



ISSN 2384-9169  
NUMERO SPECIALE  
[www.eurojus.it](http://www.eurojus.it)

# L'emergenza sanitaria Covid-19 e il diritto dell'Unione europea. La crisi, la cura, le prospettive.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
DIPARTIMENTO DI DIRITTO PUBBLICO  
ITALIANO E SOVRANAZIONALE

*Centro di Eccellenza Jean Monnet*

Via Festa del Perdono, 7 - 20122 Milano - Italia/Italy

Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union



# INDICE

1. Flavia ROLANDO, *La tutela della salute nel diritto dell'Unione europea e la risposta dell'UE all'emergenza Covid-19*.....1
2. Francesco MUNARI e Luca CALZOLARI, *Le regole del mercato interno alla prova del COVID-19: modeste proposte per provare a guarire dall'ennesimo travaglio di un'Unione incompiuta*.....15
3. Amedeo ARENA, *Le restrizioni per affrontare l'emergenza COVID-19 e le libertà fondamentali del mercato unico: uno sguardo alle situazioni puramente interne*.....38
4. Francesco ROSSI DAL POZZO, *Trasporti e turismo in epoca di emergenza sanitaria Covid-19. Il caso dei vouchers in alternativa ai rimborsi in denaro di titoli di viaggio, di soggiorno e di pacchetti turistici*.....52
5. Chiara FIORILLO, *La protezione dei dati personali nel diritto UE di fronte all'emergenza del COVID-19*.....63
6. Giuseppe MORGESE, *Solidarietà di fatto ... e di diritto? L'Unione europea allo specchio della crisi pandemica*.....77
7. Cristina D'AMBROSIO, *Dal Meccanismo Europeo di Stabilità ai "Corona Bonds": le possibili alternative per fronteggiare la crisi dell'eurozona a seguito dell'emergenza Covid-19*.....115
8. Ester LATORRE, *COVID-19 e regole di concorrenza. Rilievi nelle risposte della Commissione europea ad una pandemia globale*.....128
9. Claudia MASSA, *COVID-19 e aiuti di Stato: il Quadro temporaneo introdotto dalla Commissione e le misure di sostegno adottate dagli Stati membri*.....149
10. Teresa CIMMINO, *COVID-19 e pratiche commerciali sleali: la recente prassi della Commissione europea e dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato a tutela del consumatore*.....168
11. Adriano MAFFEO, *Gli effetti della pandemia da Covid-19 sul contenzioso dell'Unione europea*.....183

## **Introduzione**

La pandemia di Covid -19 ha avuto un duro impatto sugli ordinamenti degli Stati membri e su quello dell'Unione europea. Le basi del mercato interno sono state scosse, con limitazioni senza precedenti alla libertà di circolazione; gli Stati hanno reagito all'emergenza riprendendo il controllo sulle proprie frontiere; le regole sulla concorrenza e sugli aiuti di Stato hanno subito deroghe e modifiche. Il principio di solidarietà è stato messo alla prova e ha rivelato nuove possibilità applicative. Lo stesso sistema di attribuzione delle competenze è stato oggetto di ripensamento: i limiti della competenza dell'Unione in tema di tutela della salute e sanità pubblica hanno inciso sulla sua capacità di reazione; i meccanismi dell'unione economica e monetaria hanno rivelato la tensione tra l'approccio intergovernativo e il metodo comunitario, con un notevole pregiudizio per la loro efficacia. Anche nell'attenuarsi dell'emergenza, restano significativi profili da studiare ed analizzare, per valutare i limiti dell'attuale sistema di integrazione e verificare la possibilità di cogliere l'occasione per un progresso dell'integrazione in un'ottica di solidarietà. Anche Eurojus vuole fornire il proprio contributo a questi studi che appaiono, mai come oggi, di vitale importanza. Si è pensato pertanto di dedicare un numero speciale ai temi indicati, con l'auspicio che i dibattiti possano presto abbandonare le più tristi implicazioni sanitarie e concentrarsi unicamente sui nuovi scenari economici, politici e sociali generati dalla pandemia.

# La tutela della salute nel diritto dell'Unione europea e la risposta dell'UE all'emergenza Covid-19

DI FLAVIA ROLANDO \*

**Abstract (IT):** L'organizzazione del sistema sanitario, così come la programmazione e l'attuazione di un piano di gestione di crisi relativa alla salute pubblica, costituiscono una materia di competenza nazionale, su cui gli Stati membri mantengono la propria autonomia decisionale. Tuttavia, gli Stati membri hanno conferito all'Unione europea una competenza di tipo concorrente in materia di problemi comuni di sicurezza di sanità pubblica. Inoltre, in attuazione di una competenza a svolgere azioni di sostegno, coordinamento e completamento per la tutela della salute umana, possono essere adottate misure di incentivazione per contrastare gravi minacce a carattere transfrontaliero.

Con il presente articolo si intende analizzare il quadro normativo nonché le azioni delle istituzioni, organi ed organismi dell'Unione europea in risposta a gravi emergenze sanitarie, quali ad esempio quelle legate ai virus Ebola e SARS e, da ultimo, per rispondere all'emergenza Covid-19.

**Abstract (EN):** The organisation of the health system, as well as the planning and implementation of a public health crisis management plan, is a national competence on which Member States retain their decision-making autonomy. However, Member States have conferred on the European Union a shared competence on common safety concerns in public health matters. In addition, in implementing a competence to carry out supporting, coordinating and supplementing actions for the protection of human health, incentive measures may be taken to combat the major cross-border health scourges.

This article aims to analyse the regulatory framework, as well as the actions of the EU institutions, bodies, offices and agencies in response to major health emergencies which took place, such as those related to Ebola and SARS viruses, and ultimately to respond to the Covid-19 emergency.

---

\* Post-doc presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II".

Questo lavoro si colloca nell'ambito del progetto di ricerca "Problematiche giuridiche ed economiche scaturite dall'emergenza Coronavirus e conseguenze del fenomeno nei sistemi politico-istituzionali", coordinato dal Prof. Sandro Staiano, Università degli Studi di Napoli "Federico II".

