

Disuguaglianze territoriali nell'accesso alla salute ed effetti sul lavoro femminile: una lettura costituzionale a partire dai casi di Italia e Spagna

Anastasia Granato*

TERRITORIAL INEQUALITIES IN ACCESS TO HEALTHCARE AND THEIR EFFECTS ON WOMEN'S LABOUR: A CONSTITUTIONAL PERSPECTIVE FROM THE ITALIAN AND SPANISH CASES

ABSTRACT: The article offers a comparative analysis of the right to health in light of Article 32 of the Italian Constitution and Article 43 of the Spanish Constitution, highlighting how healthcare decentralisation has generated persistent territorial inequalities in access to healthcare services, albeit through different mechanisms in the two legal systems. The analysis shows that these asymmetries have a particularly significant impact on women's employment, as healthcare mobility and the fragmentation of services turn the "logistics of care" into an employment-related variable, with cumulative effects on income, job continuity, and professional opportunities. Finally, the article examines corporate welfare as a possible compensatory response, while also highlighting its potential and its systemic limitations.

KEYWORDS: right to health; right to health protection; healthcare mobility; care logistics; corporate welfare

ABSTRACT: Il contributo propone una lettura comparata del diritto alla salute alla luce dell'art. 32 della Costituzione italiana e dell'art. 43 della Costituzione spagnola, evidenziando come il decentramento sanitario abbia prodotto, seppure con modalità differenti nei due ordinamenti, persistenti disuguaglianze territoriali nell'accesso alle prestazioni sanitarie. L'analisi mostra come tali asimmetrie incidano in modo particolare sul lavoro femminile, poiché la mobilità sanitaria e la frammentazione dei servizi trasformano la "logistica della cura" in una variabile occupazionale, con effetti cumulativi su reddito, continuità lavorativa e opportunità professionali. L'articolo esamina infine il *welfare* aziendale quale possibile risposta compensativa, evidenziandone al contempo potenzialità e criticità sistemiche.

PAROLE CHIAVE: diritto alla salute; diritto alla protezione della salute; mobilità sanitaria; logistica della cura; *welfare* aziendale

* Dottoranda in «Immagine, Linguaggio, Figura: Forme e Modi della Mediazione», curriculum E: «Immagine, linguaggio e inclusione sociale», in regime di cotutela con l'Universidad de Granada, Dottorato in «Estudios de las Mujeres: Discursos y Prácticas de Género». Mail: anastasia.granato@unimi.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive – 2. Il poliedrico bene salute nell’equilibrio costituzionale dell’art. 32 della Costituzione italiana – 3. Il diritto alla protezione della salute nell’esperienza spagnola – 4. Lavoro femminile e mobilità sanitaria: quando curarsi (o curare) diventa una variabile occupazionale – 5. Brevi note finali: il ruolo (ambivalente) delle imprese nella tutela integrata salute-lavoro

1. Considerazioni introduttive

T Il diritto alla salute rappresenta uno dei cardini dello Stato costituzionale sociale ed è stato oggetto di un’ampia elaborazione dottrinale tanto nell’ordinamento italiano quanto in quello spagnolo.

La letteratura costituzionalistica di entrambi i paesi ha, infatti, analizzato in modo approfondito la natura multidimensionale di tale diritto, il rapporto tra libertà individuale e dimensione prestazionale, nonché le tensioni prodotte dai processi di decentramento territoriale dei sistemi sanitari. In particolare, il tema della regionalizzazione ha occupato un posto centrale nel dibattito scientifico degli ultimi decenni, soprattutto con riferimento alla faticosa conciliazione tra autonomia territoriale, sostenibilità finanziaria e garanzia di livelli uniformi di tutela del diritto alla salute.

In questo quadro, tuttavia, una dimensione del problema è rimasta relativamente ai margini della riflessione giuridica: quella concernente le ricadute che le disuguaglianze territoriali nell’accesso ai servizi sanitari possono produrre su altre sfere della cittadinanza sociale, e in particolare sulla partecipazione femminile al mercato del lavoro e sulle conseguenti disuguaglianze di genere.

Se è vero, infatti, che le differenze territoriali nella qualità e nell’accessibilità dei servizi sanitari sono state ampiamente documentate, meno indagato risulta il modo in cui tali asimmetrie si traducano in costi organizzativi e temporali della cura che incidono concretamente sulle traiettorie occupazionali delle persone coinvolte.

Muovendo da questa prospettiva, il presente contributo si propone di offrire una lettura costituzionale comparata delle relazioni tra diritto alla salute, organizzazione territoriale dei sistemi sanitari e partecipazione femminile al mercato del lavoro nei casi italiano e spagnolo. L’analisi mira a mostrare come i processi di regionalizzazione dei sistemi sanitari, pur ispirati ai principi di autonomia e prossimità amministrativa, possano produrre forme differenziate di universalismo, generando disuguaglianze territoriali nell’accesso alle cure e fenomeni di mobilità sanitaria le cui conseguenze si riflettono, in una prospettiva attenta al genere, anche sulla dimensione lavorativa.

