



Governance economica europea e sistemi sanitari nazionali: la tutela della salute nelle raccomandazioni adottate nell’ambito del Semestre europeo

Silvia Giudici*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. L’Unione europea e la tutela della salute. – 3. Il coordinamento delle politiche economiche attraverso il Semestre europeo. – 4. Le raccomandazioni specifiche per paese e i sistemi sanitari nazionali. – 5. La socializzazione del Semestre europeo e il *Next Generation EU*. – 6. Conclusione.

1. Le competenze dell’Unione in materia di tutela della salute sono limitate, tuttavia una serie di interventi legislativi e azioni estranei a questo settore sono suscettibili di avere ripercussioni anche in ambito

* Dottoranda in Diritto dell’Unione europea presso l’Università degli Studi di Torino. L’autrice desidera ringraziare il Prof. F. Costamagna, per il supporto dato alla stesura della versione preliminare e il Prof. G. Di Federico, per i preziosi spunti forniti in sede di revisione. Ogni eventuale errore e/o omissione è imputabile all’autrice sola.

sanitario. Se in un primo tempo molti degli interventi in materia di politica sanitaria dell'Unione si sono sviluppati attraverso misure volte a regolare il funzionamento del mercato interno, i dispositivi di *governance* economica introdotti a partire dal 2011, e in particolare il Semestre europeo, costituiscono un ulteriore strumento capace di incidere sia sul finanziamento dei sistemi sanitari nazionali degli Stati membri, il quale costituisce una voce rilevante della spesa pubblica, che sul loro modello organizzativo¹. Questo processo di *governance* economica aumenta le possibilità delle istituzioni dell'Unione di intervenire in maniera incisiva nelle scelte di politica sociale degli Stati membri e permette loro di proporre una propria visione di *welfare state* da implementare a livello nazionale². Già in precedenza, la dottrina ha esaminato l'integrazione delle politiche sociali nella *governance* economica europea³. In particolare, gli studi che hanno analizzato la maniera in cui tali processi hanno tentato di influenzare la gestione dei sistemi sanitari nazionali negli anni successivi alla crisi finanziaria del 2008 sostengono che le istituzioni dell'Unione abbiano valorizzato principalmente il contenimento della spesa pubblica, piuttosto che la promozione dello sviluppo dei sistemi di *welfare* nazionali e, specificatamente, la tutela della salute o altri valori e obiettivi quali universalità e accessibilità delle cure⁴. Parziali cambiamenti si sono

¹ S. L. GREER, *The Three Faces of European Union Health Policy: Policy, Markets, and Austerity*, in *Policy and Society*, 2014, p. 13.

² F. COSTAMAGNA, *Il coordinamento delle politiche economiche nell'ambito del Semestre europeo*, in O. PORCHIA (a cura di), *Governance economica europea. Strumenti dell'Unione, rapporto con l'ordinamento internazionale e ricadute nell'ordinamento interno*, Napoli, 2015, p. 136.

³ Ad esempio, P. COPELAND, M. DALY, *The European Semester and EU Social Policy*, in *Journal of Common Market Studies*, 2018, p. 1001 ss.; J. ZEITLIN, B. VANHERCKE, *Socializing the European Semester: EU Social and Economic Policy Co-ordination in Crisis and Beyond*, in *Journal of European Public Policy*, 2017, p. 149 ss.; F. COSTAMAGNA, *Il coordinamento delle politiche economiche*, cit., p. 127 ss.

⁴ S. L. GREER, H. JARMAN, R. BAETEN, *The New Political Economy of Health Care in the European Union: The Impact of Fiscal Governance*, in *International Journal of Health Services*, 2016, p. 263; N. AZZOPARDI-MUSCAT, T. CLEMENS, D. STONER, H. BRAND, *EU Country Specific Recommendations for Health Systems in the European Semester Process: Trends, Discourse and Predictors*, in *Health Policy*, 2015, p. 375 ss.

invece registrati più recentemente, sebbene l'attenzione alla sostenibilità finanziaria rimanga predominante⁵.

Emerge quindi un primo problema di divergenza tra gli interventi e gli obiettivi dell'Unione. Da un lato, vi è l'esigenza di garantire un elevato livello di tutela della salute anche attraverso il buon funzionamento dei sistemi sanitari nazionali. In questo senso, ogni Stato membro ha facoltà di definire l'organizzazione del proprio servizio sanitario, soprattutto in riferimento alle modalità di finanziamento⁶, seppur essi concordino nel rispetto di una serie di valori comuni, quali l'accessibilità, l'universalità, l'equità e la solidarietà nell'accesso alle cure⁷. Dall'altro lato, risulta necessario perseguire un certo grado di stabilità finanziaria nell'ambito dell'Unione economica e monetaria. In particolare, a cominciare dalla base giuridica su cui si fonda il Semestre europeo, è evidente che questo strumento sia fortemente improntato a perseguire esigenze di stabilità macroeconomica. Tuttavia, le azioni delle istituzioni dell'Unione intraprese nel quadro di questo strumento devono conformarsi all'obbligo di tutela della salute di cui agli artt. 9 e 168, par. 1, TFUE. Il secondo tema attiene alla questione del riparto delle competenze, in quanto attraverso il Semestre europeo l'Unione interviene, seppur in maniera indiretta e non vincolante, nel settore della sanità che rimane di responsabilità degli Stati membri.

Lo scopo del presente contributo è quello di analizzare in che modo i diversi obiettivi sopra menzionati, ossia la stabilità finanziaria e la tutela della salute, siano stati riconciliati nel contesto del Semestre europeo e se tale bilanciamento abbia subito cambiamenti durante gli anni. Si tenterà altresì di indagare se sia possibile identificare un modello di gestione dei servizi sanitari indicato dalle istituzioni

⁵ T. CLEMENS, N. AZZOPARDI-MUSCAT, *The European Semester 2015-2018: Themes and Progress of Country Specific Recommendations on Health*, in *European Journal of Public Health*, 2019; S. L. GREER ET AL., *Everything you always wanted to know about European Union health policy but were afraid to ask*, Copenhagen, 2022, p. 199 ss.

⁶ In questo senso, i sistemi sanitari nazionali possono essere divisi in due principali modelli, quello "Beveridge" finanziato attraverso la tassazione e quello "Bismarck" fondato su un sistema di assicurazione obbligatoria della popolazione.

⁷ Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, del 22 giugno 2006 (2006/C 146/01).

dell'Unione e, in caso affermativo, quali siano le sue caratteristiche principali. Come precedentemente discusso, la dottrina ha già considerato in che modo le raccomandazioni specifiche per paese si proponevano di indirizzare l'azione degli Stati membri in ambito sanitario, tuttavia un aggiornamento dei risultati è necessario. Infatti, non è ancora presente in dottrina un'analisi sistematica delle raccomandazioni in tema di salute, che affronti la questione dalla prospettiva giuridica proposta in questo contributo e che consideri le interazioni tra Semestre europeo e Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, parte del *Next Generation EU*.

