

Andrea Bruscia, Nicola Costalunga

## Diritto alla salute nell'Italia post-pandemica: tra fragilità strutturali e retorica politica<sup>1</sup>

### *Riassunto*

La crisi pandemica si può considerare esaurita. Tuttavia, le sue conseguenze permangono. Mentre durante la pandemia è stato messo in crisi il sistema di valori comuni, nella fase post-pandemica è stata evidenziata una fragilità strutturale dei servizi fondamentali.

La pandemia ha rivelato le carenze del sistema italiano, sottolineando un disallineamento rispetto agli standard del diritto alla salute. Si è osservata una trascuratezza riguardo i *Social Determinants of Health* (SDoH) che, assieme alla qualità dei servizi sanitari e socio-assistenziali di prossimità, influiscono sull'accesso al diritto alla salute. La debolezza dei SDoH collima con l'inefficienza della gestione della cosiddetta "economia fondamentale". Alla base permane il paradigma neoliberista che si ripercuote nel settore sanitario, sempre in precario equilibrio tra propositi politici di rinnovamento ed una strumentalizzazione della ripresa economica post-pandemica.

Questo paper tratta il tema delle fragilità strutturali dei sistemi di welfare durante la fase pandemica, con particolare riferimento a quello sanitario, evidenziando come siano state strumentalizzate dalla retorica politica durante la post-pandemia. Sono inoltre analizzati i temi della cittadinanza sociale e del diritto alla salute in un contesto di crisi della presenza politica.

### *Abstract*

The pandemic crisis can be considered over. However, its consequences remain. While during the pandemic the system of common values was chal-

<sup>1</sup> I §§ 2, 2.1 e 2.2 sono da attribuire a Nicola Costalunga; il § 1 è da attribuire ad Andrea Bruscia. Introduzione e conclusioni sono condivisi.

lenged, in the post-pandemic phase a structural fragility of fundamental services was highlighted.

The pandemic revealed the shortcomings of the Italian system, highlighting a misalignment with the standards of the right to health. Neglect was observed concerning the Social Determinants of Health (SDoH), which, together with the quality of the local health and social care services, influence access to the right to health. The weakness of SDoH coincides with the inefficiency of the management of the so-called “foundational economy”. Underlying this is the neo-liberal paradigm that has repercussions in the healthcare sector, which is always precariously balanced between political intentions of renewal and an instrumentalisation of the post-pandemic economic recovery.

This paper deals with the structural fragility of welfare systems during the pandemic phase, with particular reference to the health sector, highlighting how they have been instrumentalised by political rhetoric during the post-pandemic period. The issues of social citizenship and the right to health in a context of crisis of political presence are also analysed.

*Parole chiave:* diritto alla salute; post-pandemia; cittadinanza sociale; economia fondamentale; sanità di prossimità.

*Keywords:* right to health; post-pandemic; social citizenship; foundational economy; community-based healthcare.

### *Introduzione*

L'attuale momento storico potrebbe essere definito con il termine “ripresa” oppure “crescita”. Sembra ormai finito il tempo della “paura” e della “crisi”. Questa sensazione di ripresa, economica e sociale, si consolida oltre la semplice retorica<sup>2</sup>, avvalorata a sua volta da strumenti di natura economica quali il Recovery Fund (noto anche come NextGenerationEU o NGEU), che molto ricordano passati congegni economici e finanziari quali il Piano Marshall<sup>3</sup>. È chiaro, quindi, che la pandemia è stata valutata di pari gravità alla devastazione della Seconda Guerra Mondiale. E che la ripresa economica post-pandemica sia una priorità politica e sociale.

Nonostante le prevedibili difficoltà di gestione di questi congegni economici, le risorse stanziare risultano ad oggi ingenti.

<sup>2</sup> In particolare la retorica politica e comunicativa dei media.

<sup>3</sup> Mistura 2020; Gabanelli, Taino 2021; Polidori 2022.

Esse rappresentano il possibile *incipit* di una trasformazione complessiva di un sistema economico e sociale messo sotto pressione dalle sfide della contemporaneità, quali quelle tecnologiche, climatiche, nonché di equità e giustizia sociale. Tra le tematiche all'ordine del giorno figurano la rivoluzione verde e la transizione ecologica, la digitalizzazione e l'innovazione, l'inclusione e la coesione, la mobilità sostenibile, l'economia circolare, l'investimento sulla salute – comprese le strutture e le reti di prossimità –, ecc. Questi sono solamente alcuni degli ambiziosi obiettivi che, tramite le missioni dei Piani di Ripresa e Resilienza (PNRR) nazionali finanziati dall'NGEU – missioni che nel caso italiano ammontano a sei –, mirano non solo a creare un'Europa post-pandemica, ma anche a condurre i vari Paesi Europei verso finalità strategiche istituzionali quali la transizione *green*, digitale, sostenibile ed inclusiva<sup>4</sup>. Tali azioni prevedono un approccio ampio verso priorità socio-economiche sul modello del Pilastro Europeo dei Diritti Sociali (European Pillar of Social Rights o EPSR)<sup>5</sup>.

Tuttavia, nonostante l'ingenza delle risorse a disposizione dei governi nazionali, le difficoltà si sono rivelate molteplici. In primo luogo, la pandemia ha dimostrato, in maniera particolarmente evidente nel caso italiano, come una debole struttura socio-economica di partenza abbia reso la ripresa economica estremamente complessa e rallentata. Inoltre, la gestione delle risorse non sempre si è rivelata agevole, rendendo complessa l'attuazione delle missioni del PNRR.

Ciò che la pandemia ha reso altresì visibile è la fragilità di una struttura economica e sociale che negli ultimi trent'anni è stata caratterizzata da un indebolimento strutturale di quella che potremmo definire “economia fondamentale”<sup>6</sup>, in particolare modo di alcune sue aree quali i servizi sanitari, socio-assi-

<sup>4</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze 2021.

<sup>5</sup> Si tratta di una serie di documenti contenenti venti principi, tradotti in azioni concrete atte alla costruzione di un'Unione Europea maggiormente equa, sia nel mercato del lavoro e sia nei sistemi di welfare, ovvero su occupazione, competenze e protezione sociale (European Commission 2021). Per il documento riassuntivo, consultare il sito web: <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>.

<sup>6</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2019; Russell *et al.* 2022.

stenziali ed educativi. Inoltre, sono state messe sotto i riflettori le precarie condizioni dei lavoratori impiegati in questi servizi essenziali<sup>7</sup>.

Per economia fondamentale si intende la base materiale del benessere e della coesione sociale, vale a dire lo spazio economico in cui vengono prodotti e distribuiti beni e servizi essenziali per il benessere individuale e collettivo e che costituiscono l'infrastruttura della vita quotidiana<sup>8</sup>. In breve, l'economia fondamentale si divide in attività provvidenziali (identificabili nei sistemi di welfare), come la salute, l'istruzione, i servizi di assistenza sociale, e in attività materiali (costituite principalmente da beni e servizi), cioè la distribuzione di acqua, gas ed energia, la produzione e la distribuzione di cibo, la casa, i trasporti pubblici, le banche di prossimità, ecc., oltre ad altre risorse che interessano famiglie e comunità. La domanda di questi beni e servizi, inoltre, risulta quasi completamente anelastica, in quanto slegata dai redditi individuali e familiari. Ciò che rientra nei settori dell'economia fondamentale non è sempre facile da definire, poiché i suoi confini sono variabili nel tempo e determinati dai diversi contesti socio-economici<sup>9</sup>. Allo stesso tempo, questi settori sono identificati come vitali per la riproduzione della forza lavoro e della società nel suo complesso<sup>10</sup>. I *diktat* neoliberalisti della privatizzazione, dell'esternalizzazione e della finanziarizzazione, che hanno (apparentemente) reso alcune realtà regionali italiane dei veri e propri *hub* di efficienza, sono stati i primi a cadere sotto la rapida pressione indotta dalla pandemia, "smascherando" la debolezza strutturale di questi sistemi di welfare.

In particolare, il tema della salute, attraverso il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nazionali, è l'oggetto della Missione sei del PNRR. L'importanza che tale settore ha rivestito durante la pandemia, e l'attenzione riservatagli nei programmi nazionali del Recovery Fund, risultano in netto contrasto rispetto al percorso che ne ha determinato il parziale smantellamento

<sup>7</sup> ETUC - Rethinking 2021.

<sup>8</sup> Foundational Economy Collective 2018; Collettivo per l'Economia Fondamentale 2019; 2020; Russell *et al.* 2022.

<sup>9</sup> Foundational Economy Collective 2018.

<sup>10</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2022.

strutturale e indebolimento organizzativo, specialmente su scala territoriale, nell'ottica di un progressivo processo di privatizzazione e di massimizzazione della redditività di breve periodo<sup>11</sup>.

Questo paper vuole trattare il tema delle fragilità strutturali presenti nei sistemi di welfare durante la fase pandemica, con particolare riferimento a quello sanitario, evidenziando come le stesse siano state strumentalizzate dalla retorica politica durante la fase post-pandemica. Verranno inoltre considerati i temi della cittadinanza sociale e del diritto alla salute in un contesto di crisi della partecipazione politica e di debolezza della cosiddetta "economia fondamentale" che, a loro volta, richiedono l'identificazione di nuovi soggetti in grado di coordinare gli sforzi per un suo eventuale rinnovamento. L'analisi è condotta attraverso il ricorso all'interdisciplinarietà, con particolare riferimento alla filosofia politica e alla sociologia economica, e contiene altresì un'analisi quantitativa dei dati relativi alle vicende pre- e post-pandemia.

