



Unione europea della salute, emergenze e professioni critiche: verso una disciplina ad hoc per gli operatori sanitari?

DI GIACOMO DI FEDERICO*

Sommario: 1. Pandemia e professioni sanitarie. – 2. Le competenze dell’Unione in materia di emergenze e il quadro giuridico applicabile alle crisi sanitarie – 3. Gli operatori sanitari come professione critica – 4. Il regime emergenziale applicabile agli operatori sanitari – 5. Come potenziare il riconoscimento automatico delle professioni sanitarie in previsione delle prossime emergenze? – 6. Il ruolo delle professioni critiche sanitarie nell’istituenda Unione europea della salute e le prospettive future.

1. Pandemia e professioni sanitarie

Per portata ed effetti, la pandemia da COVID-19 ha favorito l’affermarsi di una diversa e maggiore consapevolezza del livello di preparazione giuridica necessario per fronteggiare le future crisi sanitarie¹. Nella prospettiva dell’Unione, l’elemento di maggiore preoccupazione nelle fasi iniziali di diffusione del virus è stata la disintegrazione del mercato unico; non solo per quanto riguarda la circolazione dei dispositivi medici e di protezione personale, ma anche

* Professore ordinario di Diritto dell’Unione europea presso Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Il presente lavoro si colloca nell’ambito del modulo Jean Monnet HEAL (the protection of Health in Europe: Actors and Legal instruments), co-finanziato dall’Unione europea. Cfr. <https://site.unibo.it/heal/it>.

¹ Nel contesto delle emergenze di salute pubblica, “la preparazione legale è la capacità di mappare, sviluppare, perfezionare e implementare l’uso di strumenti legali in tutti i settori per aiutare a prevenire, rilevare, reagire, rispondere e recuperare dalle minacce di malattie infettive”. Questa è la definizione offerta dalla *Global Health Security Agenda* (Agenda per la Sicurezza Sanitaria Globale), un gruppo internazionale che riunisce esperti di salute, organizzazioni internazionali e funzionari governativi e che opera nel campo della prevenzione e del controllo delle infezioni con l’obiettivo di promuovere la capacità nazionali per sostenere e raggiungere una maggiore sicurezza sanitaria globale. Al suo interno – ne fanno parte più di settanta paesi e diverse organizzazioni internazionali – è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro incaricato della *public health emergency legal preparedness*, a cui partecipa anche l’Italia. La definizione in lingua inglese è accessibile sul sito <https://globalhealthsecurityagenda.org/legal-preparedness/>.

per quel che concerne la mobilità di determinate categorie di lavoratori essenziali per salvare vite umane².

L'insufficiente numero di posti letto e unità di terapia intensiva, l'inefficienza gestionale (con ricadute importanti sullo stato di salute mentale degli operatori sanitari³), la penuria di infermieri e dottori⁴ e la scarsa familiarità con gli strumenti di sanità digitale⁵ hanno esacerbato gli effetti negativi della crisi e portato alla rapida chiusura delle frontiere da parte degli Stati membri. Non sorprende, quindi, che il nuovo quadro di risposta emergenziale riservi un'attenzione particolare alla libera circolazione delle cosiddette professioni critiche, tra cui figurano gli operatori sanitari. In tempi di crisi questa categoria di lavoratori è soggetta ad un regime speciale, che in buona parte codifica gli atti di *soft law* emanati durante le prime fasi della COVID-19⁶. Non mancano però novità di rilievo e non possono escludersi interventi in materia di riconoscimento automatico di talune qualifiche professionali ai sensi della direttiva 2005/36⁷.

Dopo avere succintamente ricordato gli strumenti elaborati per aumentare le capacità di prevenzione, preparazione e risposta dell'Unione alle future crisi sanitarie, ci si concentrerà sugli operatori sanitari e sul regime giuridico loro applicabile. Ogni disastro naturale o cagionato dall'uomo è stato accompagnato da un graduale rafforzamento della capacità giuridica di risposta a livello sovranazionale, non solo in termini di risposta, ma anche di preparazione. In tal senso, si valuteranno le potenzialità inespresse della direttiva 2005/36 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali alla luce dei suggerimenti avanzati dalla Commissione europea negli Orientamenti sulla libera circolazione degli operatori sanitari

² M. CASTILLO, *L'Union européenne et la Covid-19 : une crise à oublier; une crise pour évoluer*, in *Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux*, 2021, pp. 87-97, spec. p. 93. Sulla risposta dell'Unione europea alla crisi sanitaria generata dalla COVID-19, v. R. FORMAN, E. MOSSIALOS, *The EU Response to COVID-19: From Reactive Policies to Strategic Decision-Making*, in *Journal of Common Market Studies*, 2021, pp. 56-68; F. CASOLARI, *Prime considerazioni sull'azione dell'Unione ai tempi del Coronavirus*, in *Eurojus*, 2020, pp. 95-106; S. WOLFF, S. LADI, *European Union Responses To The Covid-19 Pandemic: Adaptability In Times Of Permanent Emergency*, in *Journal of European Integration*, 2020, pp. 1025-1040, E. BROOKS, R. GEYER, *The development of EU health policy and the Covid-19 pandemic: trends and implications*, in *Journal of European Integration*, pp. 1057-1076.

³ In argomento, v. D. BRADY, E. KUIPER, *Addressing the challenges of the healthcare workforce: Ensuring the future of health in Europe*, in *European Policy Centre Policy Brief*, 2023.

⁴ Commissione europea, *State of health in the EU: companion report 2021*, Publications Office of the European Union, 2022.

⁵ Sul tema dell'alfabetizzazione digitale in sanità, v. in generale WHO, *Digital education for building health workforce capacity*, 2020, Switzerland, WHO Regional Office for Europe, *Health and care workforce in Europe: time to act*, 2022, Copenhagen, OECD, *Empowering the health workforce Strategies to make the most of the digital revolution*, 2020.

⁶ Sul ricorso agli strumenti di *soft law* durante la pandemia, v. S. OANA, *Covid-19 Soft Law: Voluminous, Effective, Legitimate? A Research Agenda*, in *European Forum*, 2020, pp. 663-670, M. ELIATONIO, S. OANA, *The Elusive Legitimacy of EU Soft Law: An Analysis of Consultation and Participation in the Process of Adopting COVID-19 Soft Law in the EU*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2021, pp. 159-175 e B. BOSCHETTI, M.D. POLI, *A Comparative Study on Soft Law: Lessons from the COVID-19 Pandemic*, in *Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, 2021, pp. 20-53.

⁷ Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, quale modificata dalla Direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 novembre 2013.

e sull'armonizzazione minima della formazione in relazione alle misure di emergenza legate alla COVID-19⁸.

Sebbene talune delle iniziative quivi considerate siano ancora in fase di approvazione, la traiettoria disegnata dal legislatore va decisamente nel senso di una codificazione normativa dell'esperienza pandemica e di una marcata sovranazionalizzazione della tutela della salute pubblica. Nelle conclusioni verranno quindi svolte alcune riflessioni di più ampio respiro sul ruolo centrale degli operatori sanitari nell'istituenda Unione europea della salute e sull'esigenza di continuare in questa direzione, eventualmente anche tramite una modifica dei trattati.

2. Le competenze dell'Unione in materia di emergenze e il quadro giuridico applicabile alle crisi sanitarie

Nel corso degli anni il quadro costituzionale e legislativo sovranazionale si è progressivamente e significativamente arricchito di competenze in materia di salute pubblica. Con il Trattato di Maastricht (art. 129 TCE), anche in ragione dell'allarme provocato dall'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) nel 1986, è stata inserita una specifica base giuridica per lottare contro i grandi flagelli, ad esclusione, però, di qualsiasi armonizzazione delle normative statali⁹. Il Trattato di Nizza ha inserito l'art. 100 TCE (oggi art. 122 TFUE), che in presenza di gravi difficoltà nell'approvvigionamento di taluni prodotti abilita il Consiglio ad adottare, su proposta della Commissione, le misure adeguate alla situazione economica. Durante la crisi sanitaria, la norma è stata utilizzata per attenuare i rischi di disoccupazione nello stato di emergenza¹⁰ e per garantire l'assistenza, il soccorso e la protezione necessari a salvare e proteggere le vite dei cittadini¹¹. Eventi epidemici come la SARS del 2003 hanno consigliato l'introduzione nel diritto primario di ulteriori disposizioni emergenziali. Così, nel Trattato di Lisbona troviamo l'art. 196 TFUE, che autorizza espressamente l'Unione a intervenire in materia di protezione civile per la prevenzione e la protezione dalle calamità naturali o provocate dall'uomo¹² e l'art. 222 TFUE, in base al quale se uno degli Stati membri

⁸ Comunicazione della Commissione - Orientamenti sulla libera circolazione degli operatori sanitari e sull'armonizzazione minima della formazione in relazione alle misure di emergenza legate alla Covid-19: raccomandazioni relative alla direttiva 2005/36/CE.

