

L'EMARGINAZIONE SANITARIA DEL WELFARE DI COMUNITÀ

MAURO PERINO

*Quali sono le implicazioni del welfare «di comunità» progettato dalle organizzazioni sociali e propagandato come la panacea di tutti i mali (rispetto ai precedenti progetti delle medesime organizzazioni)? Dare sostanza alla tendenza in atto – espressione di una sostanziale sintonia di intenti tra tutte le forze politiche rappresentate in Parlamento – a far sì che lo Stato assuma un ruolo assiologicamente neutro e si ritiri da tutti i settori in cui il privato può fare da sé (e per sé). L'obiettivo: gestire tutto quanto afferisce alla fattiva tutela dei diritti sociali fondamentali – incluso il diritto alla salute –, ambito che può essere **socializzato** (con le parole dell'area progressista) e dunque oggettivamente **privatizzato** (nel linguaggio più schietto dell'area liberale).*

Il welfare «di comunità», locuzione con cui oggi si trova spesso associato, ha la sua collocazione nel quadro politico ed istituzionale che assume il principio di sussidiarietà quale fondamento dell'azione sociale di una pluralità di soggetti chiamati ad intervenire per la promozione della solidarietà. Il riferimento alla «comunità», qualunque cosa si voglia in effetti intendere con tale termine, non è che l'ultima delle declinazioni. Che si definisca territoriale, locale, societario, di comunità o comunitario, il riferimento è comunque ad un modello di welfare, e di politica, che istituzionalizza il rapporto tra soggetti singoli e collettivi a ciascuno dei quali vengono assegnati, sulla base del principio di sussidiarietà, compiti e responsabilità finalizzati a perseguire e promuovere il benessere della comunità locale.

Con la collocazione «sussidiaria» delle politiche sociali a livello territoriale si determina il passaggio da un sistema di *government* ad uno di *governance*: si spostano cioè i poteri decisionali dal livello statale a quello degli enti locali (sussidiarietà verticale), rinunciando ad un modello di governo autoritativo di tipo gerarchico a favore di una pratica di tipo cooperativo, fondata sulla negoziazione dei reciproci interessi tra le soggettività pubbliche e private presenti sul territorio, alle quali viene attribuito il potere decisionale sulle politiche locali (sussidiarietà orizzontale) (1).

(1) Lucia D'Arcangelo, "Dal welfare state al welfare di comunità. Esperienze e modelli di sussidiarietà circolare per l'inclusione sociale attiva", Paper for the Espanet Conference, "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invec-

Un welfare sussidiario

Sul piano giuridico il welfare «di comunità», così come già il welfare di Stato, trova fondamento nell'articolo 2 della nostra Costituzione: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale», viene però declinato sulla base del disposto dell'articolo 118, comma 4, così come riformulato a seguito dell'approvazione della legge costituzionale n. 3 del 2001 (2): «Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà».

Come ho avuto modo di osservare in due recenti articoli, è con la legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" che la sussidiarietà, applicata al livello territoriale, diviene "circolare" (3). Per il tramite dei "Piani di zona" previsti dalla legge di riforma ed attraverso la "Contrattazione sociale" territoriale,

chiamato e migrazioni", Università degli Studi di Torino, Torino, 18-20 settembre 2014.

(2) Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, "Modifiche al titolo V della parte II della Costituzione".

(3) Mauro Perino, "Il diritto all'assistenza sociale e socio-sanitaria a vent'anni dall'approvazione della legge quadro n.328/2000", *Prospettive assistenziali*, n. 211 luglio-settembre 2020 e n. 212 ottobre-dicembre 2020.

portata avanti dalle Organizzazioni sindacali, viene elevato a sistema il modello dell'interazione tra i vertici di un triangolo costituito dall'ente pubblico, dalle imprese (definite business community) e dalla società civile organizzata (sostanzialmente il Sindacato territoriale e le Organizzazioni del Terzo Settore), per la programmazione, la progettazione e la gestione degli interventi sociali, con il fine strategico di creare un welfare partenariale di comunità.

Al principio di sussidiarietà può essere data attuazione in modi diversi, più o meno aderenti al modello di Stato sociale originariamente delineato dalla nostra Carta costituzionale (4). La tendenza in atto – espressione di una sostanziale sintonia di intenti tra tutte le forze politiche rappresentate in Parlamento – è a far sì che lo Stato assuma un ruolo assiologicamente neutro e si ritiri da tutti i settori in cui il privato può fare da sé (e per sé): dunque tutto quanto afferisce alla fattiva tutela dei diritti sociali fondamentali – incluso il diritto alla salute – può essere **socializzato** (per dirla con il linguaggio dell'area progressista) e dunque oggettivamente **privatizzato** (come più schiettamente sostengono gli esponenti dell'area liberale).

