

Un modello sociale europeo?

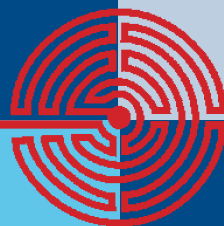
Itinerari dei diritti di welfare
tra dimensione europea e nazionale

a cura di

Claudia Golino e Alessandro Martelli

SDE Lectures

Collana del Dipartimento di
Sociologia e Diritto dell'Economia
Università di Bologna



FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

COLLANA DEL DIPARTIMENTO
DI SOCIOLOGIA E DIRITTO DELL'ECONOMIA
ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Tutti i volumi pubblicati sono sottoposti a un processo
double blind peer review che ne attesta la qualità scientifica



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli ne massimizza la visibilità e favorisce la facilità di ricerca per l'utente e la possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Un modello sociale europeo?

Itinerari dei diritti di welfare
tra dimensione europea e nazionale

a cura di
Claudia Golino e Alessandro Martelli

SDE Lectures

Collana del Dipartimento di
Sociologia e Diritto dell'Economia – SDE
Università di Bologna

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Claudia Golino, Alessandro Martelli (a cura di), *Un modello sociale europeo? Itinerari dei diritti di welfare tra dimensione europea e nazionale*, Milano: FrancoAngeli, 2023
Isbn: 9788835151807 (eBook)

La versione digitale del volume è pubblicata in Open Access sul sito
www.francoangeli.it.

Copyright © 2023 Claudia Golino, Alessandro Martelli. Pubblicato da FrancoAngeli srl, Milano, Italia, con il contributo del Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna.

L'opera è realizzata con licenza *Creative Commons Attribution 4.0 International license* (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). Tale licenza consente di condividere ogni parte dell'opera con ogni mezzo di comunicazione, su ogni supporto e in tutti i formati esistenti e sviluppati in futuro.

Consente inoltre di modificare l'opera per qualsiasi scopo, anche commerciale, per tutta la durata della licenza concessa all'autore, purché ogni modifica apportata venga indicata e venga fornito un link alla licenza stessa.

INDICE

Prefazione. I diritti sociali in Europa. L'evoluzione dell'impatto sociale nella risposta europea alle crisi, di *Antonio Parenti* pag. 11

Introduzione, di *Claudia Golino, Alessandro Martelli* » 15

PARTE PRIMA **I DIRITTI SOCIALI IN EUROPA:** **ASSETTI E PROCESSI EVOLUTIVI**

I diritti sociali in Europa: *legal framework* e strumenti di attuazione, di *Claudia Golino* » 19

L'europeizzazione dei diritti sociali: caratteri e sfide, di *Alessandro Martelli* » 32

PARTE SECONDA **LA TUTELA DELLA SALUTE E I DIRITTI UMANI**

La strategia dell'Unione europea per i vaccini tra principio di attribuzione e leale collaborazione, di *Giacomo Di Federico* » 49

Big data and Behavior-Based Insurance: what Europe may (not) borrow from the U.S., di *Antonio Maturo, Cameron Beckett* » 57

Verso una nuova sanità europea: reti integrate e livelli assistenziali condivisi?, di *Alceste Santuari, Cristina Ugolini* » 75

Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia, di *Monia Giovannetti* » 95

PARTE TERZA
IL LAVORO E LA SUA RIPRODUZIONE

Gli orizzonti dell'*homo faber*. Solidarietà e politica della cura, nelle rovine del capitalismo, di *Vando Borghi* pag. 111

Il reddito di base: note teoriche e un breve bilancio delle sue prime sperimentazioni, di *Federico Chicchi* » 128

La difficile strada verso uno strumento europeo sul salario minimo, di *Emanuele Menegatti* » 140

PARTE QUARTA
IL MODELLO SOCIALE
ALLA PROVA DELLE DIFFERENZE TERRITORIALI

L'innovazione sociale tra iniziative "dal basso" e politiche sociali. Qualche riflessione critica su un concetto spesso (ab)usato, di *Marco Alberio* » 159

I diversi "livelli" di tutela sociale, tra inattuazione del quadro costituzionale, spinte ricentralizzatrici e tentativi di differenziazione, di *Michele Belletti* » 182

Le disuguaglianze territoriali europee. Criticità e prospettive dell'intervento pubblico nei prossimi anni, di *Leonardo Pasqui* » 201

LA COLLANA

Ubi societas, ibi jus. Questo antico adagio romano dimostra oggi tutta la sua validità nell'indicarci quanto sia cruciale, per la scienza e per l'agire pratico, collegare fra loro i cambiamenti sociali studiati dalla sociologia e il diritto che cerca di dare loro una regolazione normativa. I contatti e l'influenza reciproca tra diritto e sociologia stanno crescendo di continuo e i docenti dell'una come dell'altra disciplina sono scientificamente persuasi della loro scelta. L'auspicio è che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia possa esercitare un influsso non trascurabile su alcuni campi della ricerca e della riflessione scientifica di settore, talora soddisfatti del loro status quo (con un atteggiamento spesso isolazionista), talora troppo ancorati alla distinzione tra conoscenza dei principi astratti e conoscenza e fruizione dei fatti e delle pratiche sociali. Già da tempo sono emerse connessioni e mediazioni tra principi e realtà in una proficua reciproca fertilizzazione che è il contrassegno essenziale della posizione culturale del dipartimento; vale a dire una concezione della conoscenza che non è puro e semplice rispecchiamento di una realtà statica fuori e indipendentemente dall'uomo-cittadino ma attività, non solo teorica, essa stessa aspetto della realtà in trasformazione. È così che la conoscenza dei nessi reali, nella dialettica fra le diverse forze umane e le forme di società, assume una sua dignità autonoma, caratteristica del dipartimento. Contro ogni assolutizzazione del metodo di ogni scienza particolare, contro ogni restrizione degli orizzonti e l'impovertimento contenutistico di certa scienza ufficiale. Ciò non toglie che il diritto e la sociologia possano rivendicare la diversità dei metodi di indagine e degli strumenti conoscitivi propri ma al contempo comporta che nella sussidiarietà reciproca possano 'vivere' all'interno dei contesti socio-economici imprimendo il loro rispettivo impulso.

Entrambi possono estroflettere le proprie forze per riconoscere e concorrere a superare le necessità delle collettività e i loro impulsi indifferibili. Si pensi ad esempio alle materie di studio come l'autorità e la famiglia, l'impresa e la società, il lavoro e l'economia, l'imposizione fiscale e la solidarietà sociale, la società attiva e la società acquisite.

scente, l'industria e l'ambiente con i relativi contrasti, il potere della comunità e quello del singolo, il sistema bancario-creditizio e le relative connessioni.

Oggi sembra stiano per cadere o per lo meno oscillano pericolosamente i presupposti di ogni legge eppure la legge risulta una condizione cronica della società contemporanea, dando luogo a situazioni talora paradossali talora sfuggenti all'interno delle quali l'uomo continua a vivere. Sembra essere messo in discussione il legame della legge con il territorio, ma al contempo il legame ritorna quasi in un moto perpetuo sicché il diritto continua a irradiarsi con ordini, condizionamenti, decisioni mentre la società tenderebbe a sottrarsene o a rovesciarli, perché la legge pretende una sorta di eternità dei principi che la sottendono mentre la società non vorrebbe essere sottratta ai flussi del tempo con intenzioni infuturanti progettuali autonome. È questa una delle tipiche occasioni in cui scienze sociologiche e giuridiche consentono di affrontare 'insieme' e contemporaneamente nuovi campi di possibilità costruttive, in una molteplicità ordinata che assicura la non contraddittorietà logica della possibilità della sua costruzione. Il diritto e la sociologia non sono ricavabili uno dall'altra ma possono riscontrarsi coincidenze proficue nell'equilibrio continuo delle procedure di libera scelta, pensando simultaneamente gli apparenti opposti, ordine-arbitrarietà, possibilità-necessità, affermazione-negazione. Costituiscono l'uno l'altrimenti dell'altra e al contempo la prossimità dell'altra al primo, senza mai sentirsi identici, pur integralmente affidati al lavoro di restaurazione degli istituti. Dispersioni e disaggregazioni possono assillarli, essendo entrambi essenza di se stessi, ciò che rende raro equivocarli, ma si influenzano reciprocamente nell'esposizione con cui si fanno conoscere e con cui sono stati.

Entrambi superano l'astratta separazione tra tempo vero e tempo apparente e sono dediti al presente per comprenderlo e sostanziarlo, abbracciando la vita in sé con la chiarezza che ne divide e ne rapporta le diverse dimensioni.

Sono discipline che realizzano 'il possibile', oltre ogni errante radice, nell'idea del dover essere della pienezza del presente e quindi entrambe contengono principi universali disincarnati da ogni terra e da ogni luogo, liberi dalla crescente instabilità del termine stesso di Stato.

Gli studiosi del dipartimento conoscono la necessità delle domande e la difficoltà frequente delle risposte, ma il domandare e il rispondere sono per loro elementi di una stessa dimensione e quotidiana abitudine di assumerli come un unico contesto.

Domanda e risposta sono due termini incommensurabili, e gli studiosi del dipartimento lo sanno, perciò sono attenti a non sprofondare nella dimensione della domanda, quando è riconosciuta priva di scopo e perciò inutile, avendo come fine la verità in quanto *probléma*. Così non percorrono vie di fuga, auspicando che la verità prenda forma, se non oggi, un'altra volta, con la pazienza di ottenerla.