La struttura di questo lavoro<sup>12</sup> è così suddivisa: nella prima parte verrà introdotto il tema della salute e la sua evoluzione nel

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> Questo studio si avvale, assieme all'analisi della letteratura scientifica sul tema, di una serie di interviste in profondità semi-strutturate e di un focus group, ciascuno dei quali di diversa durata, condotti tra aprile e agosto 2023 con alcuni rappresentanti delle tre principali confederazioni sindacali italiane (CGIL, CISL e UIL), nonché di interviste semi-qualitative a singole categorie sindacali locali. Nello specifico, sono state condotte delle interviste online ad alcuni rappresentanti sindacali considerati "di vecchio corso", ovvero Emilio Miceli (CGIL, 12.04.2023), Domenico Proietti (UIL, 20.04.2023), e Bruno Manghi (CISL, 22.05.2023), con l'obiettivo di ottenere un quadro storico complessivo della presenza sindacale nei settori dell'economia fondamentale. Il focus group è stato condotto con i rappresentanti nazionali e regionali di FP CGIL, durante un incontro di tre giorni dal titolo "Sindacati ed Economia Fondamentale" (Roma, 30.05, 31.05, 01.06 2023). In questo caso l'obiettivo è stato quello di esplorare il ruolo della categoria della funzione pubblica per comprendere le problematiche di rappresentanza in settori fondamentali quali la sanità e l'ambito socio-assistenziale, oltre che eventuali divergenze intra-confederali sui temi della protezione dei lavori e la qualità e l'accessibilità dei beni e servizi. Le categorie locali intervistate sono state, rispettivamente, la SUNIA CGIL (Vicenza, 28.07.2023), e la UILP (Vicenza, 01.08.2023), con lo scopo di ottenere riscontri di azioni sindacali sul territorio e di approfondire il tema della contrattazione sociale territoriale. In un'ottica complessiva, le interviste ed il focus group, seppur in numero esiguo, hanno avuto la finalità di contestualizzare maggiormente le tematiche inerenti alla partecipazione sindacale nel e per l'economia fondamentale, potendo da esse trarre spunti e dati per successivi studi. La metodologia delle interviste segue l'approccio

corso del pensiero moderno. In particolar modo, verrà presentato il contrasto semantico tra «assenza di malattie e infermità» – formulazione tipicamente ottocentesca e del primo Novecento – e «stato di completo benessere, fisico, mentale, spirituale e sociale», come definito dall’allora nascente Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questo capovolgimento normativo del secondo Novecento porterà ad una nuova concezione del ruolo che il contesto sociale ed economico possiede nell’accesso al diritto alla salute. La seconda parte tratterà il tema del diritto alla salute nel contesto dell’indebolimento dei settori economici e sociali essenziali per il benessere collettivo. Questa parte analizzerà, attraverso l’analisi della letteratura sul tema, l’impatto che la pandemia e la post-pandemia hanno avuto nella trasformazione di alcune aree della cosiddetta “economia fondamentale”. I successivi sottoparagrafi tratteranno, rispettivamente, del caso emblematico delle Case e degli Ospedali di Comunità in un’ottica di comprensione del ruolo narrativo della politica, e del potenziale ruolo del sindacato confederale come coordinatore per il rinnovamento dei settori fondamentali. Le conclusioni presenteranno una sintesi di quanto analizzato attraverso i diversi approcci disciplinari adottati nel corso di questo lavoro.

### *1. Diritto alla Salute e Cittadinanza: le Coordinate Normative della sua Evoluzione*

Il concetto di salute prevede di intervenire sui modi in cui il cittadino esperisce, e allevia, la propria sofferenza. Se, da un lato, la sofferenza sarà sempre legata all’esistenza umana, come sua indelebile condizione, dall’altro, con lo sviluppo dello stato moderno, e ancor di più, con i moderni sistemi di welfare<sup>13</sup>,

delle “responsive interviews” di Rubin & Rubin (2012), che mira ad ottenere un certo grado di flessibilità nella progettazione delle interviste, fornendo la possibilità di cambiare le domande durante l’intervista, e quindi di entrare nei dettagli e nelle esperienze dei cosiddetti “partner conversazionali”. L’obiettivo desiderato è quello di garantire risultati “freschi” e “reali”, conclusioni “equilibrate”, “approfondite”, “credibili” e “accurate”, e un rapporto finale “ricco” di idee, in modo da riflettere il più possibile il “mondo” dell’intervistato.

<sup>13</sup> Murray 1973; Beveridge 1942.

il riconoscimento sociale della salute è stato perseguito come cardine fondamentale del rapporto tra cittadino e Stato. Esso è la base di partenza che permette di analizzare adeguatamente l'esplicitamento, in tutte le sue forme e diramazioni, della salute.

L'individuo diventa cittadino a seguito del riconoscimento di appartenenza dello stesso ad una specifica comunità politica. Ciò è dunque il momento iniziale e fondante della relazione tra individuo e Stato, e da esso si formano le molteplici – dunque possibili – formulazioni della cittadinanza. Nella modernità, la cittadinanza si compone di tre differenziazioni<sup>14</sup>: la cittadinanza civile, ossia il riconoscimento di libertà e diritti come la libertà di pensiero, di espressione e religiosa; la cittadinanza politica, che si riferisce alla partecipazione dell'individuo nelle decisioni della sua comunità di appartenenza; la cittadinanza socio-economica, che riguarda l'accesso a servizi e politiche che permettono all'individuo un'esistenza dignitosa.

La promozione della salute del cittadino comprende la vita delle persone nel processo della loro esistenza e, per questo motivo, sembrerebbe inserirsi unicamente nel *cluster* della cittadinanza socio-economica. Tuttavia, si può dire che il concetto di salute è stato spesso “soffocato” all'interno dell'aspetto sociale della cittadinanza, specialmente nei primi momenti delle società capitaliste. Mediante l'esaltazione di elementi della cittadinanza sociale, come il lavoro e il salario, più rappresentativi e congeniali al ruolo dell'individuo nella società capitalista<sup>15</sup>, la salute è stata subordinata ad un ruolo di cura spesso “approssimativa” del cittadino, affinché quest'ultimo fosse in grado di ritornare, o eventualmente non abbandonare, la propria posizione di lavoratore-salariato. Si pensi ai medici nei primi anni del Novecento che, essendo incaricati e remunerati direttamente dalle aziende, erano maggiormente propensi a fornire diagnosi complacenti alle necessità delle aziende stesse<sup>16</sup>; oppure, sempre nel primo No-

<sup>14</sup> Marshall 1950.

<sup>15</sup> Vedi Arendt 1958, p. 46: «In a relatively short time the new social realm transformed all modern communities into societies of laborers and jobholders; in other words, they became at once centered around the one activity necessary to sustain life».

<sup>16</sup> Abrams 2001.

vecento, alle *national fraternal organizations* negli Stati Uniti, le cui richieste si fondavano principalmente su una compensazione economica in caso di malattia o di impossibilità al lavoro più che ad una copertura sanitaria vera e propria<sup>17</sup>.

Da questa prospettiva, il cittadino, specialmente nel ruolo socio-economico di lavoratore/salariato, rimane ancora agganciato ad una nozione unicamente biomedica di salute: la persona è in salute se si compie una mancanza o un'assenza – che deriva unicamente dalla dualità tra malattia e salute – e il giudice di tale mancanza è esclusivamente la scienza medica<sup>18</sup>. In altri termini, la salute ha un'accezione berlinianamente negativa<sup>19</sup>: la salute di un individuo si compie se non c'è malattia.

Tuttavia, come sottolinea lo psichiatra Sartorius (2006)<sup>20</sup>, tale concezione subordina la persona al solo progresso della scienza medica e, al contempo, tende ad isolare discorsivamente la persona e il suo stato di salute dalla società di appartenenza. Le cure sono legittimate esclusivamente sulla base dello stadio dell'evoluzione scientifica, spesso suscitando ripercussioni sociali estremamente negative.

Un chiaro esempio di tale meccanismo può riscontrarsi nell'evoluzione che ha contraddistinto il trattamento medico e la percezione sociale del disturbo da stress-post traumatico. Trattasi, attualmente, di una malattia incontrovertibilmente riconosciuta come tale, in grado di colpire qualsiasi persona che abbia subito un forte stress o abbia assistito a situazioni atroci o drammatiche. Al riconoscimento, medico e sociale, del disturbo, si è accompagnato lo sviluppo di cure di tipo inclusivo: ad esempio, oggi si ritiene che le terapie di gruppo siano molto efficaci nella cura della sindrome<sup>21</sup>. Le *exposure-based cognitive-behavioral group therapy*, la *narrative exposure therapy*, la *prolonged exposure therapy*, e forme di *interpersonal psychotherapy* oggi

<sup>17</sup> Starr 1982; Rosner, Markowitz 1985.

<sup>18</sup> Dagli anni '60 del Novecento, si aprirà la questione di allargare semanticamente il valore della salute anche da un punto medico. A tal proposito, George Libman Engel proporrà il modello biopsicosociale (Engel 1978).

<sup>19</sup> Berlin 1969.

<sup>20</sup> Sartorius 2006.