La malattia diventa disagio, da problema sanitario a problema sociale

“La salute di comunità per una comunità in salute”: così si intitola un articolo pubblicato sul sito *Quotidianosanità.it* del 20 luglio 2020 in cui Livia Turco, artefice della legge n. 328/2000, fornisce una efficace descrizione di come, dando applicazione al principio di sussidiarietà, «una politica che si rispetti deve realizzare i profondi cambiamenti che il coronavirus ci ha squadrato. (...) A partire dal bene primario

(4) L'essenza dello Stato sociale delineato dalla nostra Costituzione – che ha al centro, come fonte di “benessere” il lavoro e non l'assistenza – è il prodotto del conflitto sociale che ha accompagnato, quasi senza soluzione di continuità, lo sviluppo del nostro Paese nell'ambito del mondo occidentale moderno. Soprattutto negli anni Sessanta e Settanta si impone una interpretazione dello Stato in economia che fa capo non tanto alla necessità di correggere il mercato per sostenere determinati gruppi sociali altrimenti ingiustamente penalizzati (gli operai ed i lavoratori in generale) quanto per ridurre le disuguaglianze con il fine di promuovere un benessere generalizzato. Tra i molti aspetti della vita economica nei quali la politica fa sentire il suo potere regolatore, uno di quelli più significativi è quello dei salari e degli stipendi, i cui livelli vengono difesi un po' in tutti i paesi occidentali attraverso meccanismi di ordine giuridico e contrattuale che ne assicurano, per esempio, l'adeguamento proporzionato ed automatico all'eventuale aumento dei prezzi.

che è la salute. (...) La salute non solo come diritto fondamentale e come sistema sanitario pubblico. Che pure è essenziale. Ma la salute come bene comune promosso da una comunità attiva e competente». Idea che, secondo l'ex Ministro della Salute, deve ispirare la riorganizzazione delle cure primarie e della medicina territoriale: «*come ha indicato il movimento promosso da Don Luigi Colmegna “Prima la Comunità”*. Ed è importante che nel recente Decreto Ricostruzione sia stato approvato un emendamento, primo firmatario On. Graziano Del Rio, che finanzia progetti di Comunità della Salute».

Nel prosieguo dell'articolo Livia Turco rivendica la propria primogenitura sulle *Case della Comunità* proposte dal Ministro Speranza che, effettivamente, differiscono dalle antesignane *Case della Salute*, varate e finanziate nel lontano 2007 dal Governo Prodi, solamente nella denominazione (5). Ciò testimonia del fatto che «*servono delle scelte nette. Anche perché sono temi e questioni, elaborazioni, leggi che datano più di vent'anni. Due esempi: il Decreto legislativo 229/89 e la legge quadro sulla rete integrata dei servizi sociali la 328/2000. Non è seria e credibile la retorica che è diventata linguaggio comune sulla centralità della medicina territoriale se non ci interroghiamo sulle ragioni per cui essa è rimasta cenerentola del sistema sanitario e non è diventata il secondo pilastro del sistema della salute, sul come mai primeggia comunque e sempre il ruolo dell'ospedale. La mia risposta è che non si è voluto costruire il progetto della integrazione socio-sanitaria e della Casa della Salute perché non si è capito l'importanza della salute come bene comune promosso da una comunità in salute, non si è voluto realizzare quella abusata parola: integrazione*».

Ben diversamente si sarebbe potuto affrontare il dramma del coronavirus ed «*i problemi dei bambini e degli anziani non autosufficienti se (...) si fosse inteso il lavoro sociale una grande infrastruttura del paese, un grande investimento per lo sviluppo e l'occupazione e non il serbatoio di lavori considerati minori, sottopagati e non tutelati. Quale grande merito bisogna riconoscere al Terzo Settore, al Servizio Civile, che resta confinato come una canna d'organo a sé stante anziché partecipare alla programmazio-*

(5) Mauro Perino, “Osservazioni e valutazioni sulla casa della salute”, *Prospettive assistenziali*, n. 160 ottobre-dicembre 2007.

ne condivisa delle politiche sociali e della salute. Dunque una salute di comunità e la comunità che produce salute, come tutti i paesi europei, deve costruire il pilastro delle politiche sociali, il pilastro del welfare che continua a mancare. Sulla base di una tenace mobilitazione degli assistenti sociali (...) finalmente è stato scritto su iniziativa delle parlamentari Lisa Noja e Elena Carnevali ed è stato approvato nel Decreto Ricostruzione un emendamento che prevede che i servizi previsti al comma 4 dell'articolo 22 della 328/2000, i servizi di segretario sociale, pronto intervento, emergenza, domiciliarità facenti capo alle Regioni, devono essere considerati livelli essenziali».