## 1. Introduzione

L'organizzazione del sistema sanitario, così come la programmazione e l'attuazione di un piano di gestione di crisi relativa alla salute pubblica, costituiscono una materia di competenza nazionale, su cui gli Stati membri mantengono la propria autonomia decisionale. Tuttavia, l'Unione europea ha una competenza di tipo concorrente in materia di problemi comuni di sicurezza di sanità pubblica ed una competenza di sostegno, coordinamento e completamento per la tutela ed il miglioramento della salute umana<sup>1</sup>, in ragione della quale può adottare misure per contrastare gravi minacce a carattere transfrontaliero. A questo scopo, è stata adottata la decisione 1082/2013/UE, che ha introdotto un sistema di cooperazione di sorveglianza epidemiologica, monitoraggio, allarme rapido e lotta contro le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero<sup>2</sup>.

Esistono anche altri strumenti per far fronte a livello comunitario a calamità naturali o provocate dall'uomo, tra cui le emergenze sanitarie. *In primis*, possono essere attivati dei meccanismi di assistenza in attuazione della clausola di solidarietà<sup>3</sup>. Inoltre, è stato predisposto un meccanismo di protezione civile dell'Unione europea<sup>4</sup>.

Con il presente lavoro si intende analizzare gli strumenti che l'Unione può utilizzare per rispondere a delle emergenze sanitarie che riguardano uno o più Stati membri. L'attenzione sarà concentrata sulle misure direttamente connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria. Verranno quindi esaminate le azioni delle istituzioni, organi ed organismi dell'Unione in risposta a gravi emergenze sanitarie avvenute nel passato, quali ad esempio quelle legate ai virus Ebola e SARS, per poi valutare le misure adottate e quelle che sono in corso di adozione per rispondere all'emergenza Covid-19. Per ragioni di spazio, invece, non saranno esaminate le misure assunte per gestire le conseguenze economiche della pandemia<sup>5</sup>.

---

1 Si vedano, rispettivamente, l'art. 4, par. 2, lett. k, e l'art. 6, par. 1 TFUE.

2 Decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, in GU L 293, p. 1.

3 Si veda l'art. 2 TUE, l'art. 3, par. 3, TUE, l'art. 122 e l'art. 222 TFUE nonché la Decisione del Consiglio, del 24 giugno 2014, n. 415, relativa alle modalità di attuazione da parte dell'Unione della clausola di solidarietà, in GU L 192, p. 53.

4 Decisione 1313/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, su un meccanismo unionale di protezione civile, in GU L 347, p. 924.

5 In merito si rinvia a C. MASSA, *Covid-19 e Aiuti di Stato: il Quadro temporaneo introdotto dalla Commissione e le misure di sostegno adottate dagli Stati membri*, e C. D'AMBROSIO, *Dal Meccanismo Europeo di Stabilità ai "Corona Bonds": le possibili alternative per fronteggiare la crisi dell'eurozona a seguito dell'emergenza Covid-19*, entrambi in questa *Rivista*.

## 2. Le competenze dell'Unione europea in materia di salute pubblica

La cura della salute pubblica rimane una materia di competenza essenzialmente statale, dal momento che in virtù dei Trattati istitutivi è stata attribuita all'Unione europea una competenza di tipo concorrente solo per determinati aspetti della sanità pubblica, connessi alla gestione di problemi comuni, ed una competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri per la tutela ed il miglioramento della salute umana. Come noto, in virtù del principio di attribuzione l'Unione agisce esclusivamente nei limiti delle competenze conferite nei trattati mentre i singoli Stati membri conservano la propria autonomia decisionale in ogni altro ambito. Per questo motivo, come del resto espressamente statuito dall'art. 168, par. 7, TFUE, ogni Stato membro definisce autonomamente la predisposizione e l'organizzazione del sistema sanitario, nonché l'assegnazione delle risorse ad esso destinate, ed è responsabile della gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica.

Nondimeno, esistono delle “interferenze” tra la gestione della sanità pubblica e la disciplina del mercato interno. Sia i farmaci che le attrezzature mediche costituiscono infatti delle merci e sono pertanto soggette al regime della libera circolazione nel mercato interno. Inoltre, gli stessi medici possono beneficiare dei diritti che derivano dalla libera circolazione dei lavoratori o delle regole a tutela della libera prestazione dei servizi, a seconda che siano o meno dei lavoratori autonomi. Dall'altro lato, i cittadini europei hanno il diritto di beneficiare dell'assistenza sanitaria in un altro Stato membro. A tal proposito l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (d'ora in avanti “CDFUE”) statuisce che ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali<sup>6</sup>. Tuttavia, proprio in ragione di motivi collegati alla sanità pubblica, gli Stati membri possono derogare alle regole stabilite dai Trattati per il funzionamento del mercato interno. Possono quindi adottare delle misure, anche discriminatorie, che ostacolino la libera circolazione delle merci, delle persone o dei servizi<sup>7</sup>.

In termini generali, la protezione della salute umana costituisce una clausola di applicazione orizzontale: nella definizione e nell'attuazione di tutte le azioni e politiche dell'Unione deve essere valutata e perseguita la scelta che garantisca un livello elevato di protezione della salute umana<sup>8</sup>.

---

6 In merito, la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, in GU L 88, p.45, incoraggia la cooperazione tra i sistemi nazionali di assistenza sanitaria e definisce le condizioni subordinatamente alle quali un paziente può recarsi in un altro Paese dell'UE per ricevere un'assistenza medica ed essere poi rimborsato dal proprio regime di assicurazione malattia. Si veda anche il Regolamento 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, in GU L 166, p. 1.

7 Sul punto si veda A. ARENA, *Covid-19 e libera circolazione: le misure restrittive degli Stati membri e le libertà fondamentali del mercato interno*, in questa Rivista.

8 Così la seconda parte dell'art. 35 CDFUE, l'art. 9 e l'art. 168, par. 1, TFUE. Normalmente, la valutazione delle alternative possibili e la motivazione della scelta politica effettuata in rapporto alla tutela della salute sono effettuate nell'ambito della valutazione d'impatto, il documento di lavoro che accompagna la proposta della Commissione

Come sopra anticipato, gli Stati membri hanno conferito all'Unione una competenza di tipo concorrente in materia di problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica, sebbene solo relativamente ad alcuni particolari settori. Più in particolare, possono essere adottate regole comuni per determinare parametri di sicurezza di organi, sangue e degli emoderivati; parametri comuni di qualità e sicurezza dei medicinali e dispositivi di impiego medico<sup>9</sup> nonché misure a tutela della salute pubblica nel settore veterinario e fitosanitario<sup>10</sup>.