<sup>21</sup> Beck, J.G. *et al.* 2011; Hundt, N.E. *et al.* 2015; Resick, P.A. *et al.* 2015.



curano la persona anche sotto una prospettiva sociale, non solo ai fini di un reinserimento efficace nella collettività, ma anche in un'ottica di riconoscimento da parte della collettività stessa. Uno scenario del tutto inverso si profilava, invece, all'epoca della Prima Guerra Mondiale: l'individuo che avesse assistito alle atrocità della Grande Guerra e che avesse manifestato i sintomi del disturbo sarebbe stato definito "scemo di guerra". Lo "scemo di guerra" veniva isolato fisicamente in strutture psichiatriche, spesso "curato" mediante l'elettroshock, e veniva screditato dinanzi all'opinione pubblica. Vi sono non pochi esempi di soldati, afflitti dalla sindrome da stress post-traumatico, passati per le armi<sup>22</sup>. Questo atteggiamento denigratorio era legittimato dalla scienza dell'epoca: teorie, ora superate, di stampo lombrosiano imputavano lo sviluppo del disturbo ad una predisposizione genetica, come se la sindrome dipendesse dalla vigliaccheria insita nei geni del malato e non dalla brutalità della guerra.

Pertanto, è lecito affermare che la concezione unicamente biomedica della salute non esaurisce il perimetro della malattia, e in particolar modo non evoca né la dignità della persona, né la collettività e il suo benessere – come invece avrebbe fatto, solo qualche decennio più tardi, l'articolo 32 della Costituzione Italiana<sup>23</sup> –. Anzi, la nozione di salute, così come accolta a livello internazionale, è ancora ancorata al mero risultato della diagnosi medica a cui l'individuo rimane inevitabilmente dipendente.

Nel secondo Novecento viene invece sancito un capovolgimento normativo verso un riconoscimento olistico della salute umana. Nel 1946, l'Organizzazione Mondiale della Sanità propone una visione olistica della salute dell'individuo. Essa non si riduce più ad una condizione dicotomica tra malattia e salute<sup>24</sup>, ma a uno «stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale»<sup>25</sup>. In aggiunta, viene criticata la concezione unica-

<sup>22</sup> Taylor-Whiffen 2011.

<sup>23</sup> Vedi Costituzione Italiana, art.32: «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. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

<sup>24</sup> Dirindin, Rivoiro 2013.

<sup>25</sup> World Health Organization 1946, para. 1.

mente biomedica della salute: la salute «non è l'assenza di malattia e infermità»<sup>26</sup> ma il «possesso del migliore stato di salute possibile»<sup>27</sup>. Si compie dunque uno spostamento normativo di stampo positivo della concezione della salute umana. La salute esiste se si è in possesso di qualcosa, e non deriva altrimenti da una mancanza.

Nel continuo di questo passaggio, la salute diviene «un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale»<sup>28</sup>. La Costituzione dell'OMS riconosce il valore sociale della salute: all'articolo 2, riguardante le funzioni dell'organizzazione, si sottolinea la rilevanza di «promuovere, in cooperazione con altre agenzie specializzate, ove necessario, il miglioramento dell'alimentazione, del risanamento delle abitazioni, delle strutture sanitarie, del riposo, del miglioramento delle condizioni economiche e di lavoro, dell'igiene dell'ambiente»<sup>29</sup>. Questo aspetto sancisce la fine di un percorso, filosofico e politico, che tentava di ancorare il valore della salute alle condizioni socio-economiche. Infatti, già nel 19esimo secolo, movimenti operai e personaggi di spicco, come Edwin Chadwick, evidenziavano, seppur da una prospettiva unicamente utilitarista, l'importanza di un controllo delle condizioni sociali nel mantenimento della salute umana<sup>30</sup>.

Nel 1948, con la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, si ribadisce ancora l'importanza dei fattori socialmente determinati, come ad esempio l'alimentazione, all'interno della nozione di salute. Essa diventa quindi un «diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari»<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> Ivi, art. 1.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> World Health Organization 1946, para. 1.

<sup>29</sup> Ivi, art 2, sezione *i*.

<sup>30</sup> Sigsworth, M., Warboys M. 1994. Si specifica che essendo la fine di un percorso politico, i valori che venivano predicati all'inizio di esso si sono ovviamente modificati, e affinati, specialmente se analizzati da una prospettiva costituzionalista contemporanea.

<sup>31</sup> Universal Declaration of Human Rights 1948, art. 25.

Nel 1966, la Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali aggiunge ancora questioni di stampo sociale: viene messa in evidenza l'importanza dell'ambiente e il ruolo dell'industria sulla salute, e sottolineata l'importanza «della prevenzione, del trattamento e del controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali»<sup>32</sup>. Infine, nel 2000, il Commento Generale n. 14 del Comitato ONU sui Diritti Economici, Sociali e Culturali estende il campo semantico del diritto alla salute, avvicinandosi a tutti e tre gli ambiti della cittadinanza. Il diritto alla salute si concilia con le nozioni moderne di libertà, sia da una prospettiva negativa che da una positiva<sup>33</sup>. Infatti, al punto 8 del Commento Generale, il Comitato associa la salute ad un concetto di libertà negativa:

Le libertà includono il diritto al controllo del proprio corpo e della propria salute, comprese la libertà sessuale e riproduttiva, e il diritto di essere liberi dall'interferenza, come il diritto di essere liberi dalla tortura, dai trattamenti e dagli esperimenti medici di natura non consensuale<sup>34</sup>.

La persona preserva la propria salute se è in grado di avere un controllo normativo del proprio corpo dalle interferenze che possono metterla in pericolo: tali interferenze possono essere di natura inflittiva, come la tortura o la somministrazione di terapie mediche senza il consenso del paziente, ma possono altresì manifestarsi con mancanze, come l'assenza di procedure sicure in materia riproduttiva.

Ciò nondimeno, il Comitato riconduce il diritto alla salute ad una nozione di libertà positiva, di stampo più "risorsista"<sup>35</sup>. In tal senso, si ritiene che il diritto alla salute è completo se alle libertà da intrusioni esterne si affiancano misure sociali tese a predisporre un «sistema di protezione sanitaria che fornisca la stessa opportunità alle persone di godere del più alto livello di salute raggiungibile»<sup>36</sup>.

<sup>32</sup> International Covenant on Economic Social and Cultural Rights 1966, art. 12.

<sup>33</sup> Berlin 1969.

<sup>34</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000, art. 8.

<sup>35</sup> Sen 1980.

<sup>36</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000, art. 8.

Di seguito al punto 12 del Commento Generale, viene sottolineata l'universalizzazione del diritto alla salute e, in particolar modo, si rimarca l'esigenza di garantire l'accessibilità alla salute anche alle fasce vulnerabili e marginalizzate della società<sup>37</sup>. E ancor di più si approfondisce la questione sociale del diritto alla salute. Si introduce il concetto di *availability*, ossia la presenza fisica di strutture sanitarie; e di seguito quello di *accessibility*, che si sostanzia in: i) accessibilità non-discriminata, ossia che non limiti a nessuno l'accesso ai trattamenti sanitari; ii) accessibilità fisica, ossia che le strutture sanitarie siano ad una portata fisica raggiungibile per tutti; iii) accessibilità informativa, riguardante la possibilità di essere al corrente delle nuove e migliori terapie mediche in circolazione; iv) accessibilità economica, ossia che le cure mediche siano economicamente disponibili per tutti i cittadini<sup>38</sup>.

Con il Commento Generale n. 14 del Comitato ONU, si completa il capovolgimento discorsivo, iniziato con la fine della Seconda Guerra Mondiale: la salute non è più un concetto che trae valore e legittimazione da un'assenza – che spesso si trasformava in isolamento –. Piuttosto l'individuo ora diventa padrone della propria sofferenza. La persona diventa pertanto parte attiva nel superamento dello stato di infermità<sup>39</sup>.

Questa nuova concezione del diritto alla salute coincide, a dire il vero, con la «*semantic ascendancy*»<sup>40</sup> che la dignità umana ebbe nel secondo dopoguerra. La dignità umana divenne il bene assoluto da proteggere, se non il *primum movens* del costituzionalismo della seconda parte del Novecento<sup>41</sup>. Il nuovo paradig-

<sup>37</sup> UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights 2000.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

<sup>39</sup> L'OMS, nel 1999, specificatamente nella WHA52 (52 esima Assemblea Mondiale sulla salute, tenutasi a Ginevra nel 1999), propose un aggiornamento della formula del diritto alla salute, da «stato di completo benessere» a «stato dinamico di benessere», ma non venne ufficializzata, nonostante godesse di un ampio consenso della maggior parte dei rappresentanti dell'OMS. Il tema si era già aperto già nel 1986, nel corso del Ottawa Charter for Health Promotion. Tuttavia, la questione rimane aperta e dibattuta poiché la formulazione bocciata considererebbe la malattia non più come un fattore sempre ostile all'esperienza umana, ma una situazione a cui l'individuo è in grado di trovare un nuovo equilibrio (Bircher 2005).

<sup>40</sup> Somek 2014, p. 84.

<sup>41</sup> Ivi, p. 86.

ma di salute preserva tale concezione di dignità, nella maniera più “relazionale” possibile<sup>42</sup>: in altre parole, la persona non è più socialmente screditabile, mentre la salute della persona non è più un demerito del suo corpo o dei suoi geni; ne diventa anzi pieno proprietario, tale da richiedere standard sociali che rispettino il suo diritto ad un’esistenza sicura.

Da ultimo, si introduce il ruolo determinante dell’ambiente sociale a cui il cittadino appartiene. Se nel riconoscimento della salute come bene collettivo il diritto alla stessa rimane un diritto individuale, fondamentale e umano, si riconosce che l’individuo appartiene al contesto sociale di riferimento, e da esso, dalla bontà delle sue pratiche e procedure, può dipendere la sua condizione di salute. Specificamente, un individuo gode del diritto alla salute se è inserito in un contesto sociale che gli permetta, equamente con i concittadini, di raggiungere il massimo livello di salute possibile. E tale livello è raggiunto non solo dal progresso della scienza medica, ma anche dalle condizioni sociali, ambientali, economiche e culturali del contesto sociale al quale il cittadino appartiene.