Dal punto di vista metodologico, il presente contributo prende le mosse dall'analisi delle raccomandazioni specifiche per paese elaborate dalla Commissione e approvate dal Consiglio nell'ambito del Semestre europeo. Queste vengono prese in considerazione al fine di determinare l'evoluzione dell'approccio delle istituzioni dell'Unione. Queste costituiscono lo strumento più adatto per compiere una simile analisi per due ordini di motivi. In primo luogo, le raccomandazioni specifiche per paese si rivolgono in maniera puntuale e dettagliata agli Stati membri e permettono quindi di identificare con chiarezza le specifiche azioni che le istituzioni dell'Unione suggeriscono di intraprendere ai governi nazionali. In secondo luogo, consentono di apprezzare i compromessi e i bilanciamenti tra diversi interessi derivanti da un processo che include sia interazioni tra Stati membri e istituzioni, sia obiettivi di natura differente. Alla luce della natura non vincolante delle raccomandazioni in parola e della complessità nel valutare l'impatto effettivo di queste indicazioni nei singoli Stati membri, non si esaminerà in che modo questo strumento abbia effettivamente influenzato le politiche nazionali. Similmente, poiché la ricerca si concentra sugli obiettivi dell'Unione nello sviluppo delle raccomandazioni, ulteriori obblighi costituzionali o derivanti dal diritto internazionale degli Stati membri rilevanti in fase di implementazione del Semestre⁸, ed eventualmente coincidenti con le raccomandazioni formulate, non saranno considerati.

⁸ Tra gli altri rilevano l'art. 12 del Patto Internazionale sui Diritti Economici Sociali e Culturali, l'art. 1 della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'art. 11 della Carta sociale europea.

Verrà quindi sostenuta la tesi secondo cui le tematiche sanitarie siano state affrontate nel Semestre europeo abbandonando il focus esclusivo sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari e la *governance* economica sia diventata un meccanismo usato dall'Unione per indirizzare più generalmente le politiche sanitarie nazionali. In questo processo sono stati tenuti sempre più in considerazione valori di carattere sociale enunciati ad esempio nel piano d'azione del Pilastro europeo dei diritti sociali⁹. Tale approccio appare essere maggiormente compatibile con il requisito della tutela della salute che dovrebbe essere rispettato dall'Unione in ogni ambito del suo agire.

Questo contributo procede quindi con una breve illustrazione del quadro giuridico di riferimento, affrontando la questione della tutela della salute nel diritto dell'Unione e, le competenze dell'Unione nel coordinamento delle politiche economiche degli Stati membri, con particolare riferimento al Semestre europeo. In seguito, verranno esaminate le raccomandazioni specifiche per paese con lo scopo di identificare la maniera in cui obiettivi economici e sociali sono stati bilanciati. Un'analisi delle prerogative sociali all'interno del Semestre europeo, e una discussione delle interazioni con il più recente *Next Generation EU* permetteranno di contestualizzare l'analisi condotta e poter elaborare ipotesi per il futuro.

2. Come accennato in apertura, l'Unione europea ha limitate competenze in materia di salute. Le disposizioni che meritano una breve analisi ai fini della presente trattazione sono quelle concernenti l'obiettivo trasversale di tutela della salute e quelle riguardanti la ripartizione delle competenze nel settore sanitario.

All'art. 168, par. 1, TFUE si afferma che “nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”. La stessa formulazione è stata ripresa nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea nel secondo paragrafo dell'art. 35 dedicato alla protezione della salute. La cosiddetta clausola sociale orizzontale all'art. 9 TFUE, introdotta per la prima volta nel Trattato di Lisbona,

⁹ COM (2017) 251final, del 26 aprile 2017, proposta di comunicazione interistituzionale.

ribadisce inoltre che “nella definizione e nell’attuazione delle sue politiche e azioni, l’Unione tiene conto delle esigenze connesse con la promozione di [...] un elevato livello di [...] tutela della salute umana”, oltre che di una serie di altri obiettivi di carattere prettamente sociale. Similmente, seppur non strettamente rilevante nel contesto del Semestre europeo, l’art. 114, par. 3, TFUE, richiede che le istituzioni dell’Unione mirino ad un elevato livello di tutela nell’esercizio delle loro competenze di armonizzazione legislativa anche nel settore della salute.

L’inserimento di queste disposizioni, aventi rango primario, costituisce il fondamento giuridico per rendere l’obiettivo di tutelare la salute un obbligo trasversale a tutte le politiche e azioni dell’Unione, secondo l’approccio denominato “Health in all policies”. Questa strategia presuppone che la salute della popolazione non sia determinata solamente dalle politiche sanitarie in senso stretto ma derivi anche da misure adottate in altri settori, rendendo quindi necessario tenere in considerazione la tutela della salute in ogni tipo di politica¹⁰. Nonostante il testo degli artt. 9 e 168, par. 1, TFUE risulti piuttosto vago, l’indicazione che ne deriva implica l’adozione di un approccio al *policy-making* volto a trovare innanzitutto una soluzione di equilibrio tra gli interessi sanitari e quelli di altra natura e che miri inoltre a sfruttare le possibilità presenti in diversi ambiti per contribuire al fine di tutelare la salute¹¹. Anche l’ambito applicativo delle disposizioni in parola è ampio, dal momento che non si riferisce alle sole competenze legislative dell’Unione, ma include anche le sue “politiche” e “azioni”. Ciò dimostra, quindi, che l’obiettivo della tutela della salute non è circoscritto al solo intervento legislativo dell’Unione nelle materie nelle quali essa ha competenze, ma ha una portata più ampia. Pertanto, anche la formulazione delle raccomandazioni specifiche per paese elaborate nel quadro del Semestre europeo parrebbe costituire un’azione che richiede il rispetto dell’obbligo derivante dagli artt. 9 e 168, par. 1,

¹⁰ Per approfondimenti, T. STAAHL, M. WISMAR, E. OLLILA, E. LAHTINEN, K. LEPPÖ (a cura di), *Health in All Policies: Prospects and Potentials*, Helsinki, 2006, p. 4 ss.

¹¹ O. BARTLETT, A. NAUMANN, *Reinterpreting the Health in All Policies Obligation in Article 168 TFEU: the First Step towards Making Enforcement a Realistic Prospect*, in *Health Economics, Policy and Law*, 2021, p. 8.

TFUE. È stato infatti sottolineato che anche le raccomandazioni specifiche per paese debbano essere indirizzate a migliorare il funzionamento dei sistemi sanitari nazionali, in quanto condizione necessaria ad assicurare lo stato di salute generale dei cittadini dell'Unione¹².

In aggiunta, l'art. 168, par. 2, TFUE pone le basi per un coordinamento tra Stati membri nell'ambito sanitario, supportato ove necessario dall'Unione. Sebbene la maniera in cui è descritto tale coordinamento paia fare riferimento al metodo aperto di coordinamento, non sembrano precluse altre modalità di intervento dell'Unione che favoriscano la cooperazione tra i governi nazionali. In tal senso, il Semestre europeo pare essere un meccanismo che gli Stati sono disposti ad impiegare per favorire il coordinamento delle proprie politiche sanitarie, oltre che di quelle economiche.