⁹ La norma è stata rivista in occasione del Trattato di Amsterdam e con il Trattato di Lisbona. Nella sua formulazione attuale, la disposizione prevede che il legislatore dell'UE possa "adottare misure 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" (art. 168, par. 5, TFUE).

¹⁰ Regolamento 2020/672 del Consiglio del 19 maggio 2020 che istituisce uno strumento europeo di sostegno temporaneo per attenuare i rischi di disoccupazione nello stato di emergenza (SURE) a seguito dell'epidemia di Covid-19.

¹¹ Regolamento 2020/521 del Consiglio del 14 aprile 2020 che attiva il sostegno di emergenza a norma del regolamento 2016/369 e che ne modifica disposizioni in considerazione dell'epidemia di COVID-19.

¹² Il meccanismo è stato istituito nel 2001 ricorrendo alla clausola di flessibilità di cui all'art. 308 TCE (oggi art. 352 TFUE). Cfr. decisione 2001/792 del Consiglio del 23 ottobre 2001 che istituisce un meccanismo comunitario inteso ad agevolare una cooperazione rafforzata negli interventi di soccorso della protezione civile, decisione 2007/779 del Consiglio dell'8 novembre 2007 che istituisce un meccanismo comunitario di protezione civile e decisione 1313/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 su un meccanismo unionale di protezione civile, come da ultimo modificato dal regolamento 2021/836 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 maggio 2021.

è vittima di un tale fenomeno e richiede aiuto, gli altri Stati membri “gli prestano assistenza” in uno spirito di solidarietà¹³.

Il diritto derivato si è concentrato sulla governance sanitaria, sulle capacità concrete di reazione ad una emergenza sanitaria e sul reperimento di risorse adeguate. Dal punto di vista istituzionale, sono stati creati organismi con poteri di coordinamento e controllo. Per citare gli esempi più noti, si pensi al Comitato per la sicurezza sanitaria (CSS), costituito nel 2001¹⁴, all’Agenzia europea per i medicinali (EMA), creata nel 1995¹⁵, e al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), istituito nel 2005¹⁶.

Quanto alle capacità concrete di reazione a una emergenza sanitaria, esistono da tempo non solo norme per l’autorizzazione all’immissione in commercio di medicinali (inclusi i vaccini) e dispositivi medici¹⁷ e procedure di aggiudicazione congiunta di contromisure mediche¹⁸, ma anche meccanismi di notifica e condivisione delle informazioni, come il sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione ed il controllo delle malattie trasmissibili (SARR) nel contesto della lotta alle minacce per la salute di carattere transfrontaliero¹⁹ ovvero il sistema comune di comunicazione e di informazione in caso di emergenza (CECIS) nell’ambito del Meccanismo unionale di protezione civile (MUPC)²⁰.

Infine, il reperimento di risorse adeguate e la fissazione delle priorità di spesa sono stati consegnati a programmi pluriennali e strategie di azione dell’Unione finanziati tramite il bilancio, con una dotazione crescente di fondi destinati alla salute pubblica e più segnatamente alla formazione di personale sanitario²¹.

¹³ Gli Stati membri hanno predisposto norme e procedure per la risposta politica alle crisi (*Integrated Political Crisis Response – IPCR*) in modo da garantire la coerenza e la complementarità dell’azione dell’Unione e degli Stati membri a seguito dell’invocazione della clausola di solidarietà. V. decisione del Consiglio del 24 giugno 2014 relativa alle modalità di attuazione da parte dell’Unione della clausola di solidarietà (2014/415). Più segnatamente, in base all’art. 5, par. 3 della medesima la Commissione e l’Alto rappresentante presentano proposte al Consiglio, riguardanti, *inter alia*, le decisioni sulle misure straordinarie non previste dagli strumenti esistenti.

¹⁴ Il CSS è stato creato su richiesta dei ministri della salute quale gruppo consultivo informale per assicurare un’adeguata capacità in caso di deliberata diffusione di agenti biologici e chimici.

¹⁵ Regolamento 297/95 del Consiglio del 10 febbraio 1995 concernente i diritti spettanti all’Agenzia europea di valutazione dei medicinali.

¹⁶ Regolamento n. 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.

¹⁷ V. regolamento 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 31 marzo 2004 che istituisce procedure comunitarie per l’autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l’agenzia europea per i medicinali e regolamento 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici.

¹⁸ V. decisione 1082/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013 relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 2119/98/CE, art. 5. La decisione, peraltro, formalizza l’istituzione del CSS e ne potenzia il ruolo (art. 17).

¹⁹ Cfr. decisione n. 2119/98 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 settembre 1998 che istituisce una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità, decisione n. 1082/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, art. 8, par. 1. e regolamento 2022/2371 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 novembre 2022 relativo alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 1082/2013/UE, art. 18.

²⁰ Cfr. decisione 2007/779, *cit.*, art. 2, n. 6 e decisione 1313/2013, *cit.*, art. 3, par. 2.

²¹ L’Unione si è dotata di programmi di azione in materia di salute pubblica con un significativo contributo in termini di risorse finanziarie. Cfr. decisione 1786/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che istituisce il primo programma di sanità pubblica per il periodo 2003-2008 (dotazione: 312 milioni di euro); decisione 1350/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2007 che istituisce un secondo programma d’azione comunitaria in materia di salute per il periodo 2008-2013 (dotazione: 321,5 milioni di euro);

Con la pandemia, il legislatore dell'Unione è intervenuto ancora per rafforzare il quadro giuridico in tema di prevenzione e reazione alle crisi sanitarie²². Lo ha fatto con il nuovo regolamento 2022/2371 sulla risposta alle gravi minacce di carattere transfrontaliero, integrato dalla decisione di creare un servizio interno alla Commissione denominato HERA-Autorità per la preparazione e la risposta (operativa dal settembre 2021)²³, e teso a migliorare le capacità di pianificazione della prevenzione, della preparazione e della risposta tramite l'elaborazione di un piano UE e di piani nazionali²⁴. Lo ha fatto, inoltre, con il regolamento 2022/123, che amplia il mandato dell'EMA²⁵, con il regolamento 2022/2370, che estende i poteri dell'ECDC²⁶, con il regolamento che riforma la decisione 1313/2013 volto a potenziare il MUPC²⁷ e con il regolamento relativo ad un quadro di misure da attivare in caso di emergenze pubbliche di carattere sanitario²⁸. A questo quadro emergenziale si aggiungono nuovi regimi, come quello istituito con il regolamento 2022/2576 sull'approvvigionamento energetico²⁹. Per quel che qui più interessa, poi, nel momento in cui si scrive sono in corso di approvazione una revisione del Codice frontiere Schengen³⁰ e uno strumento specifico per le emergenze nel mercato unico³¹.

regolamento 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 marzo 2014 sulla istituzione del terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2014-2020 (dotazione: 449,3 milioni di euro) e regolamento 2021/522 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 che istituisce un programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 - EU4Health (dotazione: 5,1 miliardi di euro).

²² Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni dell'11 novembre 2020 - Costruire un'Unione europea della salute: rafforzare la resilienza dell'UE alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero, COM(2020)724 final. La Comunicazione esordisce affermando che occorre dotarsi di "un quadro rafforzato per la cooperazione transfrontaliera contro tutte le minacce sanitarie al fine di proteggere meglio le vite umane e il mercato interno e di mantenere gli standard più elevati in termini di tutela dei diritti umani e delle libertà civili".

²³ Decisione della Commissione del 16 settembre 2021 che istituisce l'Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie.

²⁴ Regolamento 2022/2371, *cit.*, artt. 5 e 6.