L'Unione europea ha invece una competenza per svolgere azioni di mero sostegno, coordinamento e completamento in materia di tutela e miglioramento della salute umana<sup>11</sup>. A tal fine, l'art. 168 TFUE stabilisce che le istituzioni comunitarie possono adottare misure legislative di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, «in particolare per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera, misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero»<sup>12</sup>.

Con questo obiettivo, è stata adottata la Decisione 1082/2013/UE relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero<sup>13</sup>, che ha istituito un sistema di sorveglianza epidemiologica, monitoraggio, allarme rapido e lotta contro le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, nonché di pianificazione e preparazione di una risposta comune per integrare le politiche nazionali. Attraverso tale decisione, si mira quindi anche a sostenere la cooperazione ed il coordinamento tra gli Stati per migliorare la prevenzione ed il controllo della diffusione di malattie attraverso l'Unione.

---

nella forma di un SWD (Staff Working Document). Alla stessa valutazione sono tenute le altre istituzioni che partecipano alla procedura legislativa.

Si veda anche quanto disposto dall'art. 114, par. 3, TFUE, secondo cui la Commissione, nelle sue proposte relative a misure di ravvicinamento in materia di sanità deve basarsi su un livello di protezione elevato, tenendo conto, in particolare, degli eventuali nuovi sviluppi fondati su riscontri scientifici; ugualmente, il Parlamento europeo ed il Consiglio *cercano* di conseguire tale obiettivo.

9 A titolo di esempio, tra gli atti adottati sulla base giuridica stabilita dall'art. 168, par. 4, lett. b), si veda il Regolamento 2019/6 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 dicembre 2018, relativo ai medicinali veterinari e che abroga la direttiva 2001/82/CE, in GU L 4, p. 43, il Regolamento 576/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 giugno 2013, sui movimenti a carattere non commerciale di animali da compagnia e che abroga il regolamento 998/2003, in GU L 178, p. 1 ed il Regolamento 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di sanità animale («normativa in materia di sanità animale»), in GU L 84, p. 1

10 Tra gli atti adottati sulla base giuridica stabilita nell'art. 168, par. 4, lett. c), TFUE, si vedano il Regolamento 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione, in GU L 117, p. 176 ed il Regolamento 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE, in GU L 158, p. 1.

11 Art. 6, par. 1, TFUE.

12 Così i parr. 1 e 5 dell'art. 168 TFUE. Inoltre, secondo quanto stabilito dal par. 3 del medesimo articolo, l'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i Paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica.

Sull'art. 168 TFUE v., tra gli altri, M. MARLETTA, *Commento all'art. 168 TFUE*, in A. TIZZANO (a cura di), *Trattati dell'Unione europea*, Milano, 2014.

13 Decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, cit.

Grazie alla rete di sorveglianza, le autorità nazionali comunicano tra loro i dati e le informazioni relative al controllo epidemiologico di malattie trasmissibili ed ai problemi sanitari speciali connessi, nonché le informazioni relative alla progressione di situazioni epidemiche<sup>14</sup>. Tramite il Sistema di Allarme Rapido e di Reazione, invece, gli Stati membri o la Commissione comunicano la comparsa o lo sviluppo di una grave minaccia per la salute a carattere transfrontaliero che provoca o può provocare un'elevata morbilità o mortalità negli esseri umani e la cui portata aumenta o può aumentare rapidamente<sup>15</sup>. Insieme all'allarme, le autorità nazionali comunicano le informazioni utili a predisporre una risposta coordinata<sup>16</sup>. Sulla base di tali informazioni, il Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (in prosieguo "ECDC")<sup>17</sup>, l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) o le altre agenzie interessate predispongono una analisi di valutazione del rischio che, insieme ai dati nazionali, saranno utili a coordinare una risposta comune.

Un comitato per la sicurezza sanitaria (in prosieguo "CSS"), composto dai rappresentanti degli Stati membri e presieduto da un rappresentante della Commissione, gestisce lo scambio di informazioni tra gli Stati membri e la Commissione e coordina, in collegamento con quest'ultima, la pianificazione della preparazione e della risposta degli Stati membri alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero<sup>18</sup>. A tal fine, le autorità nazionali condividono anche le loro migliori prassi ed esperienze.

Gli Stati membri si consultano quindi tra loro e con la Commissione allo scopo di coordinare sia la comunicazione in merito al rischio - per fornire informazioni coerenti al pubblico e agli operatori sanitari - sia le varie risposte nazionali alla grave minaccia per la salute a carattere transfrontaliero.

L'elaborazione della risposta nazionale alla situazione di emergenza rimane dunque rimessa alla discrezionalità dello Stato membro. Tuttavia, quest'ultimo informa e consulta gli altri Stati e la Commissione in merito alla natura, allo scopo e all'entità delle misure, salvo che l'urgenza ne richieda l'adozione immediata<sup>19</sup>. In tal caso, lo Stato è solo tenuto ad un dovere di informazione.

---

14 V. art. 6 della Decisione 1082/2013, cit.

15 V. art. 9 della Decisione 1082/2013, cit.

16 A norma dell'art.9, par. 3, deve essere comunicata a) la tipologia e l'origine dell'agente patogeno; b) la data e il luogo dell'incidente o del focolaio; c) i mezzi di trasmissione o diffusione; d) i dati tossicologici; e) i metodi di rilevamento e di conferma; f) i rischi per la sanità pubblica; g) le misure di sanità pubblica attuate o che si intendono adottare a livello nazionale; h) altre misure diverse dalle misure di sanità pubblica; i) i dati personali necessari per la ricerca di contatti.

Si veda anche la Decisione di esecuzione 2017/253 della Commissione, del 13 febbraio 2017, che stabilisce le procedure per la notifica degli allarmi nell'ambito del sistema di allarme rapido e di reazione istituito in relazione a gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e per lo scambio delle informazioni, la consultazione e il coordinamento delle risposte a tali minacce a norma della decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, in GU L 37, p. 23.