Al contempo, nei Trattati è stato inserito un limite all'azione dell'Unione, poiché sulla base dell'art. 168, par. 7, TFUE essa “rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate [...]”¹³. La disposizione appena menzionata è stata definita una “clausola di garanzia” a favore degli Stati membri, volta a ribadire la loro contrarietà all'intervento dell'Unione in questo ambito¹⁴. Tuttavia, occorre ricordare che vari elementi costitutivi dei sistemi sanitari nazionali rimangono soggetti alle disposizioni che

¹² N. AZZOPARDI-MUSCAT, ET AL., *EU Country Specific Recommendations*, cit., p. 381.

¹³ Con l'adozione del Trattato di Lisbona è stata preferita una formulazione meno incisiva della precedente, la quale menzionava che l'azione dell'Unione “rispetta appieno le competenze degli Stati membri”.

¹⁴ F. BESTAGNO, *La tutela della salute tra competenze dell'Unione europea e degli Stati membri*, in *Studi sull'integrazione europea*, 2017, p. 319. Tra le ragioni che rendono difficoltoso l'intervento dell'Unione in questo ambito spiccano la differenza organizzativa, culturale e qualitativa dei diversi sistemi sanitari nazionali e l'ingente quantitativo della spesa pubblica nazionale richiesto dal settore sanitario, stanziata sulla base di principi di solidarietà fiscale e redistribuzione del reddito, propri della sfera domestica. Si veda, A. DE RUIJTER, *EU Health Law & Policy: The Expansion of EU Power in Public Health and Health Care*, Oxford, 2019, p. 5 ss e p. 91.

regolano il mercato interno¹⁵. Inoltre, anche nell'esercizio delle proprie competenze esclusive, gli Stati membri sono vincolati al rispetto del diritto dell'Unione¹⁶.

Ne consegue quindi che sia l'azione degli Stati membri sia quella dell'Unione devono rispettare ed essere esercitate secondo alcune limitazioni. Gli Stati membri mantengono quindi la propria responsabilità nella gestione dei servizi sanitari nazionali, ciò nonostante, devono esercitare le proprie competenze nel rispetto del diritto dell'Unione, in coordinamento con gli altri Stati membri e, dall'introduzione del Semestre europeo, tenendo in considerazione le raccomandazioni specifiche per paese. Di converso, nella formulazione delle raccomandazioni specifiche per paese le istituzioni dell'Unione sono tenute a valorizzare l'obiettivo trasversale della tutela della salute.

3. I Trattati prevedono altresì disposizioni circa il coordinamento delle politiche economiche degli Stati membri. Secondo l'art. 119 TFUE, essi devono infatti coordinare le proprie politiche economiche tenendo in considerazione una serie di principi tra cui quello di assicurare "finanze pubbliche e condizioni monetarie sane nonché bilancia dei pagamenti sostenibile". L'art. 120 TFUE impone invece che gli Stati membri seguano gli indirizzi di massima forniti dalle istituzioni dell'Unione. L'art. 121 TFUE definisce infine le procedure con cui implementare tale coordinamento e la sorveglianza circa il loro rispetto.

Sulla base di tali disposizioni, a seguito della crisi finanziaria del 2008, è stato istituito il Semestre europeo, ossia il ciclo di coordinamento delle politiche economiche, sociali e di bilancio degli Stati membri. Le cause della crisi erano state rinvenute nel mancato rispetto del Patto di Stabilità e Crescita¹⁷ e nelle falle dei meccanismi

¹⁵ E. MOSSIALOS, G. PERMANAND, R. BAETEN, T. K. HERVEY, *Health Systems Governance in Europe: the Role of European Union Law and Policy*, in E. MOSSIALOS, G. PERMANAND, R. BAETEN, T. K. HERVEY (eds.), *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*, Cambridge, 2010, p. 13 ss.

¹⁶ T. K. HERVEY, J. V. MCHALE, *European Union Health Law: Themes and Implications*, Cambridge, 2015, p. 290.

¹⁷ Il Patto di Stabilità e Crescita è costituito dal regolamento (CE) 1466/97 del Consiglio, del 7 luglio 1997, per il rafforzamento della sorveglianza delle posizioni di

di sorveglianza e di coordinamento tra economie nazionali, le quali si erano rivelate essere strettamente interdipendenti, e avevano così messo in evidenza la necessità di rafforzare la sorveglianza preventiva delle politiche economiche e di bilancio degli Stati membri con l'intento di prevenire ingenti squilibri macroeconomici¹⁸. Il meccanismo del Semestre europeo è quindi stato adottato tramite il cosiddetto *Six Pack*¹⁹, volto a rafforzare il Patto di Stabilità e Crescita, anche attraverso la creazione della procedura per i disavanzi eccessivi. Successivamente, per gli stessi fini, è stato introdotto anche il cosiddetto *Two Pack*²⁰, applicabile agli Stati dell'area euro. La base giuridica di entrambi i pacchetti di misure è costituita dall'art. 121, par. 6, TFUE sulla procedura per l'adozione di disposizioni per il coordinamento e il controllo preventivo delle politiche economiche degli Stati membri. Questo articolo è considerato in combinato disposto con l'art. 126 TFUE sui disavanzi pubblici eccessivi nel caso del *Six Pack* e con l'art. 136 TFUE sul coordinamento e la sorveglianza delle politiche di bilancio degli Stati dell'area euro, per quanto riguarda il *Two Pack*. Le due basi giuridiche denotano quindi chiaramente

bilancio nonché della sorveglianza e del coordinamento delle politiche economiche e il regolamento (CE) 1467/97 del Consiglio, del 7 luglio 1997, per l'accelerazione e il chiarimento delle modalità di attuazione della procedura per i disavanzi eccessivi. I regolamenti sono stati emendati con l'introduzione del *Six Pack*.

¹⁸ COM (2010) 250final, del 12 maggio 2010, comunicazione della Commissione, p. 2 e p. 8 ss.

¹⁹ Regolamento (UE) 1173/2011 del Parlamento e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sull'effettiva applicazione della sorveglianza di bilancio nell'area dell'euro; regolamento (UE) 1174/2011 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sulle misure esecutive per la correzione degli squilibri macroeconomici eccessivi nella zona euro; regolamento (UE) 1175/2011 del Parlamento e del Consiglio, del 16 novembre 2011; regolamento (UE) 1176/2011 del Parlamento e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici; regolamento (UE) 1177/2011 del Parlamento e del Consiglio, del 16 novembre 2011 e direttiva 2011/85/UE del Consiglio, dell'8 novembre 2011, relativa ai requisiti per i quadri di bilancio degli Stati membri.