²⁵ Regolamento 2022/123 del Parlamento europeo e del Consiglio del 25 gennaio 2022 relativo a un ruolo rafforzato dell'Agenzia europea per i medicinali nella preparazione alle crisi e nella loro gestione in relazione ai medicinali e ai dispositivi medici.

²⁶ Regolamento 2022/2370 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 novembre 2022 recante modifica del regolamento 851/2004, con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.

²⁷ Regolamento 2021/836 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 maggio 2021 che modifica la decisione n. 1313/2013 su un meccanismo unionale di protezione civile.

²⁸ Regolamento 2022/2372 del Consiglio del 24 ottobre 2022 relativo a un quadro di misure volte a garantire la fornitura di contromisure mediche di rilevanza per le crisi in caso di un'emergenza di sanità pubblica a livello dell'Unione.

²⁹ Regolamento 2022/2576 del Consiglio del 19 dicembre 2022 che promuove la solidarietà mediante un migliore coordinamento degli acquisti di gas, parametri di riferimento affidabili per i prezzi e scambi transfrontalieri di gas. Il regolamento favorisce il coordinamento nell'acquisto e nello scambio transfrontaliero di gas e prevede, tra l'altro, un Meccanismo di gestione della volatilità infragiornaliera, l'individuazione di parametri di riferimento affidabili per i prezzi e stabilisce misure di emergenza per garantire la continuità e la protezione dell'approvvigionamento di energia elettrica in uno spirito di solidarietà tra Stati membri.

³⁰ Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante modifica del regolamento 2016/399 che istituisce un codice unionale relativo al regime di attraversamento delle frontiere da parte delle persone, COM(2021)891 final.

³¹ Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce uno strumento per le emergenze nel mercato unico e abroga il regolamento 2679/98 del Consiglio, COM(2022)459 final. L'iniziativa è accompagnata dalla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica i regolamenti 2016/424, 2016/425, 2016/426, 2019/1009 e 305/2011 per quanto riguarda le procedure di emergenza per la valutazione della conformità, l'adozione di specifiche comuni e la vigilanza del mercato nel contesto di un'emergenza nel mercato unico, COM(2022)461 final e dalla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica le direttive [...] per quanto riguarda le procedure di emergenza per la valutazione della conformità, l'adozione di specifiche comuni e la vigilanza del mercato nel contesto di un'emergenza nel mercato

3. Gli operatori sanitari come professione critica

Benché manchi ancora una definizione nel diritto derivato, la risposta normativa alla pandemia ha fatto emergere il concetto di professione critica, quale categoria di lavoratori che durante una emergenza deve godere di un trattamento speciale in ragione del carattere essenziale delle prestazioni offerte. Tra questi soggetti figurano *in primis* gli operatori sanitari.

Un primo, timido, riferimento alle professioni critiche è rinvenibile negli Orientamenti relativi alle misure per la gestione delle frontiere destinate a tutelare la salute e garantire la disponibilità di beni e servizi essenziali, dove la Commissione insiste sulla necessità di consentire e facilitare l'attraversamento dei confini tra Stati membri da parte di talune categorie di lavoratori; in particolare trasportatori di beni essenziali, nonché operatori del settore sanitario, alimentare e sociale³². Come riconosciuto negli Orientamenti sull'assistenza di emergenza dell'UE per quanto riguarda la cooperazione transfrontaliera nell'ambito dell'assistenza sanitaria legata alla crisi della COVID-19, “è indispensabile che i lavoratori che esercitano professioni critiche siano in grado di raggiungere prontamente la loro destinazione...al fine di lavorare presso una struttura sanitaria di un altro Stato membro”³³.

Le categorie di lavoratori (dipendenti e autonomi) con occupazioni critiche vengono dettagliate negli Orientamenti relativi all'esercizio della libera circolazione dei lavoratori durante la pandemia di COVID-19³⁴. Si tratta di una lista assai lunga che va dai tecnici addetti a impianti di trattamento e distribuzione delle acque agli agenti di custodia carceraria³⁵. Per quanto attiene all'ambito sanitario, però, merita qui segnalare gli specialisti della salute, compresi i paramedici, gli addetti all'assistenza alle persone nei servizi sanitari, compresi assistenti all'infanzia, alle persone con disabilità e agli anziani e, più in generale, gli operatori della protezione civile nell'esercizio delle proprie funzioni³⁶.

Anche la raccomandazione del Consiglio 2020/1475 per un approccio coordinato alla limitazione della libertà di circolazione in risposta alla pandemia di COVID-19 auspica l'esenzione dalle restrizioni di viaggio legate alla COVID-19 per i viaggiatori aventi una funzione o una necessità essenziale³⁷. Tra questi vi sono “i lavoratori subordinati o autonomi

unico, COM(2022)462 final. Per un primo commento alla Proposta di regolamento presentata dalla Commissione, v. M. PIANOFORTE, *Il mercato unico in tempo di crisi: la proposta di uno strumento orizzontale per rispondere alle emergenze*, in *Eurojus*, 2023, pp. 82-105.

³² 2020/C 102 I/03, punto 2.

³³ COM(2020)2153 final, punti 8 e 23.

³⁴ COM(2020)2051 final.

³⁵ *Ibid.*, punto 2.

³⁶ *Ibid.* Ma la lista include anche: gli scienziati nelle industrie del settore sanitario; i lavoratori nei settori farmaceutico e dei dispositivi medici; i lavoratori occupati nella fornitura di beni, specie se operano nella catena di approvvigionamento di medicinali, forniture mediche, dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale, comprese la loro installazione e manutenzione; gli specialisti delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione; i tecnici dell'informazione e della comunicazione e altri tecnici per la manutenzione essenziale delle attrezzature; gli specialisti in ingegneria, quali ingegneri e tecnici energetici ed elettrotecnici; i conducenti di ambulanze.

³⁷ Altre categorie di viaggiatori contemplati sono: “c) i pazienti che viaggiano per motivi sanitari imperativi; d) gli alunni, gli studenti e i tirocinanti che si recano quotidianamente all'estero; e) le persone che viaggiano per motivi familiari o professionali imperativi...g) i passeggeri in transito”. Si ricorderà che la raccomandazione 2020/1475 del Consiglio definisce i principi generali (necessità, proporzionalità, non discriminazione, trasparenza e collaborazione), i criteri comuni (tasso dei casi registrati, tasso dei positivi e tasso dei test effettuati) e le zone di rischio (verde, arancione, rosso e grigio) e un quadro comune di risposta (quarantena e test) alla pandemia.

che esercitano professioni critiche, compresi gli operatori sanitari, i lavoratori transfrontalieri, i lavoratori distaccati e i lavoratori stagionali”, ma anche “gli operatori della protezione civile nell’esercizio delle proprie funzioni”³⁸. Queste categorie, peraltro, sono altresì richiamate, tramite un riferimento esplicito alla raccomandazione del Consiglio, nel regolamento 2021/953 sul certificato COVID digitale, che attraverso la creazione un quadro armonizzato di prova della vaccinazione, di test o di guarigione in relazione alla COVID-19 ha facilitato la libera circolazione dei cittadini durante la pandemia³⁹.

4. Il regime emergenziale applicabile agli operatori sanitari

Focalizzando ora l’attenzione esclusivamente sugli operatori sanitari, è tempo di verificare le soluzioni individuate a livello di Unione per consentire ai soggetti interessati di poter operare al meglio in presenza di minacce alla salute di carattere transfrontaliero. Ebbene, una lettura congiunta degli atti richiamati in apertura fa emergere un triplice livello di intervento: mobilità, protezione e formazione.

Quanto al primo livello, nella comunicazione (applicativa) sull’attuazione delle corsie verdi⁴⁰, la Commissione ha esortato gli Stati membri a “predisporre corridoi di transito sicuri per consentire ai conducenti privati e ai loro passeggeri, tra cui i lavoratori del settore sanitario e dei trasporti, di attraversare direttamente il paese in via prioritaria in qualsiasi direzione necessaria” lungo la rete trans-europea di trasporto (TEN-T)⁴¹. Nei ricordati Orientamenti sull’assistenza di emergenza dell’UE legata alla crisi della COVID-19, vieppiù, la Commissione ha invitato le autorità sanitarie nazionali, regionali e locali a offrire “gli operatori sanitari disponibili, che costituiscono la spina dorsale dei nostri sistemi sanitari, mettendoli in condizione di condividere competenze e abilità grazie alla collaborazione con gli operatori sanitari di altri paesi, in modo da alleviare le strutture sanitarie fortemente provate degli Stati membri che ne hanno bisogno, se ciò non mette a rischio il funzionamento dei propri sistemi sanitari”⁴². Il coordinamento tra la domanda e l’offerta di posti di terapia intensiva per i pazienti e di personale medico adeguatamente qualificato è stato assicurato tramite il CSS e il SARR, in particolare, cofinanziando “il trasporto transfrontaliero di emergenza”⁴³.

