CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno VIII, n. 16, 2023

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Fabrizio Greco

Staff di supporto alla Redazione
Giuseppina Della Sala, Federica Graziano, Luca Manunza, Andrea Postiglione

Staff di supporto alla Redazione per le attività di internazionalizzazione
Lucio Castracani, Laura Giovinazzi

Coordinamento redazionale
Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli)

Comitato di redazione
Manuel Anselmi (Unitelma Sapienza), Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm),Tugba Basaran (Kent University), Davide Caselli (Università Milano-Bicocca), Valentina Castellini (Università di Toronto), Alberto De Nicola (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Nick Dines (Robert Schuman Centre – European University Institute), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Alessandro Mazzola (University of Liège),Domenico Perrotta (Università di Bergamo),Valeria Piro (Università degli Studi di Milano), Ciro Pizzo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre)

Comitato scientifico
Maurizio Bergamaschi (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Emiliano Bevilacqua (Università del Salento), Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain-la-Neuve), Sandro Busso (Università degli Studi di Torino), Alessandro Dal Lago (già professore presso Università di Genova), Davide De Sanctis (Università degli Studi Federico II – Napoli), Vincent Dubois (Université de Strasbourg), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Domenico Fruncillo (Università degli Studi di Salerno), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Giulio Moini (Sapienza Università di Roma), Carlotta Mozzana (Università Milano-Bicocca), Laurent Mucchielli (CNRS – Centre national de la recherche scientifique), Fabio Quassoli (Università di Milano Bicocca), Salvatore Palidda (già professore presso Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS – Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles), Giuseppe Ricotta (Sapienza Università di Roma), Francesca Vianello (Università degli Studi di Padova)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

CRITICA DELLA RAGIONE VALUTATIVA

A cura di Davide Borrelli

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Piazza Don Enrico Mapelli, 75
20099 – Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca – Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 – 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9791222309729
Issn: 2499-7641

© 2023 – MIM EDIZIONI SRL
Piazza Don Enrico Mapelli, 75
20099 Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 21100089

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale: la vita messa alla prova
di Davide Borrelli 7

MAPPE

Il sottile legame tra la concezione neoliberista dell' istruzione e l'insegnamento per competenze
di Fiorenzo Parziale 19

La valutazione della disabilità nelle politiche inclusive delle organizzazioni aziendali
di Brunella Iengo, Domenico Napolitano, Luigi Maria Sicca 43

La critica della valutazione nelle politiche della conoscenza, dell'educazione e del Workfare
di Roberto Ciccarelli 59

Du Baccalaureat comme visa pour l'enseignement superieur a parcoursup comme portefeuille de competences?
L'evolution des critères d'évaluation des candidatures dans l'enseignement supérieur à l'heure de Parcoursup
di Erwan Lehoux 83

ROTTE

Nel campo del sociale: innovazione, valutazione e determinazione delle condotte
di Anna D'Ascenzio e Stefania Ferraro 99

Precarietà, spaesamenti, (dis)appartenenze.
Soggettività accademiche migranti nell'Europa del Covid-19
di Franco Palazzi e Carla Panico 123

La professione medica: tra dimensione europea del diritto sanitario, governance e valutazione
di Sarah Otera 149

RILIEVI

Le prove invalsi come emblema della nuova scuola neoliberista: due *case studies*
di Antonio Zapelli 163

Il Rav come documento strategico.
Alcune riflessioni critiche
di Elisa Fiaccadori 181

WUNDERKAMMER

La settimana della sociologia a Unisob: per una critica alla ramificazione della ragione neoliberista
di Giancarlo De Marco 193

TRAVELOGUES

Moral panics
di Andrea Caroselli e Pasquale Schiano 213

Sarah Otera

LA PROFESSIONE MEDICA: TRA DIMENSIONE EUROPEA DEL DIRITTO SANITARIO, GOVERNANCE E VALUTAZIONE

Abstract:

This essay sets itself the ambitious objective of analysing the very delicate topic of the Right to Health from its European perspective, capturing data and historical moments that concerned not only Italy, but also other European countries. The preliminary analysis of the components of common and heterogeneous health services in individual States will be accompanied by jurisprudential and doctrinal aspects that concern the health topic, as well as the most recent legislative choices, adopted not only in the Italian peninsula. There will be no shortage of insights into the reactions of individual member States in dealing with the latest dramatic pandemic that has shocked the entire planet: Covid-19 pandemic. In conclusion, it is intended to outline some final considerations regarding the next possible evolutions in a subject that constantly changes its characteristic aspects, with reference to the evaluation system too.