17 Regolamento 851/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 21 aprile 2004 con il quale si crea un Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (European Centre for Disease Prevention and Control), in GU L 142, p. 1, [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

18 V. art. 17 della Decisione 1082/2013, cit.

19 V. art. 11 della Decisione 1082/2013, cit.

La rete di sorveglianza epidemiologica non spoglia quindi gli Stati della loro competenza nel settore ma mira a coordinare e integrare le politiche nazionali per migliorare la prevenzione e il controllo della diffusione di gravi malattie umane oltre le frontiere degli Stati membri e per lottare in un fronte comune.

In caso di grave minaccia per la salute a carattere transfrontaliero nei confronti della quale le capacità di risposta nazionali si rivelino insufficienti, lo Stato membro interessato può poi richiedere l'assistenza degli altri Stati membri attraverso la clausola di solidarietà o il meccanismo di protezione civile dell'Unione europea<sup>20</sup>.

### **3. Gli strumenti dell'Unione europea per contrastare le catastrofi e le emergenze a carattere transfrontaliero**

Secondo quanto stabilito dall'art. 3 TUE, l'Unione si prefigge di promuovere, oltre alla pace ed ai valori comuni, il benessere dei suoi popoli. Il concetto di benessere è piuttosto ampio e comprende, oltre alle condizioni economiche e sociali, anche quelle legate alla salute. È poi importante sottolineare che la società formata dai cittadini europei deve essere caratterizzata anche dalla solidarietà tra i popoli<sup>21</sup>.

Per fornire una assistenza principalmente finanziaria agli Stati membri che si trovino in difficoltà o siano seriamente minacciati da gravi difficoltà a causa di calamità naturali o di circostanze eccezionali, l'art. 122, par. 2, TFUE, prevede che il Consiglio, su proposta della Commissione, in attuazione dello spirito di solidarietà tra Stati membri possa concedere un'assistenza finanziaria allo Stato interessato.

In termini più generali, secondo l'art. 222, par. 1, TFUE, in caso di calamità - naturale o causata dall'uomo - l'Unione mobilita tutti gli strumenti di cui dispone per prestare assistenza allo Stato membro sul suo territorio, su richiesta delle sue autorità politiche. In tal caso, gli Stati membri agiscono congiuntamente in uno spirito di solidarietà per prestare la loro assistenza, coordinandosi in sede di Consiglio. Sono state anche definite delle norme e delle procedure per attuare la clausola di solidarietà<sup>22</sup>.

In particolare, in caso di catastrofe o attacco terroristico<sup>23</sup>, lo Stato membro interessato può invocare la clausola di solidarietà e rivolgere la sua richiesta alla presidenza del Consiglio e al

---

20 Decisione 1313/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, su un meccanismo unionale di protezione civile, cit.

21 Così l'art. 2 TUE.

22 Decisione del Consiglio, del 24 giugno 2014, n. 415, relativa alle modalità di attuazione da parte dell'Unione della clausola di solidarietà, cit.

Sull'applicazione della clausola di solidarietà e degli altri strumenti dell'Unione per contrastare l'emergenza connessa alla diffusione del Coronavirus si veda F. CASOLARI, *Prime considerazioni sull'azione dell'Unione ai tempi del Coronavirus*, in questa *Rivista*, 2020, p. 95 ss.

23 Secondo quanto disposto dall'art. 3, lett. a, della decisione 2014/415, cit., per catastrofe deve intendersi qualsiasi situazione che colpisce o rischia di colpire gravemente le persone, l'ambiente o i beni, compreso il patrimonio culturale.

presidente della Commissione europea attraverso il Centro di coordinamento della risposta alle emergenze della Commissione (in prosieguo “ERCC”)<sup>24</sup>. Il Consiglio assicura, quindi, la direzione politica e strategica della risposta. La clausola di solidarietà *impone*<sup>25</sup> all’Unione di mobilitare tutti gli strumenti di cui dispone. A tal fine attiva i dispositivi integrati per la risposta politica alle crisi (IPCR) per garantire una reazione coerente e si avvale dei mezzi e delle strutture di cui dispone, tra cui il meccanismo di protezione civile, gli strumenti previsti dalla strategia di sicurezza interna e, eventualmente, le strutture istituite nel quadro della politica di sicurezza e di difesa comune.

Anche a prescindere dall’attivazione della clausola di solidarietà, in caso di catastrofe in atto oppure imminente che possa provocare effetti transfrontalieri, lo Stato membro interessato è tenuto a notificare immediatamente l’evento agli altri Stati ed alla Commissione e può chiedere assistenza all’ERCC<sup>26</sup> gestito dalla Commissione europea. L’ERCC rappresenta il fulcro del meccanismo di protezione civile dell’Unione europea, è stato istituito per contribuire al rafforzamento della cooperazione tra l’Unione e gli Stati membri facilitando il coordinamento nel settore della protezione civile al fine di migliorare l’efficacia dei sistemi di prevenzione e di risposta alle catastrofi naturali, tra cui rientrano le emergenze sanitarie gravi<sup>27</sup>. Il citato *meccanismo* sostiene, integra e facilita il coordinamento dell’azione degli Stati membri anche con l’obiettivo di rafforzare la consapevolezza e la preparazione dei cittadini nei confronti delle catastrofi, incrementare la disponibilità e l’utilizzo di conoscenze scientifiche pertinenti ed intensificare le attività di cooperazione e coordinamento tra Stati membri esposti allo stesso tipo di catastrofi<sup>28</sup>.

In base all’esperienza acquisita nel tempo, si era rilevato che le offerte volontarie di assistenza reciproca, coordinate e agevolate dal meccanismo di protezione civile, non sempre garantivano la disponibilità di risorse sufficienti per rispondere in maniera soddisfacente alle necessità basilari delle persone colpite dalle catastrofi. Ciò soprattutto nei casi in cui gli Stati membri venivano colpiti contemporaneamente da eventi catastrofici. Per questo motivo, nel 2019 la decisione istitutiva è stata modificata integrando il meccanismo di protezione civile con rescEU, un insieme aggiuntivo di risorse per fornire assistenza in situazioni in cui le capacità globali esistenti a livello nazionale e quelle già assegnate dagli Stati membri al pool europeo di

---

24 Così all’art. 4 della Decisione 2014/415, cit.

25 V. considerando n. 5 nonché l’art. 5 della Decisione 2014/415, cit. La Commissione e l’Alto rappresentante dell’Unione europea individuano gli strumenti e le capacità che possono contribuire nel modo più efficace a rispondere alla crisi e propongono al Consiglio eventuali misure eccezionali o sostegno di una rapida reazione. Nella Dichiarazione relativa all’articolo 222 TFUE, Dichiarazione n. 37 relativa alle disposizioni dei Trattati, è stato anche precisato che l’attivazione della clausola di solidarietà non pregiudica il diritto di ogni altro Stato membro di assolvere ai suoi obblighi di solidarietà nei confronti dello Stato interessato, scegliendo i mezzi che ritiene più appropriati.