³⁸ *Ibid.*, punto 19. A questi devono aggiungersi anche i lavoratori del settore dei trasporti, i diplomatici, il personale delle organizzazioni internazionali e le persone invitate dalle organizzazioni internazionali la cui presenza fisica è necessaria per il buon funzionamento di tali organizzazioni, il personale militare e i funzionari di polizia nonché i marittimi e i giornalisti nell’esercizio delle loro funzioni.

³⁹ Regolamento 2021/953 del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 giugno 2021 su un quadro per il rilascio, la verifica e l’accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell’UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19, considerando n. 4 e considerando n. 6. Il regolamento non è più in vigore dal 30 giugno 2023.

⁴⁰ COM(2020)1897 final.

⁴¹ *Ibid.*, punto 18. Sulle reti trans-europee, v. regolamento 1315/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell’11 dicembre 2013, sugli orientamenti dell’Unione per lo sviluppo della rete transeuropea dei trasporti e che abroga la decisione n. 661/2010/UE e più di recente direttiva 2021/1187 del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 luglio 2021 sulla razionalizzazione delle misure per promuovere la realizzazione della rete transeuropea dei trasporti (TEN-T).

⁴² Orientamenti sull’assistenza di emergenza dell’UE legata alla crisi della Covid-19, *cit.* punto 1.

⁴³ *Ibid.* Gli Orientamenti precisano che le richieste di assistenza sanitaria da parte degli Stati membri nel corso della crisi sanitaria “potrebbero riguardare posti di terapia intensiva, cure mediche e trasferimento di pazienti e squadre adeguatamente qualificate di personale medico” (punto 2).

L'esperienza pandemica ha reso palese che l'efficacia della risposta ad una catastrofe dipende innanzitutto dalla disponibilità di risorse⁴⁴. Secondo la versione consolidata della decisione 1313/2013, spetta alla Commissione definire mediante atti di esecuzione le risorse di rescEU tenendo in debita considerazione le carenze a livello di Unione nel settore della risposta sanitaria d'emergenza⁴⁵. Tra queste risorse, messe a disposizione dagli stati partecipanti in uno spirito di solidarietà, si possono annoverare aerei ed elicotteri antincendio, scorte di attrezzature mediche e protettive e mezzi per affrontare incidenti chimici, biologici e nucleari. È significativo, dunque, che nell'aprile del 2023 Commissione abbia stanziato 106,2 milioni di euro a 8 paesi per sviluppare la nuova capacità rescEU EMT (*Emergency Medical Team*)⁴⁶ e potenziare in tal modo il sostegno medico di emergenza alle popolazioni colpite da catastrofi naturali o provocate dall'uomo. Ne faranno parte tre squadre mediche di emergenza con diciassette gruppi di assistenza specializzati: dalla terapia intensiva alla diagnostica avanzata, dal supporto materno-infantile al supporto per la salute mentale, dalle cure ortopediche alla fornitura di ossigeno. rescEU EMT dovrebbe diventare (gradualmente) operativa nel 2024 andando a integrare le quindici squadre mediche di emergenza che compongono il corpo medico europeo del pool europeo di protezione civile. Anche in questo caso le risorse sono messe a disposizione su base volontaria dagli stati partecipanti che possono essere mobilitate su richiesta per operazioni di risposta in caso di apparizione di focolai di malattia e di emergenze con conseguenze per la salute nell'ambito del Centro di coordinamento della risposta alle emergenze (ERCC)⁴⁷. L'efficacia delle operazioni dipende dalla mobilità delle risorse e come detto il personale della protezione civile rientra tra le professioni critiche. Inoltre, l'Unione contribuisce finanziariamente coprendo il 75% dei costi di trasporto e dei costi operativi delle operazioni effettuate nell'UE⁴⁸.

La volontà di garantire la libera circolazione del personale sanitario in presenza di una malattia infettiva con potenziale epidemico emerge chiaramente anche nella proposta di regolamento diretta a modificare il Codice frontiere Schengen⁴⁹. Secondo il testo originario, in

⁴⁴ In base all'art. 2, n. 1, della decisione 1313/2013, *cit.*, è catastrofe “qualsiasi situazione che abbia o possa avere conseguenze gravi sulle persone, l'ambiente o i beni, compreso il patrimonio culturale”.

⁴⁵ Decisione 1313/2013/UE, *cit.*, art. 12, par. 2. Sulle inefficienze del sistema alla luce dell'esperienza pandemica, v. M. GATTI, *Febbraio. La risposta europea all'emergenza da COVID-19*, in P. Manzini, M. Vellano (eds.) *Unione Europea 2020. I dodici mesi che hanno segnato l'integrazione europea*, Wolters Kluwer-Cedam, 2021, pp. 31-59, spec. 50.

⁴⁶ Si tratta, più segnatamente di: Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Portogallo, Romania e Turchia. Secondo il Commissario europeo per la cooperazione internazionale, gli aiuti umanitari e la risposta alle crisi, Janez Lenarčič: “*This new rescEU capability is to take shape as what is the biggest field hospital in Europe and one of the most advanced worldwide. This joint venture between the European Commission and eight Member and Participating States is another key cornerstone in boosting the EU's ability to prepare for and respond to various disasters. I would like to thank all of them contributing to the growth of rescEU, the strategic response safety net at EU level, since its creation in 2019*”. (Dichiarazione del 18 aprile 2023).

⁴⁷ Decisione di esecuzione 2018/142 della Commissione del 15 gennaio 2018 che modifica la decisione di esecuzione 2014/762 recante modalità d'esecuzione della decisione 1313/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio su un meccanismo unionale di protezione civile. L'ERCC costituisce il nucleo operativo del MUPC e opera 24 ore al giorno, 7 giorni su 7.

⁴⁸ Per maggiori informazioni sul sostegno finanziario dell'Unione si rinvia al sito ufficiale del pool europeo di protezione civile.

⁴⁹ I principali problemi di funzionamento del sistema attuale sono stati identificati nella relazione speciale della Corte dei conti dell'UE (*Libera circolazione nell'UE durante la pandemia di COVID-19* del 2022) e riguardano, per un verso, gli inadempimenti degli Stati membri (specialmente rispetto agli obblighi di notifica dei, e di relazione sui, controlli alle frontiere) e, per l'altro verso, il carattere non vincolante delle raccomandazioni del

presenza di una malattia infettiva con potenziale epidemico, eventuali restrizioni dei viaggi essenziali non avrebbero comunque potuto riguardare le categorie di lavoratori ricomprese nell'allegato XI, tra cui figurano anche gli operatori sanitari, i ricercatori in ambito sanitario e i professionisti dell'assistenza agli anziani e gli operatori della protezione civile nell'esercizio delle proprie funzioni⁵⁰. La posizione comune del Consiglio del 19 ottobre 2023 non fa propria l'idea di limitare la discrezionalità degli Stati membri in merito all'adozione di misure restrittive rispetto a talune categorie di lavoratori, elimina l'allegato XI e affida a un regolamento di esecuzione dello stesso Consiglio la determinazione delle restrizioni applicabili alle persone, che dovranno comunque avere carattere eccezionale ed essere limitate a quanto strettamente necessario⁵¹.

Anche la menzionata proposta di regolamento volta a istituire uno strumento per le emergenze nel mercato unico insiste sulla necessità di assicurare la libera circolazione di taluni servizi durante una crisi⁵². La protezione della salute è inclusa tra i settori di importanza strategica per l'Unione⁵³ e non sarà possibile limitare la libera circolazione dei prestatori di servizi indicati in un atto esecutivo del Consiglio⁵⁴. Sebbene gli operatori sanitari non siano espressamente menzionati nell'atto, è legittimo ritenere che la regola valga per loro, come per le altre categorie di lavoratori indicate nella raccomandazione 2020/1475 del Consiglio⁵⁵. Vieppiù, viene attribuito alla Commissione il potere di adottare, sempre tramite atti esecutivi, soluzioni amministrative nonché mettere a disposizione degli Stati membri strumenti digitali per facilitare l'identificazione delle categorie di prestatori di servizi essenziali⁵⁶.