Keywords:

Healthcare; Humanization; Medical Liability; Evaluation System; Health Services.

1. *Considerazioni introduttive*

Si intende, con il presente saggio, affrontare l'argomento della sanità, nelle sue molteplici forme, quindi, pubblica e privata, cercando di coglierne gli aspetti più problematici e le caratteristiche intrinseche, avendo come riferimento le varie realtà esistenti nei singoli Stati membri. Preliminarmente, verranno analizzate le modalità di accesso alle cure medico-sanitarie nei singoli Stati membri, pur se parzialmente, data la vastità dei dati che permeano l'argomento.

Lo studio di una materia multidimensionale dei sistemi sanitari negli attuali 27 Paesi[1] dell'Unione europea risulta, pertanto, complesso e, proprio per questo, di grande interesse.

Dopo aver colto le dinamiche essenziali che le realtà sanitarie europee vivono, ci si muoverà verso lo studio dei profili di responsabilità a cui i professionisti sanitari devono dare risposta, concentrando l'attenzione, soprattutto, sulla figura del medico a livello europeo, non solo italiano.

La comparazione tra i vari sistemi appare funzionale per evincere eventuali punti di forza e lacune della materia sanitaria, la quale pone degli interrogativi rimasti, talvolta, irrisolti, non solo per i giuristi più esperti, ma anche per i legislatori sul piano nazionale. La salute è, infatti, un bene primario da cui può dipendere, perfino, la permanenza in vita di una persona. Inoltre, fattori culturali e condizioni sociali di provenienza possono, di certo, incidere sulle possibilità di accesso alle cure.

I servizi assistenziali devono poter essere pienamente esigibili da parte di ogni individuo. Le competenze dell'Unione Europea e delle sue istituzioni in materia di sanità pubblica sono, così, innegabilmente riemerse con la pandemia da *Covid-19*, e le varie reazioni che i singoli Stati membri hanno avuto nell'approccio all'emergenza hanno consentito di ridiscutere i limiti e le prerogative, laddove presenti, delle prime rispetto ai secondi.

Dopo la preliminare ricerca circa l'esistenza o meno di un modello concettuale di sistema sanitario europeo, si individueranno le linee di un Servizio Socio-Sanitario Nazionale pubblico, che andrebbe raccomandato come sistema ideale per qualsiasi nazione (Garattini, Finazzi, Nobili, Remuzzi 2022), nonché, si cercherà di descrivere i processi valutativi in atto applicati nel SSN nel momento in cui si scrive.

Non si intende, di seguito, analizzare le derive cui la pandemia da *Covid-19* ha condotto, quanto piuttosto le lacune o, al contrario, i punti di forza degli attuali principali sistemi sanitari.

2. *I sistemi sanitari e l'organizzazione sanitaria in Europa*

La *governance* sanitaria, nonché la risposta pandemica comune dell'Unione europea nel settore sanitario, hanno evidenziato limiti e criticità, che hanno impedito un'azione efficace a livello sovranazionale (Ceron, Palermo, Salpietro 2020, p. 1).

1 Nel corso del saggio, ci si riferirà alla procedura di recesso, operata dal Regno Unito e resa ufficiale nel febbraio 2020.

Il diritto alla salute potrebbe, di certo, essere fatto rientrare nella libertà di circolazione riconosciuta ai cittadini europei, precisando, tuttavia, che nel campo sanitario, l'Unione esercita una competenza di solo "sostegno" (Nato 2016, pp. 576-590), ossia svolge azioni volte a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri[2].

Non si può prescindere, in un approccio, seppur cauto, sicuramente alquanto ambizioso riguardante il macro-tema Sanità, anche a causa del fatto che esso investe diversi campi di ricerca, dal citare le parole di un noto costituzionalista, da cui una delle più recenti riforme prende il nome. Si tratta dell'*ex* ministro della salute Renato Balduzzi, il quale sceglie di aprire una delle sue monografie (Balduzzi 2009, p. 11), riconoscendo il legame indissolubile tra il diritto alla salute e la Carta costituzionale italiana, unico diritto espressamente qualificato nella Costituzione del 1948[3], come intuibile risposta all'immediato secondo dopoguerra.