26 <https://erccportal.jrc.ec.europa.eu/>.

27 Decisione 1313/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, su un meccanismo unionale di protezione civile, cit.

28 V. art. 3 della decisione 1313/2013, cit.

protezione civile non siano sufficienti a garantire una risposta efficace<sup>29</sup>. Peraltro, nel 2016 è stato istituito anche un Corpo medico europeo, composto da squadre mediche di emergenza, laboratori di biosicurezza mobili e risorse per l'evacuazione medica messi a disposizione da 11 Stati col supporto finanziario dell'Unione<sup>30</sup>.

#### **4. Le azioni in risposta alle precedenti emergenze sanitarie e quelle in corso di adozione per rispondere all'emergenza Covid-19.**

L'Unione europea ha affinato nel tempo gli strumenti da mettere a disposizione degli Stati membri e dell'intera Unione per rispondere alle emergenze ed alle catastrofi, in particolare quelle a carattere transfrontaliero. Grande impegno è stato dedicato anche alla gestione di eventuali emergenze sanitarie che possano derivare da un attacco terroristico effettuato attraverso armi chimiche, biologiche o radiologiche<sup>31</sup>.

Oggi, l'Unione si trova per la prima volta ad affrontare una emergenza sanitaria con un gravissimo impatto sulla vita dei suoi cittadini. Anche nel più recente passato vi sono stati allarmi sanitari, sebbene non della stessa entità di quello che oggi preoccupa l'Europa ed il mondo.

Nel 2009 l'OMS ha dichiarato che la cd. influenza suina rappresentava un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale e gli Stati membri hanno cooperato per preparare una reazione coordinata<sup>32</sup>. Nel 2015, il Consiglio ha riconosciuto l'importanza del sistema di sorveglianza istituito con la decisione 1082/2013 nel trattare gli aspetti relativi alla salute pubblica dell'epidemia di Ebola. In quell'occasione è stata infatti rafforzata l'interoperabilità delle sue capacità di preparazione e risposta ed il CSS ha facilitato il coordinamento della pianificazione della preparazione e della risposta all'epidemia e della comunicazione in merito al rischio e alla crisi. Inoltre, la stretta collaborazione tra la Commissione e gli Stati membri, insieme con l'OMS, ha permesso l'evacuazione sanitaria dei pazienti affetti da Ebola in Europa in sicurezza<sup>33</sup>. Ciò ha spinto il Consiglio ad invitare la Commissione ad individuare delle

---

29 Decisione 2019/420 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 marzo 2019, che modifica la decisione n. 1313/2013/UE su un meccanismo unionale di protezione civile, in GU L 77I, p. 1. Si veda anche la Decisione di esecuzione 2019/1310 della Commissione, del 31 luglio 2019, recante modalità di impiego del pool europeo di protezione civile e di rescEU, in GU L 204, p. 94.

30 In merito si rinvia a F. CASOLARI, *Prime considerazioni sull'azione dell'Unione ai tempi del Coronavirus*, cit., p. 97 ss.

31 Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni - Piano d'azione per rafforzare la preparazione contro i rischi per la sicurezza di natura chimica, biologica, radiologica e nucleare, COM(2017) 610 final.

32 Si vedano le conclusioni del Consiglio del 30 aprile 2009, Influenza da virus A/H1N1, nonché le conclusioni del Consiglio del 12 ottobre 2009, Pandemia (H1N1) 2009 — Un approccio strategico e le conclusioni del Consiglio del 13 settembre 2010, Insegnamenti da trarre dalla pandemia A/H1N1 — La sicurezza sanitaria nell'Unione europea.

33 Conclusioni del Consiglio sugli insegnamenti da trarre per la salute pubblica dall'epidemia di Ebola nell'Africa occidentale - La sicurezza sanitaria nell'Unione europea, in GU C 421, p.6. Per un breve quadro della gestione dell'epidemia Ebola si veda anche [https://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/wa\\_ebola\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/wa_ebola_en.pdf).

strategie per i meccanismi di coordinamento in caso di futuri incidenti riguardanti diversi settori strategici.

Il sistema di reazione predisposto contro le calamità e le minacce alla salute pubblica è stato e continua ad essere messo alla prova dall'emergenza legata alla diffusione del virus Covid-19.

Come è noto, nel dicembre del 2019 nella regione cinese di Wuhan si è diffuso un nuovo coronavirus, causando un'epidemia che ha coinvolto altre regioni cinesi e si è poi propagato nel resto del mondo. Per questo motivo, il 28 gennaio 2020 la presidenza del Consiglio dell'Unione europea ha deciso di attivare il meccanismo dei dispositivi integrati dell'Unione per la risposta politica alle crisi (IPCR) in modalità "condivisione delle informazioni" nel contesto dell'attuazione della clausola di solidarietà<sup>34</sup>. A seguito del rapido aumento di casi di Covid-19 in Europa, ed in particolare nel nord Italia, il 2 marzo la presidenza del Consiglio ha stabilito la piena attivazione degli IPCR. Sono stati convocati quindi tavoli di crisi con la partecipazione degli Stati colpiti, la Commissione, il Servizio europeo per l'azione esterna, l'ufficio del presidente del Consiglio europeo e le agenzie pertinenti<sup>35</sup>.

Il 10 marzo si è quindi svolta la prima videoconferenza del Consiglio europeo, per coordinare gli sforzi dell'Unione europea e rispondere congiuntamente all'emergenza, sono state individuate, in particolare, quattro priorità: 1) limitare la diffusione del virus; 2) garantire la fornitura di attrezzature mediche; 3) promuovere la ricerca, anche in vista di un vaccino; 4) affrontare le conseguenze socioeconomiche<sup>36</sup>.