Il secondo livello di intervento, quello della protezione, punta a garantire al personale sanitario l'accesso prioritario a dispositivi di protezione personale e vaccini. Così nella comunicazione (applicativa) sull'attuazione delle corsie verdi si afferma l'opportunità di considerare "gli operatori di servizi critici" come il personale sanitario "uno dei gruppi prioritari, una volta soddisfatte le esigenze esclusivamente mediche, per quanto riguarda la distribuzione e l'attribuzione di dispositivi di protezione individuale (DPI), quali prodotti per la disinfezione

Consiglio. Sulla proposta di riforma, v. più ampiamente V. APATZIDOU, *Schengen Reform: 'Alternatives' to Border Controls to Curb 'Secondary Movements'*, in *European Papers*, 2022, pp. 573-582 e PISTOIA E., *Verso la riforma del Codice Frontiere Schengen: Le frontiere interne alla prova della nuova centralità delle riammissioni informali*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 2022, pp. 38-64.

⁵⁰ Coerentemente con quanto previsto nella raccomandazione del Consiglio 2020/1475, figurano nella lista dell'allegato XI anche i diplomatici, il personale delle organizzazioni internazionali, il personale militare, i passeggeri in transito e in viaggio per motivi familiari imperativi, i marittimi e le persone che necessitano di protezione internazionale.

⁵¹ V. la posizione del Consiglio quale risulta dal documento interistituzionale 2021/0428(COD).

⁵² La nozione di "emergenza nel mercato interno" è offerta dall'art. 3 della citata proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce uno strumento per le emergenze nel mercato unico. Secondo la Commissione, con l'espressione deve intendersi un "impatto di ampia portata di una crisi sul mercato unico che perturba in modo grave la libera circolazione nel mercato unico o il funzionamento delle catene di approvvigionamento indispensabili al mantenimento di attività sociali o economiche vitali nel mercato unico". Secondo la posizione comune del Consiglio (disponibile solo in inglese), invece, emergenza nel mercato interno "means a crisis with significant negative impact on the Single Market that severely disrupts the free movement of goods, services and persons on the Single Market or the functioning of the supply chains of crisis-relevant goods and services where such a severe disruption has been or is likely to be subject to divergent national measures". L'attivazione della modalità di emergenza è disciplinata dall'art. 13 della proposta.

⁵³ *Ibid.*, art. 3, par. 1, n. 4.

⁵⁴ *Ibid.*, cfr. art. 14, par. 3 e art. 17, par. 1, lett. h).

⁵⁵ *Ibid.*, art. 17.

⁵⁶ *Ibid.*, art. 18.

e guanti”⁵⁷. Inoltre, gli Orientamenti della Commissione sulla disponibilità di beni e servizi essenziali insistono sulla circostanza che affinché le operazioni di screening (in entrata e uscita) risultino efficaci è opportuno prevedere “la fornitura di materiale di protezione per gli operatori sanitari”⁵⁸, una priorità riconosciuta anche dal testo provvisorio di trattato pandemico presentata in occasione della 56° Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità⁵⁹. Analogamente, nella comunicazione della Commissione sulle sfide attuali e future poste dalla COVID-19 si afferma il dovere degli Stati membri di prevedere un accesso prioritario ai vaccini da parte dei più vulnerabili, tra cui vi sono gli operatori sanitari⁶⁰.

La pandemia ha avuto ripercussioni anche sulla legislazione in materia di tutela dei lavoratori. Con la direttiva 2020/739⁶¹, la Commissione è prontamente intervenuta per aggiornare l’elenco degli agenti biologici che notoriamente possono provocare malattie infettive nell’uomo per includervi la SARS-CoV-2. Ciò ha consentito l’applicazione delle tutele previste dalla direttiva 2000/54⁶², tra cui quelle sulla riduzione del rischio, che includono il divieto di esposizione, se praticabile, ovvero la sua minimizzazione⁶³. A tal fine, il datore di lavoro dovrà adottare le misure appropriate per garantire che i lavoratori siano dotati di “adeguati indumenti protettivi o di altri adeguati indumenti speciali” e, quando opportuno, “colliri e/o antisettici per la pelle”⁶⁴. Inoltre, il Codice di condotta per la vaccinazione allegato alla direttiva, e che riguarda i lavoratori per i quali possono essere necessarie misure speciali di protezione, raccomanda ai datori di lavoro di offrire la vaccinazione ai lavoratori, conformemente alle legislazioni e/o prassi nazionali⁶⁵.

Il terzo livello è quello della formazione. Recependo gli insegnamenti della pandemia sulla necessità di garantire la libera circolazione delle professioni sanitarie, il regolamento 2022/2371 sulle gravi minacce per la salute di carattere transfrontaliero affida alla Commissione il compito di organizzare attività formative dirette agli operatori sanitari e al personale della

⁵⁷ Comunicazione della Commissione sull’attuazione delle corsie verdi, *cit.*, punto 25.

⁵⁸ Orientamenti della Commissione sulla disponibilità di beni e servizi essenziali, *cit.*, punto 13.

⁵⁹ In base all’art. 7 del testo provvisorio: “[E]ach Party, in line with its respective capacities, shall take the necessary steps to safeguard, protect, invest in and sustain a skilled, trained, competent and committed health and care workforce, with the aim of increasing and sustaining capacities for pandemic prevention, preparedness and response, while maintaining quality essential health services and essential public health functions, during pandemics. To this end, each Party shall, in accordance with its national law: [...] (c) strengthen efforts to address the safety of the health and care workforce, including by ensuring priority access to pandemic-related products during pandemics, minimizing disruptions to the delivery of quality essential health services, developing and integrating effective measures to prevent and address violence and threats against health and care workers, their means of transport and equipment, as well as hospitals and other medical facilities, in the course of carrying out pandemic prevention and response”.

⁶⁰ COM(2021)764 final, punto III.

⁶¹ Direttiva 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo.

⁶² Direttiva 2000/54 del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 settembre 2000 relativa alla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un’esposizione ad agenti biologici durante il lavoro.

⁶³ *Ibid.*, art. 6, par. 1 e 2.

⁶⁴ *Ibid.*, art. 8, par. 1, lett. b) e c). La direttiva richiede anche che gli equipaggiamenti protettivi vengano tolti in uscita, controllati e, se del caso, sostituiti, disinfettati, puliti o distrutti (art 8, par. 2). Importante anche la puntualizzazione che i relativi costi non possono essere posti a carico dei lavoratori (par. 3).

⁶⁵ Il Codice invita altresì ad informare i lavoratori circa i vantaggi e gli inconvenienti della vaccinazione, e della non vaccinazione (par. 2). Anche in questo, le spese di vaccinazione non possono essere a carico dei lavoratori (par. 3).

sanità pubblica degli Stati membri⁶⁶. Più precisamente, siffatte attività sono legate alle “conoscenze e le competenze necessarie per sviluppare e attuare in particolare i piani nazionali di prevenzione, di preparazione e di risposta e attuare attività per rafforzare la preparazione alle crisi e le capacità di sorveglianza, in particolare per quanto riguarda le lacune individuate, anche in relazione all'uso di strumenti digitali, e sono coerenti con l'approccio «One Health»⁶⁷.

Oltre alle attività formative classiche, è previsto lo scambio di operatori sanitari e di personale della sanità pubblica e finanche il distacco temporaneo di personale tra paesi membri, paesi candidati o agenzie e organismi dell'Unione, eventualmente nel quadro di programmi sostenuti dall'Unione con il contributo delle organizzazioni professionali sanitarie⁶⁸. La riformata decisione 1313/2013, dal canto suo, istituisce una rete unionale della conoscenza in materia di protezione civile e attribuisce alla Commissione il compito di elaborare e gestire un programma di formazione ed esercitazioni in materia di prevenzione, preparazione e risposta alle catastrofi rivolto al personale della protezione civile così come agli addetti alla gestione delle emergenze, inclusi i professionisti sanitari⁶⁹. Tale programma, volto a migliorare la complementarità tra le risorse messe a disposizione dagli Stati membri su richiesta⁷⁰, le risorse del pool europeo di protezione civile⁷¹ e le risorse impiegate nell'ambito di rescEU⁷², “comprende corsi comuni e un sistema per lo scambio di competenze nel settore della gestione delle emergenze”⁷³.