Come sottolineato nella breve introduzione al presente saggio, le politiche sanitarie necessitano di un'analisi comparativa, che possa far emergere eventuali asimmetrie ed esigenze di uniformità in una materia, superfluo ribadirlo, assai delicata. I vari modelli nazionali, talvolta, seguono modalità accentrate o, di contro, decentrate, più o meno efficienti nell'offerta, ma che rimarcano quanto i veri "registi" dei trattati europei, alle cui norme si farà di seguito riferimento, siano gli stessi Stati membri.

Questi ultimi non hanno mai inteso cedere del tutto la propria sovranità alle istituzioni europee e al potere sovranazionale. Di conseguenza, il potere del singolo Stato prevale in una primazia innegabile sulle istituzioni europee, affermazione a cui l'attuale pandemia, i cui esiti sono ancora in corso al momento in cui si scrive, ha inteso dare conferma. Tale risposta storica non può, d'altra parte, far colpevolizzare l'Europa di eventuali inefficienze del sistema, dagli Stati stessi create.

L'Unione europea, come autorevoli autori affermano (Fragola 2017, p. 87), nasce come una scommessa di pace e di sicurezza tra i popoli, come un investimento verso un futuro più sereno alla luce del vicino conflitto mondiale, appena vissuto al momento della stipula dei primi accordi tra i sei Paesi firmatari iniziali: Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Belgio e Lussemburgo.

2 Ciò risulta evidente dalla lettura coordinata degli articoli 4 e 5 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, che esprimono principi generali del diritto europeo.

3 Per facilità del lettore, si intende di seguito riportare il testo dell'articolo 32 della Costituzione italiana: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

Gli esperimenti sociali, nonché, le diversità dei singoli contesti sanitari hanno successivamente consentito, pertanto, di escludere che possa parlarsi di una disciplina comune sul piano euro-unionale per i singoli Stati membri.

Pochi dubbi sorgono circa l'art. 168 TFUE[4], in quanto, in materia sanitaria è salvaguardata la sovranità nazionale. Si intende ribadire, di conseguenza, che la posizione dei singoli Stati è, dunque, di assoluta predominanza rispetto alle istituzioni europee.

Qualità e sicurezza nell'assistenza alle cure, nonché, etica sanitaria, sono i capisaldi che dovrebbero guidare le varie normative nazionali. I modelli sanitari, elaborati dalla dottrina, classificano in due tipologie i principali modelli assistenziali: beveridgiano e bismarckiano.

Il primo, anche conosciuto come Sistema Sanitario Nazionale – SSN –, fornisce generalmente una copertura universale, con accesso libero ai servizi, erogati in forma gratuita o semigratuita. Si tratta, infatti, di un sistema basato sul finanziamento statale attraverso la tassazione generale, che utilizza infrastrutture di proprietà dello Stato (Fasano, Mignolli, Pace 2016, p. 39).

Il secondo, invece, noto anche come Sistema di assicurazione sanitaria e sociale, prevede che il finanziamento del sistema sanitario sia coperto dai contributi obbligatori per l'assicurazione sociale, versati generalmente sia dai datori di lavoro, sia dai lavoratori.

Da uno sguardo comparativo di insieme, la gestione sanitaria appare essere eterogenea, sia per quanto attiene ai livelli di *governance*, sia per i modelli di finanziamento e copertura dei servizi erogati.

Si parla, così, di *welfare State right to health* nei Paesi di matrice anglosassone, si discute di federalismo sanitario austriaco, al pari del federalismo sanitario svizzero, di sistema bismarckiano tedesco, o di premi assicurativi e di *démocratie sanitarie* per le spese sanitarie in Francia, o di tragedia ellenica in Grecia (Caruso 2014, p. 29), secondo altri autori.

Un'attraente rassegna, quella appena descritta, che consente di cogliere le difficoltà e le limitazioni nel tracciare una linea comune a livello europeo[5] (Nato 2021, pp. 17-36).

A quanto già evidenziato, si aggiunge una spinta sempre maggiore verso la digitalizzazione del settore sanitario, tanto da parlarsi di *E-Health* (Tuzii 2023, p. 2), cioè, di sanità digitale.