Salute, comunità e integrazione: nobili concetti distorti e utilizzati per perpetuare una sanità di serie B

Nell'articolo in esame si utilizza, ancora una volta strumentalmente, il concetto dell'integrazione socio-sanitaria con argomentazioni che confondono le idee sulle competenze istituzionali. Viene infatti ripetutamente evocato il tema "onnicomprensivo" della *salute* per chiamare in causa i Servizi sociali e lasciare sullo sfondo la *sanità*, della quale non viene mai affermata, in modo chiaro ed esplicito, la piena competenza nella fornitura a qualunque cittadino malato (e per tutta la durata della malattia, e in risposta, sotto qualsiasi forma essi si presentino, ai suoi bisogni di cura e di salute) (6) delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di livello essenziale (7). L'obbligo vale anche, pare superfluo specificarlo, ma non è così, per le persone affette da

(6) È il caso di appena accennare qui alla formulazione di alcuni passaggi dei primi due articoli della legge 833/1978, istituzione del Servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico: articolo 1, «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **senza distinzione di condizioni individuali o sociali** e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» e, articolo 2, il Servizio sanitario deve assicurare «(...) 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi **quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata**; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; (...) f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione». Si noti che il Servizio sanitario non è deputato alla «guarigione» dei malati, semmai felice conseguenza delle sue prestazioni, ma alla «cura», quindi ad un'attività che prosegue, anche per tutta la durata della vita del paziente, finché la malattia persiste.

(7) I LEA sono stati approvati con il decreto del Presidente del Consiglio del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" reso cogente con forza di legge dall'articolo 54

patologie acute o croniche che determinano condizioni di grave disabilità e non autosufficienza. Prestazioni che, in quanto sanitarie, rappresentano un diritto soggettivo e sono dunque esigibili: a differenza di quelle sociali che, essendo condizionate alle risorse disponibili, sono ridotte al rango di interessi legittimi.

Non viene inoltre ricordato che questi nostri concittadini, a differenza degli altri malati, si vedono attribuito l'onere economico di contribuire – in percentuale – al costo delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali proprio in base alle leggi citate dall'ex Ministro. Ad essi viene infatti applicato il cosiddetto «universalismo selettivo» introdotto nel sistema dei servizi dalla legge n. 328/2000. Un artificio normativo utilizzato per sgravare la spesa sanitaria senza intaccare, almeno formalmente, la sostanziale gratuità delle prestazioni di carattere sanitario prevista dalla legge n. 833/1978 in favore di tutti i cittadini, che vieta qualunque distinzione per quanto attiene ai criteri di accesso al Servizio sanitario (men che meno la presunta differenza tra malattie acute e croniche o tra persone autosufficienti e non), alle modalità ed ai tempi di cura.

Diversamente da quanto formalmente stabilito dalle norme tutt'ora vigenti per il sistema sanitario, nel sistema integrato di interventi e servizi sociali l'universalità si limita all'accesso, in quanto è previsto che i servizi vengano resi con contribuzione al costo delle prestazioni sociali e socio sanitarie da parte degli assistiti, fatto salvo l'intervento finanziario dei Comuni per le persone indigenti. Per questo la legge quadro – così come il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" (8) al quale la legge Turco fa esplicito riferimento per quanto attiene alle tematiche relative all'a-

della legge finanziaria 2003. Nel 2017, dopo 16 anni dal primo, viene approvato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" che lascia inalterate le percentuali di spesa poste a carico delle Aziende sanitarie indicate dal primo decreto e conferma l'istituzione nei fatti di una sanità di serie A – destinata ai malati acuti o comunque alle situazioni di malattia che rivestono un qualche interesse scientifico e/o economico sul piano della ricerca e della sperimentazione – ed una sanità di serie B che viene estesa a tutte le persone malate non autosufficienti o gravemente disabili con esigenze di assistenza continuativa.

(8) Il decreto legislativo n.229/1999 modifica ed integra il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino delle

rea socio-sanitaria (9) – si inserisce in modo organico nel processo di espulsione dalla pievezza della tutela sanitaria e nella collocazione all'interno della cosiddetta area dell'integrazione socio-sanitaria dei disabili gravi che necessitano di assistenza continuativa, degli anziani malati cronici non autosufficienti, dei soggetti dipendenti da alcool e da droga, degli affetti da patologie psichiatriche; degli affetti da H.I.V. Un vero e proprio servizio sanitario di serie B.