5. Come potenziare il riconoscimento automatico delle professioni sanitarie in previsione delle prossime emergenze?

Indipendentemente dall'apprezzabile sforzo compiuto per codificare nel diritto derivato vincolante la normativa pandemica, il legislatore non si è occupato di perfezionare il coordinamento delle condizioni richieste per l'esercizio delle professioni mediche, paramediche e farmaceutiche ai sensi dell'art. 53 TFUE. A tal proposito, si ricorderà che, per facilitare la prestazione di servizi sanitari indispensabili, negli Orientamenti sulla libera circolazione degli operatori sanitari e sull'armonizzazione minima della formazione in relazione alle misure di emergenza legate alla COVID-19, la Commissione aveva sostenuto un'interpretazione estensiva della direttiva 2005/36. Quest'ultima, infatti, ammette una certa libertà da parte degli Stati membri nell'accettazione dei professionisti sanitari in entrata.

⁶⁶ Per motivi di efficienza e sostenibilità economica, nonché per aumentare la partecipazione, l'offerta formativa potrà avvenire anche a distanza e le amministrazioni di appartenenza sono invitate a promuovere la divulgazione delle conoscenze acquisite dai partecipanti nel contesto nazionale (regolamento 2022/2371, *cit.*, art. 11, par. 1, co. 2, e par. 4). Una disciplina più dettagliata relativa all'organizzazione delle attività di formazione è affidata a una decisione di esecuzione della Commissione (par. 6). Le attività formative sono organizzate in collaborazione con gli Stati membri interessati e la *task force* sanitaria dell'UE (par. 3), istituita ai sensi del citato regolamento 2022/2370 che rafforza il mandato dell'ECDC (v. art. 11*bis*).

⁶⁷ *Ibid.*, art. 11, par. 2. Invero, le conoscenze e competenze sviluppate saranno altresì utili per la corretta attuazione del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI).

⁶⁸ *Ibid.*, par. 5.

⁶⁹ Decisione 1313/2013, *cit.*, art. 13.

⁷⁰ *Ibid.*, art. 9.

⁷¹ *Ibid.*, art. 11.

⁷² *Ibid.*, art. 12.

⁷³ Decisione 1313/2013, *cit.*, art. 13, par. 1, lett. a).

Le autorità nazionali competenti potrebbero decidere di eliminare talune formalità amministrative, come, ad esempio, la dichiarazione preventiva per i trasferimenti temporanei e i servizi occasionali ovvero il controllo preventivo delle qualifiche per quanto riguarda infermieri specializzati e fisioterapisti, i quali non godono del riconoscimento automatico. Al di fuori delle professioni sanitarie incluse nell'allegato V (medico, medico specialista, infermiere, dentista, dentista specialista, veterinario, farmacista), infatti, la direttiva non impone verifiche particolari. Parimenti, gli Stati membri potrebbero accelerare le procedure di richiesta prevedendo scadenze più brevi, richiedendo meno documenti di supporto ovvero assumendo, più in generale, un approccio flessibile rispetto alle misure compensative⁷⁴.

Gli Orientamenti della Commissione si soffermano anche sul completamento precoce della formazione per le professioni del settore sanitario sottolineando come il rilascio dei titoli di cui all'allegato V sia subordinato al rispetto dei requisiti minimi di formazione ivi sanciti. Ne consegue che non si può escludere un riconoscimento automatico quando la disciplina nazionale risulta più stringente rispetto alle prescrizioni della direttiva. Inoltre, sarebbe comunque possibile optare per una deroga ai sensi dell'art. 21, par. 6, della direttiva. L'emergenza da COVID-19 ha invero stimolato l'elaborazione di soluzioni creative per coloro che a causa della crisi non avevano completato la formazione: le parti mancanti avrebbero potuto ritenersi compensate tenendo conto dell'esperienza professionale acquisita durante la crisi o successivamente, circostanza da valutarsi *casu ad casum*⁷⁵. Invece, quanto al riconoscimento degli operatori sanitari con diplomi di paesi non appartenenti all'Unione europea o all'Associazione europea di libero scambio, pure condizionato al rispetto dei requisiti minimi di cui all'allegato V, gli Stati avrebbero potuto limitare le loro mansioni conformemente a quanto prescritto dal diritto interno⁷⁶.

Il Parlamento europeo ha riconosciuto nella direttiva 2005/36 uno strumento fondamentale per garantire il corretto funzionamento del mercato unico invitando gli Stati membri e la Commissione a “trarre le dovute conclusioni dalla crisi della COVID-19” e rimuovere le barriere ingiustificate⁷⁷. In una prospettiva *de iure condendo*, la mobilità dei professionisti della salute dovrebbe essere facilitata aggiornando regolarmente l'allegato V, sia per quanto riguarda i requisiti minimi di formazione, sia per quel che concerne le specializzazioni in esso contemplate⁷⁸. Inoltre, sarebbe opportuno ampliare le categorie di professionisti sanitari che possono avvalersi di meccanismi rapidi e meno onerosi per il riconoscimento dei titoli professionali rilasciati negli Stati membri attraverso sistemi digitali come la Tessera professionale europea (TPE)⁷⁹, che attualmente riguarda solo infermieri,

⁷⁴ Orientamenti sulla libera circolazione degli operatori sanitari e sull'armonizzazione minima della formazione in relazione alle misure di emergenza legate alla Covid-19, *cit.*, punto 1.

⁷⁵ *Ibid.*, punto 2.

⁷⁶ *Ibid.*, punto 3.

⁷⁷ Risoluzione sull'eliminazione delle barriere non tariffarie e non fiscali nel mercato unico del 17 febbraio 2022, 2021/2043(INI), punti Q, 34 e 72.

⁷⁸ A tal proposito si segnala che di recente l'allegato V è stato più volte aggiornato. Cfr. decisione delegata 2019/608 della Commissione del 16 gennaio 2019, decisione delegata 2020/548 della Commissione del 23 gennaio 2020, decisione delegata 2021/2183 della Commissione del 25 agosto 2021 e decisione delegata 2023/2383 della Commissione del 23 maggio 2023.

⁷⁹ Regolamento di esecuzione 2015/983 della Commissione del 24 giugno 2015 sulla procedura di rilascio della tessera professionale europea e sull'applicazione del meccanismo di allerta ai sensi della direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.

fisioterapisti e farmacisti, ma che in futuro potrebbe essere estesa anche ad altre categorie di operatori sanitari.

A prescindere dalle semplificazioni amministrative e burocratiche realizzabili ricorrendo alle tecnologie moderne – si pensi alla stessa TPE ovvero alla modulistica dedicata contemplata dalla proposta di regolamento sull’istituzione di uno strumento per le emergenze nel mercato unico – non sembra oggi possibile procedere ad una vera e propria sovranazionalizzazione delle professioni mediche. Secondo l’art. 53, par. 2, TFUE la graduale soppressione delle restrizioni riguardanti le professioni mediche, paramediche e farmaceutiche passa necessariamente attraverso il coordinamento delle condizioni richieste per il loro esercizio nei singoli Stati membri. Almeno in linea di principio, pertanto, non è possibile far leva sull’art. 114 TFUE per eliminare gli ostacoli alla mobilità transfrontaliera degli operatori sanitari.

I limiti attuali verrebbero meno qualora fosse (avviata una procedura ai sensi dell’art. 48 TUE e) accolto l’emendamento proposto nella recente risoluzione del Parlamento europeo sui progetti intesi a modificare i trattati, che include il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali tra le competenze concorrenti dell’Unione e degli Stati membri⁸⁰. Il sostegno al progetto da parte di personalità di spicco⁸¹ e gruppi di esperti⁸² non rende meno difficile il percorso di riforma, ma certamente contribuisce a creare le condizioni per affrontare il dibattito sulla transizione verso una Unione (più) federale.