---

4 Art. 168, trattato sul funzionamento dell'Unione europea, rubricato Sanità pubblica. Si ricorda che il trattato applicativo delle norme comunitarie è stato modificato dal trattato di Lisbona, entrato in vigore nel 2009, che ha inteso rimodulare l'intero apparato normativo sulla base delle più recenti esigenze storiche.

5 «In the EU legal system, member States control the configuration and distribution of social rights. Member states have the role of "Lord of Solidarity"».

Il diritto alle cure e il diritto alle offerte sanitarie sono, inoltre, strettamente connessi al diritto di cittadinanza e al diritto di voto. In Italia, la cittadinanza europea si va ad aggiungere alla cittadinanza nazionale e la partecipazione dei cittadini in sanità consente di narrare di eventuali aporie di partecipazione (Cervia 2014, p. 114).

3. *Le diverse variabili della sanità pubblica e privata*

Il dibattito sulla scena giurisprudenziale e dottrinale italiana ha vissuto una virata in favore dell'eliminazione della depenalizzazione della colpa lieve, operazione frutto di quanto portato avanti dal precedente decreto Balduzzi, con l'introduzione dell'art. 590 *sexies*[6] nel codice penale italiano, a seguito delle innovazioni legislative apportate dalla legge Gelli-Bianco, L. n. 24 del 2017.

Tra i professionisti sanitari, il medico, così, si è ritrovato a dover rispondere di eventuali ipotesi delittuose, se e solo se, il comportamento illecito sia associato al mancato rispetto di linee-guida e di buone pratiche clinico-assistenziali, e, di conseguenza, qualificabile come imperizia sanitaria.

Chi ha prestato il giuramento di Ippocrate deve, pertanto, "sottostare" a delle direttive di comportamento che non possono essere disattese. Richiamando, a livello esemplificativo, una recente pronuncia, la Corte Costituzionale italiana, con la sentenza n. 30 del 2022, ha inteso dare risposta alla richiesta di un giudizio di legittimità costituzionale, proposto in via incidentale, sul tema del regime carcerario e sul diritto alla salute nelle carceri italiane[7], talvolta, vittime di sovraffollamento[8].

---

6 Per completezza espositiva, di seguito si riporta il dispositivo dell'articolo sopra citato:
«Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

7 Sul punto, giova qui riportare l'articolo iniziale del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, rubricato *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*. Esso intende affermare la tutela del diritto alla salute anche nelle più fragili situazioni carcerarie. Si ricorda al lettore che il decreto, qui richiamato, ha inteso operare una regionalizzazione della sanità nella penisola italiana.

8 Corte Costituzionale, sentenza del 27 luglio 2022, n. 30.

I profili di responsabilità del personale sanitario si esprimono, di conseguenza, sia sul piano civile, che penale e risarcitorio (Tassone 2021, p. 14 ss.), ma la presente analisi è lontana dal voler affrontare anche tali aspetti[9] (Di Pirro 2017).

Dopo questi brevi cenni sulla responsabilità del medico in Italia, l'oggetto della presente disamina intende muovere il perno della discussione sulle caratteristiche che, a grandi linee, la responsabilità del medico assume in Europa.

Il sistema sanitario francese è da anni orientato verso la burocratizzazione e la statalizzazione della copertura sanitaria, ed è strutturato su regimi assicurativi obbligatori, mentre il Regno Unito, oggi non più parte dell'Unione europea[10], ha vissuto una scelta governativa di nazionalizzazione del settore sanitario (Pelissero, Mingardi 2010, p. 81 ss.).

Potrebbe suonare alquanto anacronistico parlare del Regno Unito come se facesse ancora parte dell'Unione europea ma il caso anglosassone rappresenta per la scrivente un'imprescindibile piazza che ha dato vita ad un mercato sanitario pacificamente *sui generis*.

Di fianco ai precedenti due modelli, concisamente descritti, si affiancano le variazioni strutturali e la crescente privatizzazione del mercato ospedaliero tedesco (ivi, p. 105, *ss.*), che la pandemia da *Covid*-19, avendo un impatto enorme sul funzionamento degli Stati, e creando una situazione senza precedenti, ha visibilmente messo in crisi (Sirena 2020, p. 561 ss.).