²⁰ Regolamento (UE) 472/2013 del Parlamento e del Consiglio, del 21 maggio 2013, sul rafforzamento della sorveglianza economica e di bilancio degli Stati membri nella zona euro che si trovano o rischiano di trovarsi in gravi difficoltà per quanto riguarda la loro stabilità finanziaria e regolamento (UE) 473/2013 del Parlamento e del Consiglio, del 21 maggio 2013, sulle disposizioni comuni per il monitoraggio e la valutazione dei documenti programmatici di bilancio e per la correzione dei disavanzi eccessivi negli Stati membri della zona euro.

l'obiettivo primario di carattere macro-economico del Semestre europeo. Infine, è stata inquadrata all'interno del Semestre anche la Strategia Europa 2020, con la quale la Commissione si prefiggeva di raggiungere entro tale data "una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva" attraverso il raggiungimento di una serie di obiettivi afferenti alla sfera delle politiche sociali²¹.

Per ciò che concerne il funzionamento del Semestre, durante il cosiddetto "pacchetto d'autunno" la Commissione presenta l'analisi annuale della crescita, in cui vengono stabilite le priorità per l'anno successivo e redige una relazione sul meccanismo di allerta della procedura per gli squilibri macroeconomici. Entro aprile, gli Stati membri sono tenuti a presentare due tipologie di documenti: i programmi nazionali di riforma, richiesti dalla Strategia Europa 2020 nei quali si illustrano le riforme previste, e i programmi di stabilità per gli Stati dell'area euro oppure i programmi di convergenza, che riguardano invece le strategie di bilancio dello Stato. Sulla base dell'analisi di questi ultimi, in presenza di squilibri economici, la Commissione può formulare raccomandazioni o, nei casi più gravi, attivare la procedura per gli squilibri eccessivi.

Il "pacchetto di primavera", invece, costituisce il momento nel quale vengono redatte le raccomandazioni specifiche per paese, elaborate dalla Commissione e validate dal Consiglio europeo, che forniscono ai singoli Stati membri indicazioni da implementare nei mesi successivi. In aggiunta, per effetto dell'adozione del cosiddetto *Two Pack*, gli Stati dell'area euro devono presentare anche una bozza dei bilanci nazionali nel mese di ottobre, sulla base dei quali la Commissione emetterà un proprio parere. Seppur le raccomandazioni costituiscano uno strumento non giuridicamente vincolante, esse sono accompagnate da una serie di meccanismi sanzionatori applicabili agli Stati dell'area euro qualora non venga data loro attuazione²². In questo senso, l'azione persuasiva dell'Unione è suscettibile di incidere maggiormente su quegli Stati la cui sostenibilità finanziaria sia più critica. In particolare, è stato

²¹ COM (2010) 2020final, del 3 marzo 2010, comunicazione della Commissione.

²² Per una discussione dell'interazione tra meccanismi *soft* e *hard* nel contesto del Semestre europeo, si veda, F. COSTAMAGNA, *Il coordinamento delle politiche economiche*, cit., p. 130 ss.

registrato che l'influenza delle raccomandazioni sulle scelte politiche operate dai governi nazionali aumenti nel caso in cui le indicazioni siano maggiormente dettagliate e, soprattutto, qualora lo Stato si trovi soggetto a una procedura per i disavanzi eccessivi²³.

Una breve riflessione alla luce della base giuridica delle raccomandazioni specifiche per paese permette di meglio comprendere le implicazioni derivanti dall'inclusione di indicazioni in materia sanitaria in queste ultime. La base giuridica è infatti da rintracciare negli artt. 121, par. 2, e 148 TFUE, i quali si riferiscono all'elaborazione di indirizzi di massima volti a coordinare rispettivamente le politiche economiche e quelle in materia di occupazione degli Stati membri. Come illustrato nei paragrafi successivi, il contenuto delle indicazioni presenta due criticità se considerato in relazione a questa base giuridica. Innanzitutto, in vari casi, le raccomandazioni specifiche per paese prescrivono agli Stati membri azioni da intraprendere con un grado di precisione e dettaglio che mal si coniuga con la definizione di "indirizzi di massima" prevista dal Trattato²⁴. Inoltre, le disposizioni pocanzi menzionate che fungono da base giuridica si riferiscono solamente al coordinamento di politiche economiche e dell'occupazione. Tuttavia, sulla base di questi articoli vengono adottate una serie di raccomandazioni che, di fatto, permettono di coordinare e monitorare indirettamente altri tipi di politiche sociali, come è il caso di quelle sanitarie.

Dal momento che il Semestre prevede anche meccanismi sanzionatori, la possibilità di multare gli Stati membri per non aver seguito specifiche raccomandazioni, ad esempio sulla gestione dei propri sistemi sanitari, risulta particolarmente problematica. Le questioni qui esaminate costituiscono una chiara illustrazione del fatto che il sistema di *governance* economica dell'Unione permetta di includere tematiche sanitarie in una struttura non creata con l'intento di promuovere la salute, bensì avente come obiettivo il raggiungimento

²³ R. BAETEN, B. VANHERCKE, *Inside the black box: The EU's economic surveillance of national healthcare systems*, in *Comparative European Politics*, 2016, p. 491 ss.

²⁴ F. COSTAMAGNA, *National Social Spaces as Adjustment Variables in the EMU: A Critical Legal Appraisal*, in *European Law Journal*, 2018, p. 175.

della stabilità economica, anche attraverso l'attuazione di politiche di austerità²⁵.

4. Al fine di validare l'ipotesi proposta in partenza, secondo cui le raccomandazioni riguardanti l'ambito sanitario non abbiano più come obiettivo unico la stabilità finanziaria, ma considerino anche esigenze di protezione della salute, l'esame delle disposizioni legislative rilevanti deve essere completato con un'analisi del contenuto delle raccomandazioni specifiche per paese. La presente ricerca ha preso in considerazione tutte le raccomandazioni elaborate dalla Commissione e validate dal Consiglio dal 2011 al 2020²⁶ per ogni Stato membro. Dal punto di vista metodologico, in una prima fase del lavoro sono state selezionate le raccomandazioni nelle quali venivano affrontati temi legati alla sanità²⁷. La seconda parte del lavoro ha riguardato invece la catalogazione delle raccomandazioni raccolte. Questa sezione mira dunque a fornire una breve sistematizzazione e analisi delle indicazioni rivolte agli Stati membri.

Le raccomandazioni specifiche per paese riguardanti la salute sono una costante da quando il Semestre europeo è entrato in vigore, dal momento che già nel 2011 tre Stati membri avevano ricevuto indicazioni a proposito dei propri sistemi sanitari. Dal punto di vista numerico, negli anni successivi sono sempre di più gli Stati nei confronti dei quali sono state elaborate raccomandazioni di questo tipo, raggiungendo l'apice nel 2020, anno in cui tutti gli Stati membri hanno ricevuto raccomandazioni sulle politiche sanitarie da intraprendere. Inoltre, va sottolineato che alla maggior parte degli Stati membri sono state indirizzate, anno dopo anno, raccomandazioni molto simili tra loro²⁸. Ciò nonostante, nel caso di cinque Stati membri, le indicazioni

²⁵ S. L. GREER, *The Three Faces of European Union Health Policy*, cit., p. 17.