A tal proposito l’Organizzazione Mondiale della Sanità identifica i cosiddetti *social determinants of health* come fattori sociali fondamentali per la determinazione della salute dei cittadini. Essi sono descritti come le «condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano»<sup>43</sup>. A loro volta, esse sono intese come un ampio dominio dove fattori di varia natura – culturale, economica, religiosa, etica e fisica – interagiscono olisticamente, preservando o compromettendo i *social determinants of health*.

Attraverso questo *excursus* storico e normativo, è dunque lecito affermare che il diritto alla salute presuppone ampie aree di intervento che superano semanticamente il mero accesso ai servizi sanitari. Proteggere e promuovere i *social determinants of health* di una determinata struttura sociale significa curare l’accesso al diritto alla salute. La protezione e la promozione dei *social determinants of health* passa per la regolamentazio-

<sup>42</sup> Jacobson 2007.

<sup>43</sup> WHO Commission on Social Determinants of Health 2008, p. 1.

ne e la gestione delle aree dell'economia fondamentale, laddove quest'ultima rappresenta «lo spazio economico nel quale sono prodotti e distribuiti i beni e i servizi essenziali per il benessere individuale e collettivo, che costituiscono l'infrastruttura della vita quotidiana»<sup>44</sup>. Essa interviene direttamente nella sicurezza dei diversi contesti socio-economici, nella solidità dei rispettivi network relazionali e nella possibilità di attraversamento in sicurezza degli ambiti più strettamente privati (personali e familiari), fino a quelli più puramente pubblici.

Acqua potabile, sicurezza alimentare, abitazioni sicure, occupazione, condizioni lavorative dignitose e protezione sociale sono alcuni dei fattori determinanti per il benessere individuale e collettivo, in grado di incidere direttamente sulla salute dell'individuo. Si pensi, ad esempio, alle condizioni di lavoro. Negli anni '60, '70 e '80 molti lavoratori in Italia sono stati esposti all'asbesto, più comunemente conosciuto come amianto. Alcuni di essi hanno contratto il mesotelioma pleurico, un tumore che si sviluppa quasi esclusivamente attraverso l'esposizione all'asbesto. Può senza dubbio affermarsi, anche alla luce di diverse pronunce nazionali e sovranazionali<sup>45</sup>, che la condizione lavorativa di questi cittadini ha compromesso, il più delle volte in maniera definitiva, la loro salute.

In definitiva, la salute non si esaurisce nelle corsie degli ospedali. Certamente, «[i]l complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività»<sup>46</sup> è necessario, se non indispensabile, per la salute dei cittadini. Tuttavia, tale complesso non completa il concetto di salute, per lo meno nella sua accezione moderna (ad esempio con i sistemi sanitari privati o semi-privati, come nel caso degli Stati Uniti, che garantiscono una qualità molto elevata delle prestazioni sanitarie, ma non risultando pienamente accessibili a tutti i cittadini). Il cittadino, come determinato dall'evoluzione filosofica in materia di diritto alla salute, per goderne come un vero e completo diritto deve riuscire ad attra-

<sup>44</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2022, p. 13.

<sup>45</sup> Cassazione Civile, Sez. Lav., 2022, n. 35228; European Court of Human Rights 2019.

<sup>46</sup> Legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

versare, mediante procedure sicure e riconosciute socialmente e giuridicamente, i vari punti di controllo che si presentano dalla propria abitazione al presidio ospedaliero.

## *2. Diritto alla salute, economia fondamentale e “mascheramento” delle debolezze dell’SSN italiano durante la pandemia*

Il diritto alla salute, come elemento costitutivo del benessere individuale e collettivo, è quindi parte di quella idea di spazio fondamentale, economico e sociale, che richiede l’accesso a beni e servizi essenziali come requisito per poter vivere una vita dignitosa<sup>47</sup>. Questa visione di uno spazio economico fondamentale, basata sull’approccio delle *capabilities* di Sen (1999), diventa il punto di partenza analitico di quanto accaduto durante la pandemia, e nel post-pandemia, in ambito sanitario in Italia. In esso viene compreso il concetto di «riuscire a sottrarsi alle malattie evitabili»<sup>48</sup> attraverso l’accesso ai servizi essenziali<sup>49</sup>. Del resto è stata proprio la pandemia, nella sua forma di “emergenza” sociale, ad aver creato un “effetto-verità”<sup>50</sup> sullo stato dell’arte dei servizi fondamentali, e della sanità nazionale in particolare. Il fallimento dei sistemi sanitari, oltre ad una diretta crisi sui sistemi di tipo assistenziale, significa il fallimento della fornitura dei servizi essenziali e, quindi, dei diritti dei cittadini<sup>51</sup> e, implicitamente, della cittadinanza sociale<sup>52</sup>.

I servizi essenziali sono infatti stati tutti colpiti duramente durante la pandemia. Istruzione, produzione e distribuzione di cibo, attività commerciali essenziali hanno subito flessioni negative sia sulla qualità dei servizi, sia sulla loro accessibilità. Data la natura “sanitaria” della crisi, i servizi sanitari nazionali hanno subito il contraccolpo più forte. Il Paese si è riscoperto debole nelle aree della prevenzione e nella rete dei servizi socio sanitari

47 Collettivo per l’Economia Fondamentale 2019.

48 Sen 1999.

49 Collettivo per l’Economia Fondamentale 2002, p. 18.

50 Ivi, p. 9.

51 Collettivo per l’Economia Fondamentale 2019, p. 23.

52 Ivi, p.118.

territoriali, frammentato negli interventi e in una situazione di generale precarietà nella continuità tra assistenza ospedaliera e specifiche necessità del territorio. Le risposte si sono differenziate, almeno in Italia – ma ciò può essere analizzato anche da una prospettiva internazionale –, sulla base dell'area territoriale, regionale e locale. Il maggiore paradosso è stato quello del numero delle vittime: esse sono state maggiori in alcune aree del Nord Italia, cui viene abitualmente attribuito un alto grado di efficienza e qualità dell'offerta sanitaria. I dati sono evidenti: in Lombardia il numero dei decessi è stato nettamente il più elevato, seguito da Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte. Secondo i dati del Ministero della Salute (aggiornati a novembre 2023), i morti sono stati, rispettivamente, 46.557 (0,47% sul totale della popolazione regionale), 19.681 (0,44%), 17.063 (0,35%), e 13.886 (0,33%)<sup>53</sup>.

Questi dati risultano ancora più eloquenti alla luce dell'importanza, quantitativa e qualitativa, che i servizi essenziali ricoprono per la comunità. Si tratta di attività, come i servizi di welfare (attività definite “provvidenziali” nel linguaggio dell'economia fondamentale), che hanno un'alta percentuale di incidenza sulla forza lavoro complessiva nazionale, raggiungendo il 10% in Italia (mentre risultano il 26,2% nel Regno Unito e il 24,1% in Germania). Allo stesso tempo, l'insieme dei servizi quali la produzione e distribuzione di cibo, i trasporti, ecc. (i cosiddetti servizi “materiali”), incidono per il 17,9% sul totale dei lavoratori (17,6% nel Regno Unito e 17,2% in Germania)<sup>54</sup>. Queste percentuali appaiono notevoli in rapporto all'importanza di questi settori, in particolare nel caso della sanità. Rivela-tosi essenziale durante il periodo pandemico, questo settore si è ritrovato estremamente indebolito da decenni di privatizzazioni ed esternalizzazioni, che hanno negativamente inciso sulle tutele dei cittadini e sul godimento del diritto alla salute così come

<sup>53</sup> Al contrario, altre regioni italiane molto popolate come Lazio (13.084, 0,23%), Campania (12.036; 0,21%), Puglia (9.876, 0,25%), e Sicilia (12.923; 0,27%), hanno subito un numero di decessi in percentuale sulla popolazione regionale inferiore. Ministero della Salute 2023.

<sup>54</sup> Foundational Economy Collective 2018, p. 24.



postulato dalla Costituzione<sup>55</sup>. Come più volte osservato dalla CGIL, l'importanza della sanità è spesso risultata inversamente proporzionale alla spesa ad essa destinata, come dimostra anche il fatto che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato uno dei bersagli maggiormente colpiti dai tagli causati dalle politiche di *austerità*<sup>56</sup>. Confrontando nuovamente il caso italiano con quello britannico e tedesco, l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica nel 2018 è stata rispettivamente del 6,5% in l'Italia, del 7,6% nel Regno Unito e del 9,5% in Germania<sup>57</sup>, in netto contrasto con la retorica di eccesso di spesa pubblica nazionale per la sanità<sup>58</sup>. Diversamente, è stata la spesa sanitaria privata, rispetto ai costi complessivi della spesa sanitaria nazionale, ad essere più alta (nel 2018 26,1% in Italia, 22,8% nel Regno Unito e 15,4% in Germania)<sup>59</sup>.

Durante il periodo pandemico, e conseguentemente in quello post-pandemico, è stata tuttavia evidenziata la scarsa importanza attribuita a questi settori, specialmente per quanto riguarda i lavoratori in essi impiegati<sup>60</sup>. Le condizioni di lavoro di tali lavoratori sono peggiorate di pari passo alla destrutturazione dei settori dell'economia fondamentale<sup>61</sup>, avendo questi subito una progressiva precarizzazione e deprofessionalizzazione<sup>62</sup>. Esiste infatti uno "scollegamento" tra retribuzione, utilità sociale e credenziali formative<sup>63</sup>. È stata necessaria una pandemia globale per rendere chiara la necessità dei servizi essenziali e, soprattutto, il ruolo fondamentale di questi lavoratori<sup>64</sup>, sfidando narrative di "successo" incentrate sull'aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche (ovvero la cosiddetta *New Public Management*, o *NPM*) e la "marketiz-

<sup>55</sup> CGIL 2022.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

<sup>57</sup> OECD 2020.