È così che il dipartimento di sociologia e diritto dell'economia può essere inteso come labirinto protettivo degli studiosi rivolti al possibile delle risposte, anche se spesso si celano.

Nella fondamentale proposizione di far coincidere esistenza e costruibilità di cose nuove, con approfondito vaglio critico, nell'equilibrio delle due discipline, aperte una all'altra con lucidità.

Il dipartimento è dunque la forma di accoglienza che facilita e nutre il successo della ricerca, attività istintiva e fertile dei suoi componenti che insieme reagiscono al controllo esercitato sulle questioni dall'abitudine; con le loro narrazioni plurali tra il caos dei diritti, le istituzioni, le tradizioni giuridiche e sociali, i soggetti politici in cerca di legittimazione, i poteri nascosti che così tanto ricordano la crisi attuale, le nuove patrie, le tendenze isolazioniste, l'essere in relazione.

Ed è il luogo dell'ascesa di giovani intraprendenti che con le loro intuizioni creano una grande realtà, né impaludata né burocratica, vero riferimento in una globalità sempre più frammentata, in attesa del futuro, con coraggio morale in tempi squilibrati e storti di società subalterne e dilatare.

Sociologia e diritto dell'economia si sono accostate l'una all'altro nell'ambito di un nuovo dipartimento per la specifica funzione morale e sociale delle discipline e del ruolo dei loro studiosi. L'idea del 'compito' delle due discipline è stata centrale per il loro accostamento; tanto da sembrare strettamente legata e finanche suggerita da un'idea morale della società e del sistema giuridico. A questa idea si è affiancata poi la volontà di una intensa attività pubblica e di una altrettanto viva produzione scientifica.

La prossimità tra sociologi e giuristi ha messo in luce il valore politico delle norme e definita la loro funzione in relazione al sistema sociale ed economico e ha sottolineato il differente grado di adeguatezza pubblico-politica in vista della loro applicazione. Si sono trovati così a lavorare gomito a gomito numerosi intellettuali, in una schiera che ha riunito nella figura dello studioso attitudini di vita e vocazioni in una misura in parte anche lontana dalla tradizione accademica. Le due discipline hanno una propria unità intrinseca, guidate da propri principi originali ma le accomuna uno spirito che è lo sforzo di contrastare con puntuali riferimenti e analisi ogni decadenza, ogni sincretismo sui tempi attuali, articolando un senso nuovo dell'uomo in sé, del mondo, del dualismo tra l'uno e l'altro, del dinamismo societario, della conoscenza della verità sulla condizione umana individuale e collettiva.

L'accostamento delle due discipline può rappresentare l'opportunità di possibili novità nel metodo o nella attualità delle ricerche che sono gli elementi che intendono caratterizzare la Collana, aperta ai lavori anche di sperimentazione, o nella messa a fuoco del *proprium* di ogni disciplina, tutti considerati come compito e come responsabilità di ogni studioso. È questa la risposta a studi mistificatori e sedicenti scientifici di alcuni anni passati che enunciavano il crollo di tutti i principi e di tutte le regole. Questa Collana ha una funzione ordinante, regolatrice e costruttiva nel nostro sistema sociale, economico e giuridico, e vuole essere espressione di un sistema di valori economici, giuridici e sociali subito associati al concetto di persona umana senza restringere l'orizzonte scientifico a una sola epoca storica. È così che le cose possono 'svelare' la

loro esistenza a chi le interroga seriamente, visitandole più volte, senza tuttavia svelare del tutto da dove vengono.

Risulta chiaro che la Collana contiene due punti di vista, entrambi necessari, nella comprensione della realtà, ma differenti e vuole superare le difficoltà o le perplessità che un loro avvicinamento ha più volte suscitato, soprattutto per la diffidenza di alcuni studiosi, nonostante siano coscienti della ormai imprescindibile natura interdisciplinare della ricerca, che si tratti di interdisciplinarietà interna o esterna; anche perché soltanto così si evita sicuramente che ogni scienza rifletta esclusivamente su se stessa e sul proprio ruolo e non prenda in considerazione riflessi, relazioni, interferenze che non possono non stimolare.

La Collana del dipartimento costituisce perciò il punto d'incontro speculativo tra le culture degli studiosi afferenti alla struttura e ha l'ambizione di avvalorare i loro apporti dediti al ritrovamento del senso vero della realtà; così ad esempio il giurista va oltre i classici confini dell'interpretazione della legge che non ne esauriscono obbligatoriamente il compito scientifico e il sociologo va oltre i confini delle regole sociali vigenti in una certa collettività, analizzandone il senso, le funzioni e le finalità di cambiamento della collettività stessa.

Risulta così che le due discipline, diritto e sociologia, possono affrontare nuovi argomenti tra scienza e politica, sottolineando la centralità del concreto rispetto all'astratto in una conclusione armoniosa.

VERSO UNA NUOVA SANITÀ EUROPEA: RETI INTEGRATE E LIVELLI ASSISTENZIALI CONDIVISI?

ALCESTE SANTUARI, CRISTINA UGOLINI

SOMMARIO: 1. Oggetto e obiettivi dell'analisi – 2. L'intervento pubblico in sanità – 3. L'Europa verso le reti integrate – 4. Uno sguardo all'Europa della sanità – 5. L'Europa del diritto sociale alla salute – 6. Verso i LEA europei? – 7. Osservazioni conclusive.

1. Oggetto e obiettivi dell'analisi

In conformità al diritto dell'Unione europea, gli Stati membri sono responsabili dell'organizzazione, della gestione e dell'erogazione dei servizi sanitari. Ne discendono assetti istituzionali e modelli organizzativi diversi, nei quali, tuttavia, sono rintracciabili alcuni aspetti comuni, quali, per esempio, un ampio accesso universalistico a questi servizi e una non marginale funzione regolatoria da parte delle istituzioni pubbliche. A ciò si aggiunge che l'Unione europea, in virtù di talune previsioni contenute nei Trattati, svolge un'importante funzione di coordinamento e di garanzia nel comparto della *public health*, intervenendo – come dimostrato nel caso della pandemia da Covid-19 – per assicurare politiche e azioni condivise tra tutti gli Stati membri. In questa prospettiva, anche facendo leva sulla libertà di movimento dei pazienti-utenti, le istituzioni europee si propongono quali facilitatori e promotori del diritto alla salute dei cittadini europei, superando in questo modo i confini delle appartenenze nazionali.

L'articolo che segue, frutto di un lavoro congiunto e interdisciplinare degli autori, intende evidenziare come in ambito europeo esistano una crescente convergenza nei modelli organizzativi adottati in ambito sanitario e uno spazio per delineare una sorta di “diritto alla salute comunitario”.

2. L'intervento pubblico in sanità

L'intervento pubblico in sanità è influenzato dalla peculiarità del «bene salute» che non può prescindere da considerazioni etiche legate al diritto alla salute sancito nel nostro paese all'art. 32 della Carta costituzionale, alle caratteristiche di meritorietà attribuite ai servizi sanitari, alla necessità di assicurare ai cittadini equità di accesso alle cure con criteri definiti sulla base del bisogno e non della disponibilità a pagare. Queste considerazioni sono rilevanti quanto più la visione di giustizia sociale prevalente nel paese favorisce interventi pubblici solidaristici e l'equità viene messa al primo posto nell'orientare le politiche sanitarie. Tuttavia, l'intervento pubblico in sanità non è giustificato soltanto da ragioni equitative ma anche da ragioni allocative legate all'incapacità dei mercati in cui si finanziano e producono servizi sanitari di raggiungere un uso efficiente delle risorse disponibili. È proprio l'esistenza di numerosi malfunzionamenti la ragione per cui, anche nei paesi dove si sposano visioni di giustizia sociale più favorevoli a un suo ruolo minimale, lo spazio occupato dallo Stato in sanità resta comunque rilevante.

Anche la scelta del modello di sistema sanitario è influenzata dalla visione di giustizia sociale prevalente nel paese nel momento storico in cui la decisione viene presa. Una tassonomia limitata a tre opzioni esemplifica questo concetto riducendo le opzioni possibili tra un sistema ad assicurazione privata, un sistema mutualistico e un sistema sanitario nazionale, senza dimenticare che nella realtà prevalgono spesso modelli ibridi e che classificazioni più articolate sono preferibili quando si vuole portare l'analisi a un livello più approfondito¹.

Il sistema ad assicurazione privata è espressione di un modello di *welfare* che la letteratura definisce *liberale*, in cui lo Stato interviene temporaneamente con provvedimenti minimali, senza che ciò configuri un implicito riconoscimento di un futuro diritto di esigibilità delle prestazioni. Caratteristica principale di questo sistema è l'assenza di un obbligo assicurativo in capo ai cittadini che decidono se comprarsi un'assicurazione sanitaria pagando un premio commisurato al rischio individuale. Si tratta di un sistema completamente assente dal panorama europeo, dal momento che in tutti i paesi europei esiste un obbligo di assicurazione sanitaria.