²⁶ Le raccomandazioni specifiche per paese facenti riferimento al 2021 non sono state elaborate in quanto la Commissione non le ha ritenute compatibili con "la natura politica complessiva e orientata al futuro dei piani per la ripresa nazionale". Si veda, COM (2020) 575final, cit., p. 13. Le raccomandazioni riguardanti il 2022 sono state rese disponibili il 23 maggio 2022 e considerate solo marginalmente nelle conclusioni.

²⁷ Sono stati esclusi da questa operazione i riferimenti all'ambito sanitario presenti nei considerando delle raccomandazioni.

²⁸ Rilevato anche da T. CLEMENS ET AL., *The European Semester 2015-2018*, cit.

fornite loro hanno richiesto, in un primo tempo, di limitare la spesa sanitaria o di incrementare l'ottimizzazione nel suo utilizzo, mentre nelle raccomandazioni per il 2020 è stato suggerito di procedere con maggiori investimenti o di accumulare materiale sanitario²⁹.

In termini di contenuti, sono state selezionate nella presente ricerca tre macro categorie tematiche, cercando di raggruppare in maniera sistematica le azioni suggerite agli Stati membri nelle raccomandazioni. Il primo gruppo riguarda i temi della gestione finanziaria dei sistemi sanitari nazionali. Nella maggior parte delle raccomandazioni, viene fatto riferimento all'efficacia rispetto ai costi delle politiche sanitarie³⁰, a questioni di sostenibilità finanziaria³¹, alla necessità di distribuire i finanziamenti sulla base dei risultati ottenuti dalle strutture ospedaliere³² e, in alcuni casi, è stato raccomandato agli Stati membri di ridurre o controllare maggiormente queste spese³³.

Taluni Stati membri hanno anche ricevuto indicazioni piuttosto specifiche in merito alle modalità più appropriate per ottimizzare la spesa pubblica in materia sanitaria, ad esempio alla Slovacchia nel 2015 era stato richiesto di migliorare la gestione degli ospedali, oppure al governo sloveno nel 2017 di centralizzare le procedure per gli appalti sanitari o, ancora, di ridurre la spesa per i farmaci, come segnalato, tra gli altri, all'Irlanda nel 2014. Questa prima tipologia di raccomandazioni riguardanti la necessità di contenere e ottimizzare i finanziamenti destinati ai servizi sanitari nazionali è stata predominante tra il 2011 e il 2019, al contrario sono sparite le occasioni nelle quali in

²⁹ A questo proposito, rileva anche l'istituzione dell'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie, volta a migliorare la produzione e distribuzione di medicinali e apparecchiature critiche in situazioni emergenziali.

³⁰ *Ex multis*, raccomandazione del Consiglio, dell'8 luglio 2014, sul programma nazionale di riforma 2014 della Repubblica Ceca e che formula un parere del Consiglio sul programma di convergenza 2014 della Repubblica Ceca.

³¹ *Ex multis*, raccomandazione del Consiglio, dell'8 luglio 2011, sul programma nazionale di riforma 2011 di Cipro e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità aggiornato di Cipro.

³² Raccomandazione del Consiglio, del 9 luglio 2013, sul programma nazionale di riforma 2013 della Bulgaria e che formula un parere del Consiglio sul programma di convergenza della Bulgaria.

³³ Raccomandazione del Consiglio, dell'8 luglio 2014, sul programma nazionale di riforma 2014 del Portogallo e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità del Portogallo.

questo lasso di tempo è stato suggerito agli Stati di incrementare la spesa pubblica destinata alla salute. Invece, nel 2020, nessuna raccomandazione ha suggerito una riduzione della spesa sanitaria, mentre ne è stato esplicitamente incoraggiato l'aumento a quattro Stati membri. Similmente sono stati incentivati gli interventi, che saranno descritti di seguito, i quali paiono sottendere la necessità di un investimento da parte dello Stato.

La seconda categoria raggruppa indicazioni volte a garantire una maggiore apertura e accessibilità dei sistemi sanitari. In queste raccomandazioni traspare con più vigore l'obiettivo della tutela della salute e dei valori propri dei sistemi sanitari degli Stati membri. In particolare, il contenuto di queste raccomandazioni riguarda la necessità di garantire l'universalità delle cure sanitarie e di migliorarne l'accesso, la qualità e l'efficienza. Inoltre, a Polonia e Grecia nel 2019, è stato richiesto che gli investimenti nell'ambito sanitario tenessero in considerazione anche esigenze di inclusione sociale e limitazione delle disparità tra territori. Questo tipo di indicazioni sono aumentate nel tempo e compaiono talvolta insieme alle raccomandazioni riguardanti la sostenibilità finanziaria menzionate precedentemente. È altresì possibile inserire in questo gruppo raccomandazioni dettagliate che hanno richiesto alla Romania nel 2016 e 2017 di ridurre i pagamenti informali oppure, alla Lettonia nel 2017 e alla Bulgaria dal 2017 al 2019, di limitare quelli anticipati dai pazienti. Queste criticità sono infatti state considerate essere fattori passibili di limitare l'accesso alle cure. Il tema della copertura sanitaria nazionale costituisce un'altra questione ricorrente in alcune raccomandazioni indirizzate ad esempio a Cipro e alla Bulgaria in anni diversi. In ultimo, l'elemento comune a tutte le raccomandazioni elaborate a seguito della pandemia di Covid-19, ossia la richiesta agli Stati membri di migliorare o rafforzare la resilienza dei propri sistemi sanitari, può essere interpretata come avente la medesima finalità.

Il terzo gruppo di raccomandazioni, invece, riguarda questioni più puntuali relative alla gestione dei sistemi sanitari nazionali. Nello specifico, le raccomandazioni inserite in questa categoria si riferiscono all'organizzazione del personale sanitario, al tipo di cura da prediligere e, nel 2020, anche alle forniture di medicinali e apparecchiature e alla telemedicina. Per quanto riguarda la gestione del personale sanitario,

nelle raccomandazioni del 2015, alla Francia era stato richiesto di rimuovere le restrizioni all'accesso e all'esercizio delle professioni sanitarie, mentre l'anno successivo era stato suggerito al governo italiano di migliorare la concorrenza nel settore delle professioni regolamentate, tra cui quelle afferenti all'ambito della sanità. Inoltre, nel caso della Bulgaria, per tre anni consecutivi a partire dal 2017, era stato richiesto di affrontare il problema della carenza di personale sanitario. Se quest'ultima criticità era stata toccata nelle raccomandazioni in maniera sporadica, a seguito della pandemia di Covid-19, venti Stati membri hanno ricevuto indicazioni in questo senso. In particolare, a Bulgaria, Croazia e Francia, è stato suggerito di migliorare la distribuzione del personale e, a Cipro, le condizioni lavorative. Con riferimento invece al tema delle cure da prediligere, diverse raccomandazioni hanno richiesto agli Stati membri di sviluppare sistemi di cure ambulatoriali o, seppur meno frequentemente, l'assistenza sanitaria di base. Tale tendenza si registra costante anche nelle raccomandazioni del 2020. In aggiunta, alla Germania nel 2013, è stato suggerito di migliorare l'integrazione delle prestazioni sanitarie dando più risalto ad interventi di prevenzione e alla riabilitazione o, al Portogallo nel 2018, di ridurre gli arretrati nelle strutture ospedaliere.