<sup>58</sup> Bifulco *et al.* 2022, p. 112.

<sup>59</sup> OECD 2020; Bifulco *et al.* 2022, p. 115.

<sup>60</sup> Jooshandeh 2021.

<sup>61</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2022, pp. 10-11.

<sup>62</sup> Barbera *et al.* 2016.

<sup>63</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2019, p. 23.

<sup>64</sup> TUC 2020.

zazione” dei servizi che hanno colpito in maniera differenziata territori e cittadini<sup>65</sup>.

Tale paradosso viene spiegato attraverso il costante processo di esternalizzazione dei servizi sanitari essenziali, investiti da un continuo meccanismo di privatizzazione e di *governance* basata sui paradigmi di mercato, indirizzati soprattutto alla specializzazione dei servizi. Questa tipologia di processi ha visto una serie di azioni predatorie sui servizi sanitari specialistici basate sull'estrazione di valore in un'ottica *point-value* – ovvero sulla redditività immediata del capitale –, avvenuta tramite complessi stratagemmi di ingegneria finanziaria e di “assetizzazione” dei servizi<sup>66</sup>. Contemporaneamente, la sanità di prossimità si è trovata depauperata di risorse, oltre che di interesse diretto da parte della politica. Proprio la progressiva perdita di controllo, soprattutto nella gestione, del servizio da parte pubblica è, direttamente ed indirettamente, indice di diminuzione di interesse politico. Di riflesso, la gestione privata non ha mai fatto mistero di interessi di estrazione di valore a breve termine, determinando lo sviluppo, attraverso i parametri di mercato, di servizi specialistici rispetto a quelli di prossimità. È questo il cosiddetto “modello lombardo”, o del “quasi mercato”<sup>67</sup>, incentrato sulla cessione gestionale dal pubblico al privato, sul *dumping* contrattuale dei lavoratori nei servizi essenziali e di una perdita di universalismo del servizio in favore del primato del mercato.

Il risultato è stato che poche regioni sono risultate attrezzate durante la crisi pandemica. E, conseguentemente, molte si sono trovate a fare i conti con la propria debolezza strutturale “smascherata” nel periodo immediatamente successivo<sup>68</sup>, assieme a gravi effetti sulla qualità dei servizi e sull'uguaglianza di accesso<sup>69</sup>. La stessa Lombardia ha avuto le conseguenze più evidenti durante la crisi sanitaria, risultando deficitaria in fatto di prevenzione e contenimento<sup>70</sup>, anche a causa della scelta po-

<sup>65</sup> Bifulco *et al.* 2022, pp. 119-122.

<sup>66</sup> Collettivo per l'Economia Fondamentale 2019.

<sup>67</sup> Le Grand, Bartlett 1993; Bifulco 2010.

<sup>68</sup> CGIL 2022.

<sup>69</sup> ETUC - Rethinking 2021.

<sup>70</sup> Casula *et al.* 2020.

litica di centralità data all'ospedale a discapito del territorio<sup>71</sup>. Lo spiccato processo di aziendalizzazione della sanità lombarda ha determinato non solo una diminuzione dei presidi sanitari e socio sanitari sul territorio, ma anche una generale perdita nel numero totale di posti letto, attrezzature sanitarie e personale (non specialistico), in un'ottica incentrata primariamente sulle prestazioni (specialistiche) e sulla centralità della malattia<sup>72</sup>. A questi tagli va aggiunto l'obiettivo del contenimento dei costi del personale (principalmente pubblico), sia attraverso la diminuzione del *turnover* dei lavoratori sia tramite la restrizione del numero di assunzioni<sup>73</sup>.

La sanità italiana rimane l'oggetto della prossima sezione, con particolare focus sul caso delle Case ed Ospedali di Comunità.

### *2.1 Il caso delle Case ed Ospedali di Comunità: soluzione ai problemi della prossimità oppure retorica politica?*

La gravità epocale della crisi pandemica ha spinto l'azione politica, in particolar modo a livello sovranazionale (EU), a fornire strumenti per cercare di risolvere, quantomeno parzialmente, le debolezze strutturali in ambito di servizi essenziali. La sanità è una delle principali aree investite dagli obiettivi di riorganizzazione strutturale, in particolar modo nell'ambito dell'assistenza territoriale e di prossimità. Le risorse, con specifico riferimento a quelle messe a disposizione dal PNRR, sono attualmente ingenti. In particolare, la Missione 6 del PNRR riguarda in parte la sanità pubblica territoriale, tra le aree colpite più duramente nel corso della pandemia. Le linee guida presenti nel PNRR riguardano la creazione, oppure il potenziamento, delle strutture territoriali di coordinamento dei diversi servizi socio-assistenziali, ovvero le cosiddette "Case di Comunità", e di strutture per le cure intermedie, vale a dire gli "Ospedali di Comunità". Inoltre, sono previsti investimenti legati alla telemedicina e ai

<sup>71</sup> Bifulco *et al.* 2022, p. 124.

<sup>72</sup> Neri 2021; Bifulco *et al.* 2022, pp. 121-122.

<sup>73</sup> Bordogna 2017.

servizi domiciliari, in un'ottica di alleggerimento delle strutture ospedaliere. Queste ultime risultano ormai iper-specializzate e indirizzate alle cure acute, mentre l'obiettivo della Missione 6 è quello di un re-investimento nella sanità e nei servizi socio-assistenziali territoriali, comprendendo diverse dimensioni quali quella sociale, abitativa ed economica. Le strutture ed i servizi di prossimità sono infatti rivolti alle persone in situazione di bisogno, che ad ora si ritrovano essere alla mercé di un contesto sanitario sempre più frammentato e socio-economicamente selettivo. La *ratio* dell'investimento si basa sui principi di integrazione e di "connessione" sociale, in modo tale da contrastare la frammentazione dei servizi e di superare l'ottica di semplice prestazione aggiuntiva.

Tuttavia, quanto realizzato fino a questo punto, specialmente nell'ambito della sanità di prossimità, risulta molto al di sotto delle aspettative iniziali. Un primo profilo critico, lontano dall'essere risolto, riguarda i tempi di attesa dei servizi. In secondo luogo, è ancora presente una forte disconnessione tra la dimensione individuale e quella collettiva riguardante la sanità e i servizi socio-sanitari e, quindi, nei diritti di cittadinanza sociale<sup>74</sup>. Uno degli esempi più emblematici è proprio quello delle Case e degli Ospedali di Comunità, previsti dal PNRR (Missione 6) per un numero di 1350 strutture su tutto il territorio nazionale. Le prime sono strutture fisiche in cui è prevista la presenza e l'operatività di un'equipe multi-funzionale sanitaria e socio sanitaria integrata, mentre i secondi sono pensati per i ricoveri brevi e per problematiche di medio-bassa intensità. Queste strutture, nel più ampio obiettivo di riforma dell'assistenza territoriale, sono state previste dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"), con il fine di rimodulare la responsabilità assistenziale e clinica di alcune figure sanitarie essenziali, oltre che nel tentativo di entrare nella media OCSE in relazione alla qualità di questi servizi<sup>75</sup>. Tuttavia, ad oggi, questa "rivoluzione" è ben

<sup>74</sup> Bifulco *et al.* 2022, p. 133.

<sup>75</sup> CGIL 2022, p. 2; Ministero della Salute 2022.

lontana dall'essere compiuta, essendo attiva meno di una Casa di Comunità su dieci, ovvero l'8,5% del Piano Operativo Regionale (POR) finanziate dal PNRR (di cui solamente in Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Lombardia e Molise), l'11,6% EXTRA POR finanziate con altri fondi (attive solamente in Piemonte, Lombardia e Umbria)<sup>76</sup>. Le 1350 Case di Comunità inizialmente previste hanno subito un taglio del 30% (passando ad un totale di 936); analogamente, il numero di Ospedali di Comunità è stato ridotto del 25% (passando da 400 a 304). A preoccupare maggiormente, oltre all'assenza di previsioni realistiche circa l'inizio dell'operatività di queste strutture, sono le previsioni sulla scarsità di personale specializzato da inserire al loro interno<sup>77</sup>. La resilienza dei servizi essenziali oltre la disponibilità dei fondi del PNRR, non limitati al solo problema dei servizi sanitari e socio sanitari, è uno degli argomenti più complessi che gli stati Europei si troveranno ad affrontare nel prossimo futuro.

In questa fase di dibattito politico sulla gestione degli obiettivi di ri-strutturazione dei servizi essenziali, un tema fondamentale è quello di individuare quali possano essere i soggetti alternativi adatti a guidare un profondo processo di rinnovamento dei settori dell'economia fondamentale e della partecipazione alla cittadinanza sociale, nazionale e comunitaria.

## *2.2 Nuovi attori per il rinnovamento dei settori fondamentali: il ruolo del sindacato confederale*

La fase estremamente delicata in cui si trovano molti Paesi europei, ed in particolare l'Italia, induce a riflettere su quali siano gli attori interessati a ridare slancio alla tematica dei settori fondamentali, correggendo la rotta intrapresa nei servizi essenziali. La politica, come evidenziato durante la pandemia, ha da tempo fatto un passo indietro in tali contesti, permettendo non solo la gestione, ma anche la regolazione del bene economico fondamentale, tra cui welfare e distribuzione dei beni e servi-

<sup>76</sup> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2023; Rodriquez 2023.