Il sistema sanitario mutualistico è invece espressione del modello di *welfare corporativo* (anche detto bismarkiano), diffusosi a partire dall'Europa continentale (Germania, Austria, Belgio, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi) e oggi

1. F. Toth, *Welfare e servizi sanitari: modelli di finanziamento a confronto*, in M. Moruzzi, R. Prandini (a cura di), *Modelli di welfare. Una discussione critica*, FrancoAngeli, Milano, 2020, pp. 157-178.

senza dubbio il modello organizzativo più presente in Europa, quando anche i paesi dell'ex blocco sovietico si sono orientati verso questo sistema. L'assicurazione si lega all'appartenenza a una categoria professionale che si avvale di una cassa malattia finanziata prevalentemente attraverso contributi, secondo l'ipotesi che i rischi sociali si distribuiscono in maniera eterogenea tra le professioni e che, quindi, vadano differenziate coperture e tutele. In questo modello lo Stato obbliga i lavoratori ad avere una copertura previdenziale e sanitaria mediante la propria cassa professionale mentre le prestazioni sanitarie sono prodotte in un mercato concorrenziale molto regolamentato. Spesso l'intervento pubblico si spinge a forzare l'adozione di un sistema di assicurazione sociale dove si rompe il collegamento tra rischio e premi pagati e i versamenti sono definiti in base al reddito dell'associato (contributi sociali).

Infine, il sistema può essere di tipo *universalistico*, tipico dei sistemi di *welfare* del nord Europa, basato su un'assicurazione pubblica obbligatoria, risorse derivanti dal prelievo fiscale e requisiti di accesso fondati sulla cittadinanza e sul principio del puro bisogno. Nelle forme più radicali di Servizio sanitario nazionale (SSN) è lo Stato che non solo assicura ma produce ed eroga i servizi sanitari ai cittadini in forma gratuita o semigratuita per tutte le prestazioni ritenute fondamentali con un diritto alle prestazioni che prescinde dalla disponibilità a pagare dei singoli. Dal punto di vista organizzativo, il modello realizza un'economia chiusa di tipo pianificato in cui il mercato privato non è teoricamente necessario: laddove autorizzati a operare in nome della libertà di iniziativa privata, non è scontato che i produttori privati siano coinvolti nel sistema pubblico che può essere autonomo grazie alle proprie strutture e ai propri dipendenti. I paesi europei che hanno scelto il SSN sono Italia, Regno Unito, Irlanda, Portogallo, Grecia, Spagna, Danimarca, Norvegia, Finlandia, Svezia e infine Cipro (dal 2019).

Storicamente, le prime forme di SSN che si sviluppano sono di tipo *verticalmente integrato*, prevedono cioè il controllo pubblico di tutta la filiera assicurativa e produttiva (dal finanziamento all'erogazione finale), sono a priori escluse le duplicazioni, con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini un servizio uniforme pur con limitata autonomia di scelta. Essendo un sistema economico privo di competizione il controllo della spesa si realizza mediante razionamenti quantitativi (tetti di spesa e liste di attesa). A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, le riforme dei quasi-mercati realizzate in Gran Bretagna dal governo Thatcher ne propongono una seconda versione che coinvolge la parte finale della filiera pubblica prevista dal modello, quella di produzione e distribuzione del servizio. Si tratta del sistema *pubblico contrattuale* in cui l'erogazione si realizza tramite produttori pubblici ma diventa cruciale creare duplicazioni proprio perché solo la molteplicità di produttori permette di utilizzare in

modo artificiale gli strumenti concorrenziali ritenuti fondamentali per favorire la scelta del cittadino ma soprattutto come meccanismi incentivanti per stimolare il recupero di efficienza e una maggiore qualità dei processi assistenziali².

L'idea dei quasi-mercati passa presto dal Regno Unito al resto dell'Europa, diffondendosi non solo nei sistemi sanitari nazionali ma anche all'interno dei sistemi mutualistici, con applicazioni diverse tra i paesi europei, a seconda del tipo di stato sociale preesistente, adottando forme ibride intermedie di organizzazione sanitaria con varie combinazioni tra meccanismi gerarchici di controllo e di concorrenza³. Le riforme pro-concorrenziali dominano l'Europa nel corso della prima metà degli anni Novanta ma nei fatti le implementazioni del meccanismo dei quasi-mercati sono piuttosto limitate. La maggioranza dei paesi europei che ne sperimentarono l'applicazione hanno dopo pochi anni corretto il proprio modello organizzativo nella direzione di ridimensionare il ruolo della concorrenza, orientandosi verso schemi di programmazione negoziale ritenuti maggiormente compatibili con i propri principi solidaristici. Al di là dei possibili rischi connessi alla sua implementazione, la sanità europea non si è in larga parte dimostrata disposta a sopportare le conseguenze di una integrale applicazione della concorrenza amministrata, primo fra tutti l'impossibilità di ammettere il fallimento degli ospedali e delle assicurazioni inefficienti. La concorrenza regolamentata è diventata ben presto retorica politica, ma ha avuto l'innegabile vantaggio di mettere al centro del dibattito politico e professionale questioni cruciali come l'utilizzo efficiente delle risorse, la determinazione dei costi effettivi delle prestazioni e la valutazione dei loro esiti sulla salute, l'appropriatezza e il governo clinico⁴.

3. L'Europa verso le reti integrate

Le riforme dei quasi-mercati hanno ricevuto molta attenzione in Europa, compresa l'Italia dei primi anni Novanta, ma per lo più sono state seguite da interventi di segno opposto dovuti alla presa d'atto che i rapporti contrattuali instaurati tra finanziatori ed erogatori, orientati al lungo periodo per la presen-

2. C. Ugolini, *Verso una rilettura del modello di concorrenza amministrata?*, in «Rivista delle politiche sociali», n. 4, 2004, pp. 197-212.

3. R.B. Saltman, C. Von Otter, *Introduction*, in Id. (eds.), *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing social and economic responsibility*, Open University Press, Buckingham, 1995, pp. 1-21.

4. C. Ugolini, *Costruire la sanità del futuro attraverso reti forti*, Atti terzo convegno nazionale di contabilità pubblica, Dall'emergenza sanitaria alla stabilizzazione finanziaria della sanità pubblica, 2022, Editoriale Scientifica, Napoli, *in corso di pubblicazione*.

za di ingenti investimenti irreversibili e per la necessità di garantire uno stringente coordinamento tra gli erogatori in funzione di obiettivi di continuità di cura, avevano portato rapidamente al ripristinarsi di forme (implicite) di integrazione verticale.

Nei sistemi sanitari nazionali europei l'avvenuta separazione tra assicuratori-committenti e produttori necessaria per porre le basi della concorrenza era stata quasi ovunque realizzata e re-integrare il sistema riportandolo alla situazione originaria non sarebbe stato privo di costi. In questo contesto, i rapporti che si instaurano tra di essi possono essere impostati mediante relazioni di lungo periodo capaci di ripristinare quell'integrazione verticale che le riforme dei quasi-mercati si erano proposti di recidere⁵. La sottoscrizione di contratti di lungo periodo diventa la soluzione contrattuale più efficiente che consente alle parti di costruire relazioni stabili basate su rapporti di tipo fiduciario, ma comporta uno spostamento dalla concorrenza nel mercato alla concorrenza per il mercato, in cui i fornitori competono per aggiudicarsi una gara per una fornitura pluriennale. I produttori ammessi all'interno della rete possono essere pubblici oppure privati nel caso al privato venga permesso di partecipare alla creazione di una rete integrata attraverso contratti di concessione amministrativa che gli consentono di svolgere un ruolo complementare alla produzione pubblica, in collaborazione e mai in competizione con essa. Rispetto al modello britannico dei mercati interni dove si realizzava una concorrenza per il mercato, in questo caso non sono ammesse duplicazioni ex ante, proprio perché non necessarie grazie a una pianificata suddivisione dei compiti laddove il ruolo di regia e di disegno della rete spetta all'assicuratore pubblico. Ne deriva che le condizioni che rendono vantaggiosa in sanità una scelta di integrazione non sono logicamente diverse da quelle che favoriscono la definizione di contratti relazionali di lungo periodo. Non è raro, infatti, che in questo settore i contratti relazionali tra due soggetti si estendano alla definizione di vere e proprie reti di imprese che danno vita a fenomeni di integrazione «virtuale» tra soggetti legati tra loro da intensi rapporti di collaborazione.

La storia italiana di questi ultimi anni non comprende solo grandi operazioni che ridisegnano il quadro regionale complessivo ma anche numerosissime operazioni condotte a livello aziendale, spesso senza la presenza di documenti tecnici o di analisi aziendali a supporto dei processi di cambiamento⁶. Il SSN è stato interessato da numerose trasformazioni che hanno riguardato

5. G. Fiorentini, C. Ugolini, *L'analisi economica delle relazioni tra ICT e organizzazioni sanitarie*, in «Salute e Società», n. 2, 2017, pp. 42-64.