Dal punto di vista metodologico, l’indagine si sviluppa attraverso un approccio giuridico-comparato che integra la ricostruzione dei fondamenti costituzionali del diritto alla salute nei due ordinamenti con l’analisi dei modelli organizzativi dei rispettivi sistemi sanitari e delle loro ricadute sul rapporto tra salute e lavoro femminile. La scelta di affiancare all’esperienza italiana il caso spagnolo risponde alla presenza di significative affinità strutturali – entrambe le costituzioni si inscrivono nella tradizione del costituzionalismo sociale europeo e hanno dato vita a sistemi sanitari pubblici universalistici organizzati su base territoriale – che rendono i due ordinamenti particolarmente comparabili; al tempo stesso, le differenti traiettorie istituzionali e politiche di attuazione della tutela sanitaria consentono di far emergere, attraverso il confronto, le tensioni tra universalismo dei diritti e differenziazione territoriale delle politiche.

In questa prospettiva, il contributo propone di interpretare i summenzionati costi come parte di quella che nel presente lavoro viene definita “logistica della cura”, evidenziando come la frammentazione terri-



toriale dei servizi sanitari possa trasformarsi, in concreto, in una variabile rilevante anche sul piano lavorativo.

Proprio alla luce di questa intersezione tra dimensione territoriale della tutela sanitaria ed effetti sociali della sua attuazione, appare necessario tornare a interrogarsi sul significato costituzionale del bene salute e sul ruolo che esso assume nell'equilibrio complessivo dell'ordinamento. È da questa prospettiva che occorre muovere per comprendere la portata del diritto alla salute nel disegno costituzionale e le tensioni che emergono quando la sua promessa universalistica si confronta con assetti istituzionali differenziati.

2. Il poliedrico bene salute nell'equilibrio costituzionale dell'art. 32 della Costituzione italiana

Nel disegno della Costituzione repubblicana italiana, il diritto alla salute rappresenta una delle espressioni più significative del passaggio dallo Stato liberale allo Stato sociale, segnando il punto di equilibrio fra la tradizione delle libertà individuali e la nuova concezione solidaristica dei diritti¹.

Le linee di diritto positivo e gli snodi costituzionali lungo cui si è sviluppata la disciplina del diritto alla salute e dell'organizzazione sanitaria italiana sono stati oggetto di approfondite ricostruzioni da parte della dottrina costituzionalistica. Senza alcuna pretesa di ripercorrere un dibattito sul quale molto è già stato scritto, e muovendo dalle acquisizioni che tale riflessione ha consolidato, ci si limiterà a richiamare – per così dire, “sulle spalle dei giganti” – i profili maggiormente rilevanti ai fini della presente analisi.

Tra essi assume rilievo preliminare la peculiare configurazione costituzionale del bene salute delineata dall'art. 32 Cost., la cui struttura «eterogenea»² costituisce uno dei principali profili di modernità della disposizione³. Essa, infatti, attraverso il riconoscimento della salute quale «fondamentale diritto dell'individuo» e, al contempo, «interesse della collettività», accoglie una concezione della salute strettamente connessa alla persona nella sua integralità, da preservare e promuovere nel tempo⁴.

¹ Su cui molti hanno scritto. Fra gli altri si vedano: M. OLIVETTI, *Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano*, in *Metodologia didattica e innovazione clinica*, 3, 2004, 60-67, 66-ss.; e A. APOSTOLI, *Il fondamentale diritto alla salute nell'ordinamento italiano*, in A. ZAGLIO (Ed.), *Trattato di legislazione ospedaliera*, Padova, 2009, 1-40, spec. 1-10.

² Così espressamente: A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, 2006, 658 ss.

³ Ancora sulla struttura «eterogenea», «multiforme» o «complessa» del diritto alla salute, v. già: M. LUCIANI, *La salute come diritto sociale*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 1983, 25-48. Nello stesso senso, B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto sociale*, 1, 1983, 21-91. Più recentemente: A. MAZZOLA, *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, in *Consulta Online*, 2021, 629-648.

⁴ Sulla struttura bifronte dell'art. 32 Cost. la letteratura è molto ampia, non si possono, però, non vedere: F. MODUGNO, *Diritti fondamentali e Costituzione italiana*, in *Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti*, 4, 2009, 2-5; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, v. VI, Milano, 2006, 5393-5402; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino, 2025, 45-85. Per una più recente ricostruzione cfr.: G.M. RACCA, *Salute*, in *Enciclopedia del diritto. I Tematici*, v. III, Milano, 2022, 995-1015. Cfr. altresì: M. LUCIANI, voce *Diritto alla salute* (diritto costituzionale), in *Enciclopedia giuridica Treccani*, v. XXVII, Roma, 1991; Id., *Il diritto alla salute. Una prospettiva comparata*, Italia, 2022, 43-44, ove si evidenzia il carattere dinamico del rapporto tra diritto individuale alla salute e interesse collettivo, alternativamente segnato da esigenze di bilanciamento o di convergenza. Sul punto, con particolare riferimento all'esperienza pandemica, v.: B. CARAVITA, *L'Italia ai tempi del coronavirus. Rileggendo la Costituzione italiana*, in *Federalismi.it*, 6, 2020, 4-10.