<sup>77</sup> Evangelisti 2023.

zi, ai soggetti privati. In questo caso si tratta di un fenomeno di “svalorizzazione della politicità”, avvenuto attraverso una complessiva azione di depoliticizzazione avviata già dagli anni novanta e in favore di processi di «neoliberalizzazione e di subordinazione della politica alle esigenze del mercato»<sup>78</sup>.

La ricerca di un soggetto alternativo alla politica adatto a “ri-prendere” le redini organizzative di tali servizi fondamentali non è tuttavia agevole. Le organizzazioni intermedie possono avere un ruolo fondamentale in tal senso<sup>79</sup>. La prima di esse, per storia, cultura ed *agency*, potrebbe essere il sindacato<sup>80</sup>, in particolar modo quello confederale. Il suo ruolo risulta essere duplice. In primo luogo, risalta il suo ruolo storico di protezione dei lavoratori. Infatti, durante la pandemia di Covid-19 è stata dimostrata tutta la fragilità, contrattuale, salariale, e di condizioni generali lavorative, dei lavoratori impiegati nei settori economici fondamentali, come quelli presenti nella produzione e nella distribuzione di cibo, nella sanità e nei servizi educativi. Il secondo è quello che riguarda la difesa della qualità e dell’accesso ai servizi essenziali, potendo intervenire direttamente nella promozione di tali beni e servizi. Quest’ottica prevede un’espansione dell’interesse d’azione dei sindacati oltre i luoghi di lavoro<sup>81</sup>, dimensione tipica del sindacato. Sommando entrambe queste sfere d’azione e di interesse si intravede un chiaro collegamento, duplice e reciproco, nell’ambito della cittadinanza sociale, messa duramente in discussione sia nel periodo pandemico e sia in quello post-pandemico. Di fatto, il sindacato agisce su tutti i livelli (nazionale/macro, regionale o settoriale/meso, locale/micro, a cui si aggiunge quello sovranazionale), riuscendo in questa maniera ad avere l’*agency* necessaria per farsi carico delle necessarie responsabilità economiche e sociali<sup>82</sup>. Se il sindacato decidesse di attivarsi, *in primis* per il miglioramento della qualità delle condizioni dei lavoratori, e quindi ottenere un miglioramento (indiretto) della qualità dei servizi, oppure di in-

<sup>78</sup> Burnham 2001, p.192; Arrigoni *et al.* 2022, p. 181.

<sup>79</sup> ETUC - Rethinking 2021.

<sup>80</sup> Collettivo per l’Economia Fondamentale 2022.

<sup>81</sup> Regini 1991.

<sup>82</sup> ETUC - Rethinking 2021.

teressarsi prima a questi ultimi in funzione di un miglioramento delle condizioni e termini di lavoro, rimarrebbe una scelta strategica condizionata dalla cultura e identità sindacale<sup>83</sup> e dalle sue strategie di rivitalizzazione<sup>84</sup>.

I sindacati hanno sempre avuto una visione più ampia dei problemi della società, non limitandosi alla sola tutela dei lavoratori<sup>85</sup>. Basti pensare che il sindacato confederale ha avuto un ruolo determinante in tutti i grandi cambiamenti sociali avvenuti in Italia<sup>86</sup>, a volte anche sfidando, attraverso la sollevazione di “dilemmi interni”, la propria cultura e tradizione<sup>87</sup>. Nel periodo post-pandemico, il sindacato è stato tra i pochi soggetti ad avere agito in funzione del benessere di cittadini e lavoratori negli ambiti del welfare, ossia quegli stessi ambiti che, fino alla crisi sanitaria, erano stati pian piano smantellati. Del resto, proprio nel periodo pandemico, i sindacati confederali sono stati attivamente consultati dai governi nazionali e sono conseguentemente riusciti a ritrovare forza concertativa e riconoscimento politico, in un quadro di *crisis corporatism* in cui la competenza delle parti sociali è stata fondamentale per affrontare l'immediata emergenza dal punto di vista tecnico ed organizzativo<sup>88</sup>.

Nel caso italiano, l'eterogeneità che compone le tre principali confederazioni sindacali italiane, CGIL, CISL e UIL, risulta fondamentale nella duplice funzione sopra descritta: le categorie sindacali difendono e valorizzano le categorie lavorative di iscritti e non, mentre le categorie dei pensionati risultano particolarmente orientate alla difesa dei diritti di cittadinanza sociale delle comunità. Nonostante possano esservi delle divergenze e dei dilemmi interni al sindacato, specialmente nel quadro della contrattazione sociale territoriale in cui si richiedono maggiori servizi a discapito delle garanzie di una parte dei lavoratori – ovvero degli iscritti a specifiche categorie –, la sintesi della lettu-

<sup>83</sup> Hyman 2001.

<sup>84</sup> Frege, Kelly 2003; Murray 2017.

<sup>85</sup> Touraine, Mottez 1963.

<sup>86</sup> Come ad esempio con la riforma della scuola del 1973-74, del Sistema Sanitario Nazionale, ecc. Giorgi, Pavan 2019.

<sup>87</sup> Meardi 2011.

<sup>88</sup> Meardi, Tassinari 2022.

ra dei bisogni e la capacità di azione del sindacato, soprattutto confederale nella sua veste unitaria, sono la principale via per il rinnovamento dei servizi essenziali. Tutto ciò specialmente in riferimento ai servizi di welfare sanitario e socio-sanitario (di prossimità), indeboliti dalla pandemia e dalle trasformazioni neoliberaliste – oltre che di *austerità* – fin qui attuate<sup>89</sup>. Non a caso, le confederazioni, e le categorie dei pensionati delle tre confederazioni, si sono già mosse in maniera unitaria nella contrattazione sociale territoriale relativa al welfare sanitario e socio-sanitario, attraverso la creazione di piattaforme unitarie atte a rivendicare il rinnovamento, ammodernamento e rafforzamento dell’SSN, in particolar modo dei servizi di prevenzione e sulla rete dei servizi territoriali. Tra i diversi temi trattati sono presenti quelli della continuità assistenziale ospedale-territorio e della necessità di superamento dei divari territoriali con riferimento ai “Livelli Essenziali di Assistenza” (LEA)<sup>90</sup>. Infine, un obiettivo dichiarato nelle piattaforme unitarie è quello di promuovere la partecipazione democratica attraverso la contrattazione sociale territoriale, basata sul modello dei Piani Sociali di Zona, in grado di avviare nuove forme di cittadinanza sociale attiva<sup>91</sup>.

### *Conclusioni*

L’analisi proposta in questo articolo sottolinea la distanza empirica che si frappone tra la convenzione normativa – riconosciuta anche internazionalmente – del diritto alla salute e le condizioni che la compongono, in particolar modo quelle sociali, e le politiche intraprese dai governi e dalle amministrazioni italiane via via succedutesi in tema di salute e di economia fondamentale. Più precisamente, la ricerca ha cercato di evidenziare come in vari settori dell’economia fondamentale i governi nazionali e gli amministratori italiani abbiano ripetutamente ampliato la

<sup>89</sup> CGIL 2022.

<sup>90</sup> Per un approfondimento sui LEA, consultare la pagina web <<https://www.salute.gov.it/portale/lea/menuContenutoLea.jsp?area=Lea&menu=leaEssn>>, 1.12.2023.

<sup>91</sup> Cfr., tra i vari, CGIL, CISL, UIL 2020; CGIL, CISL, UIL 2023.



distanza che intercorre tra un reale accesso al diritto alla salute e il contesto in cui i cittadini esperiscono la propria esistenza.

In prima istanza, bisogna riconoscere i termini del divario tra norma e realtà. La norma ha subito un profondo cambiamento dalla fine della Seconda Guerra Mondiale. La formula «stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale» ha posto l'accesso al diritto alla salute su un livello superiore. Se la formula unicamente biomedica fosse ancora vigente, il divario tra realtà e norma non sarebbe stato così ampio. Le politiche sociali, presentate in questo articolo, sarebbero al contrario più che accettabili: tutto ciò che l'autorità pubblica ha programmato, emanato ed attuato in ambito sociale («dall'abitazione all'ospedale») sarebbe stato del tutto superfluo. Dunque, senza la progressione etico-normativa, che ha ribaltato l'assioma salute/malattia in favore della dignità umana, verrebbe meno il divario stesso tra norma e realtà. In altri termini, senza l'espansione della formula della salute verso domini meno «mondani», come la salute spirituale e quella mentale; senza la formazione di valori di natura prettamente sociale e discorsiva che individuano la salute della persona nella bontà dei contesti sociali che esperisce, eludere la protezione dei fattori sociali determinanti nell'economia fondamentale, in funzione della salute umana, sarebbe un esercizio assolutamente illogico.

Secondariamente, il Covid-19 ha avuto un ruolo fatalmente rivelatorio di tale divario. Scopercchiando la fragilità del sistema sanitario nazionale, il Covid-19 ha messo in luce i punti deboli dell'economia fondamentale italiana. La pandemia ha rivelato che molti settori economici essenziali hanno subito un trattamento che certamente non si discosta dal mantra inossidabile – almeno dagli anni '70 ad oggi – della dottrina neo-liberista alla quale tutti i paesi ad economia avanzata hanno dovuto pagare pegno. A seguito dell'analisi dei dati a disposizione, si può notare come ciò che è avvenuto all'interno dell'economia fondamentale ha obbedito a principi che si pongono in maniera antitetica al paradigma contemporaneo del diritto alla salute: aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie e socio sanitarie pubbliche, deprofessionalizzazione, privatizzazione, specializzazione dei servizi, mercatizzazione e precarizzazione. Esse sono

tutte scelte politiche a cui l'economia fondamentale italiana è (stata) sottoposta, e che hanno lentamente indirizzato il fine ultimo della stessa verso la riduzione del debito e la massimizzazione dei profitti. Per converso, il diritto alla salute socialmente integrato (e pensato), dalla fine della Seconda Guerra Mondiale ad oggi, sembrerebbe richiedere sia una forte presenza dell'autorità pubblica, a livello finanziario e politico, sia un ripensamento strutturale da parte dei corpi intermedi istituzionali.