6. C. Carbone, M. Del Vecchio, F. Lega, A. Prenestini, *I processi di fusione aziendale nel SSN: evidenze per il management e i policy maker*, in «Rapporto OASI», 2015, pp. 243-278.

sia specifiche aziende nel loro insieme o loro componenti di rilievo, quali interi stabilimenti ospedalieri, sia singoli moduli organizzativi di diverse aziende quali dipartimenti o unità operative. Per quel che riguarda la logica organizzativa, vi sono state integrazioni orizzontali complete tra aziende sanitarie territoriali ovvero aziende sanitarie territoriali che si sono integrate verticalmente con aziende ospedaliere attive nello stesso ambito provinciale e soprattutto vi sono stati molteplici esempi di integrazione derivanti dalla condivisione di attività e servizi unificati all'interno di ambiti organizzativi comuni privi di soggettività giuridica quali le aree vaste o di strutture a gestione condivisa (unità operative interaziendali) o ancora coordinati mediante la costituzione di reti interaziendali. Seppure i sistemi sanitari regionali italiani siano profondamente diversi, prevalgono modelli organizzativi fortemente integrati o basati sulle reti integrate, in ogni caso sottoposti a un rigido controllo regionale.

Processi analoghi di innovazione nelle relazioni tra committenti e produttori, nei sistemi di finanziamento e nei modelli gestionali di erogazione dei servizi si osservano anche in altri sistemi sanitari nazionali, ancorché caratterizzati da impianti normativi e assetti di sistema diversi tra loro, segnalando da un lato la natura strutturale dei processi in corso e dall'altro l'assenza di un modello evolutivamente dominante sia a livello macro sia a livello micro.

Negli ultimi anni, ad esempio, il sistema inglese ha avviato una riflessione di medio lungo periodo in cui una parte centrale riguarda la necessità che gli ospedali per acuti siano sempre più integrati in verticale, superando i confini tradizionali tra ospedale e comunità, connessi non solo con le cure primarie ma con le più ampie cure territoriali che si estendono alle cure intermedie e sociali, assicurando il necessario collegamento con il sistema sanitario che, citando la metafora adottata, riguarda sia l'accesso ("front door") che la porta posteriore ("back door") della struttura ospedaliera. In questa prospettiva, l'ospedale è destinato a spostare parte delle sue attività di cura al di fuori delle mura ospedaliere al crescere dei nuovi modelli assistenziali che spingono per un forte collegamento tra i medici ospedalieri e le altre figure professionali impegnate nel territorio. Dal lato ospedaliero, si scoraggiano ulteriori concentrazioni delle strutture ospedaliere e si favorisce la creazione di un sistema a rete (*hospital chains*), ad esempio attraverso la creazione di servizi centralizzati tra ospedali del network oppure forme di "mobilità" degli specialisti e delle équipe ospedaliere che possono operare in *satellite sites*. Anche rispetto ai servizi chirurgici di alta specialità, in cui la relazione tra volumi ed esito clinico è rilevante, si intensificano i modelli a rete secondo la logica *hub-and-spoke*, estendendoli anche a servizi finora esclusi come l'oncologia dove gli spoke possono essere ospedali di comunità ma anche ambulatori di cure primarie. Anche il

potenziamento delle cure primarie viene perseguito attraverso modelli organizzativi di tipo orizzontale e verticale orientati alla cooperazione dei processi assistenziali. Trasversale rispetto a qualunque proposta di modifica è l'apporto della digitalizzazione capace di fornire la "colla" per collegare le diverse parti del sistema⁷.

Anche nei sistemi mutualistici che da sempre si basano su un approccio decentralizzato la scarsità di cooperazione e di coordinamento tra gli attori del sistema è percepita come un problema persistente ma i risultati ottenuti in questa direzione sono ancora limitati. The Commonwealth Fund posiziona Francia e Germania al nono e decimo posto su undici paesi esaminati nella categoria «Coordinated Care», segnalando come anche i sistemi mutualistici si stanno orientando verso logiche di rete, seppur più lentamente rispetto ai sistemi pubblici perché molte sono le resistenze ancora da vincere⁸.

Limitandoci a esaminare la situazione tedesca, nel 2015 il parlamento tedesco ha approvato *The Health Care Strengthening Act* (GKV – Versorgungsstärkungsgesetz) che destina 300 milioni di euro annui fino al 2024 per sviluppare l'Integrated Care Program (ICP). Si tratta di un modello già introdotto in Germania a partire dal 2000 ma con alterne fortune, soprattutto dopo che a partire dal 2008 i fondi destinati a incentivarne l'avvio sono cessati. Nel 2015 esistevano comunque nel sistema tedesco già 6400 ICPs in vari ambiti, dalla schizofrenia alla cura delle malattie cardiovascolari, alla presa in carico di un definito gruppo di popolazione come avviene con il network *Gesundes Kinzigtal GmbH* che a partire dal 2006 gestisce le cure sanitarie per oltre la metà degli abitanti della regione del Kinzigtal nel sud ovest della Germania⁹.

Gli ICPs sono soluzioni di quasi-integrazione orizzontale o verticale che i produttori di diversi servizi possono adottare mediante la creazione di reti contrattuali (ospedali in rete con altri ospedali oppure con gruppi di professionisti o con produttori di servizi sociali). Una volta creato, il network può negoziare un contratto di integrazione con l'assicuratore, ad esempio la cassa mutua, a cui il network si impegna a offrire non un servizio specifico ma una serie di

7. NHS England, *Five year forward view*, 2014. Testo disponibile al sito: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf.

8. K. Davis, K. Stremikis, D. Squires, C. Schoen, *Mirror, mirror on the wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*, The Commonwealth Fund, 2014.

9. R. Milstein, C. Blankart, *The Health Care Strengthening Act: the next level of integrated care in Germany*, in «Health Policy», n. 120, 2016, pp. 445-451; R. Busse, J. Stahl, *Integrated Care Experiences and outcomes in Germany, The Netherlands and England*, in «Health Affairs», n. 33, 2014, pp. 1549-1558.

servizi tra loro integrati o la presa in carico di un bisogno specifico. Nessuno è obbligato a aderire al network, né produttori né assicuratori o pazienti assicurati, i quali possono essere però incentivati con la promessa di una migliore qualità del processo assistenziale, minori tempi di attesa o con l'esenzione dal pagamento di una quota totale o parziale della compartecipazione altrimenti richiesta. Con il nuovo provvedimento, la Germania aumenta decisamente i fondi a disposizione per dare una spinta propulsiva allo sviluppo del modello a reti integrate, ritenuto come il più adatto per affrontare le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente diffusione di patologie cronico-degenerative dovute a malattie non trasmissibili, ma anche dai costi crescenti delle innovazioni per dispositivi e farmaci.

Accanto alla dimensione nazionale sopra esaminata, le reti presentano anche una dimensione transfrontaliera, atteso che la Commissione europea è sollecitata a promuovere lo sviluppo di reti europee di riferimento (ERN) tra prestatori di assistenza sanitaria e centri di eccellenza negli Stati membri, soprattutto nell'area delle malattie rare¹⁰. Le reti di riferimento europee possono migliorare l'accesso alle diagnosi e la prestazione di assistenza sanitaria di qualità a tutti i pazienti le cui patologie richiedono una concentrazione particolare di risorse o di competenze e potrebbero fungere anche da punti nevralgici per la formazione e la ricerca in campo medico, la diffusione delle informazioni e la valutazione. L'adesione alle reti è volontaria e, in quest'ottica, gli Stati membri, che preservano la loro competenza in materia di organizzazione e prestazione di servizi sanitari, sono invitati a favorirne la costituzione, anche al fine di stimolare la condivisione di conoscenze in ordine alla prevenzione, nonché di agevolare la mobilità delle competenze e la diffusione delle best practices¹¹. In quest'ottica, le reti possono invero rafforzare la dimensione europea della risposta alla domanda di salute, in specie nel campo delle malattie rare, proveniente dai cittadini dei singoli Stati membri. Le ERN, pertanto, possono consi-

10. Così prevede l'art. 12 della Direttiva 2011/24/UE del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. La previsione testé citata non è del tutto nuova nell'ambito degli interventi delle istituzioni comunitarie: già nella Comunicazione del 24 novembre 1993 sul quadro di azione nel settore delle sanità pubblica, la Commissione aveva identificato le malattie rare come una delle aree prioritarie di azione comunitaria. Sul punto, si veda C. Petrillo, *Le malattie rare tra Unione europea e ordinamento italiano*, in D. Morana (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Vero un welfare state europeo?*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2018, pp. 241-242.

11. È quanto prevede l'art. 15-bis della Decisione di esecuzione della Commissione europea che stabilisce i criteri per l'istituzione e la valutazione delle reti di riferimento europee e dei loro membri e per agevolare lo scambio di informazioni e competenze in relazione all'istituzione e valutazione delle reti, così come modificata dalla Decisione di esecuzione del 26 luglio 2019 (2019/1269).

derarsi quali sperimentazioni finalizzate non tanto a rafforzare i sistemi sanitari nazionali, quanto a potenziare la capacità dell'Unione europea di organizzare ed erogare servizi e prestazioni comuni, in ciò sostenendo la mobilità sanitaria transfrontaliera¹².

4. Uno sguardo all'Europa della sanità

L'ultima edizione del rapporto biennale *Health at a Glance: Europe 2020*, uscito a novembre 2020 grazie a un'iniziativa congiunta della Commissione Europa e dell'Ocse¹³, ci offre un quadro aggiornato della sanità europea, analizzando tra i diversi paesi lo stato di salute dei cittadini europei, il livello del finanziamento e della spesa sanitaria, la disponibilità e l'accessibilità dei servizi, la qualità delle cure e l'efficacia dell'assistenza erogata. In questa sede ci limiteremo a commentare solo alcuni dei tanti dati presentati, cercando di mettere in luce soprattutto le differenze riscontrabili tra i sistemi sanitari nazionali e i sistemi mutualistici.