Rebus sic stantibus, si potrebbero, nondimeno, utilizzare gli artt. 49bis e 49ter della direttiva 2005/36, che, rispettivamente, abilitano la Commissione a stabilire, tramite atti delegati, un quadro di formazione comune per determinate professioni e individuare i contenuti di una prova professionale comune, come avvenuto per i maestri di sci⁸³. La trasparenza del processo è assicurata dalla possibilità di adottare un atto di esecuzione contenente l’elenco delle qualifiche e dei titoli professionali nazionali che beneficiano del riconoscimento automatico in base al pertinente quadro di formazione comune⁸⁴.

La soluzione riguarderebbe, in potenza, tutte quelle professioni ovvero specializzazioni che non figurano nell’allegato V⁸⁵, sempreché esse siano regolamentate (ovvero abbiamo un percorso scolastico e formativo dedicato) in almeno un terzo degli Stati membri. L’opzione offerta dalla direttiva si configura come una sorta di cooperazione rafforzata, che non pregiudica

⁸⁰ Risoluzione del Parlamento europeo del 22 novembre 2003 sui progetti del Parlamento europeo intesi a modificare i trattati (2003/2051(INL)).

⁸¹ V. *Discours du Président de la République à l’occasion du lancement de la Conférence sur L’avenir de l’Europe*, 9 maggio 2021, e V. Iorio, *Draghi al Parlamento europeo: “Si abbracci con coraggio la revisione dei Trattati”*, in *EURACTIV Italia*, 3 maggio 2022.

⁸² V. Report del gruppo franco-tedesco presentato il 18 settembre 2023 e diffuso dalla testata online Politico.eu e L. LIONELLO, *Verso la riforma dei trattati. La riforma dei Trattati presentata in AFCO pone le basi di un processo costituente federale*, in *I Quaderni federalisti*, 2023, entrambi accessibili online.

⁸³ Regolamento delegato 2019/907 della Commissione del 14 marzo 2019 che istituisce una prova di formazione comune per i maestri di sci ai sensi dell’articolo 49 ter della direttiva 2005/36 del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

⁸⁴ Direttiva 2005/36, *cit.*, art. 49bis, par. 6, co. 2.

⁸⁵ Conformemente all’art. 48, par. 2, della direttiva, la professione di cui trattasi non deve essere soggetta al riconoscimento automatico ai sensi del titolo III, capo III e quindi non si applica alle professioni sanitarie di cui all’art. 21 (ovverosia medico, medico specialista, infermiere, dentista, dentista specialista, veterinario, farmacista). Al contempo, la direttiva precisa che è possibile stabilire quadri di formazione comune relativi alle specializzazioni di una professione, “purché esse riguardino attività professionali il cui accesso ed esercizio è regolamentato negli Stati membri, ove la professione sia già soggetta a riconoscimento automatico ai sensi del capo III del titolo III, ma non la specializzazione di cui trattasi” (par. 7).

la competenza nazionale in materia di istruzione e formazione professionale⁸⁶. La partecipazione, infatti, non è obbligatoria per tutti gli Stati membri. Più segnatamente, eccezioni sono previste nel caso in cui: a) sul territorio nazionale non esistono strutture che offrono formazione per la professione; b) la partecipazione pregiudicherebbe l'organizzazione del sistema di istruzione e formazione professionale a livello interno; c) le differenze sostanziali tra la formazione richiesta dalla normativa delegata e quella statale pongono un rischio "per l'ordine pubblico, la pubblica sicurezza, la salute pubblica o la sicurezza dei destinatari dei servizi o della protezione dell'ambiente"⁸⁷. Il superamento della prova, organizzata negli Stati membri partecipanti, obbliga le competenti autorità nazionali a parificare gli effetti delle qualifiche ottenute rispetto a titoli di formazione rilasciati sulla base della disciplina domestica, con evidenti vantaggi in termini di certezza giuridica e speditezza della procedura di riconoscimento automatico⁸⁸.

Il valore aggiunto dei quadri di formazione comune riguardanti quelle professioni e specializzazioni sanitarie più richieste nel corso di una emergenza, a partire da quelle selezionate per i gruppi di assistenza specializzati del rescEU EMT, è evidente. E l'affermarsi dei quadri di formazione comune avrebbe il pregio, tra l'altro, di favorire una volontaria convergenza regolatoria da parte dei legislatori nazionali⁸⁹. Tuttavia, sono processi lunghi e complessi in ragione (non solo delle riserve statali in materia di istruzione, ma anche) delle delicate implicazioni per la tutela della salute pubblica. Occorre(rebbe) dunque agire tempestivamente, prima del prossimo evento epidemico o pandemico.

6. Il ruolo delle professioni critiche sanitarie nell'istituenda Unione europea della salute e le prospettive future

La pandemia ha reso evidente l'assoluta necessità di migliorare la preparazione giuridica dell'Unione. Per utilizzare le parole della Presidente della Commissione Ursula von der Leyen durante il suo intervento al vertice mondiale sulla salute del 25 ottobre 2020: "[N]on possiamo aspettare la fine della pandemia per riparare i danni e pensare al futuro". Concretamente, ciò significa coordinare l'azione degli Stati membri in materia sanitaria, creare una governance sanitaria sovranazionale capace di prevedere e rispondere alle crisi sanitarie, nonché condividere professionalità, conoscenze e saperi nell'Unione europea. Tali obiettivi sono al centro dell'agenda della Commissione europea nella costruzione di una vera e propria Unione

⁸⁶ L'art. 49*bis*, par. 1, della direttiva 2005/36 puntualizza che "[U]n quadro comune di formazione non si sostituisce ai programmi nazionali di formazione a meno che uno Stato membro non decida altrimenti a norma della legislazione nazionale".

⁸⁷ Direttiva 2005/36, *cit.*, art. 49*bis*, par. 5. L'intenzione di avvalersi della deroga deve essere notificata alla Commissione entro 6 mesi dall'entrata in vigore del rilevante atto delegato e deve essere "corredata di una motivazione in relazione a quali condizioni previste da tale paragrafo siano state soddisfatte" (par. 6). Qualora fosse insoddisfatta della giustificazione offerta, la Commissione potrà entro tre mesi richiedere ulteriori chiarimenti. La replica dello Stato membro deve essere notificata entro tre mesi dalla richiesta.

⁸⁸ *Ibid.*, art. 49*ter*, par. 1,

⁸⁹ Peraltro, la partecipazione di un numero significativo di Stati membri consentirebbe in prospettiva di includere le professioni e specializzazioni di cui trattasi nella lista delle categorie che possono utilizzare la TPE (art. 4*bis*, par. 7, lett. c), della direttiva 2006/36).

europea della salute⁹⁰; uno spazio giuridico in cui gli operatori sanitari ricoprono un ruolo centrale.

L'intraprendenza normativa delle istituzioni imposta dall'urgenza non ha solo destato preoccupazioni in relazione al rispetto dello stato di diritto e alla protezione dei diritti fondamentali⁹¹, ma ha anche sollevato perplessità in merito al (pieno) rispetto del principio di attribuzione, specie per quanto riguarda il rispetto del divieto di armonizzazione in materia di tutela della salute pubblica e le responsabilità degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari⁹². Come rilevato dalla dottrina, la COVID-19 ha rappresentato un ottimo banco di prova per testare i confini esterni della competenza dell'Unione in materia di tutela della salute pubblica e un importante catalizzatore per potenziare l'azione dell'Unione in risposta alle emergenze⁹³. Ma è stato veramente così?

Come si è cercato di dimostrare in questo contributo, la disciplina applicabile agli operatori sanitari è stata oggetto di attenzione e diverse delle soluzioni sperimentate durante la pandemia sono oggi rinvenibili nelle misure elaborate per fronteggiare le prossime crisi. Gli interventi si fondano sulla consapevolezza che “[N]ello svolgimento delle loro funzioni questi lavoratori essenziali si sono spesso dovuti confrontare con carenze di personale, informazioni limitate sulla preparazione e dispositivi di protezione insufficienti”⁹⁴. In apertura si è insistito proprio sulla penuria di professionisti sanitari negli Stati membri dovuto, *inter alia*, alle condizioni di lavoro poco attraenti, i pesanti turni di lavoro e il sottofinanziamento. Rimane questo uno dei principali problemi dell'Unione in termini di capacità di preparazione e risposta alle prossime emergenze⁹⁵. Aldilà del contributo che potrà essere offerto dalla nuova capacità rescEU EMT, l'idea di istituire un servizio europeo di monitoraggio del personale sanitario con il compito di assistere gli Stati membri nell'assicurare adeguate capacità di reazione non è stata

⁹⁰ Comunicazione della Commissione del 11 novembre 2020, *Costruire un'Unione europea della salute: rafforzare la resilienza dell'UE alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero*, COM(2020)724 final.