Il 17 marzo, durante una nuova videoconferenza del Consiglio europeo, è stata individuata una quinta priorità: rimpatriare i cittadini europei bloccati in Paesi terzi. Con il sostegno finanziario e logistico dell'Unione, fornito sempre attraverso il meccanismo di protezione civile, sono stati rimpatriati più di 10.000 cittadini europei da Cina, Giappone, Stati Uniti, Marocco, Tunisia e Georgia<sup>37</sup>. Nel contempo, i leader europei hanno deciso di rafforzare le frontiere esterne applicando una restrizione temporanea coordinata dei viaggi non essenziali verso l'Unione europea per 30 giorni<sup>38</sup>. A tal riguardo, la Commissione ha evidenziato che gli Stati membri

---

34 Così in <https://eu2020.hr/Home/OneNews?id=160>. Tramite questo meccanismo, la Presidenza del Consiglio coordina la risposta politica alle crisi al più alto livello.

35 <https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2020/03/02/covid-19-outbreak-the-presidency-steps-up-eu-response-by-triggering-full-activation-mode-of-ipcr/>. Nel tempo intercorso sono stati convocati vari consigli straordinari, sia in materia di salute che in tema di competitività. Si vedano in particolare le Conclusioni del Consiglio sulla Covid-19 del 13 febbraio 2020, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6038-2020-INIT/it/pdf>.

36 Alla riunione hanno partecipato anche la Presidente della Commissione europea Ursula von der Leyen, la Presidente della Banca centrale europea Christine Lagarde, il Presidente dell'Eurogruppo Mario Centeno e l'Alto Rappresentante Josep Borrell.

37 I ministri degli Affari esteri, in sede di Consiglio, il 23 marzo hanno discusso dello stato del rimpatrio dei cittadini europei e delle vie esperibili per intensificare la cooperazione e la solidarietà internazionali per sostenere i Paesi più fragili. È stato anche condannato il tentativo di screditare l'Unione europea attraverso la disinformazione e la stigmatizzazione dei cittadini europei all'estero. Si veda <https://www.consilium.europa.eu/it/meetings/fac/2020/03/23/>.

38 Sul punto la Commissione europea aveva espresso il proprio orientamento in una comunicazione del 16 marzo: Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio europeo e al Consiglio - Covid-19:

potevano reintrodurre anche controlli temporanei alle frontiere interne della zona Schengen, in quanto giustificati da motivi di politica pubblica e di sicurezza interna<sup>39</sup>.

Con riferimento alla seconda priorità, la Commissione è stata incaricata di analizzare i bisogni dei vari Stati membri<sup>40</sup>. Sono stati effettuati appalti per acquisti comuni di materiale di prima necessità come maschere, ventilatori polmonari e kit di analisi. Inoltre, attraverso il meccanismo di protezione civile, ed in particolare del RescEU, è stata anche costituita una scorta di attrezzature mediche da distribuire a seconda del bisogno<sup>41</sup>. Il meccanismo di protezione civile ha poi coordinato la mobilitazione di squadre mediche nei Paesi il cui sistema sanitario fosse maggiormente messo a dura prova e nei campi profughi. In questo contesto sono state inviate, rispettivamente a Milano e Bergamo, due équipes di medici e infermieri provenienti dalla Romania e dalla Norvegia, mobilitate e finanziate dal meccanismo di protezione civile dell'Unione e coordinate dal centro di coordinamento della risposta alle emergenze. L'Austria e la Slovacchia hanno fornito disinfettante medico e diversi Stati membri dell'Unione europea hanno inviato dispositivi di protezione all'Italia (mascherine, tute, ventilatori) e accolto pazienti italiani per curarli come espressione della solidarietà europea<sup>42</sup>.

Inoltre, nelle ultime settimane, con il sostegno dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA), la Commissione ha raccolto dati sui farmaci a rischio di carenza. Tale rischio è dovuto

---

restrizione temporanea dei viaggi non essenziali verso l'UE, COM(2020) 115 final, seguita dalla Comunicazione della Commissione COVID-19 Linee guida concernenti l'attuazione della restrizione temporanea dei viaggi non essenziali verso l'UE, la facilitazione delle modalità di transito per il rimpatrio dei cittadini dell'UE e gli effetti sulla politica in materia di visti, C(2020)2050, in GU C 102 I, p. 3.

L'8 aprile la Commissione europea ha adottato la comunicazione Valutazione dell'applicazione della restrizione temporanea dei viaggi non essenziali verso l'UE, COM(2020)148, con cui invita a prorogare in modo coordinato l'applicazione della restrizione dei viaggi non essenziali dai Paesi terzi di altri 30 giorni, fino al 15 maggio 2020, al fine di limitare l'ulteriore diffusione del virus.

39 Orientamenti sulle misure di gestione delle frontiere in relazione agli aspetti sanitari nel contesto dell'emergenza Covid-19 del 16 marzo 2020, (C(2020)1753), p. 5. Alla data del 16 aprile, risulta che gli Stati che hanno reintrodotti i controlli alle frontiere interne per il Covid-19 sono: Belgio, Spagna, Norvegia, Portogallo, Austria, Ungheria, Repubblica ceca, Svizzera, Danimarca, Lituania, Germania, Estonia, Finlandia, Polonia, Francia e Slovacchia.

40 Si veda, a tal proposito, la Comunicazione della Commissione - Orientamenti sull'assistenza di emergenza dell'UE per quanto riguarda la cooperazione transfrontaliera nell'ambito dell'assistenza sanitaria legata alla crisi della Covid-19, in GU C 111 I, p. 1.

41 In merito, il 31 marzo è stato pubblicato il documento C(2020) 2078 - Orientamenti della Commissione europea sull'utilizzo del quadro in materia di appalti pubblici nella situazione di emergenza connessa alla crisi della Covid-19. La Commissione ha anche adottato una raccomandazione sulle procedure di valutazione della conformità e di vigilanza del mercato, che aumenterà la fornitura alle autorità di protezione civile di alcuni tipi di DPI, quali le mascherine monouso. La medesima istituzione è poi impegnata a discutere con il settore industriale per elaborare una strategia di conversione delle linee di produzione. Su richiesta urgente della Commissione, gli organismi europei di normazione e i loro membri nazionali hanno reso gratuitamente disponibili le norme europee per le forniture mediche. In questo modo i produttori potranno immettere sul mercato dispositivi ad alte prestazioni in modo più rapido.