Se osserviamo i dati sull'aspettativa di vita alla nascita registrata nel 2018, l'UE ha raggiunto un'aspettativa media di 81 anni, con ai primi posti i due sistemi nazionali di Spagna e Italia che superano 83 anni, al terzo posto il sistema mutualistico francese (Germania allineata con la media europea al 17° posto). Oltre due terzi dei paesi europei superano comunque la soglia degli 80 anni mentre situazioni critiche attorno ai 75 anni si osservano per l'est Europa in Bulgaria, Lettonia e Romania. Forti disuguaglianze nell'aspettativa di vita si registrano per sesso e per condizioni socioeconomiche. Tra i paesi europei con il minor differenziale nell'aspettativa di vita misurata a 30 anni tra il più alto e il più basso livello di istruzione troviamo ancora tre sistemi nazionali (Italia, Svezia e Portogallo), mentre nell'aspettativa di vita a 65 anni l'Italia è terza, dopo Francia e Spagna.

Esaminando i dati di mortalità, le principali cause di morte in Europa sono le malattie cardiovascolari (oltre 1,7 milioni di decessi nel 2017) e i tumori (1,2 milioni), insieme queste due cause danno conto di oltre il 60% dei decessi europei. Il tasso di mortalità italiano standardizzato *100 000 abitanti si pone al terzo posto dopo Francia e Spagna, con un tasso di mortalità di 875 rispetto

12. L. Busatta, *La cittadinanza della salute nell'Unione europea: il fenomeno della mobilità transfrontaliera dei pazienti, dalla libera circolazione alla dimensione relazionale dei diritti*, in «DPCE online», n. 3, 2015, p. 153.

13. OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, 2020. Testo disponibile al sito: doi.org/10.1787/82129230-en.

alla media UE27 di 1007. Tra i paesi che si collocano al di sotto della media UE troviamo tutti i sistemi sanitari nazionali mentre al di sopra della media UE sono gran parte dei sistemi mutualistici (la Germania, ad esempio, con un tasso di mortalità di 1031). Rispetto a singole patologie, i tassi di mortalità per cancro al seno (strettamente legati all'attività di prevenzione tramite screening) vedono i migliori risultati raggiunti dai sistemi nazionali di Spagna, Finlandia e Svezia (Italia, comunque, sotto la media UE), mentre sopra la media si collocano solo paesi con sistemi mutualistici. Il tasso di mortalità per cause evitabili vede tra i "migliori" per capacità di prevenire le cause di morte Cipro, Italia e Spagna (159 la media UE27), mentre per le cause di morte curabili troviamo ai primi posti i sistemi mutualistici di Francia e Olanda, seguiti dai sistemi nazionali di Spagna, Svezia e Italia.

Rispetto al tema dell'appropriatezza, citiamo i ricoveri evitabili di adulti per asma e BPCO che vedono Italia e Portogallo ai primi posti nel contenimento, rispettivamente con 64 e 90 ricoveri ogni 100 000 abitanti contro la media europea pari a 209 (Francia al quinto posto con 150 mentre decisamente oltre la media europea la Germania con 290). I lunghi tempi di attesa per i servizi sanitari come la chirurgia elettiva sono frequenti in molti Paesi dell'UE, in particolare nei sistemi nazionali. Ad esempio, rispetto ai tempi di attesa misurati per pazienti ricoverati per frattura del femore solo Svezia, Finlandia e Irlanda superano la media europea del 76% dei pazienti over 65 sottoposti a intervento chirurgico entro le 48 ore previste dalle linee guida, a fronte di risultati estremamente positivi raggiunti in Danimarca e Olanda dove oltre il 96% dei ricoverati per questa tipologia di trauma viene operato entro due giorni dall'ammissione.

Riguardo alla spesa sanitaria, la maggiore incidenza sul PIL si registra nei sistemi mutualistici di Germania e Francia, seguiti dal sistema nazionale svedese e dai sistemi mutualistici di Austria, Belgio, Danimarca e Olanda. L'Italia registra nel 2019 una spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) pari all'8,7% del PIL, di poco superiore alla media UE27 pari a 8,3%. Di questa spesa il 74% è spesa pubblica, il 24% è spesa a carico delle famiglie (3,4% dei consumi familiari contro il 3,3% della media UE, concentrata soprattutto su farmaci e cure dentarie), mentre il restante 2% è finanziato attraverso coperture assicurative o mutualistiche. Questo tipo di suddivisione è frequente anche negli altri sistemi sanitari nazionali europei: Gran Bretagna 78% di spesa pubblica, Spagna e Portogallo presentano rispettivamente 66% e 59%, solo la Svezia ha una percentuale maggiore di copertura pubblica che nel 2019 era pari all'85% (solo il 14% la spesa OOP – out of pocket – delle famiglie). La spesa complessiva pro-capite italiana è pari a 2573 euro, attorno alla media UE di 2572 euro, mentre tra i paesi che spendono di più in Europa viene citata la Svizzera (5241 euro)

e la Norvegia (4505 euro) mentre Germania, Austria, Svezia e Paesi Bassi presentano una spesa superiore almeno per il 50% della media europea. La suddivisione della spesa sanitaria italiana è anch'essa molto allineata con la media europea: il 31% è dedicato ai ricoveri ospedalieri (media UE 30%), il 32% alle visite specialistiche (media UE 31%), 11% alla spesa LTC (media UE 12%), 21% all'acquisto di beni (media UE 21%) e il 6% ai servizi di prevenzione e alle spese di gestione amministrativa (media UE 5%). Si segnala la Germania che nel 2018 ha raggiunto la spesa ospedaliera più bassa (27%) mentre maggiore spazio è dedicato alle attività LTC (19%). Si evidenzia come l'Italia sia stata tra i paesi (Grecia soprattutto ma anche Croazia, Cipro, Spagna e Portogallo) che nel periodo 2008-2013 hanno conosciuto una riduzione della crescita della spesa in termini reali, contenimento già avviato nel nostro paese a partire dagli anni Novanta e che ha prodotto un numero di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti tra i più bassi in Europa (3.1 contro la media UE pari a 5.0 mentre il dato massimo si registra in Germania con 8 posti letto) e che si riflette in un numero di ricoveri per 1 000 abitanti anch'esso tra i più contenuti in Europa (114 contro la media UE di 175 e il dato massimo che si registra in Bulgaria con 342 seguita dalla Germania con 255). La spesa in conto capitale dedicata alla salute rispetto al PIL vede ai primi posti i sistemi mutualistici di Belgio, Austria e Germania, mentre l'Italia è nel 2018 al di sotto della media UE 27, decisamente al di sotto di quanto investito nello stesso periodo non solo in Germania, ma anche in Spagna o Francia.

La maggior parte dei paesi UE raggiunge una copertura sanitaria della propria popolazione considerata universale (in qualche caso quasi universale) rispetto a un core set di servizi sanitari (consultazioni mediche, esami diagnostici e cure ospedaliere), sebbene i singoli servizi offerti, il grado di compartecipazione richiesta e soprattutto le reali condizioni di accessibilità (per costi, tempi di attesa o distanza alla struttura più vicina) non siano uniformi. Sono comunque tre i paesi europei (Bulgaria, Romania e Cipro) che hanno ancora almeno il 10% di popolazione non coperta (lavoratori sommersi, disoccupati di lunga data o la popolazione rom per Romania e Bulgaria) e che può attingere solo a trattamenti minimi per alcune aree di bisogno (pronto soccorso o cure ostetriche in caso di gravidanza). Attingendo a dati dell'indagine EU_SILC, solo una piccola quota di popolazione europea ha dichiarato bisogni non soddisfatti nel 2018, soprattutto in Estonia e Grecia, ma questa percentuale è nel complesso dei paesi UE quasi cinque volte superiore concentrata tra le famiglie nel primo percentile di reddito. Cresce la quota di bisogni non soddisfatti quando si considerano le cure dentarie che non sono previste nei sistemi sanitari nazionali e sono solo parzialmente coperte nei sistemi mutualistici (spesso mediante l'acquisto di coperture aggiuntive).

L'accessibilità ai servizi sanitari può essere compromessa quando il sistema sanitario richiede elevati pagamenti diretti a carico dei pazienti. La quota di assistenza non coperta dal sistema sanitario e quindi a carico delle famiglie è circa un quinto della spesa sanitaria totale, anche qui con forti scostamenti tra i paesi, concentrata nell'acquisto di farmaci, servizi di specialistica ambulatoriale, oltre a cure dentarie e spese per LTC. L'indicatore più utilizzato per misurare l'onere finanziario associato ai pagamenti OOP è l'incidenza delle spese sanitarie più onerose (cosiddette catastrofiche) sul bilancio delle famiglie. Tipicamente i paesi con un elevato livello di spesa pubblica e bassi livelli di OOP dovrebbero presentare una minore incidenza di queste spese ma le scelte fatte sull'area delle prestazioni offerte (ad esempio per cure dentali o LTC) produce risultati non sempre in linea con le aspettative. Inoltre, la titolarità del diritto a una prestazione non è automaticamente una garanzia di riceverla. Al di sotto della media UE del 6,6% troviamo infatti molti sistemi mutualistici (tra gli altri Croazia, Austria e Germania) e la Spagna, con meno del 2% troviamo Slovenia, repubblica Ceca, e Francia tra i sistemi mutualistici e Irlanda e Svezia tra i sistemi sanitari nazionali. Al di sopra della media UE troviamo invece tre sistemi nazionali (Italia e Portogallo con circa 8% e Grecia con il 9,7%) e molti sistemi mutualistici dell'est Europa, primo fra tutti la Bulgaria con oltre il 19% del bilancio delle famiglie dedicato a spese catastrofiche, prevalentemente concentrato nelle fasce più povere.