Per questi soggetti la sanità assume a proprio completo carico la spesa per l'erogazione delle prestazioni di livello essenziale esclusivamente nelle fasi intensive ed estensive dell'intervento e, di norma, solo per periodi predefiniti. Successivamente la contribuzione viene contenuta nelle percentuali che il vigente decreto sui Lea socio-sanitari pone a carico delle Aziende sanitarie, mentre della restante parte della spesa si fanno carico i diretti interessati o, in caso di indigenza, i servizi socio assistenziali comunali.

Il ruolo del Terzo Settore: la sussidiarietà del «penultimo»

La spesa (pubblica e/o privata) di questa sanità di serie B, a livello territoriale, viene in gran parte «intercettata» dalle organizzazioni profit e non profit che la legge quadro prima e la successiva normativa di settore poi, chiamano a partecipare non solo alla gestione privata o accreditata dei servizi sanitari e socio-sanitari, ma anche alla programmazione condivisa delle politiche sociali e della salute. È la – anche in questo caso distorta – sussidiarietà del «penul-

disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421, con il quale venne per la prima volta modificata e integrata la legge di riforma sanitarie del 1978 (per questo il decreto legislativo n. 502/1992 è anche indicato come "riforma bis"). Conosciuto come "legge Bindi" (o anche come "riforma sanitaria ter"), il decreto n.229/1999 fornisce una ulteriore e più articolata definizione delle prestazioni socio-sanitarie che comprendono: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; c) le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria.

(9) L'articolo 22, secondo comma, della legge n.328/2000 recita testualmente: «*Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già desinate dagli enti locali alla spesa sociale*».

timo», in cui le prestazioni garantite dal pubblico non arrivano mai al cittadino che ne ha bisogno se non mediate da un operatore privato che ne assorbe la maggior parte delle risorse. Il caso delle prestazioni domiciliari per la non autosufficienza, nella loro disordinata varietà, ne è l'emblema: il monte di risorse previsto dal Pai – Piano assistenziale individualizzato – quando nell'erogazione delle prestazioni subentrano cooperative o altri intermediari/prestatori d'opera è per la maggior parte assorbito da essi. Le prestazioni corrispondenti sono spesso inadatte a coprire il fabbisogno del malato o della persona con disabilità non autosufficiente, che ha necessità di prestazioni sulle 24 ore.

Come ho avuto modo di osservare dalle pagine di questa rivista è ormai dominate, nelle norme di legge che regolano la materia in esame, l'idea che il soggetto che deve avere "l'ultima parola" sulle politiche di protezione sociale non sia più lo Stato nelle sue articolazioni istituzionali, bensì la società attraverso i soggetti singoli e collettivi che ne sono espressione.

Una concezione che per alcune scuole di pensiero si esprime, come si è detto, come esigenza di "più comunità" e, per altre, decisamente come necessità di "più mercato". Tutti però concordano sul fatto che agli organismi del privato, sociale e non, deve essere affidata non solo la gestione dei servizi, ma anche la programmazione e la progettazione delle azioni e degli interventi, così come viene previsto dalla legge n. 328/2000, dalle leggi regionali attraverso le quali si è ad essa data attuazione, fino ad arrivare al più recente Codice del Terzo settore che privilegia l'adozione di logiche collaborative tra le Amministrazioni pubbliche ed i soggetti dallo stesso regolati.

Le organizzazioni del Terzo settore – alle quali viene ormai riconosciuta una sorta di esclusiva nella capacità di lettura dei bisogni del territorio – vengono così candidate ad adottare il modello organizzativo più appropriato per soddisfarli, nell'ambito di servizi e presidi gestiti direttamente o per conto di società di capitali o ancora, ma sempre più raramente, per conto di istituzioni pubbliche locali ormai quasi unicamente deputate a garantire l'universalismo – ovviamente selettivo, quindi la selezione deliberata degli utenti – nell'accesso alle prestazioni di livello essenziale, impiegando a tal fine le proprie risorse (pubbliche) per far sì che i cittadini accedano agli interventi «secondo equità» e non, esclusivamente, «in risposta ai loro bisogni».