> Gli Stati membri possono legittimamente limitare specifici principi o libertà fondamentali mediante provvedimenti eccezionali finalizzati a proteggere la vita e la salute umana, purché essi siano strettamente necessari e proporzionati, siano temporalmente circoscritti alla durata della crisi e alle sue immediate ricadute e siano assoggettati a un regolare controllo da parte delle istituzioni parlamentari e giudiziarie (ivi, p. 561).

I principi fondamentali devono, quindi, essere integralmente rispettati, come indicati dall'*European Law Institute* (*ELI*), organizzazione indi-

9 L'analisi dei compiti dei medici penitenziari richiederebbe, infatti, un approfondimento ulteriore che possa cogliere anche gli obblighi di sorveglianza clinica su soggetti che necessitano di assistenza medica continuativa, e l'immediato isolamento dei soggetti sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose. Si rimanda, pertanto, al capitolo dedicato alla figura del medico penitenziario contenuto in Di Pirro 2017, p. 185 ss.

10 Si ricorda al lettore che il Regno Unito non è più parte dell'Unione europea ufficialmente dal primo febbraio 2020, a seguito della conclusione della complessa procedura di recesso, regolata ai sensi dell'art. 50 del trattato dell'Unione europea.

pendente e senza scopo di lucro, che è stata istituita per favorire concretamente lo sviluppo del diritto europeo, offrendo un quadro riepilogativo di alcune questioni giuridiche, che sono emerse dalla crisi provocata dal SARS-CoV-2.

I principi, di cui si dibatte, sono 15 basilari norme, emanate da *ELI*, e finalizzate a guidare gli Stati e le altre istituzioni a far sì che la loro azione sia completamente conforme al principio di legalità e ai valori democratici, in cui il diritto alla salute trova una valida collocazione.

4. *I processi valutativi in atto nel Sistema Sanitario Nazionale*

Si intende, con il presente paragrafo, riferirsi al lavoro di illustri studiosi che hanno arricchito notevolmente il panorama dottrinale sul tema sanitario, offrendo notevoli spunti di riflessione.

Il primo autore, la cui disamina è risultata assai efficace e attinente alle presenti considerazioni, è Gavino Maciocco, il quale dedica il proprio scritto, i cui caratteri si riportano in breve, a tutti gli studenti della Facoltà di Medicina. Egli, partendo dall'analisi storica del moderno sistema sanitario, successiva alla rivoluzione industriale, muove l'analisi su temi quali la nascita del *National Health Service* e dei sistemi beveridgiani, sul concetto di *welfare*, sull'OMS[11], sull'accesso alle cure come affermazione di una *élite*, sull'accostamento tra globalizzazione e salute e, infine, sull'epidemia delle riforme sanitarie che ha investito, non solo l'Europa, almeno negli ultimi vent'anni[12].

Egli descrive, infatti, il c.d. "imperialismo unitario", evidenziando come un rapporto, pubblicato dall'OMS, nell'ormai lontano 2001, abbia dimostrato che:

> l'estrema drammaticità dello stato di salute delle popolazioni dei paesi poveri, le notevoli diseguaglianze presenti all'interno di questi paesi sia nella salute sia nelle condizioni socioeconomiche, e individua la necessità di una nuova strategia globale per migliorare la salute di questi paesi che coinvolga sia i paesi poveri sia quelli ricchi e, all'interno dei paesi poveri, sia i governi nazionali sia la società civile (Maciocco 2009, p. 42).

11 Organizzazione mondiale della sanità, nata nel 1948, con sede a Ginevra.

12 L'approfondita analisi, di cui si citano solo i tratti salienti, è stata portata avanti da Gavino Maciocco, Docente di Igiene e sanità pubblica presso l'Università degli Studi di Firenze, promotore e coordinatore del sito *web* Salute internazionale.info e direttore della rivista quadrimestrale Salute e Sviluppo.

L'interrogativo che sorge, quindi, spontaneo riguarda i principali cambiamenti, non solo da un punto di vista giuridico, ma anche sociologico e metodologico, nella fornitura di servizi sanitari da parte dei singoli Stati membri e nell'accesso alle cure da parte dei cittadini europei, in questo arco temporale di oltre un ventennio.