Dal rapporto *Health at a glance 2020* si confermano gli ottimi risultati ottenuti dalla sanità europea ma sono ancora numerosi gli scostamenti tra i paesi. Ne esce rafforzata l'immagine dei sistemi nazionali ad assicuratore unico, i quali, se ben gestiti, paiono tra i più capaci di controllare la spesa e di raggiungere risultati importanti dal lato dell'efficacia e della qualità delle cure. Ottimi risultati si osservano anche per i sistemi mutualistici a cui corrisponde però sistematicamente un maggiore assorbimento di risorse.

5. L'Europa del diritto sociale alla salute

L'assetto istituzionale su cui si regge l'Unione europea stabilisce che i modelli attraverso cui i servizi sanitari sono organizzati e le prestazioni sanitarie erogate rientrano nella competenza degli Stati membri¹⁴. Gli stessi Trattati

14. «In virtù del principio di sussidiarietà, nei settori che non sono di sua competenza esclusiva l'Unione interviene soltanto se e in quanto gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere conseguiti in misura sufficiente dagli Stati membri, [...], ma possono, a motivo della portata o degli effetti dell'azione in questione, essere conseguiti meglio a livello di Unione». TUE,

europei riconoscono, tuttavia, in capo alle istituzioni comunitarie il diritto a esercitare un'azione di coordinamento e di intervento¹⁵, che afferma l'interdipendenza dei diversi sistemi sanitari. L'azione delle istituzioni europee, in quest'ottica, svolge una funzione complementare rispetto alle funzioni degli Stati membri¹⁶. L'intervento dell'Unione europea è giustificato dallo specifico carattere e dalla primaria importanza che alla salute umana è riservata, quale obiettivo di pubblico interesse. Si registra, dunque, da un lato, una aspirazione alla costruzione di una europeizzazione della sanità e, dall'altro, la responsabilità degli Stati membri di assicurare l'organizzazione dei sistemi sanitari e di protezione sociale¹⁷.

In questo contesto di "tensione" istituzionale¹⁸, i servizi sanitari costituiscono elementi fondamentali del diritto alla salute¹⁹ e del principio di coesione sociale²⁰, che informano le politiche di intervento dell'Unione europea, godendo di un "riconoscimento" formale specifico. Essi sono, infatti, riconducibili nella nozione giuridica di "servizi di interesse generale" (SIG)²¹ identificati quali ser-

art. 5, par. 3. Si veda, inoltre, l'art. 168, par. 7 del Trattato di funzionamento dell'Unione europea (TFUE). In argomento, si veda S. Civitarese Matteucci, *Servizi sanitari, mercato e "modello sociale europeo"*, in «Mercato concorrenza regole», n. 1, 2009, p. 181 ss. Ritene che proprio la differenziazione tra modelli sanitari nazionali sia da ritenere tra le ragioni che rendono «irrealizzabile un intervento uniforme» dell'Unione europea. Così, M. Mengozzi, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza*, in D. Morana, *L'assistenza sanitaria transfrontaliera*, cit., pp. 208-209.

15. Cfr. art. 168, par. 1 e 2, TFUE.

16. In questa prospettiva, rientrano la politica sociale, la coesione economica, sociale e territoriale e i problemi comuni in materia di sanità pubblica. Cfr. TFUE, art. 4, par. 2.

17. T. Hervey, *Reflecting on 'Supporting health systems in Europe: added value of EU actions?'*, in «Health Economics, Policy and Law», vol. 10, n. 4, 2015, p. 486 ss.

18. M. McKee, E. Mossalos, *Health Policy and European Law: Closing the Gaps*, in «Public Health», vol. 120, n. 16, 2006, pp. 16-22.

19. L'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, approvata a Nizza il 7 dicembre 2000, prevede: «Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana».

20. Cfr. Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles, 20.10.2009 COM (2009) 567 definitivo.

21. La prima definizione di SIG è contenuta nella Comunicazione della Commissione sui servizi di interesse generale, COM (96) 443 def. In GUCE C 281 del 26 settembre 1996, p. 3. Si veda anche Commissione europea, Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale europeo e al Comitato delle Regioni, *Una disciplina di qualità per i servizi di interesse generale in Europa*, Bruxelles, 20.12.2011 COM (2011) 900 definitivo, par. 2. "Contesto istituzionale: cambiamenti introdotti dal Trattato di Lisbona", p. 4.

vizi pubblici finalizzati alla realizzazione del modello europeo di economia sociale di mercato²². In questa prospettiva, dunque, i servizi sanitari, sono finalizzati a garantire prestazioni di qualità a un prezzo accessibile per tutti, a realizzare obiettivi di solidarietà sociale e di parità di trattamento, nonché a diminuire le disuguaglianze sociali²³, contestualmente garantendo la fruizione dei “livelli essenziali” delle prestazioni medesime.

In questa prospettiva, il Trattato di Lisbona²⁴ e la Carta dei Diritti fondamentali dell’Unione Europea hanno sancito il loro riconoscimento “costituzionale”²⁵. Il Trattato di Lisbona contiene importanti elementi di innovazione in materia sociale²⁶, da ricondurre alla concezione stessa della convivenza europea, fondata su un tessuto valoriale a «forte connotazione sociale»²⁷. In questo senso, dunque, il Trattato di Lisbona ha inteso porre l’accento sulla centralità della dimensione sociale rispetto all’Europa economica nella costruzione del mercato comune interno. In forza della c.d. “clausola sociale orizzontale” che il Trattato di Lisbona ha introdotto nell’ordinamento comunitario²⁸, le policies europee debbono tenere conto delle esigenze delle co-

22. Espressione contenuta nell’art. 3, par. 3, TUE.

23. COM (2013) 83 def. del 20 febbraio 2013, p. 6. Preme evidenziare che mentre nel Trattato di Roma gli obiettivi della Comunità si esaurivano nella realizzazione di un mercato concorrenziale, successivamente nel Trattato di Maastricht e ancor più con il Trattato di Amsterdam, la concorrenza non viene più considerata come valore primario assoluto da perseguire, ma come uno degli elementi che può concorrere al benessere collettivo accanto alla tutela dei diritti sociali. Così, C. Golino, *L’intervento pubblico per lo sviluppo economico delle aree depresse tra mercato e solidarietà*, Giappichelli, Torino, 2018, p. 100 ss. In tema, si veda anche V. Guizzi, *La dimensione sociale dell’Unione europea e la sua evoluzione*, in Aa.Vv., *Scritti in onore di Giuseppe Tesaro*, Editoriale Scientifica, Napoli, vol. III, p. 1859 ss., ove l’A. sottolinea che sarebbe un errore ridurre l’opera dell’Unione europea alla sola costruzione di un mercato interno in senso concorrenziale e non scorgere che nella costruzione dell’edificio comunitario un ruolo fondamentale è rappresentato dai valori sociali.

24. Il Trattato di Lisbona, firmato il 13 dicembre 2007 ed entrato in vigore il 1° dicembre 2009, ha sostituito il precedente titolo (XIV) del TCE, rubricato “Coesione economica e sociale” con il nuovo titolo (XVII), che ha assunto la denominazione “Coesione economica, sociale e territoriale”.

25. Si vedano gli artt. da 34 a 36 della Carta.

26. Si veda, in particolare, l’art. 168, par. 1 del Trattato di funzionamento dell’Unione europea, che stabilisce in capo alle istituzioni comunitarie il compito di garantire un elevato livello di protezione della salute umana in tutte le politiche.

27. S. Giubboni, *I diritti sociali nell’Unione europea dopo il Trattato di Lisbona. Paradossi, rischi e opportunità*, relazione al convegno Diritto civile e principi costituzionali europei e italiani, Perugia, 25-26 marzo 2011, pp. 3-4.

28. Tale clausola, introdotta all’art. 9 del TFUE dal Trattato di Lisbona, richiede che l’Unione europea consideri le implicazioni e le conseguenze sul piano sociale di tutte le sue azioni e politiche, comprese quelle svolte nell’ambito del mercato all’interno. In conformità alla clausola in parola, l’Unione europea deve tener conto nell’attuazione di tutte le sue politiche e azioni

munità locali al fine di assicurare la coerenza tra le differenti politiche e gli obiettivi di coesione sociali e di solidarietà perseguite dall'Unione europea. In conformità alla clausola in parola, l'Unione europea, inter alia, deve garantire un'adeguata protezione sociale e un'adeguata tutela della salute umana. Si tratta di un vincolo che, pur rispettando le competenze dei singoli Stati membri, ne postula il loro superamento, giustificato dall'obiettivo transfrontaliero di assicurare l'effettiva fruizione dei diritti fondamentali, ivi compreso il diritto alla salute, a tutti i cittadini europei.