Le ultime raccomandazioni elaborate nel 2020 rivelano invece due importanti novità in termini di contenuti, che si aggiungono a quelli già presenti nelle raccomandazioni degli anni passati: gli Stati membri sono stati invitati a far fronte alla carenza di prodotti ed infrastrutture mediche e, ad alcuni, è stato suggerito di accelerare l'utilizzo di sistemi di telemedicina. Rispetto a questo ultimo punto, preme segnalare che il tema della cosiddetta *e-health* è stato citato espressamente nelle raccomandazioni del Semestre europeo per la prima volta solo nel 2020. Come si vedrà nel prossimo paragrafo, questo cambiamento può essere spiegato, mettendolo in relazione con la più generale transizione digitale avviata a seguito della crisi pandemica.

Alla luce di questa descrizione generale delle raccomandazioni, è possibile profilare alcune considerazioni. In primo luogo, l'attenzione dell'Unione si è rivolta in modo particolare, e con una certa continuità, alle questioni riguardanti la gestione finanziaria dei sistemi sanitari. Questo non dovrebbe stupire dal momento che le raccomandazioni

specifiche per paese sono inserite in un quadro strutturato, almeno in origine, per coordinare le politiche economiche degli Stati membri. Pertanto, per come è stato sviluppato originariamente il sistema del Semestre europeo, gli indirizzi riguardanti la gestione della spesa sanitaria dovrebbero risultare funzionali *in primis* a limitare un aumento eccessivo e problematico della spesa pubblica più generale e non a contribuire al miglioramento della tutela della salute negli Stati membri. Ciò nonostante, nel complesso, si è anche registrato un progressivo, ma comunque limitato, interessamento per obiettivi e valori di carattere sociale, come la qualità, l'accessibilità e l'universalità dei servizi sanitari, che sono condivisi dagli Stati membri dell'Unione e possono essere elementi determinanti nella tutela della salute della popolazione. Emblematico in proposito è l'esempio delle raccomandazioni riguardanti i professionisti del settore sanitario: in un primo tempo la Commissione ha affrontato questo aspetto in riferimento ad esigenze proprie del mercato interno, ossia la concorrenza nella libera prestazione di servizi, mentre successivamente la presenza di un adeguato contingente di personale sanitario si è rivelato necessario nel perseguire il fine più generale di assicurare l'adeguato funzionamento dei sistemi sanitari nazionali e, pertanto, di tutelare la salute pubblica.

In secondo luogo, l'effetto più rilevante della pandemia di Covid-19 sulle raccomandazioni specifiche per paese è stato affrontare alcune delle principali problematiche insite nei sistemi sanitari nazionali, riconoscendo quindi indirettamente l'importanza che essi rivestono nel tutelare la salute pubblica dei cittadini.

In terzo luogo, da un'analisi complessiva delle raccomandazioni esaminate in questa ricerca è possibile identificare alcune caratteristiche del servizio sanitario verso cui tendono le raccomandazioni elaborate. Capacità principale di tale servizio sanitario è quella di essere in grado di operare un bilanciamento tra investimento pubblico, che deve essere sostenibile nel tempo e non minare la più generale stabilità finanziaria degli Stati membri, il mantenimento di valori propri dei sistemi sanitari europei e del loro buon funzionamento. In particolare, si evince che le istituzioni dell'Unione tengano soprattutto in considerazione il valore dell'universalità nell'accesso ai trattamenti sanitari, da intendersi sia come accessibilità in termini economici sia in senso di presenza fisica sul territorio di adeguate strutture di cura. Inoltre, le raccomandazioni

del 2020 lasciano trasparire l’obiettivo di rendere i sistemi sanitari nazionali maggiormente resilienti e pronti ad affrontare eventuali emergenze future attraverso un’adeguata predisposizione di scorte di medicinali e attrezzature e l’impiego di un quantitativo sufficiente di personale sanitario. Ciò nonostante, le raccomandazioni paiono rispettare il modello organizzativo presente in ogni Stato membro, essendo formulate in maniera tale da adattarsi alle diverse tipologie esistenti.

Alla luce di quanto emerge dalle raccomandazioni esaminate, si potrebbe concludere che le istituzioni dell’Unione, al fine di coniugare le esigenze di contenimento della spesa pubblica con quelle di tutela della salute, indirizzino gli Stati membri verso un sistema sanitario nel quale si permetta ai pazienti di fare un limitato ricorso alle strutture ospedaliere, rafforzando al contempo meccanismi di prevenzione, l’assistenza sanitaria di base e le cure fornite al di fuori degli ospedali, sulle quali è suscettibile di avere un impatto positivo anche l’utilizzo di dispositivi di telemedicina. È infatti già dai primi anni duemila che la Commissione ha riconosciuto che il rafforzamento delle cure di base e ambulatoriali fosse un appropriato compromesso per garantire, da un lato, l’efficienza e l’uguaglianza nell’accesso alle cure e, dall’altro lato, per contenere la spesa pubblica³⁴.

5. Per apprezzare appieno l’evoluzione dei contenuti delle raccomandazioni descritta nel paragrafo precedente è necessario ricollegarle ad alcuni interventi strettamente connessi al Semestre europeo. Infatti, se nei primi anni di funzionamento di questo strumento i principali obiettivi da perseguire sono stati la stabilità finanziaria e il contenimento del debito pubblico, si è assistito successivamente a una progressiva “socializzazione”, da intendersi in termini sia di contenuto degli atti prodotti dalle istituzioni dell’Unione, sia di attori coinvolti nel processo³⁵.

Dal punto di vista formale, la prima tappa del processo di socializzazione è stata la proclamazione nel 2017, sotto la guida

³⁴ Commissione europea, Comitato di politica economica (a cura di), *Joint Report on Health Systems*, Bruxelles 2010, p. 78.

³⁵ Per approfondimenti, si veda J. ZEITLIN, B. VANHERCKE, *op. cit.*

dell'allora presidente della Commissione Juncker, del Pilastro dei Diritti Sociali³⁶, il quale “mira a fungere da guida per realizzare risultati sociali e occupazionali efficaci in risposta alle sfide attuali e future [...]”³⁷. La funzione dei principi sanciti nel Pilastro era quella di fornire orientamenti sociali da integrare nel Semestre europeo, in particolare nell'elaborazione delle analisi e delle raccomandazioni³⁸. Tra gli obiettivi menzionati, vi sono anche quello di tutelare la salute dei lavoratori³⁹ e garantire ad ogni individuo “il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili”⁴⁰. Il testo di questo pilastro riprende quanto espresso dalla prima parte dell'art. 35 della Carta, ma ne approfondisce la portata specificando il livello qualitativo elevato delle cure erogate e la loro accessibilità dal punto di vista economico e temporale.