Molteplici le possibili risposte: la globalizzazione, che ha, certamente, accompagnato la salute, come un validissimo e inseparabile soprabito; la crescita esplosiva di alcune malattie, vedi, ad esempio, le malattie croniche, che è stata, invece, un fenomeno comune a tutti i paesi, i quali stanno sperimentando una fase di rapido cambiamento nei consumi e negli stili di vita; la liberalizzazione del commercio mondiale che ha, indubbiamente, favorito questo tipo di evoluzione.

L'evoluzione in questione ha condotto ad una "epidemia di riforme", che ha riguardato le più evidenti trasformazioni dei sistemi sanitari degli Stati europei, ma che ha tagliato fuori, come di consueto ci si permette di affermare, i Paesi poveri, come quelli africani, i quali non hanno smesso di incassare un tragico *bottino,* composto da problematici, nonché, spinosi dati, inerenti elevati tassi di mortalità dei bambini e di mortalità materna.

L'appena descritta dicotomia – *povertà sta a malattia come ricchezza sta a terapie e cure* – non ha mai cessato di esistere. La digitalizzazione, recentemente affermatasi con forza, ha spalleggiato e supportato l'encomiabile e lodevole lavoro di tutti i camici bianchi.

Non lontana dalle conclusioni a cui è giunto Maciocco, la Docente Monica De Angelis[13] ha inteso valutare la deriva che il sistema sanitario italiano sta affrontando nelle varie modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Infatti, in uno degli ultimi scritti, niente affatto anacronistico, e di cui, di seguito, si propongono poche esemplificative righe, ha affermato la comune difficoltà di ogni studioso, che si approcci alla materia sanitaria, di fornire una risposta univoca, riguardante la direzione intrapresa negli ultimi anni, in un tema più volte qualificato come "polisemico", che necessariamente deve essere inteso e declinato come sinonimo di tutela del cittadino, ed equiparato alle cure e all'assistenza garantite[14].

---

13 Monica De Angelis insegna diritto amministrativo presso la Facoltà di Economia dell'Università politecnica delle Marche. La sanità rappresenta solo uno dei settori che coinvolgono molte delle sue ricerche.

14 Sul punto, si veda la tesi del *Master* Alti Studi Europei (Università degli Studi di Messina), ad oggetto *Healthcare in Europe*: *la sanità in Italia alla luce della dimensione europea* di Sarah Otera, 2021, p. 68.

Le spinte comunitarie, scontrandosi con le opposte rigidità nazionali, hanno, tuttavia, trionfato con ricadute, inoppugnabilmente vantaggiose, delle regole imposte sull'assistenza sanitaria transfrontaliera.

La Corte di giustizia ha ritenuto che gli Stati membri sono liberi di definire criteri o condizioni per l'autorizzazione preventiva, nel caso di pazienti che chiedano cure sanitarie nello Stato membro di affiliazione (De Angelis 2012, p. 104).

> La Corte ha, inoltre, affermato che tale programmazione mira a garantire un accesso sufficiente e permanente a un insieme equilibrato di cure ospedaliere di qualità nello Stato membro interessato. Inoltre, essa contribuisce a soddisfare il desiderio di controllare le spese e di evitare, per quanto possibile, ogni spreco di risorse finanziarie, tecniche e umane (ivi, p. 105).

Si riportano, infine, per trarre delle seppur non definitive conclusioni, le brillanti quanto recentissime osservazioni di Carlo Bottari[15], circa gli errori compiuti e i limiti esistenti nel mondo assistenziale.

Al riguardo, uno dei primi errori lamentati dall'autore è stato la mancata realizzazione della riforma avviata dal legislatore italiano nel 2012 ma, successivamente, accettata con scarso entusiasmo dai legislatori regionali e, in particolare, dalle associazioni sindacali di categoria.

Su queste basi, per Bottari, assistenza sanitaria e assistenza sociale convergono, di conseguenza, e trovano un obiettivo comune nelle diverse forme di medicina territoriale – di impronta regionalistica – per il tramite dell'utilizzo di nuove tecnologie, e di efficaci e progressiste risposte terapeutiche.

La regionalizzazione, di cui si è detto in precedenza, operata dal d. lgs. n. 502/92, ha dato vita, in Italia, a una varietà di soluzioni, adottate da ciascuna delle venti regioni italiane, che, facilmente, si prestano a lasciar sostenere la totale inesistenza di un SSN del tutto unico.