L'obbligo in capo agli Stati membri di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali è sancito espressamente nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea²⁹. In essa si affermano la centralità della persona e della dignità umana, i valori della libertà, dell'uguaglianza e della solidarietà, sintetizzando in questo modo, per così dire il "patrimonio costituzionale comune" a livello europeo³⁰. È infatti grazie alla Carta dei diritti fondamentali che l'accesso alle prestazioni non risulta più rimesso alla incerta intermediazione legislativa, bensì viene considerato un vero e proprio diritto già a livello sovraordinato³¹. In quest'ottica, la Carta assume una posizione di primazia nella scala gerarchica delle fonti normative e, quindi, delle garanzie assicurate ai singoli cittadini dell'Unione europea, riconoscendo l'"obbligo di servizio" connesso all'erogazione dei servizi sanitari³². È noto che la sola affermazione di principio del diritto a fruire di tali prestazioni non è sufficiente a rendere quel diritto effettivamente esigibile. Occorre, al riguardo, preordinare mezzi, risorse e assetti organizzativi idonei ad assicurare la doverosità dei livelli essenziali delle prestazioni, funzione che è prerogativa delle legislazioni e delle prassi nazionali.

delle esigenze connesse con la promozione di un alto livello di occupazione, la garanzia di un'adeguata protezione sociale, la lotta contro l'esclusione sociale e un elevato livello di istruzione, formazione e tutela della salute umana.

29. 2000/C 364/01, 18 dicembre 2000.

30. Per una valutazione circa l'applicazione della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea negli Stati membri, si vedano i rapporti annuali prodotti dalla Commissione europea e disponibili sul sito ec.europa.eu/info/aid-development-cooperation-fundamental-rights/your-rights-eu/eu-charter-fundamental-rights/application-charter/annual-reports-application-charter_en.

31. G. Palmisano (ed.), *Making the Charter of Fundamental Rights a Living Instrument*, Brill Nijhoff, Leiden-Boston, 2014.

32. Invero, preme evidenziare che la Carta rappresenta il passaggio da una concezione di diritto sociale all'assistenza "non più come "limite" rispetto alle libertà economiche, bensì "compito" e "valore". E. Menichetti, *I servizi sociali nell'ordinamento comunitario*, in A. Albanese, C. Marzuoli (a cura di), *Servizi di assistenza e sussidiarietà*, il Mulino, Bologna, 2003, p. 103.

6. Verso i LEA europei?

Nonostante il contenuto e la fruibilità effettiva del diritto sociale alla salute siano concretamente affidati a ciascun Stato membro, si ritiene che la dimensione solidale dell'agire europeo – peraltro registratosi durante la pandemia da Covid-19 – possa rappresentare il sostrato per promuovere il diritto alla salute quale “diritto comunitario”.

È indubbio che trattasi della frontiera più esposta, immediata e vitale dell'effettivo godimento dei diritti sociali a livello europeo e, dunque, dell'appartenenza a una comunità³³.

In questa prospettiva, appare opportuno ricordare che, con i caveat che sinteticamente verranno ricordati, l'Unione europea ha già dimostrato di voler andare nella direzione sopra auspicata. Il riferimento è qui al riconoscimento dell'accesso alle cure transfrontaliere³⁴, che sembra rafforzare la costruzione di un contesto, istituzionale, giuridico e sociale in cui i cittadini europei possano fruire di livelli assistenziali condivisi³⁵. Invero, la Direttiva 2011/24/UE stabilisce che i cittadini-pazienti europei possano accedere alle prestazioni sanitarie in tutti gli Stati membri dell'Unione, sancendo il principio di libertà di scelta rispetto al luogo e alla struttura sanitaria di erogazione.

La libertà di scelta dei cittadini-pazienti, tuttavia, spesso non considera né l'efficacia-appropriatezza né i costi che i sistemi sanitari nazionali devono sostenere per l'erogazione di quelle prestazioni. In quest'ottica, sia i diritti fondamentali (individuali) sia i diritti sociali hanno un costo per la collettività che deve essere considerato nel definire le regole di accesso all'interno di un sistema a finanziamento pubblico, atteso che, inter alia, è necessario approntare un apparato amministrativo e organizzativo finalizzato alla tutela e alla garanzia di quei diritti. Ecco, allora, che le aspettative dei cittadini-pazienti possono non coincidere con gli obiettivi di programmazione e di erogazione che i singoli governi ovvero le singole autorità sanitarie regionali si prefiggono di realizzare³⁶. Da un lato, quindi, i cittadini-pazienti che manifestano le proprie

33. D. Morana, *Diritto alle cure e mobilità sanitaria nell'Unione europea: un banco di prova per l'Europa sociale. Note introduttive*, in D. Morana (a cura di), *L'assistenza sanitaria transfrontaliera*, cit., p. 4.

34. Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

35. In argomento, sia permesso il rinvio a A. Santuari, *Profili giuridici di tutela del paziente e diritto alla mobilità sanitaria. Opportunità e vincoli finanziari*, in «Giustizia Amministrativa» (www.giustamm.it/), 2014, e a A. Santuari, *Il diritto (transfrontaliero) alla salute e la crisi del welfare state. Diritti individuali versus equità e solidarietà dei sistemi sanitari nazionali?*, in «Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale» (RDSS), n. 4, 2016, pp. 657-684.

36. Sul tema, si vedano M. Frischhut, R. Levaggi, *Patient mobility in the context of auste-*

aspettative in merito al percorso assistenziale e, dall'altro, le autorità sanitarie nazionali chiamate a operare valutazioni di natura economico-finanziaria ed etica³⁷. I sistemi sanitari, infatti, devono garantire un accesso equo e universale alle prestazioni a tutti gli assistiti/assicurati per i quali i professionisti accreditati esprimono una valutazione di appropriatezza clinica, obiettivo che potrebbe essere compromesso da una aspettativa di piena «libertà di movimento» dei cittadini oltre confine, che incide direttamente sull'efficacia delle attività di programmazione attuate dai sistemi sanitari³⁸ e, in ultima analisi, sulla loro sostenibilità³⁹.

I vincoli sopra richiamati sono l'espressione del diritto nazionale, in quanto spetta alle autorità sanitarie degli Stati membri approntare gli strumenti e le procedure per assicurare la fruizione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. In quest'ottica, si registrano le differenze di copertura tra i sistemi sanitari europei, poiché chi proviene da uno Stato con una ampia garanzia di prestazioni assicurate porterà con sé tale dotazione anche oltre confine. Al contrario, il cittadino-paziente che non può fruire di una certa prestazione nel proprio Paese di affiliazione non potrà beneficiare del rimborso delle spese sostenute per ottenere quella prestazione in un altro sistema sanitario dell'Unione europea⁴⁰.

Alla luce di quanto sopra descritto, la possibilità di definire livelli uniformi essenziali delle prestazioni sanitarie da assicurare in ambito eurounitario si scontra non soltanto con la non percorribilità di individuare in capo all'Unione europea una competenza concorrente generale in materia di protezione della salute umana⁴¹, ma altresì con la necessità dei singoli Stati membri di garantire la sostenibilità finanziaria dei propri sistemi sanitari nazionali.

A fronte di queste difficoltà di natura istituzionale e di carattere economi-

city and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case, in «Health Policy», n. 119, 2015, p. 1294.

37. Mette in guardia da un approccio «purely budgetary and economic» nelle scelte pubbliche riguardanti i servizi sanitari, C. Newdick, *Citizenship, Free Movement and Health Care: cementing individual rights by corroding social solidarity*, in «Common Market Law Review», n. 43, 2006, p. 1662, ove l'A. richiama la necessità di sistemi nazionali che perseguano il giusto bilanciamento tra i diritti individuali e quelli della comunità.

38. Sostiene che la Direttiva 2011/24/UE abbia determinato un impatto sui sistemi sanitari nazionali anche oltre alla dimensione semplicemente transfrontaliera T. Sokol, *Implementation of the patients' rights directive in England and Ireland: more convergence of social health care systems in the EU?*, in «European Journal of Social Law», n. 3, 2014, p. 186.

39. In argomento, si vedano L. Liaropoulos, I. Goranitis, *Health care financing and the sustainability of health systems*, in «International Journal for Equity in Health», n. 14(1), 2015.

40. Così dispone l'art. 7 della Direttiva 2011/24/UE.

41. Sul tema, si rinvia a F. Maurano, *La tutela della salute tra regionalismo italiano e diritto comunitario*, in M. Ricca, L. Chieffi (a cura di), *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Quad. Formez, Roma, 2005, p. 86.

co, rimane comunque da registrare che l'Unione europea può esercitare un'azione complementare, di coordinamento e di stimolo, che può contribuire alla realizzazione del "modello sociale europeo". In questo senso, possono essere rafforzate le reti europee di riferimento, possono essere potenziati i meccanismi di *soft law*, anche attraverso il modello del metodo aperto di coordinamento⁴², nonché possono essere sostenuti i programmi di sostegno finanziario agli Stati, finalizzati al conseguimento di taluni specifici obiettivi di interesse comune a tutti gli Stati membri⁴³. Dalla combinazione di queste azioni si può forse sperare di poter giungere alla definizione se non di livelli essenziali, almeno di livelli "minimi" di assistenza sanitaria, in grado di garantire l'effettiva esigibilità del diritto sociale europeo alla salute⁴⁴.