Il bene giuridico tutelato trascende, quindi, la mera assenza di malattia, identificando piuttosto – secondo la nota definizione accolta dall'OMS nel 1946 – una condizione di benessere fisico e psichico della persona, destinata a riflettersi sull'intero svolgimento dell'esistenza⁵.

È proprio in ragione di tale configurazione che la salute assume il rango di "valore primario", destinato a orientare l'azione dell'intera organizzazione pubblica e ad incidere anche sulle relazioni tra soggetti privati⁶. La garanzia del diritto alla salute è, quindi, affidata alla Repubblica nel suo complesso, in tutte le sue articolazioni istituzionali, sicché tale diritto si configura come una vera e propria "clausola di equilibrio costituzionale", destinata a operare nel costante bilanciamento tra autonomia territoriale, esigenze di coesione e garanzia uniforme dei diritti fondamentali⁷.

Su tale terreno si colloca l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale (SSN), istituito dalla legge n. 833 del 1978, quale principale strumento di attuazione della vocazione universalistica sottesa all'art. 32 Cost. Sin dalle origini, tuttavia, il SSN si è confrontato con persistenti differenze territoriali nelle capacità amministrative, nella disponibilità di risorse e nella qualità dei servizi erogati.

Nel tentativo di governare tale tensione, la riforma del Titolo V del 2001 ha collocato la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente, ampliando gli spazi di autonomia regionale ma riservando, parallelamente, allo Stato il compito di assicurare condizioni uniformi di tutela sull'intero territorio nazionale⁸. In ambito sanitario, tale funzione si concretizza nella determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – espressione settoriale della più generale competenza statale in materia di Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) – attraverso i quali vengono individuate le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire in modo uniforme, indipendentemente dal territorio di residenza⁹.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Constitution of the World Health Organization*, New York, 1946, www.who.int (ultima consultazione 27/03/2026)

⁶ Sul riconoscimento della rilevanza di tale diritto anche nei rapporti tra privati, cfr. soprattutto: Corte costituzionale, sentenza 12 luglio 1979, n. 88; e Corte costituzionale, sentenza 20 dicembre 1996, n. 399. In dottrina, ex plurimis, cfr.: L. MONTUSCHI, Art. 32, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Milano-Roma, 1976, 156-ss.

⁷ Sul carattere necessariamente organizzativo e territoriale della tutela della salute, la cui effettività dipende dal coordinamento tra i diversi livelli di governo, cfr.: L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, 1, 2020, 1-37; e G.G. CARBONI, *Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale*, in *federalismi.it*, 8, 2020, 272-294.

⁸ Spiega chiaramente il significato della revisione del Titolo V in materia sanitaria D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Associazione Italiana Costituzionalisti*, 1, 2018, che evidenzia il consolidamento dell'opzione regionalista già sperimentata negli anni Novanta, nel quadro della legislazione concorrente e delle funzioni unitarie riservate allo Stato.

⁹ Sul ruolo dei livelli essenziali quale strumento di garanzia dell'eguaglianza sostanziale e dell'uniforme godimento dei diritti sociali sul territorio nazionale, v. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, in *federalismi.it*, 2017, 1-18. Specificatamente in tema di LEP cfr.: G. COMAZZETTO, *I livelli essenziali delle prestazioni tra processi di differenziazione ed esigenze di eguaglianza*, Napoli, 2024, 51-94, che li inquadra quali strumenti di composizione della tensione tra unità e autonomia nell'ordinamento regionale; nonché F. MASCI, *I livelli essenziali delle prestazioni. Appunti per una ricostruzione*, Napoli, 2025, il quale ne evidenzia la funzione di concretizzazione dei diritti fondamentali attraverso meccanismi di garanzia e redistribuzione delle risorse pubbliche. Sull'argomento anche: S. ARU, *Il procedimento di determinazione dei "Livelli Essenziali delle Prestazioni" nell'ambito del regionalismo differenziato*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 1, 2024, 108-146, che analizza il ruolo dei LEP nel quadro del regionalismo differenziato.



La più recente giurisprudenza costituzionale ha chiarito che i LEA non coincidono con il nucleo costituzionalmente incompressibile del diritto alla salute, che trova fondamento diretto nella Costituzione ed è garantito anche al di là delle determinazioni legislative e delle valutazioni di carattere finanziario. Essi rappresentano piuttosto *standard* uniformi di tutela individuati dal legislatore statale per assicurare l'eguaglianza sostanziale nell'accesso alle prestazioni sanitarie sull'intero territorio italiano, i quali possono anche attestarsi su un livello di protezione più elevato rispetto alla soglia minima costituzionalmente garantita¹⁰.