In questo momento il Paese si trova in un periodo di lenta ripresa, non solo dalla pandemia, ma anche dalla recente crisi energetica e da anni di politiche di *austerità* che hanno colpito i settori socio-economici essenziali. Questa fase vede un'intensa discussione politica concernente l'allocazione delle risorse nazionali e sovranazionali, oltre che una ricerca di nuovo protagonismo per riempire il vuoto lasciato dai partiti politici. Conseguentemente, la debolezza strutturale del sistema di welfare e di distribuzione dei servizi fondamentali, smantellati negli anni e colpiti duramente durante la pandemia, risultano un problema attuale. Un tema di assoluta rilevanza attuale è quello sanitario, cui l'agenda di governo non sembra aver accordato priorità. Di recente, il Consiglio Regionale lombardo ha bocciato un referendum abrogativo parziale per un ritorno alla sanità pubblica<sup>92</sup>. Sempre di questi giorni è la notizia sui nuovi tagli al servizio sanitario nazionale all'interno della nuova legge di bilancio, in un sistema in cui già circa il 60% dei fondi pubblici viene affidato in gestione ai servizi privati e più del 50% delle strutture si occupa di malattie croniche<sup>93</sup>. In una recente intervista al Prof. Maruotti sul tema del federalismo in ambito sanitario, quest'ultimo ha reso noto che il 5,17% delle famiglie spende circa il 20% dei consumi per pagarsi le cure mediche<sup>94</sup>: ciò suggerisce che, in Italia, l'accesso alle cure risulta parzialmente privilegio di coloro che possono sostenere le spese. Gli sprechi nel settore, invece, sono stati calcolati a circa 12 miliardi di euro, con evidenti differenze regionali<sup>95</sup>. Proprio la regionalizzazione ha determi-

<sup>92</sup> Del Vecchio 2023.

<sup>93</sup> Dentico 2023.

<sup>94</sup> Demofonti 2023.

<sup>95</sup> Fondazione GIMBE 2023.

nato le disastrose risposte durante la pandemia, dimostrandosi tra le maggiori cause di differenziazione e disuguaglianze per quanto riguarda l'accesso e la qualità dei servizi sul territorio nazionale<sup>96</sup>.

Dopo queste considerazioni, che posto ha il diritto alla salute nell'epoca post-pandemica? Sulla base di quanto analizzato fino ad ora, e nonostante lo spazio nel dibattito politico, ci si sente di affermare che questo sembra essere ancora limitato, o, quantomeno, “esternalizzato” dalle priorità delle agende politiche. È dunque il sindacato l'agente istituzionale socio-economico adatto a farsi carico del protagonismo necessario per un rinnovamento in questo ambito e per correggerne le debolezze strutturali? Anche in questo caso, questa soluzione sembra essere difficile. La frammentazione delle entità interessate al rinnovamento dei settori fondamentali, e del sistema sanitario pubblico in particolare, risultano ad ora troppo “molecolarizzate”, e prive della sufficiente *agency* per un vero cambiamento strutturale. Allo stesso tempo, nonostante il sindacato confederale possieda le caratteristiche istituzionali sufficienti per diventare almeno il coordinatore di tale movimento, sembra non avere ancora una sufficiente consapevolezza, o interesse, per questo specifico ruolo. La priorità del sindacato rimane la contrattazione nei luoghi di lavoro, e solamente un cambio di paradigma culturale al suo interno può risultare in un ruolo più rilevante in funzione di un diritto alla salute per tutta la cittadinanza<sup>97</sup>. Il rinnovamento dell'SSN, e dell'economia fondamentale, risultano quanto mai necessari, ma manca ancora una forza propulsiva e coordinativa sufficientemente adeguata a questo compito.

### *Riferimenti bibliografici*

- Abrams H.K. (2001), *A Short History of Occupational Health*, «Journal of Public Health Policy», 22, 1, pp. 34-80
- Arendt, H. (1958), *The Human Condition*, Chicago: University of Chicago Press

<sup>96</sup> Denticò 2023.

<sup>97</sup> Focus group con FP (Funzione Pubblica) CGIL 2023.

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (2023), *Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della Missione 6 del PNRR*, <<https://www.agenas.gov.it/pnrr/componente-1>>, 25.09.2023
- Arrigoni P., Bifulco L., Busso S., Caselli D., Ficcadenti C., Giullari B., Mozzana C., Polizzi E. (2022), *Welfare socio-assistenziale. Diritti fragili tra mercificazione e depoliticizzazione*, in Collettivo per l'Economia Fondamentale 2022, pp. 147-192
- Barbera F., Dagnes J., Salento A. a cura di (2016), *Declino e reinvenzione del lavoro nella foundational economy*, «Sociologia del lavoro», 142
- Beck J.G., Coffey S.F., Foy D.W., Keane T.M., Blanchard E.B. (2009), *Group Cognitive Behavior Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Initial Randomized Pilot Study*, «Behavior Therapy», 40, pp. 82-92
- Beidel D.C., Frueh B.C., Uhde T.W., Wong N., Mentrkoski J.M. (2011), *Multicomponent Behavioral Treatment for Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial*, «Journal of Anxiety Disorders», 25, pp. 224-231
- Berlin I. (1969), *Two Concepts of Liberty*, in *Liberty*, a cura di Hard H., Oxford: Oxford University Press
- Bifulco L. (2010), *Quasi-mercato e sussidiarietà come pilastri del modello lombardo di welfare*, in *Il modello lombardo di welfare. Continuità, riorientamenti*, a cura di Carabelli G., Facchini C., Milano: Franco Angeli, pp. 39-58
- Bifulco L., Neri S., Polizzi E. (2022), *Sanità: Diritti frammentati, aziendalizzazione e declino del territorio*, in Collettivo per l'Economia Fondamentale 2022, pp. 97-146
- Bircher J. (2005), *Towards a Dynamic Definition of Health and Disease*, «Medicine, Healthcare & Philosophy», 8, pp. 335- 341
- Bordogna L. (2017), *Il lavoro pubblico in Europa dopo la crisi. Una analisi comparata*, in *Lavoro pubblico fuori dal tunnel? Retribuzioni, produttività, organizzazione*, a cura di Dell'Aringa C., Della Rocca G., Bologna: Il Mulino, pp. 39-62
- Burnham P. (2001), *New Labour and the politics of depoliticization*, «The British Journal of Politics & International Relations», 3, 2, pp. 127-149
- Cassazione Civile, Sez. Lav. n. 35228 (30 novembre 2022), in materia di “Amianto e Mesotelioma. Danno Biologico”
- Casula M., Terlizzi A., Toth F. (2020), *I servizi sanitari regionali alla prova del Covid-19*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», 15, 3, pp. 307-336

- CGIL (16 Settembre 2022), *Per uno Stato Sociale forte, pubblico e universale*, <[https://www.cgil.it/la-cgil/aree-politiche/welfare/2022/09/16/news/piattaforma\\_per\\_uno\\_stato\\_sociale\\_forte\\_pubblico\\_e\\_universale\\_-2350788/](https://www.cgil.it/la-cgil/aree-politiche/welfare/2022/09/16/news/piattaforma_per_uno_stato_sociale_forte_pubblico_e_universale_-2350788/)>, 27.09.2023
- CGIL, CISL, UIL (3 Agosto 2020), *Finanziamenti ordinari e straordinari per la ripresa e il rilancio del Welfare Sanitario e Socio Sanitario*, <[https://www2.cgil.it/admin\\_nv47t8g34/wp-content/uploads/2020/12/CGIL-CISL-UIL-FONDI-UE-SsSN-29-10-20-.pdf](https://www2.cgil.it/admin_nv47t8g34/wp-content/uploads/2020/12/CGIL-CISL-UIL-FONDI-UE-SsSN-29-10-20-.pdf)>, 27.09.2023
- CGIL, CISL, UIL (19 Gennaio 2023), *Proposte sindacali per una riforma previdenziale*, <<https://binaries.cgil.it/pdf/2023/01/19/201700411-4979af62-640b-4fff-991c-71d0be422df5.pdf>>, 27.09.2023
- Collettivo per l'Economia Fondamentale (2019), *Economia fondamentale. L'infrastruttura della vita quotidiana*, Torino: Einaudi
- Collettivo per l'Economia Fondamentale (2022), *Prima i fondamentali. L'economia della vita quotidiana tra profitto e benessere*, a cura di Dagnes J., Salento A., Milano: Fondazione Feltrinelli
- Costituzione Italiana (1948), <[https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/ROSSA\\_Costituzione\\_testo%20vigente\\_agg\\_7\\_11\\_2022.pdf](https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/ROSSA_Costituzione_testo%20vigente_agg_7_11_2022.pdf)>, 23.09.2023
- Del Vecchio F. (12 Settembre 2023), *Sanità, la maggioranza lombarda blocca il referendum: bocciata la proposta di un voto per abrogare tre quesiti della legge sulla salute*, «La Stampa», <[https://www.lastampa.it/milano/2023/09/12/news/sanita\\_la\\_maggioranza\\_lombarda\\_blocca\\_il\\_referendum\\_bocciata\\_la\\_proposta\\_di\\_un\\_voto\\_per\\_abrogare\\_tre\\_quesiti\\_della\\_legge\\_s-13150006/](https://www.lastampa.it/milano/2023/09/12/news/sanita_la_maggioranza_lombarda_blocca_il_referendum_bocciata_la_proposta_di_un_voto_per_abrogare_tre_quesiti_della_legge_s-13150006/)>, 29.09.2023
- Demofonti F. (29 Agosto 2023), *Le famiglie italiane spendono 140 euro al mese per curarsi*, «DiRE, Agenzia di Stampa Nazionale», <<https://www.dire.it/29-08-2023/947829-le-famiglie-italiane-spendono-140-euro-al-mese-per-curarsi/>>, 29.09.2023
- Dentico N. (12 Settembre 2023), *Salute pubblica, chiamiamola privatocrazia sanitaria: oggi almeno il 60% dei fondi pubblici finisce in mano ai privati*, «La Repubblica», <[https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2023/09/12/news/salute\\_pubblica-414214626/](https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2023/09/12/news/salute_pubblica-414214626/)>, 29.09.2023
- Dirindin N., Rivoiro C. (2013), *La tutela della salute: un diritto e un impegno*, «Politiche Sanitarie», 14, 3, pp. 114-117
- Engel G. L. (1978), *The Biopsychosocial Model and the Education of Health Professionals*, «Annals of the New York Academy of Sciences», 310, 1, pp. 169-181
- ETUC - Rethinking (08 aprile 2021), *Topic 6: Empowering public (general interest) services for a sustainable economy*, <<https://est.etuc.org/Rethink/?p=2623>>, 27.09.2023