Offrire, pertanto, una valutazione olistica ma, pur sempre, rispondente all'approccio personalistico, richiesto di per sé dalle cure, non solo ospedaliere, intese come *therapeia* non è mai, o quasi, un risultato immediato, né facilmente raggiungibile.

---

15 Carlo Bottari è Professore di Scienze Mediche Veterinarie presso l'*Alma Mater Studiorum* presso l'Università degli Studi di Bologna, dove insegna, tra l'altro, Diritto sanitario. *L'assistenza territoriale: nuova centralità dei sistemi sanitari* è stato un testo dedicato alla medicina territoriale italiana, nonché, agli altri sistemi sanitari oggi esistenti, mettendone in evidenza le numerose debolezze, emerse, in maniera lapalissiana ed inconfutabile, con l'emergenza sanitaria da *Covid*-19. Lo scritto, qui richiamato, edito nell'aprile 2022, è contenuto nella collana *Quaderni di sanità pubblica*, diretta da Luciano Vandelli e da Carlo Bottari.

5. *Considerazioni conclusive*

Alla luce delle precedenti considerazioni, quanto emerso giova a far riflettere sulle difficoltà concrete, riguardanti la materia sanitaria, che devono fronteggiare le istituzioni europee, e a cui la pandemia da *Covid-19* ha, inaspettatamente, messo di fronte. Come sottolineato da Patrizia De Pasquale (2020, p. 2295):

> L'Unione Europea è stata, infatti, accusata di non essere intervenuta tempestivamente e, poi, di non aver adottato le misure adeguate. Ciò che sorprende è che tali accuse siano state avanzate non soltanto da ambienti non specialistici e, all'evidenza, funzionali a scopi di mera propaganda politica, quanto anche da accorti giuristi.

Seguendo tali assunti, la scrivente ritiene che tale vana colpevolizzazione delle istituzioni dell'Unione non sia la chiave per dare risposte adeguate ad emergenze sanitarie, come quella da *Coronavirus*, con cui ognuno di noi ha convissuto negli ultimi anni, e ancora in atto, pur in maniera latente e/o, quasi, dormiente, al momento in cui si scrive il presente saggio.

Gli Stati membri hanno, senza dubbio, il potere di disciplinare il settore legato alla sanità, con una funzione integrativa ed accessoria rispetto all'Unione. Trattasi di una competenza qualificata come concorrente sui noti Trattati, ma nei fatti risultato di ingerenze e valutazioni nazionali, che fanno pesare la bilancia più in favore degli Stati rispetto alle istituzioni europee.

L'Unione europea, in conclusione, pur possedendo delle coordinate di indirizzo, è, e resta, abbastanza "debole" nell'approcciarsi al diritto alla salute, non tanto sulla carta dei due storici Trattati, come appena affermato, quanto nella realtà dei fatti (Morana 2022, pp. 229-239).

La revisione del modello di finanziamento delle funzioni sanitarie sarebbe auspicabile, in una prospettiva di innovazione futura, tale da poter modificare le modalità di organizzazione dei servizi sanitari comuni.

L'interesse sanitario, come brevemente richiamato, coinvolge tante categorie di professionisti, in una cornice piuttosto variegata, di cui si spera di aver colto alcuni aspetti di innegabile fascino e attualità, pur avendo intenzionalmente tralasciato l'analisi degli inscindibili nessi tra diritto alla salute e diritto all'ambiente o, ancora, delle recenti dinamiche nelle *medical humanities*[16], affermatesi in America già nei lontani anni Sessanta del secolo scorso, ma giunte solo di recente nella penisola italiana.

16 Le *medical humanities* sembrano essere intraducibili nel linguaggio italiano. L'unico termine che più si avvicina al significato precipuo di *medical humanities* è

Il *Coronavirus* ha, inevitabilmente, fatto breccia nei sistemi sanitari nazionali, facendo emergere le gravi carenze esistenti, derivanti, per esempio, da un mancato adeguamento del piano pandemico, fermo al 2006.

Da circa un decennio si sta assistendo a una vera e propria positivizzazione delle regole in tema di responsabilità medica da parte della giurisprudenza. Il *boom* di contenziosi in ambito medico-sanitario, in parte conseguenti alla c.d. medicina difensiva, o *avoidance behavior* nei sistemi anglosassone e americano, ha fatto risorgere la necessità di analizzare con precisione i risvolti che le ultime riforme hanno avuto.