Proprio in virtù della loro funzione, i LEA rappresentano al contempo il limite e il parametro dell'autonomia regionale, nonché il principale strumento attraverso cui viene perseguita l'unità sostanziale del sistema sanitario. La determinazione dei LEA, quindi, non può essere disgiunta dall'individuazione delle risorse necessarie a garantirne l'effettiva erogazione, giacché essi non assolvono una funzione esclusivamente garantistica, ma svolgono anche una rilevante funzione finanziaria e perequativa che contribuisce a limitare le disuguaglianze territoriali e ad assicurare condizioni uniformi di tutela sull'intero territorio nazionale¹¹.

Proprio il rapporto tra garanzia dei LEA ed equilibrio economico-finanziario costituisce uno dei nodi centrali del regionalismo sanitario. Sul punto la Corte costituzionale ha progressivamente chiarito che le esigenze di contenimento della spesa non possono tradursi in una compressione delle prestazioni essenziali¹². La compatibilità finanziaria dei LEA è infatti già incorporata nella loro stessa determinazione nor-

¹⁰ Così: Corte costituzionale, sent. 14 novembre 2024, n. 192. Anche in dottrina è stato più volte evidenziato come la nozione di livelli essenziali presenti un significativo grado di equivocità terminologica e non possa essere sovrapposta né ai livelli minimi né al cosiddetto nucleo essenziale del diritto alla salute. In tal senso v. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, cit., spec. 137-145. Sul dibattito relativo al rapporto tra livelli essenziali e livelli minimi di tutela cfr. R. BALDUZZI, Titolo V e tutela della salute, in R. BALDUZZI e G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V. Atti della Giornata nazionale di studio*, Genova, 15 gennaio 2002, 2002, 19 ss.; nonché C. TUBERTINI, *Pubblica Amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, 51 ss., secondo cui il nucleo essenziale del diritto costituisce una soglia indisponibile per il legislatore, mentre i LEA rappresentano uno strumento di attuazione dell'eguaglianza sostanziale e possono assumere un contenuto anche più ampio e variabile nel tempo.

¹¹ Sul nesso tra determinazione dei LEA, adeguatezza delle risorse finanziarie e garanzia uniforme dei diritti, v. Corte costituzionale, sent. 10 febbraio 2016, n. 65. Si veda inoltre: Corte costituzionale, sent. 17 aprile 2018, n. 117, che ribadisce la necessità di correlare i livelli essenziali alle risorse necessarie per garantirne l'effettiva erogazione. Più recentemente, Corte costituzionale, sent. 14 novembre 2024, n. 192 del 2024, ha ribadito l'inscindibile connessione tra individuazione dei LEA e il relativo finanziamento. A commento della sentenza: V. P. GROSSI, *Principi e incertezze. Quale effettività per la sent. C. cost. 192?*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, 2, 2025, 458-498; e L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2025, 339-375. Sul rapporto tra tutela della salute ed equilibrio economico-finanziario, v. altresì: Corte costituzionale, sent. 30 ottobre 2024, n. 201, che riafferma la necessità di preservare le risorse destinate ai LEA e ammette prestazioni extra-LEA soltanto ove finanziate mediante fondi specifici non incidenti sul bilancio sanitario regionale. In argomento, v.: G. SICHERA, *La "non-interferenza" delle prestazioni sanitarie extra-Lea sul bilancio sanitario regionale come presupposto necessario per la loro legittimità, nota a Corte costituzionale, sentenza n. 201 del 2024*, in *Osservatorio Associazione Italiana Costituzionalisti*, 3, 2025, 188-205.

¹² V. Corte costituzionale, sent. 16 dicembre 2016, n. 275, secondo cui, una volta individuato il «nucleo invalicabile» delle garanzie necessarie a rendere effettivo un diritto fondamentale, «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». Sebbene resa con riferimento al diritto all'istruzione degli studenti con disabilità, la pronuncia è divenuta un riferimento centrale nel dibattito sul rapporto tra diritti sociali fondamentali ed esigenze di sostenibilità finanziaria. Cfr. ex plurimis: A. APOSTOLI, /

mativa, sicché le risorse destinate alla loro erogazione non possono essere sacrificate in nome di generiche esigenze di riequilibrio dei conti pubblici¹³.

Alla dimensione statale, quindi, spetta la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e delle risorse complessive destinate al loro finanziamento, mentre alle Regioni, compete l'organizzazione dei servizi e dell'erogazione concreta delle prestazioni¹⁴.

Se tale riparto di competenze ha posto, fin dall'inizio, delicati problemi di coordinamento tra i diversi livelli di governo, l'ampliarsi delle diseguaglianze territoriali è stato influenzato tanto dalla perdurante insufficienza delle risorse destinate ad alcune aree del Paese, accentuatasi soprattutto dopo la crisi economico-finanziaria, quanto dall'utilizzo delle politiche sanitarie come leve identitarie da parte delle Regioni, fenomeno che ha favorito una crescente differenziazione dei modelli organizzativi e delle priorità di spesa¹⁵.