7. Osservazioni conclusive

Lo stato sociale rappresenta in Europa un'area di policy estremamente rilevante. L'Unione europea individua nella ricomposizione e riallocazione della spesa pubblica una delle politiche più funzionali alla crescita nei paesi europei e lavora attivamente con il metodo del coordinamento aperto nella direzione di: riconoscere l'importanza degli sforzi compiuti per combattere la diffusione delle pandemie; digitalizzare i sistemi sanitari; assegnare priorità agli interventi e alle azioni di prevenzione delle malattie trasmissibili; promuovere una ripresa economica che possa migliorare le condizioni di salute dei cittadini europei e l'ambiente; rimodellare le politiche redistributive in modo da accrescerne l'efficienza sui risultati di contrasto alla povertà e di riduzione delle disuguaglianze; investire nel potenziamento delle cure territoriali e del welfare a livello locale in una logica di integrazione; rafforzare le componenti di spesa volte all'accumulazione del capitale umano e allo sviluppo dell'economia della conoscenza.

42. Al quale fa espresso riferimento, per quanto attiene alla salute, l'art. 168, par. 2 (primo e secondo periodo) del TFUE.

43. Al riguardo, si veda il Terzo programma d'azione dell'Unione europea in materia di salute (per gli anni 2014-2020), con obiettivi generali che comprendono la riduzione delle disuguaglianze in materia di salute, lo sviluppo della sostenibilità dei sistemi sanitari, l'incoraggiamento all'innovazione.

44. In questa prospettiva, degna di nota è la sentenza della Corte di giustizia dell'Unione europea del 9 ottobre 2014, C-268/13 (*Petru*), in cui i giudici di Lussemburgo hanno ribadito che le autorità sanitarie nazionali non possono impedire il rimborso delle spese sanitarie, sostenendo che sono disponibili cure identiche o con lo stesso grado di efficacia nello Stato membro di residenza, sotto il profilo della insufficienza delle attrezzature specifiche o delle competenze specialistiche, di farmaci e materiali medici.

Negli ultimi anni le politiche sanitarie europee stanno prendendo atto che la nuova parola d'ordine del cambiamento è fare rete, investendo nel rafforzamento di tutte le reti territoriali di welfare locale, in una logica di integrazione non solo sanitaria ma anche sociosanitaria, in particolare a favore dei pazienti affetti da malattie croniche. L'obiettivo è quello di creare un sistema di servizi integrato orientato secondo la logica del *population health management* verso il miglioramento della salute non solo dei pazienti ma della popolazione di riferimento⁴⁵. La direzione intrapresa prevede di far crescere la medicina di iniziativa guidata dalle tecniche di stratificazione del rischio, un'assistenza di tipo multidisciplinare dove si sviluppino forme di *case management* multispecialistico capaci di migliorare la presa in carico di pazienti multimorbosi e dove si punti a un crescente coinvolgimento del paziente anche attraverso le applicazioni informatiche di *mHealth*. Per far questo occorre investire in tre motori del cambiamento.

In primo luogo, l'investimento in tecnologie informatiche per una completa digitalizzazione dei servizi. In secondo luogo, la formazione. È necessario formare più medici capaci di fornire cure più ampie che coinvolgano un numero maggiore di discipline e soprattutto capaci di operare in molteplici ambiti assistenziali, potenziando la pratica clinica non solo presso l'ospedale di insegnamento ma anche in ambito territoriale. In terzo luogo, le risorse. Investire in salute deve tornare a essere fondamentale per la crescita economica e sociale del paese e occorre ricordare che si investe in salute non solo aumentando la spesa sanitaria, proprio perché la salute è un obiettivo di lungo termine che richiede politiche pubbliche integrate che migliorino l'accesso ai servizi sanitari ma anche il contesto sociale e ambientale in cui i cittadini vivono.

Questi tre motori del cambiamento sono ormai considerati prioritari in tutti i sistemi sanitari europei, i quali, nonostante persistano differenze ampie nei modelli organizzativi e nei risultati di salute ottenuti condividono la medesima necessità di (ri)organizzare i propri sistemi sanitari affinché possano erogare servizi e prestazioni non soltanto appropriati ma rispondenti alla domanda di salute sia dei propri assicurati sia dei cittadini-pazienti provenienti da altri sistemi sanitari. Nonostante la competenza legislativa e organizzativa riconosciuta ai singoli Stati Membri in materia di sanità, risulta evidente la progressiva "espansione" dell'intervento comunitario in questo settore. In questa prospettiva, la Direttiva 2011/24/UE, non potendo assicurare un coordinamento delle diverse legislazioni nazionali, ha agito nel senso di riconoscere ai cittadini-pazienti europei il diritto di accedere alle cure "oltre confine". È necessario

45. B.M Steenkamer *et al.*, *Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature*, in «Popul. Health. Manag.», vol. 20, n. 1, 2017, pp. 74-85.

osservare che ci si trova di fronte a “cambiamenti strategici”, che implicano altresì una revisione dei sistemi di protezione sociale e di tutela della salute. Se, da un lato, i sistemi sanitari nazionali dovranno essere sempre più in grado di garantire un efficace ed efficiente coordinamento tra soggetti pubblici, imprese e organizzazioni non profit, dall’altro, essi dovranno far fronte alle (ancora contenute) richieste di cure transfrontaliere, con la conseguenza domanda di livelli uniformi di prestazioni e servizi sanitari.

È indubbio che il diritto sociale alla salute sia definito nel suo effettivo contenuto da ciascun Stato membro e che, quindi, “circola” nello spazio europeo senza incontrare restrizioni nell’ottica di libera circolazione dei cittadini. Tuttavia, esso non è oggetto di pretesa di uniformità a livello eurounitario, dato che non riceve alcuna conformazione giuridica⁴⁶. Per contro, le disposizioni contenute nel TFUE e nella Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea ribadiscono alcune indicazioni “programmatiche” dell’azione delle istituzioni comunitarie, nel senso di realizzare le finalità tipiche del modello sociale europeo, tra cui spiccano la giustizia sociale, la solidarietà e il progresso sociale, nonché la lotta contro l’esclusione sociale. Non mancano, pertanto, le dichiarazioni di principio e di obiettivi: a mancare, sembrano, piuttosto, gli strumenti per la loro realizzazione, che spesso ostacolano, se non addirittura, vanificano le ambizioni di costruire un “sistema sanitario europeo”. Al fine di superare l’attuale sistema di riparto delle competenze in materia sanitaria, l’Unione europea ha comunque a disposizione – come evidenziato – alcune leve, che nel prossimo futuro potrebbero essere ancora meglio sfruttate. Tra queste possono annoverarsi i meccanismi di *soft law* e di governance meno invasivi e più efficaci dei mezzi tradizionali in quanto prevedono la partecipazione degli Stati in contesti in cui vengono scambiate esperienze, modelli e messe in rete delle politiche nazionali secondo un approccio “*bottom up*”⁴⁷. Si tratta di un metodo di lavoro che può ritenersi particolarmente utile nei settori in cui l’Unione europea è priva di proprie competenze specifiche e che può aiutare l’incontro tra le *best practices* degli Stati membri, che potrebbe infine approdare a uno spontaneo processo di uniformazione dei diritti sociali.

46. M. Mengozzi, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza*, cit., p. 205.

47. Tipico strumento di *soft law* è rappresentato dal metodo aperto di coordinamento, cui fa esplicito riferimento, per quanto attiene alla sfera della salute pubblica, l’art. 168, par. 2 (primo e secondo periodo) del TFUE.

Un modello sociale europeo?

Il volume raccoglie alcuni contributi presentati durante il Ciclo di Seminari *Un modello sociale europeo? Itinerari dei diritti di Welfare tra dimensione europea e nazionale*, organizzato dal Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna. Il dialogo interdisciplinare si è posto l'obiettivo di indagare le problematiche connesse ai diritti sociali e ai sistemi di welfare, tanto dalla prospettiva sociologica, quanto da quella giuridica ed economica. A tal fine, i singoli contributi si configurano come tappe di un percorso che analizza in profondità gli itinerari e le declinazioni dei diritti sociali nel rapporto tra azione dell'Unione Europea e configurazione dei sistemi di protezione sociale nazionali, con specifico riferimento a quello italiano. Entro tale percorso di riflessione su assetti e processi evolutivi dei diritti sociali in chiave di europeizzazione, si approfondiscono temi quali la tutela della salute, la condizione lavorativa, le disuguaglianze territoriali.

Scritti di: M. Alberio, C. Beckett, M. Belletti, V. Borghi, F. Chicchi, G. Di Federico, M. Giovannetti, C. Golino, A. Martelli, A. Maturo, E. Menegatti, A. Parenti, L. Pasqui, A. Santuari, C. Ugolini.

Claudia Golino è professoressa ordinaria di Diritto Pubblico e Direttrice del Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia presso l'Università di Bologna. Le sue principali ricerche sono rivolte a tematiche incentrate sull'intervento pubblico a livello europeo e interno e a particolari ambiti (servizi pubblici, ordinamento professionale, finanza pubblica, sviluppo economico e territorio).

Alessandro Martelli è professore ordinario di Sociologia Generale presso l'Università di Bologna, ove dirige il Centro Interdisciplinare di Ricerca sui Diritti Sociali (CRIDS). Svolge attività di ricerca nel campo della trasformazione dei sistemi di welfare e dell'organizzazione locale delle politiche di protezione sociale.