Nel 2019, nell'ambito della proposta per un *Green Deal* europeo, la Commissione ha annunciato di voler includere nel processo di *governance* economica anche gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite⁴¹, tra i quali compare quello di “assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età”⁴². In ultimo, la volontà di aderire a questi principi è stata ribadita di recente nella Dichiarazione di Porto⁴³ e nel piano d'azione elaborato dalla Commissione von der Leyen, nella quale vengono dettagliati gli interventi suggeriti per contribuire ad affrontare le criticità dei sistemi sanitari nazionali e renderli maggiormente pronti per le sfide future. Nello specifico, le azioni menzionate riguardano la necessità di affrontare le questioni legate ai

³⁶ COM (2017) 251final. Per approfondimenti, si veda P. VESAN, F. CORTI, *Il Pilastro europeo dei diritti sociali e la strategia sociale di Juncker: un'agenda per la ricerca*, in *Politiche Sociali*, 2018, p. 125 ss.

³⁷ Considerando n. 12.

³⁸ COM (2017) 250final, del 26 aprile 2017, comunicazione della Commissione, p. 9.

³⁹ Principio 10(a).

⁴⁰ Principio 16.

⁴¹ COM (2019) 640final, dell'11 dicembre 2019, comunicazione della Commissione, p. 3.

⁴² Obiettivo n. 3 della risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, del 25 settembre 2015, A/RES/70/1.

⁴³ Consiglio europeo, *Dichiarazione di Porto*, 8 maggio 2021, www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2021/05/08/the-porto-declaration/ (ultimo accesso 25 marzo 2022).

lunghi tempi di attesa, alla mancanza di personale, alle disuguaglianze nell'accesso alle cure, al rafforzamento delle cure di base e quelle dedicate alla salute mentale e alla digitalizzazione dei sistemi sanitari nazionali⁴⁴. A tal proposito, preme segnalare anche l'introduzione del nuovo regolamento (UE) 2021/2282⁴⁵, il quale ha tra i propri obiettivi quello di rendere maggiormente accessibili le tecnologie sanitarie.

Un'ulteriore spinta verso un nuovo e diverso bilanciamento tra obiettivi economici e sociali è stata data dalle misure intraprese dall'Unione a seguito della crisi scaturita dalla pandemia di Covid-19. Innanzitutto, nel mese di marzo del 2020, per la prima volta dalla sua adozione è stata attivata la clausola di salvaguardia generale del Patto di Stabilità e Crescita, la quale consente di non considerare la spesa pubblica incorsa dagli Stati membri per far fronte a situazioni emergenziali nella valutazione della compatibilità delle politiche fiscali nazionali con i requisiti del Patto⁴⁶. Questo rinnovato approccio dell'Unione in termini di gestione del debito pubblico accumulato dagli Stati membri, in antitesi rispetto alle politiche di rigore fiscale e austerità adottate dopo la crisi del 2008, può contribuire a spiegare il motivo per cui siano state tralasciate nel 2020 le considerazioni di stampo economico tipiche degli anni precedenti.

Un ultimo strumento rilevante è il cosiddetto *Next Generation EU*, istituito per affrontare le conseguenze economiche e sociali della crisi pandemica. Questo costituisce un piano di finanziamenti, da erogare sia sotto forma di prestiti che di sovvenzioni, del valore di oltre 800 miliardi di euro, presi in prestito dall'Unione sui mercati finanziari⁴⁷. Il nucleo centrale del sistema è costituito dal Dispositivo per la Ripresa e

⁴⁴ COM (2021) 102final, del 4 marzo 2021, comunicazione della Commissione, p. 24.

⁴⁵ Del 15 dicembre 2021, relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie.

⁴⁶ Per approfondimenti, si veda P. DERMINE, *The EU's Response to the COVID-19 Crisis and the Trajectory of Fiscal Integration in Europe: Between Continuity and Rupture*, in *Legal Issues of Economic Integration*, 2020, p. 338 ss. La Commissione ha autorizzato un'ulteriore estensione dell'applicazione della clausola almeno per tutto il 2022. Si veda, COM (2021) 105final, del 3 marzo 2021, comunicazione della Commissione, p. 8.

⁴⁷ Commissione europea, *Recovery plan for Europe*. www.ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_it#elementi-principali-del-nuovo-accordo (ultimo accesso 25 marzo 2022).

la Resilienza, approvato con il regolamento (UE) 2021/241⁴⁸. Attraverso questo meccanismo verranno erogati la maggior parte dei fondi. Rileva in maniera particolare sottolineare che, data la diversa finalità del Semestre europeo e del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza questi strumenti si fondano su una base giuridica differente. Quella usata per l'adozione del Semestre costituita dall'art. 121, par. 6, TFUE in combinato disposto con l'art. 126 TFUE, riguardava il coordinamento e la sorveglianza delle scelte di politica economica degli Stati membri, mentre l'art. 175, par. 3, TFUE, che giustifica l'adozione del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, è parte del titolo del Trattato sulla coesione economica, sociale e territoriale. Questa scelta dimostra un importante cambio di rotta nell'approccio dell'Unione ed evidenzia la necessità di perseguire altri obiettivi di carattere sociale oltre al raggiungimento della sola stabilità finanziaria⁴⁹.

La procedura definita nel Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza prevede che ogni Stato membro debba, *in primis*, sottoporre alla Commissione un piano nazionale in cui vengono dettagliate le misure che si intendono implementare. In caso di valutazione positiva, seguono l'approvazione dei piani ad opera del Consiglio e l'esborso della prima *tranche* di finanziamenti. I successivi pagamenti dovranno essere poi richiesti da ogni Stato membro al raggiungimento degli obiettivi intermedi prefissati, previa approvazione da parte della Commissione. È stato argomentato che questo processo di verifica preventivo al versamento dei fondi permette alla Commissione di acquisire maggior controllo sui piani di riforma nazionali⁵⁰.

In quest'ottica di dialogo e coordinamento tra il livello nazionale e l'Unione è previsto che il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza interagisca con il Semestre europeo sotto diversi aspetti⁵¹. In primo

⁴⁸ Del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza.

⁴⁹ F. COSTAMAGNA, *Il Next Generation EU e la costruzione di una politica economica europea: quale ruolo per democrazia e solidarietà?*, in *I Post di AISDUE*, 2021, p. 41 s.

⁵⁰ D. BOKHORST, *The Influence of the European Semester: Case Study Analysis and Lessons for its Post-Pandemic Transformation*, in *Journal of Common Market Studies*, 2021, p. 101 ss.