In questo scenario, la sanità italiana appare sempre più come un sistema formalmente unitario, ma sostanzialmente frammentato, nel quale la fruibilità effettiva del diritto alla salute dipende in misura significativa dalla capacità finanziaria e amministrativa della Regione di residenza, risentendo delle storiche fratture tra Nord e Sud del Paese e, in modo particolarmente marcato, delle politiche di contenimento della spesa pubblica che hanno inciso più gravemente sui territori caratterizzati da minore capacità fiscale. Si configura, in altre parole, una forma di «universalismo a geometria variabile¹⁶», nella quale l'ispirazione universalistica sottesa all'art. 32 Cost. si confronta con una realtà di accesso alle prestazioni non sempre uniforme, nell'ambito del quale emergono alcuni dei fenomeni più significativi degli ultimi anni.

Tra questi assume particolare rilievo la crescente rinuncia alle cure.

Secondo le più recenti rilevazioni Istat, basate su un'indagine multiscopo relativa agli aspetti della vita quotidiana nel 2024 quasi una persona su dieci (9,9 per cento) ha dichiarato di aver rinunciato, negli ultimi

diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo. Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016, in Forum di Quaderni costituzionali, 1, 2016, 1-6; F. LUCARELLI, Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati. Nota a Corte cost. n. 275 del 2016, in Giurisprudenza costituzionale, 6, 2016, 2343-ss. Sottolinea la continuità dell'orientamento della Corte nel subordinare le esigenze di bilancio alla garanzia effettiva dei diritti fondamentali: L. MADAU, "È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione". Nota a Corte cost. n. 275/2016, in Osservatorio Associazione Italiana Costituzionalisti, 1, 2017, 1-13.

¹³ V. Corte costituzionale, sentenza 19-26 giugno 2002, n. 282 con commento di: L. VIOLINI, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruttoria tecnico-scientifica*, in *Le Regioni*, 6, 2002, 1450-1460.

¹⁴ V. Corte costituzionale, sentenza 10 aprile 2020, n. 62, ove si chiarisce che la determinazione dei LEA e la loro proiezione in termini di fabbisogno regionale richiedono una fisiologica dialettica tra Stato e Regioni, finalizzata ad assicurare il migliore servizio alla collettività. La sentenza è stata annotata da: F. MASCI, *I Lea non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 4, 2020, 99-122; e C. BUZZACCHI, *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Regioni*, 4, 2020, 662-676.

¹⁵ Sul tema v. C. PINELLI, *Come emersero le sperequazioni territoriali sulla tutela della salute e perché sembra così difficile rimediare*, in *Italian Papers on Federalism*, 1, 2025, 44-52, che riconduce l'emersione delle diseguaglianze territoriali a una pluralità di fattori istituzionali e finanziari. Sul ruolo delle politiche sanitarie quali fattori di differenziazione identitaria e organizzativa dei sistemi sanitari regionali, v. G.G. CARBONI, *op. cit.*, 280-282, che richiama, tra gli altri, il modello dell'Emilia-Romagna, fondato sull'organizzazione distrettuale e sull'integrazione della programmazione sanitaria universitaria; quello lombardo, tradizionalmente imperniato sulla separazione tra funzioni di programmazione e di erogazione delle prestazioni; e quello toscano, caratterizzato dalle "Società della salute" quali strumenti di integrazione sociosanitaria.

¹⁶ L. CHIEFFI, *op. cit.*, 19.



dodici mesi, a visite o esami specialistici nell'ambito del servizio sanitario pubblico, soprattutto per le lunghe liste di attesa (6,8 per cento) e per difficoltà economiche nel sostenere il costo delle prestazioni (5,3 per cento). La rinuncia alle cure costituisce un fenomeno in espansione che interessa l'intera popolazione, registrando valori superiori sia rispetto al periodo pre-pandemico sia rispetto al 2023. Tuttavia, il dato assume una peculiare rilevanza nell'analisi delle disuguaglianze di genere, poiché le donne continuano a esserne colpite in misura sensibilmente maggiore rispetto agli uomini: nel 2024 la quota di rinunce raggiunge infatti l'11,4 per cento tra la popolazione femminile, contro l'8,3 per cento di quella maschile, con incidenze particolarmente elevate nella fascia 45-54 anni e tra i soggetti caratterizzati da minori risorse culturali ed economiche¹⁷.

Per chi, viceversa, dispone delle necessarie risorse economiche, l'alternativa è sempre più spesso rappresentata dal ricorso al mercato privato. Le medesime rilevazioni Istat mostrano, infatti, che nel 2024 il 23,9 per cento delle persone ha sostenuto integralmente il costo dell'ultima prestazione specialistica, a fronte del 19,9 per cento registrato nel 2023¹⁸. Il dato evidenzia una crescente traslazione degli oneri della tutela della salute sui singoli individui, con evidenti ricadute sul piano dell'eguaglianza sostanziale.