Le esportazioni di dispositivi di protezione individuale fuori dall'Unione sono ora subordinate a un'autorizzazione di esportazione da parte degli Stati membri, che può essere concessa se non è a rischio la disponibilità di tali dispositivi nell'Unione o per motivi umanitari.

42 Per un quadro generale si rinvia a [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/crisis-management-and-solidarity\\_it](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/crisis-management-and-solidarity_it).

all'aumento della domanda di farmaci per la cura in ospedale dei pazienti colpiti da coronavirus, della domanda di farmaci sperimentali e dalle scorte accumulate dai cittadini. È stata quindi monitorata la domanda complessiva da parte degli Stati membri e l'impatto dei divieti di esportazione. A tal riguardo, la Commissione ha esortato gli Stati membri a dimostrare solidarietà eliminando i divieti e le restrizioni relativi all'esportazione per garantire la disponibilità di farmaci essenziali negli ospedali e nelle farmacie, evitando la costituzione di scorte a livello nazionale. Le autorità nazionali dovrebbero inoltre contrastare la disinformazione che potrebbe portare a una corsa agli acquisti per costituire scorte non necessarie. La Commissione ha anche promosso l'uso ottimale dei farmaci negli ospedali, adattando i protocolli ospedalieri esistenti o definendo nuovi protocolli convalidati per evitare un uso eccessivo di farmaci<sup>43</sup>. Un essenziale contributo proviene poi dall'operato del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, che monitora lo stato di evoluzione dell'epidemia, fornisce valutazioni di rischio e linee guida per la gestione, oltre a consulenze per gli Stati membri.

Il 23 aprile è stata pubblicata la nona valutazione dei rischi<sup>44</sup>. Già nell'ottava valutazione dei rischi era stato fornito un aggiornamento delle conoscenze scientifiche acquisite in merito al contrasto del Coronavirus ed erano state formulate delle raccomandazioni agli Stati<sup>45</sup>. In particolare, considerando che in alcuni Paesi il "picco" sembra essere superato, sono state emanate delle prime strategie per un approccio corretto ad una eventuale *de-escalation*<sup>46</sup>. Nell'ottava valutazione si sosteneva che, sulla base delle evidenze disponibili, era ancora presto per iniziare a sospendere tutte le misure di distanziamento sociale. Prima di prendere in considerazione tale ipotesi gli Stati membri avrebbero dovuto assicurare il potenziamento dei sistemi di diagnosi ospedaliera e di monitoraggio della popolazione, valutando le conseguenze epidemiologiche di un'eventuale *de-escalation*. Nella nona valutazione dei rischi, l'ECDC ha

---

43 Si veda la Comunicazione della Commissione - Orientamenti sull'assistenza di emergenza dell'UE per quanto riguarda la cooperazione transfrontaliera nell'ambito dell'assistenza sanitaria legata alla crisi della Covid-19 dell'8 aprile 2020, C(2020) 2272 final.

44 In <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>.

45 In <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-eighth-update>. Tra i documenti pubblicati dal centro si segnala anche il Rapporto tecnico del 1° aprile scorso, che fornisce un quadro della situazione sui test rapidi per la diagnosi di COVID-19 nei paesi UE/SEE. Il Rapporto evidenzia che alcune tipologie di test si sono rivelate non conformi agli standard comunitari e che vari Stati membri ne hanno proibito l'utilizzo. Poiché i test rapidi potrebbero rivelarsi meno accurati e meno sensibili rispetto ai test diagnostici da laboratorio, il Rapporto raccomanda di attendere che siano conclusi gli studi attualmente in corso prima di utilizzarli come unici strumenti di diagnosi.

46 Anche in fase di *de-escalation*, è fondamentale eseguire test per individuare persone positive e potenziare la sorveglianza, anche attraverso il tracciamento dei contagi. Inoltre, il distanziamento sociale continua ad essere considerato un fondamentale strumento per evitare ulteriori ondate di contagi. Il documento afferma quindi che, sebbene il distanziamento sociale abbia un forte impatto sia dal punto di vista sociale che da quello economico, le attuali stime suggeriscono che nessun Paese UE/SEE è vicino a raggiungere una soglia di protezione della popolazione adeguata alla rimozione delle misure di distanziamento sociale. In assenza di un vaccino, alcune forme di distanziamento sociale dovranno essere mantenute per almeno alcuni mesi, al fine di garantire che non si superino le capacità dei sistemi sanitari.

ribadito che i piani per la *de-escalation* e per la rimozione delle misure di *lock-down* devono essere predisposti introducendo delle misure di distanziamento sociale e assicurando una sufficiente capacità dei sistemi sanitari con letti ospedalieri e di terapia intensiva. Particolari misure di protezione devono essere adottate, poi, per proteggere le categorie vulnerabili.

L'ECDC raccomanda, dunque, una adeguata strategia di sorveglianza basata su metodologie armonizzate per l'esecuzione dei test utili anche a monitorare l'impatto della rimozione dell'obbligo di "rimanere a casa" e i mutamenti del virus. Il monitoraggio deve avere l'ovvio obiettivo di isolare immediatamente i casi sospetti ed impedire, anche con l'aiuto della condivisione delle *best practices* acquisite, lo svilupparsi di nuovi focolai. A tal fine, sarà importante affiancare queste misure con un quadro di tracciabilità dei contatti supportato da strumenti elettronici e applicazioni<sup>47</sup>.

Anche il Parlamento europeo, preso atto di una mancanza di coordinamento tra gli Stati membri in termini di misure di sanità pubblica e di restrizioni imposte alla circolazione delle persone a livello nazionale e transfrontaliero, ha chiesto un approccio coordinato nella gestione del cd. post-confinamento all'interno dell'Unione. Il Parlamento ha quindi esortato gli Stati membri a elaborare congiuntamente i criteri per abolire le misure di quarantena e le altre misure di emergenza ed ha invitato la Commissione ad avviare un'efficace strategia di uscita che includa test su ampia scala<sup>48</sup>.