L'associazione "Prima la Comunità", citata da Livia Turco, è un significativo esempio della volontà di promuovere il welfare di comunità battendo sul tasto dell'integrazione per «*ricongiungere la dimensione sociale con quella sanitaria*», al fine di «*superare attraverso un'azione politica, ecologica, pedagogica e di solidarietà umana, l'approccio assistenziale e riparativo tipico del nostro sistema sanitario*» proponendo «*un ripensamento profondo dell'idea di salute/benessere e della riorganizzazione dell'aver e dare cura*» (10). In sostanza l'associazione dà visibilità e voce ad alcune progettualità e pratiche comunitarie che hanno realizzato i così detti "budget integrati di welfare di comunità" come risultato di alleanze plurali a livello territoriale, le esperienze delle "Case della Salute" e altre forme strutturate di cure primarie. Progettualità e pratiche tutte fondate sul paradigma che, per tornare ad una dimensione sociale della medicina, occorre "rileggere" la legge n. 833/1978 alla luce della legge n. 328/2000, perpetuando così i nefasti effetti della legge quadro più sopra evidenziati.

All'interno di questo disegno «*un'area dove il Terzo settore ricoprirà verosimilmente un ruolo crescente nei prossimi anni è la gestione delle cronicità e degli anziani soli. In particolar modo s'intravedono spazi di sviluppo nell'ambito delle cure domiciliari ed anziani fragili e persone con disabilità accompagnate a forme dell'abitare sociale congruenti (...). Un'area aggiuntiva d'intervento, recentemente riscoperta, è quella della collettivizzazione dei rischi connessi alla salute, garantita dai sistemi mutualistici, che non si sostituiscono ma si affiancano all'assistenza pubblica, dando risposte più mirate ai propri soci a fronte di un costo contenuto (...). Si tratta di un'interessante integrazione del servizio sanitario pubblico che, in un'ottica di welfare sociale (a differenza del business delle assicurazioni), presenta potenzialità di sviluppo anche alla luce della recente Riforma del Terzo settore*» (11).

Altro aspetto da considerare è l'inclinazione del Terzo settore a coinvolgere una pluralità di

(10) Giulia Galera, "Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del terzo settore", *rivistaimpresasociale.it* n.2/2020. L'autrice ha intervistato operatori e dirigenti sanitari, responsabili di soggetti pubblici e del Terzo Settore, realizzando una inchiesta su quanto la crisi Covid stava insegnando al sistema sanitario e socio-sanitario e sul ruolo che il Terzo Settore potrebbe avere nelle sue future evoluzioni.

(11) Giulia Galera, *Op. Cit.*

attori e portatori di interesse, nonché la propensione a innescare processi partecipativi, fattori che potrebbero favorire «*la creazione di équipe multidisciplinari, che coinvolgano, attraverso la creazione di cooperative sociali, medici di base, specialisti, infermieri di comunità, assistenti sanitarie e educatori*» e garantiscano «*la presa in carico modulata rispetto alla scala di bisogno dell'assistenza. Questo permetterebbe di migliorare l'accesso alle cure, contenere l'intasamento del sistema e ridurre il carico sociale ed economico per la cura dei pazienti*».

In soldoni (è proprio il caso di dirlo, perché di questo si tratta) si propone l'estensione dalla pratica di selezione degli accessi già oggi in uso nell'area sociosanitaria a tutto il sistema sanitario territoriale, attraverso Unità multidisciplinari di valutazione che attualmente, con la scusa di "graduare secondo equità" i tempi di risposta al bisogno espresso, utilizzano illegittimamente anche il criterio del reddito posseduto dagli assistiti per collocarli in lista d'attesa. Un modello d'intervento – quello delle Unità valutative – «*che andrebbe maggiormente valorizzato, perché propone un nuovo modo di costruire le relazioni tra pubblico e privato in tema di politiche sociosanitarie: il budget di salute (...). Oltre a scardinare il concetto d'istituzionalizzazione, questo strumento si basa sulla definizione di un piano di cura individualizzato, avendo un unico budget di riferimento (...). Il budget di salute consente in pratica di svincolarsi dal mercato delle prestazioni sanitarie ed entrare nel campo della progettazione sociale, attraverso la quale si può contribuire alla costruzione di progetti personalizzati di vita dei pazienti e non semplicemente al mantenimento del loro stato di salute (...). Il ruolo che il Terzo settore è chiamato a svolgere in un contesto di questo tipo è di co-gestione, e non semplicemente di gestione di servizi. Quindi, sebbene la regia rimarrebbe una prerogativa della sanità pubblica, il Terzo settore potrebbe svolgere quel compito precipuo che nessun altro attore è in grado di mettere in campo: attivare legami sociali e congiungerli per costruire una risposta territoriale e personale*» (12). In termini generali si può dire che, con questa impostazione, il Terzo settore si fa promotore – per quanto attiene alla Sanità – dell'abbandono del welfare statale dei diritti universalistici per promuovere un welfare comunitario delle opportunità individuali.

(12) *Ibidem.*