Un ulteriore «indicatore severo» delle persistenti disuguaglianze territoriali nell'effettivo godimento del diritto alla salute è rappresentato dalla mobilità sanitaria, ormai divenuta una componente strutturale del SSN, soprattutto dai territori meridionali verso quelli centro-settentrionali¹⁹. Le significative differenziazioni emerse tra i sistemi sanitari regionali in termini di risorse, capacità organizzative e livelli effettivi di tutela hanno infatti alimentato flussi di pazienti che – pur configurandosi formalmente come espressione della libertà di scelta della persona assistita – risultano spesso riconducibili non alla ricerca di prestazioni ad elevata specializzazione, bensì all'inadeguatezza dell'offerta sanitaria disponibile nel territorio di residenza²⁰.

La mobilità sanitaria non rappresenta, pertanto, soltanto una conseguenza delle disuguaglianze territoriali, ma contribuisce essa stessa alla loro riproduzione. Le Regioni maggiormente attrattive consolidano

¹⁷ Istituto Nazionale di Statistica, *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, Roma, 2025, 103-105, www.istat.it (ultima consultazione 27/03/2026). Per una lettura complessiva dei dati ISTAT 2024 sulla rinuncia alle cure, v. anche SVIMEZ, *Rapporto «Un Paese, due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, Roma, 2024, www.forumterzoset-tore.it (ultima consultazione 27/03/2026).

¹⁸ Istituto Nazionale di Statistica, *op. cit.*

¹⁹ Sul significato della mobilità sanitaria quale indice delle disuguaglianze territoriali di salute, v.: G. COSTA, C. DI GIROLAMO, *Quando si ammala la sanità si ammala anche la salute?*, in *Le Regioni*, 4-5, 2025, 767-787, spec. 778, ove è definita un «indicatore severo di disuguale mancata soddisfazione dei bisogni».

²⁰ Cfr.: R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti*, 2, 2019, 1-15; e A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» nella materia tutela della salute*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 731-766. Si rimanda altresì alle osservazioni di C. PIAZZONI, M. TERRANEO, *Il sistema sanitario italiano tra divari territoriali e disuguaglianze socioeconomiche*, in F. PEROCCHI, G. PIRINA (a cura di), *Le disuguaglianze territoriali in Italia. Cause, forme, conseguenze*, Venezia, 2025, 163-178, che documentano il riflesso di tali differenziazioni in termini di disuguaglianze socioeconomiche. Con riferimento alla nozione di «mobilità evitabile», v.: V.P. GROSSI, *Il Servizio Sanitario campano in un Welfare a venti velocità*, *ivi*, 1001-1020, spec. 1013. In termini analoghi, con riferimento alla Calabria e alla Basilicata, v. rispettivamente: V. PUPO e R. CARIDÀ, *Il Sistema sanitario regionale calabrese e la sanità diseguale*, *ivi*, 1021-1047, spec. 1032; e IDD., *Il Sistema sanitario regionale lucano: criticità e prospettive*, *ivi*, 1049-1059, 1054, ove si rileva come una quota significativa dei flussi riguardi prestazioni che i sistemi regionali sarebbero teoricamente in grado di erogare, incluse quelle riconducibili ai c.d. DRG a rischio di inappropriata.

infatti il proprio vantaggio attraverso i meccanismi di compensazione finanziaria, rafforzano il proprio capitale professionale e accrescono la propria capacità di attrazione, mentre quelle caratterizzate da elevata mobilità passiva vedono progressivamente ridursi le risorse disponibili per investimenti, innovazione tecnologica e valorizzazione del personale sanitario²¹. Si determina così un circuito cumulativo di divaricazione, alimentato dal trasferimento di risorse e competenze verso i territori più attrattivi, nel quale i differenziali di qualità, accessibilità e reputazione dei servizi tendono ad autoalimentarsi nel tempo²².

Tale dinamica assume una rilevanza ulteriore ove si consideri che la mobilità sanitaria non è concretamente accessibile a chiunque nella medesima misura. La possibilità di esercitare tale libertà dipende dalla disponibilità di risorse economiche, temporali e relazionali non uniformemente distribuite nella popolazione²³. Più che una libera opzione tra offerte assistenziali equivalenti, lo spostamento verso altri territori assume spesso i tratti di una scelta “necessitata”, imposta dall’esigenza di accedere in tempi ragionevoli a prestazioni altrimenti non disponibili o difficilmente accessibili nel luogo di residenza.

La mobilità rischia così di trasformarsi da strumento di ampliamento delle opportunità di cura in un ulteriore fattore di differenziazione sociale, consentendo di compensare individualmente le carenze dell’offerta territoriale soltanto a coloro che dispongono delle risorse necessarie per sostenerne i costi, mentre i soggetti più vulnerabili restano esposti alle conseguenze dell’inadeguatezza dei servizi disponibili o, nei casi più gravi, alla rinuncia stessa alle cure²⁴.

Il circuito cumulativo di divaricazione, peraltro, non riguarda soltanto i flussi finanziari e la capacità di attrazione dell’utenza, ma investe anche la distribuzione del personale sanitario, poiché la progressiva concentrazione di professionalità e opportunità di carriera nelle aree maggiormente attrattive tende a rafforzare ulteriormente i differenziali territoriali esistenti, riducendo la capacità dei sistemi regionali più fragili di garantire prestazioni tempestive ed efficaci²⁵.