⁹¹ Indipendentemente dalla necessità di agire tempestivamente, occorre evitare un esercizio arbitrario del potere, incompatibile coi valori di cui all'art. 2 TUE, nonché assicurare il rispetto della riserva di legge e del nucleo essenziale dei diritti fondamentali degli individui ai sensi dell'art. 52 della Carta dei diritti fondamentali. Come sottolineato dalla Presidente della Commissione Ursula von der Leyen in piena crisi sanitaria: “*it is of utmost importance that emergency measures are not at the expense of our fundamental principles and values as set out in the Treaties*” (Statement 20/567 on emergency measures in Member States, 31 March 2020). Con particolare riferimento alla tutela dei diritti fondamentali nel contesto della pandemia, si rinvia a R. CISOTTA, *Brevi note sulla giurisprudenza sull'art. 52, par. 1 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE in materia di limitazioni ai diritti fondamentali ...con uno sguardo in avanti*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2021, pp. 19-80, spec. p. 78.

⁹² Cfr. artt. 2, par. 5, 6, lett. a) e 168, par. 5 e 7, TFUE. In merito all'impatto della pandemia sulla ripartizione di competenze tra Unione europea e Stati membri, v. F. CASOLARI, *The EU Approach towards Disaster Management. A Critical Appraisal in the Light of the Action Put in Place to Face the COVID-19 Pandemic*, in *Yearbook of International Disaster Law Online*, 2023, pp. 51-69, spec. 53 e ss. Per giustificare l'ampia portata degli interventi, di *soft law* e di *hard law*, in materia alcuni autori hanno proposto una lettura a rete delle pertinenti disposizioni di diritto primario. V. K.P. Purnhagen, A. DE RUIJTER, M.L. FLEAR, T.K. HERVEY, A. HERWIG, *More Competences than You Knew? The Web of Health Competence for European Union Action in Response to the COVID-19 Outbreak*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2020, pp. 297-306.

⁹³ A. ALEMANN, *The European Response to COVID-19: From Regulatory Emulation to Regulatory Coordination?*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2020, pp. 307-316, spec. p. 316.

⁹⁴ Comunicazione *Costruire un'Unione europea della salute*, cit., punto 1.

⁹⁵ Dinanzi alla scarsità di risorse a livello nazionale, lo spirito di solidarietà che caratterizza l'Unione europea della salute dovrebbe comportare altresì che gli Stati membri si astengano dal porre in essere comportamenti che possono facilitare una distribuzione iniqua risorse umane. Sul punto cfr. WHO, *Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Bulletin WHO, 2008 e European Institute of Health and Sustainable Development, *Manifesto for a European Health Union*, 2020, entrambi accessibili online).

recepita nel regolamento 2022/2371⁹⁶, ma le evidenti carenze a livello nazionale sono attenzionate nell'ambito del semestre europeo⁹⁷ e dall'Osservatorio europeo dei posti di lavoro, che traccia i cambiamenti strutturali nei mercati europei⁹⁸.

Non potendo intervenire direttamente sulla programmazione e il reclutamento a livello nazionale, il legislatore dell'Unione si è concentrato sulla libera circolazione degli operatori sanitari durante le emergenze come forma di mobilità selettiva⁹⁹, sul loro accesso prioritario ai dispositivi di protezione individuale in quanto lavoratori particolarmente esposti ad agenti biologici pericolosi per la salute nonché sulla loro formazione, presupposto essenziale per sfruttare appieno le tecnologie digitali e condividere rapidamente competenze e conoscenze specifiche.

La salute è un bene comune europeo che giustifica il riconoscimento di taluni diritti specifici legati alla funzione essenziale di talune categorie di soggetti nel corso di una crisi. Di qui, l'opportunità di individuare quali professioni e specializzazioni rientrano nella nozione sovranazionale di lavoratore critico. Tale (ambizioso) obiettivo potrebbe essere raggiunto anche tramite un atto non vincolante; una comunicazione della Commissione ovvero una raccomandazione del Consiglio ai sensi dell'art. 166, par. 4. TFUE oppure, con riguardo alle professioni sanitarie, dell'art. 168, par. 6, TFUE. Allo stesso tempo, fino a quando non interverrà una modifica dei trattati nel senso suggerito dal Parlamento europeo, l'allegato V della direttiva 2005/36 dovrebbe essere tenuto costantemente aggiornato e alle professioni e specializzazioni ivi incluse potrebbero presto aggiungersi quelle coperte da quadri di formazione comune elaborati in previsione delle future emergenze. Come suggerito dal Comitato economico e sociale europeo, poi, sarebbe auspicabile un aggiornamento del piano d'azione per il personale sanitario e di assistenza nell'Unione europea del 2012 per migliorare la pianificazione, le competenze digitali e il diritto di accesso alla prevenzione e alle cure mediche negli Stati membri¹⁰⁰.

Il quadro normativo post-pandemico applicabile agli operatori sanitari non rileva solo per l'istituenda Unione europea della salute. A ben vedere, esso sviluppa anche il Pilastro europeo dei diritti sociali nella parte in cui sancisce il diritto all'assistenza e il diritto di tutti ad avere accesso a servizi di assistenza formale di qualità. Più in generale, esso contribuisce ad attuare l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali, che afferma il diritto "di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali"¹⁰¹; condizioni che sono di fatto sempre più influenzate da misure di armonizzazione e coordinamento adottate a livello sovranazionale.

⁹⁶ Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema "Il personale sanitario e la strategia per l'assistenza per il futuro dell'Europa", in GUUE C 486 del 21 dicembre 2022, p. 37, punti 1.1 e 9.2.

⁹⁷ V. comunicazione della Commissione Semestre europeo 2023, COM(2023)600 final, pp. 20 e ss.

⁹⁸ Per maggiori informazioni sull'Osservatorio, v. il sito <https://data.europa.eu/data/datasets/european-jobs-monitor?locale=it>.

⁹⁹ In questi termini si esprime S. ROBIN-OLIVIER, *Free Movement of Workers in the Light of the COVID-19 Sanitary Crisis: From Restrictive Selection to Selective Mobility*, in *European Papers*, 2020, pp. 613-619, spec. 617-618.

¹⁰⁰ Parere del CESE sul personale sanitario, *cit.*, punto 1.7.

¹⁰¹ Per un commento alla disposizione, v. T. HERVEY, J. MCHALE, *The Right to Health Care*, in S. PEERS, T. HERVEY T. *et al.* (eds.), *The EU Charter of Fundamental Rights. A Commentary*, Bloomsbury, 2021, pp. 1007-1024. Sia inoltre consentito un rinvio a G. DI FEDERICO, *Spiegazione relativa all'articolo 35. Protezione della salute*, in R. MASTROIANNI, O. POLLICINO *et al.*, *La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Giuffrè, 2017, pp. 664-679.

Per concludere, l'impressione è che il sistema (di attribuzione) delle competenze dell'Unione abbia fortemente influenzato l'attività del legislatore UE privilegiando un approccio settoriale al problema delle crisi causate da disastri umani o naturali¹⁰². Quello applicabile agli operatori sanitari è, quindi, un regime per così dire trasversale, le cui componenti si ritrovano sparse in vari atti, con natura, ambiti di applicazione e portata diversi. Il quadro si completerà con l'approvazione delle proposte sulla modifica del Codice frontiere Schengen e sul regolamento che istituisce uno strumento per le emergenze nel mercato unico. In attesa di una (improbabile) riforma dei trattati, esistono ancora significativi margini di miglioramento. Andrebbero sfruttati.

¹⁰² Un approccio comunque informato al principio di solidarietà, come testimonia la condivisione di risorse nell'ambito di rescEU e del pool europeo di protezione civile. Per un'ampia ricostruzione giuridica del fenomeno solidaristico nel contesto emergenziale, v. S. VILLANI, *The concept of solidarity within EU disaster response law. A legal assessment*, Bononia University Press, 2023.