Infine, la concreta possibilità di ripensare un modello di sanità pubblica a livello sovranazionale sembra stare, ancora, percorrendo una strada incerta e, a tratti, invalida e piena di fisiologici *handicap*, di cui si è tentato di offrire uno sguardo d'insieme, considerandone le molteplici variabili e le, alquanto, tortuose angolazioni.

Riferimenti bibliografici

Adam R., Tizzano A., 2022, *Lineamenti di diritto dell'Unione europea*, Torino, Giappichelli.

Balduzzi R., 2009, *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, il Mulino.

Bottari C., 2022, *L'assistenza territoriale: nuova centralità dei sistemi sanitari*, in *Quaderni di sanità pubblica*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

Caruso E., 2014, *Il diritto alla salute nei sistemi socio-sanitari europei. La tragedia greca*, in «la Rivista delle Politiche Sociali», 2-3, pp. 27-49.

Ceron M., Palermo C.M., Salpietro V., 2020, *Limiti e prospettive della gestione europea durante la pandemia da Covid-19,* LV, n. 228; al link: https://www.centroeinaudi.it/images/abook_file/03BDL228_Ceron_Palermo_Salpietro.pdf

Cervia S., 2014, *La partecipazione dei cittadini in sanità. Italia ed Europa a confronto*, Milano, Franco Angeli.

De Angelis M., 2012, *La complessità dei sistemi sanitari. Problematiche giuridiche del caso italiano*, Bologna, Esculapio.

De Pasquale P., 2020, *Le competenze dell'Unione europea in materia di sanità pubblica e la pandemia di Covid-19*;
al link https://www.dpceonline.it/index.php/dpceonline/article/view/1003

---

quello di umanizzazione delle cure medico-sanitarie, oggetto della tesi di laurea in Giurisprudenza di Sarah Otera. Umanizzare l'*ars curandi* significa, infatti, rivolgere lo sguardo alla relazione tra il professionista medico e il paziente, relazione che dovrebbe essere paritaria ed assicurare un equilibrio tale da rendere l'approccio alla malattia il meno difficile e complesso possibile.

Fasano A., Mignolli N., Pace R., 2016, *Sistemi sanitari nell'Unione europea*, Milano, Mcgraw-Hill.

Fragola M., 2017*, L'Europa dei popoli o degli Stati?*, Cosenza, Pellegrini.

Garattini L., Finazzi B., Nobili A., Remuzzi G., 2022, *Per un modello di sanità: poche e chiare regole del gioco*, reperibile al link: online https://docs.marionegri.it/website/Le%20regole%20del%20gioco%20finale_n.2.pdf.

Maciocco G., 2009, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Roma, Il Pensiero scientifico.

Morana D., 2022, *Verso un diritto euro-unitario alle cure? La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze componenziali dell'Unione*; al link: http://www.cortisupremeesalute.it/article/verso-un-diritto-eurounitario-alle-cure-la-direttiva-sullassistenza-transfrontaliera-tra-obiettivi-ambiziosi-e-debolezze-competenziali-dellunione/

Nato A., 2016, *Il diritto alla salute dei cittadini dell'Unione e l'assistenza sanitaria transfrontaliera: recenti sviluppi*, in Studi sull'integrazione europea, Bari, Cacucci.

Nato A., 2021, *The self-employed and the EU Court of Justice: towards new social protection of vulnerable EU citizens?*, Bari, Cacucci.

Pelissero G., Mingardi A., 2010, *Eppur si muove*, Torino, IBL libri.

Sirena P., Patti F. P., Schulze R., Zimmermann R., 2020, *Diritto privato europeo*, Torino, Giappichelli.

Tassone S., 2021, *Responsabilità della struttura sanitaria per il paziente deceduto con il Covid-19: la prima pronuncia del Tribunale di Torino*, in *Covid-19 e responsabilità del medico e della struttura sanitaria*; al link: https://shopdata.giuffre.it/media/estratti/ESTRATTO_024214916.pdf

Tuzii J., 2023, *La nuova eGovernance sanitaria europea: verso una piena integrazione della digitalizzazione nei sistemi sanitari degli Stati membri*; al link: https://amsdottorato.unibo.it/11002/

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2023
da Puntoweb S.r.l. – Ariccia (RM)