²¹ M. MENGOLZI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell’esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell’azione dell’Unione nella tutela del diritto alle cure*, in *Diritto e salute. Rivista di sanità e responsabilità medica*, 4, 2017, 1-22, 12, parla, per questa ragione, di «esiti per certi versi paradossali».

²² Sul punto, V.P. GROSSI, *op. cit.*, spec. 1013-1014, che evidenzia come i meccanismi compensativi della mobilità sanitaria tendano a rafforzare i territori maggiormente attrattivi, mentre Regioni come la Campania hanno sostenuto nell’ultimo decennio costi superiori a 3,5 miliardi di euro per la mobilità passiva. In termini analoghi: V. PUPO e R. CARIDÀ, *Il Sistema sanitario regionale calabrese e la sanità diseguale*, cit., spec. 1035, descrivono un «circolo vizioso» nel quale la fuoriuscita di pazienti aggrava le difficoltà di investimento dei territori di provenienza. Per il caso sardo cfr.: G. COINU, *Il sistema sanitario regionale della Sardegna: profili organizzativi e risultati di esercizio. I dati sfidano l’effettività*, in *Le Regioni*, 4-5, 2025, 1147- 1167, 1158, che sottolinea il paradosso di una regione caratterizzata da elevata spesa sanitaria pro capite, persistente mobilità passiva e tra i più alti tassi di rinuncia alle cure.

²³ Fondamentali, in questo senso, le osservazioni di A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Bologna, 2024.

²⁴ Sull’accesso iniquo alla mobilità sanitaria e sulla sua natura di fattore di differenziazione sociale, si veda anzitutto: G. COSTA e C. DI GIROLAMO, *op. cit.*, 767-768 e 776-778, ove si chiarisce che la migrazione sanitaria è un fenomeno che riguarda elettivamente i soggetti assistiti «più ricchi di relazioni sociali e di reddito», determinando un «razionamento implicito» delle cure che penalizza chi non ha mezzi per eludere le criticità locali. Cfr. altresì: A. PIOGGIA, *L’impatto dell’aziendalizzazione sulla dimensione territoriale della sanità. Un arretramento senza ritorno?*, in *Le Regioni*, 4-5, 2025, 743-765, ove l’Autrice evidenzia come la lontananza dei centri di erogazione e la mancanza di reti di sostegno (risorse temporali e relazionali) portino all’uscita forzata degli utenti vulnerabili dal sistema di garanzia.

²⁵ In argomento v. Fondazione Gimbe, *8° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, 2025, www.salviamo-ssn.it (ultima consultazione 27/03/2026), ove emerge come la crisi del personale, aggravata dal blocco del turnover e dalla progressiva fuoriuscita di professionisti dal servizio pubblico, stia incidendo in modo differenziato sui territori.



La pandemia da COVID-19 ha portato alla luce inequivocabilmente tali criticità, mostrando come le persistenti disomogeneità territoriali e le difficoltà di coordinamento tra i diversi livelli di governo continuino a incidere sull'effettività della promessa universalistica sottesa all'art. 32 Cost²⁶.

La concreta tutela del diritto alla salute dipende oggi, pertanto, non soltanto dal riconoscimento formale garantito costituzionalmente, ma anche dalle concrete modalità di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, sicché le persistenti disuguaglianze territoriali nell'accesso alle prestazioni finiscono per riflettersi più ampiamente sulle condizioni di vita delle persone, incidendo sulla possibilità di conciliare esigenze di cura, partecipazione sociale e attività lavorativa.

Tali effetti, poi, si distribuiscono in modo diseguale all'interno della popolazione, assumendo una particolare rilevanza per donne, giovani precari e famiglie a basso reddito²⁷. Sebbene, infatti, tali dinamiche possano interessare chiunque sia coinvolto in percorsi di cura, risulta interessante affrontare il fenomeno in una prospettiva di genere, poiché le donne continuano a sostenere una quota prevalente del lavoro di cura non retribuito e risultano mediamente più coinvolte nei percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento lungo l'arco della vita²⁸. Le difficoltà di accesso ai servizi e l'organizzazione concreta dell'assistenza sanitaria possono pertanto tradursi – come si avrà modo di approfondire nel prosieguo – in costi temporali, organizzativi ed economici suscettibili di incidere sulle traiettorie lavorative e professionali.

È proprio alla luce di tale intreccio tra salute, cura, partecipazione lavorativa e condizioni materiali di vita che appare utile volgere lo sguardo all'esperienza spagnola, per verificare come analoghe esigenze di tutela siano state affrontate in un diverso contesto costituzionale e in un differente assetto di autonomia territoriale.

