzione della funzione sanitaria in capo allo Stato, e quella alla territorializzazione delle scelte in materia sanitaria, per una maggiore effettività del diritto dei singoli e una migliore offerta dei servizi sanitari stessi.

Per parafrasare una nota espressione, il volume di Vinceti si ritiene problematizzi offrendo validi spunti di riflessione l'idea dell'*ubi salus ibi ius*.

Maria Frisina