- European Commission (2021), *The European Pillar of Social Rights Action Plan*, <<https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>>, 27.09.2023
- European Court of Human Rights (2019) (41072/11, 52067/10), Case of Howald Moor and others v. Switzerland, <<https://hudoc.echr.coe.int/>>, 23.09.2023
- Evangelisti M. (21 Agosto 2023), *Covid, dopo la pandemia la Sanità non riparte: tagli alle case di comunità*, «Il Messaggero», <[https://www.ilmessaggero.it/italia/case\\_di\\_comunita\\_tagli\\_sanita\\_covid\\_pandemia\\_ultime\\_notizie-7585193.html?refresh\\_ce](https://www.ilmessaggero.it/italia/case_di_comunita_tagli_sanita_covid_pandemia_ultime_notizie-7585193.html?refresh_ce)>, 29.09.2023
- Fondazione GIMBE (07 Febbraio 2023), *Osservatorio GIMBE*, <<https://www.gimbe.org/pagine/1183/it/osservatorio-gimbe>>, 29.09.2023
- Foundational Economy Collective (2018), *Foundational economy: the infrastructure of everyday life*, Manchester: Manchester University Press
- Frege C. M., Kelly J. (2003), *Union Revitalization Strategies in Comparative Perspective*, «European Journal of Industrial Relations», 9, 1, pp. 7-24
- Gabanelli M., Taino D. (08 Febbraio 2021), *Recovery Fund, come l'Italia può usare i miliardi della Ue: la lezione del Piano Marshall*, Dataroom, «Corriere della Sera», <<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/recovery-fund-italia-miliardi-ue-lezione-piano-marshall-draghi-einaudi-differenze-ieri-oggi-investimenti-politica/0aaf8056-6955-11eb-9297-ace0084945d6-va.shtml>>, 29.09.2023
- Beveridge W. (1942), *Social Insurance and Allied Services. Report by Sir William Beveridge presented to Parliament by command of His Majesty*, London: H.M. Stationery Office
- Giorgi M. C., Pavan I. (2019), *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, «Studi storici», 2, pp. 417-455
- Hyman R. (2001), *Understanding European Trade Unionism: Between Market, Class and Society*, SAGE Publications Ltd
- Hundt N. E., Robinson A., Arney J., Stanley M.A., Cully J.A. (2015), *Veterans' Perspectives on Benefits and Drawbacks of Peer Support for Posttraumatic Stress Disorder*, «Military Medicine», 180, pp. 856-851
- Jacobson N. (2007), *Dignity and Health: A Review*, «Social Science & Medicine» 64, 2, pp. 292-302
- Jooshandeh J. (2021), *Key Workers in the Pandemic: Security Traps among Britain's Essential Workers*, London: RSA
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di "Istituzione del servizio sanitario nazionale", Gazzetta Ufficiale (suppl. 360), <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>>, 19.09.2023

- Le Grand J., Bartlett W., a cura di (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, London: MacMillan Springer
- Marshall T.H. (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge: Cambridge University Press
- Mearidi G. (2011), *Understanding Trade Union Cultures*, «Industrielle Beziehungen: Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management», 18, n. 4, pp. 336-345
- Mearidi G., Tassinari A. (2022), *Crisis Corporatism 2.0? the Role of Social Dialogue in the Pandemic Crisis in Europe*, «Transfer», 28, 1, pp. 83-100
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (25 Maggio 2021), *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, <<https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>>, 25.09.2023
- Ministero della Salute (3 Giugno 2022), *Riforma dell'assistenza territoriale*, <<https://www.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?id=5898&area=PNRR-Salute&menu=riforme>>, 25.09.2023
- Ministero della Salute (1 Settembre 2023), *Covid-19 - Situazione in Italia*, <<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto>>, 25.09.2023
- Mistura P. (16 Aprile 2020), *Abbiamo bisogno di un Piano Marshall?*, «Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani (OCPI)», <<https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-abbiamo-bisogno-di-un-piano-marshall>>, 29.09.2023
- Murray B.K. (1973), *The Politics of the 'People's Budget'*, «The Historical Journal», 3, 16, pp. 570-555
- Murray G. (2017), *Union Renewal: What Can We Learn from Three Decades of Research?*, «Transfer», 23, 1, pp. 9-29
- Neri S. (2021), *Has Healthcare Rationalisation Been Rationale? Hospital Beds and Covid-19 in Italy*, «Salute e Società», suppl. 2, pp. 151-133
- OECD (2020), *OECD Health Statistics*, <<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>, 27.09.2023
- Polidori P. (2022), *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: analogie con il passato e un approfondimento sul tema giustizia*, «Studi Urbinati, A - Scienze Giuridiche, Politiche ed Economiche», 72, 3-4, pp. 1-24
- Regini M. (1991), *Confini mobili*, Bologna: Il Mulino
- Resick, P.A., Wachen, J.S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Roache, J.D., Borah, A.M., Borah E.V., Dondanville K.A., Hembree E.A., Litz B.T., Peterson, A.L. (2015), *A Randomized Clinical Trial of Group Cognitive Processing Therapy Compared with Group Present-Centered*

- Therapy for PTSD Among Active Duty Military Personnel*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 83, pp. 1068-1058
- Rodriguez G. (8 Maggio 2023), *Pnrr. Regioni in ritardo su Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità. Al 31 dicembre 2022 ne risultano attive meno di una su dieci. I dati Agenas*, «quotidianosanita.it», <[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=113538](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=113538)>, 29.09.2023
- Rosner D., Markowitz G. (1985), *The Early Movement for Occupational Safety and Health, 1900–1917*, in *Sickness and Health in America*, a cura di Leavitt J., Numbers R., Madison: University of Wisconsin Press, pp. 507-521
- Rubin H. J., Rubin I. (2012), *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*, London: Sage
- Russell B., Beel D., Jones I. R., Jones M. (2022), *Placing the Foundational Economy: an Emerging Discourse for Post-Liberal Economic Development*, «Environment and Planning A: Economy and Space», 54, 6, pp. 1069-1085
- Sartorius N. (2006), *The Meanings of Health and its Promotion*, «Croatian Medical Journal», 47, 4, pp. 662-664
- Sen A. (1980), *Equality of What?*, in *Tanner Lectures on Human Values*, Vol. 1, a cura di McMurrin S., Cambridge: Cambridge University Press
- Sen A. (1999), *Development as Freedom*, Oxford: Oxford University Press
- Sigsworth M., Warboys M. (1994), *The Public's View of Public Health in Mid-Victorian Britain*, «Urban History», 21, 2, pp. 237-250
- Somek A. (2014), *The Cosmopolitan Constitution*, Oxford: Oxford University Press
- Starr P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books
- Taylor-Whiffen P. (3 Marzo 2011), *Shot at Dawn: Cowards, Traitors or Victims?*, «BBC», <[https://www.bbc.co.uk/history/british/britain\\_wwone/shot\\_at\\_dawn\\_01.shtml](https://www.bbc.co.uk/history/british/britain_wwone/shot_at_dawn_01.shtml)>, 17.09.2023
- Touraine A., Mottez B. (1963), *Clase obrera y sociedad global*, in *Tratado de sociología del trabajo*, a cura di Friedmann, G., Naville, P., Mexico City: Fondo de Cultura Económica.
- TUC (14 Settembre 2020), *Key Workers: Decent Pay and Secure Work for Key Workers Through Coronavirus and Beyond*, <<https://www.tuc.org.uk/research-analysis/reports/key-workers-report>>, 27.09.2023
- United Nations (10 Dicembre 1948), *Universal Declaration of Human Rights*, <<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>>, 12.09.2023



- UN General Assembly (16 Dicembre 1966), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, United Nations, Treaty Series, 993, n. 3, <<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>>, 12.09.2023
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (11 Agosto 2000), *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, <<https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0y%2B9t%2BsAtGDNzdEqA6SuP2r0w%2F6sVBGTpvTSCbiOr4XVFTqhQY65auTFbQRPWNDxL>>, 13.09.2023
- World Health Organization (22 Luglio 1946), *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: Basic Documents, <[https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)>, 13.09.2023
- WHO Commission on Social Determinants of Health (27 Agosto 2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization, <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>>, 12.09.2023