In effetti, nella riunione del 26 marzo 2020, i membri del Consiglio europeo avevano già sollecitato la preparazione delle necessarie misure che consentano di tornare al normale funzionamento della società e delle economie europee. In risposta a questo invito, la Commissione ha presentato, insieme al Presidente del Consiglio europeo, una tabella di marcia europea verso la revoca delle misure di contenimento del coronavirus<sup>49</sup>. In questo documento, sono stati definiti tre tipologie di criteri per valutare se è possibile allentare il confinamento: criteri epidemiologici, valutazione della sussistenza di una sufficiente capacità dei sistemi sanitari e valutazione dell'organizzazione di una adeguata capacità di monitoraggio<sup>50</sup>. Soprattutto, sono stati delineati tre principi che dovranno guidare gli Stati membri nella definizione della cd. fase 2. Innanzitutto, le misure dovrebbero essere basate su prove scientifiche e imperniate sulla tutela della salute pubblica; in secondo luogo, le misure dovrebbero essere coordinate per evitare ripercussioni negative e frizioni politiche; inoltre, la

---

47 Nona valutazione del rischio dell'ECDC, cit., p. 25 ss. Si veda anche il documento *Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed*, in <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Contract-tracing-scale-up.pdf>.

Sul punto si rinvia a C. FIORILLO, *La protezione dei dati personali nel diritto UE di fronte all'emergenza del Covid-19*, in questa *Rivista*.

48 Risoluzione del Parlamento europeo del 17 aprile 2020 sull'azione coordinata dell'UE per lottare contro la pandemia di COVID-19 e le sue conseguenze (2020/2616(RSP)), P9\_TA-PROV(2020)0054. Si vedano in particolare la lett. e), ed il punto 17.

49 Tabella di marcia comune europea verso la revoca delle misure di contenimento della COVID-19, in [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint\\_eu\\_roadmap\\_lifting\\_covid19\\_containment\\_measures\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_it.pdf).

50 *Ibidem*, p. 4 ss.

Commissione ha evidenziato che un elemento essenziale per il successo della seconda fase è rappresentato dal rispetto e dalla solidarietà tra gli Stati membri. La Commissione ha quindi tracciato delle misure di accompagnamento per gestire con successo la revoca graduale delle misure di confinamento<sup>51</sup>.

Infine, è opportuno sottolineare che, oltre alla gestione della crisi, l'Unione europea lavora anche – in attuazione della priorità n. 3 – alla promozione della ricerca, per trovare un vaccino. Con questo obiettivo la Commissione ha già mobilitato fondi per 140 milioni di euro, ha selezionato diciassette progetti ed ha creato con alcuni partner la piattaforma Covid-19 Data Portal per agevolare la raccolta e lo scambio dei risultati della ricerca<sup>52</sup>. In sede di Consiglio, i ministri della ricerca dei vari Paesi membri hanno espresso il loro sostegno per il piano d'azione ERAvsCorona presentato dalla Commissione europea.

## 5. Conclusioni

È evidente che la crisi sanitaria legata al Covid-19 ha provocato e continuerà a provocare un terribile numero di vittime ed una preoccupante crisi economica. In questi giorni, il dibattito politico e l'opinione pubblica sono concentrati sulla valutazione della risposta dell'Unione europea alle conseguenze economiche ed all'aiuto che sarà offerto ai Paesi maggiormente colpiti. Per quanto la risposta a questo problema sia ovviamente di grande rilevanza e rappresenti un importante banco di prova per l'Unione europea, è innegabile che anche il supporto ed il coordinamento della gestione della crisi sanitaria sia fondamentale per superare al meglio ed il più velocemente possibile questa epidemia.

Gli Stati membri hanno dovuto adattare al meglio i propri sistemi sanitari per rispondere all'emergenza ed hanno introdotto delle misure di *lock-down* e di distanziamento sociale per evitare la diffusione del virus, sebbene con tempi e modalità parzialmente diversi. La gestione comune delle frontiere esterne ha rappresentato una delle prime decisioni da assumere congiuntamente.

Il sistema di gestione delle gravi minacce alla salute a carattere transfrontaliero, l'attività del Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie ed il meccanismo di protezione civile europeo coadiuvano concretamente gli Stati membri nel controllo della crisi sanitaria. La valutazione dell'evoluzione dell'emergenza sanitaria sull'intero territorio comunitario consente di assumere decisioni più consapevoli, basate anche sulle esperienze acquisite negli altri Paesi. Inoltre, la Commissione europea e il meccanismo di protezione civile stanno fornendo un

---

<sup>51</sup> Le misure di accompagnamento sono, in particolare: raccogliere dati e predisporre un sistema di comunicazione affidabile; istituire un quadro per il tracciamento dei contatti e l'allerta mediante l'uso di applicazioni mobili che rispetti la riservatezza dei dati; ampliare le capacità diagnostiche e armonizzare le metodologie di prova; aumentare la capacità e la resilienza dei sistemi sanitari; Continuare ad aumentare la capacità in termini di dispositivi medici e di protezione individuale; lo sviluppo di un vaccino sicuro ed efficace e lo sviluppo di cure e farmaci sicuri ed efficaci.

<sup>52</sup> In <https://www.covid19dataportal.org/>.

importante contributo su molteplici fronti, tra cui il reperimento di attrezzature indispensabili, lo sviluppo della ricerca scientifica su cure e vaccini, e l'indirizzamento delle offerte di personale e di materiale medico provenienti dagli Stati membri.

Solo grazie ad una visione a più ampio raggio può essere effettuata una valutazione del rischio ed una programmazione efficiente per uscire dalla crisi sanitaria. A tal proposito, si deve purtroppo rilevare che il coordinamento tra Stati membri non è stato effettivamente messo in atto all'inizio dell'emergenza Covid-19. Tuttavia, un'azione coordinata nell'ambito dell'Unione europea sarà fondamentale nella gestione delle prossime fasi.

Proprio nella programmazione della *de-escalation*, l'adozione di decisioni il più possibile coerenti e contemporanee sarà infatti essenziale per ridurre al minimo il rischio di una nuova propagazione dell'infezione e rilanciare in maniera sicura l'economia attraverso il corretto funzionamento del mercato interno.