⁵¹ Per un commento, si veda V. D'ERMAN, A. VERDUN, *An Introduction: "Macroeconomic Policy Coordination and Domestic Politics: Policy Coordination*

luogo, la Commissione ha richiesto che i piani elaborati a livello nazionale fossero atti ad affrontare le criticità segnalate nelle raccomandazioni specifiche per paese degli ultimi anni⁵². Conseguentemente, queste ultime hanno fornito la cornice per valutare i piani per la ripresa e la resilienza presentati⁵³. In proposito, le raccomandazioni elaborate negli ultimi cicli, in cui è stato particolarmente valorizzato l'obiettivo della tutela della salute, sono suscettibili di avere un peso importante nella definizione delle politiche degli Stati membri nel breve e medio periodo. In secondo luogo, si è tentato di ottimizzare il coordinamento tra i due meccanismi. Nel 2021 è stato permesso agli Stati membri di unificare in un unico documento il loro programma di riforma, già previsto nel contesto del Semestre, con il piano di ripresa e resilienza⁵⁴. Similmente, nel ciclo del 2022, i programmi di riforma nazionali avranno anche valenza di rapporti semestrali previsti dalle disposizioni del Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza⁵⁵. In terzo luogo, il pacchetto di primavera 2022 prevede una prima elaborazione di relazioni per paese basate sulla valutazione dei piani di ripresa e resilienza, sul raggiungimento degli obiettivi del pilastro europeo dei diritti sociali ed eventualmente sui risultati dell'esame degli squilibri macroeconomici. Le criticità individuate nelle relazioni costituiscono il fondamento per la definizione delle raccomandazioni specifiche per paese proposte⁵⁶.

In ultimo, è necessario mettere in luce la rilevanza attribuita alla salute nel Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza soprattutto sotto due profili: la salute è stata inclusa nell'ambito di applicazione dello strumento⁵⁷ e il preambolo ribadisce l'importanza di investimenti in materia sanitaria e di assicurare che i servizi sanitari siano in grado di

in the EU from the European Semester to the Covid-19 Crisis", in *Journal of Common Market Studies*, 2021, p. 7 ss.

⁵² COM (2020) 575final, del 17 settembre 2020, comunicazione della Commissione, p. 5.

⁵³ COM (2020) 575final, cit., p. 13.

⁵⁴ COM (2020) 575final, cit., p. 13.

⁵⁵ COM (2021) 740final, del 24 novembre 2021, comunicazione della Commissione, p. 18.

⁵⁶ COM (2021) 740final, cit., p. 16 ss.

⁵⁷ Art. 3 del regolamento 2021/24, cit.

far fronte a possibili crisi⁵⁸. Da queste generali considerazioni emergono quindi un marcato cambiamento nelle condizioni sociali, politiche ed economiche attuali rispetto al contesto nel quale il Semestre europeo era stato introdotto e una progressiva inclusione degli obiettivi legati alla tutela della salute negli interventi dell'Unione, i quali interagiscono strettamente con questo tipo di coordinamento.

6. Il presente studio ha posto in evidenza le interazioni tra obiettivi di tutela della salute e solidità finanziaria nel contesto della *governance* economica, con un particolare riferimento ai cambiamenti che si sono verificati a seguito della pandemia di Covid-19. In linea con quanto precedentemente sostenuto in dottrina in tema di “socializzazione” del Semestre, anche questa analisi ha permesso di giungere alla conclusione che, nonostante il suo fulcro principale sia rimasto per quasi un decennio la sostenibilità economica, è stata data progressivamente maggiore attenzione all’obiettivo della tutela della salute. Tale processo ha preso le mosse da una situazione nella quale il tema della salute rientrava nelle raccomandazioni specifiche per paese solo in quanto suscettibile di incidere sulla questione del debito pubblico. In una seconda fase di bilanciamento le istituzioni dell’Unione hanno cercato di accomodare esigenze sanitarie e contenimento della spesa pubblica, permettendo agli obiettivi sociali di assumere sempre maggiore risalto. Infine, nelle ultime raccomandazioni è stata data prevalenza alle necessità di tutela della salute, con un interesse quasi esclusivo delle istituzioni dell’Unione nei confronti della capacità dei sistemi sanitari nazionali di reagire alla crisi. L’evoluzione dell’approccio dell’Unione risulta essere maggiormente rispettoso dell’obbligo di garantire un elevato livello di tutela della salute secondo quanto sancito dagli artt. 9 e 168, par. 1, TFUE. Pertanto, la salute non è più considerata nel Semestre europeo solamente in quanto spesa che gli Stati membri devono ridurre o ottimizzare, ma acquisisce una propria autonomia in quanto obiettivo indipendente. In altri termini, per i governi nazionali, tenere in considerazione le raccomandazioni riguardanti la salute non significa unicamente evitare che un’eccessiva spesa sanitaria

⁵⁸ Considerando n. 6 e n. 15 del regolamento 2021/24, cit.

pregiudichi il raggiungimento di obiettivi di stabilità macroeconomica. Al contrario, queste fungono anche da linee guida per assicurare maggiore qualità ed equità nelle cure mediche a livello nazionale.

Anche i recenti sviluppi tangenti il Semestre lasciano ben sperare. È infatti ipotizzabile che in questo contesto esigenze di preservare l'accessibilità e l'universalità dei sistemi sanitari nazionali e di garantire la loro preparazione ad affrontare sfide future assumano maggiore risalto rispetto alla necessità di assicurarne la stabilità finanziaria, dati i diversi punti di contatto tra questo meccanismo e il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza. In questo senso, è auspicabile che anche le prossime raccomandazioni continuino ad adottare un'impostazione più favorevole nei confronti degli obiettivi di tutela della salute, nonostante il progressivo venir meno della situazione emergenziale. Quanto affermato trova riscontro nelle raccomandazioni del 2022, nelle quali, in linea generale, la Commissione dimostra rinnovato interesse per esigenza di accessibilità dei servizi sanitari nazionali.

In ultimo, dal punto di vista del riparto delle competenze, da un lato, considerato il grado di approfondimento di alcune raccomandazioni, è evidente che le istituzioni dell'Unione tentino di influenzare con maggiore vigore le politiche sanitarie nazionali attraverso il Semestre europeo. Questo strumento si rivela infatti dotato di grande flessibilità e capacità di adattamento al mutare delle circostanze. Dall'altro lato, i contenuti delle raccomandazioni si sono progressivamente allineati all'obiettivo di garantire i valori fondanti dei servizi sanitari nazionali condivisi dagli Stati membri e il Semestre si rivela pertanto funzionale a valorizzare l'esigenza di tutela della salute. Ciò nonostante, un'ulteriore analisi che consideri il processo di elaborazione delle raccomandazioni, nonché della loro implementazione a livello nazionale, sarebbe necessaria. Tale ricerca permetterebbe di comprendere in che misura le raccomandazioni derivino dalle proposte di riforma presentate dagli Stati membri e in che modo vengano recepite a livello domestico.