3. Il diritto alla protezione della salute nell'esperienza spagnola

In una prospettiva comparata, il quadro spagnolo si colloca nello stesso orizzonte costituzionale fin qui ricostruito per l'ordinamento italiano, pur presentando una propria specificità sistematica. Anche in que-

²⁶ R. CIVITILLI, P. RICCI, *La performance «benessere» tra i diritti nell'era Covid 19: misurazione, valutazione e interpretazione*, in B. GUASTAFERRO, L. TEBANO (a cura di), *Cura, lavoro, diritti. L'Unione Europea e le sfide della contemporaneità*, Napoli, 2022, 107-130.

²⁷ Cfr. SVIMEZ, *op. cit.*; Istituto Nazionale di Statistica, *op. cit.*

²⁸ Per "lavoro di cura non retribuito" si intende l'insieme delle attività di assistenza e supporto svolte senza remunerazione all'interno della famiglia o della comunità, comprensive sia della cura diretta (assistenza a bambini, anziani, persone malate o con disabilità) sia della cura indiretta (attività domestiche e organizzative funzionali alla cura stessa). Tali attività continuano a gravare in misura largamente prevalente sulle donne, che in Italia vi dedicano mediamente oltre il doppio del tempo impiegato dagli uomini. Cfr. OIL, *Il lavoro di cura non retribuito in Italia. Risultati dell'indagine OIL-FederCasalinghe. Messaggi principali*, Roma, 2025, spec. 1, 4 e 7, www.ilo.org (ultima consultazione 9/06/2026); T. CAPPADOZZI, G. ROSAS, *Le condizioni del lavoro di cura in Italia. Dinamiche e strategie del lavoro in ambito domestico*, Roma, 2025, spec. 6 e 13-24, www.ilo.org (ultima consultazione 9/06/2026). Quanto al maggiore coinvolgimento femminile nei percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento, esso è stato ricondotto, nella letteratura epidemiologica e demografica, anche al c.d. «female health-survival paradox», espressione con la quale si descrive la condizione per cui le donne, pur beneficiando di una maggiore aspettativa di vita, tendono a convivere più a lungo con patologie croniche, limitazioni funzionali e bisogni di salute che richiedono un più intenso ricorso ai servizi sanitari. Sul punto v. ex multis: H. VAN OYEN *et al.*, *Gender Differences in Healthy Life Years within the EU: An Exploration of the "Health-Survival" Paradox*, in *International Journal of Public Health*, 58, 2013, 143-155. Si tratta, in entrambi i casi, di categorie elaborate nell'ambito delle scienze sociali e della salute e qui richiamate esclusivamente in funzione descrittiva.

sto caso, senza alcuna pretesa di esaustività rispetto a una materia ampiamente indagata dalla dottrina, l'attenzione sarà rivolta ai profili di convergenza e di divergenza maggiormente significativi ai fini della presente riflessione, nella misura in cui consentono di cogliere l'incidenza dell'organizzazione sanitaria sull'effettività del diritto alla salute e sulle disuguaglianze qui considerate.

In tale prospettiva, il punto di partenza non può che essere rappresentato dal fondamento costituzionale della tutela della salute e dal modello di intervento pubblico che da esso prende forma. L'art. 43 della Costituzione iberica del 1978 riconosce il «derecho a la protección de la salud» e affida ai pubblici poteri il compito di «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarias». Come osservato in dottrina, il carattere relativamente tardivo del processo costituente spagnolo ha consentito di recepire le acquisizioni maturate in altri ordinamenti europei, tra cui quello italiano, collocando sin dall'origine il diritto alla salute entro una concezione matura del costituzionalismo sociale, fondata sull'assunzione di obblighi positivi in capo ai pubblici poteri²⁹.

La disposizione si caratterizza, tuttavia, per una formulazione diversa da quella adottata dall'art. 32 Cost., poiché riconosce non un «derecho a la salud», bensì un «derecho a la protección de la salud». Tale scelta terminologica ha alimentato un ampio dibattito dottrinale circa la natura e la portata della posizione giuridica riconosciuta alla popolazione spagnola. Secondo una linea di pensiero autorevole, la formula «protección de la salud» non evoca un impossibile diritto ad essere sani o guariti, bensì una posizione soggettiva orientata ai mezzi di tutela, che rende il/la cittadino/a «creditore/trice» delle misure preventive, terapeutiche e organizzative necessarie alla protezione della salute, facendo gravare sui pubblici poteri un correlativo dovere di intervento e di organizzazione del sistema sanitario³⁰.

Al di là della diversa formulazione letterale, il confronto con la disposizione italiana rivela significative convergenze sostanziali, poiché anche nell'ordinamento italiano la tutela della salute si traduce nella predisposizione delle condizioni istituzionali, organizzative e materiali necessarie a garantirne l'effettività³¹.

La confluenza tra i due modelli emerge con particolare evidenza nell'evoluzione interpretativa dell'art. 43 CE. La sua collocazione nel Capitolo III del Titolo I, dedicato ai «*principios rectores de la política social y económica*», ne ha a lungo condizionato l'interpretazione, inducendo parte della dottrina a qualificarlo come diritto sociale o «*principio rector subjetivado*», distinto dai diritti fondamentali in senso tecnico e maggiormente dipendente dall'intervento del legislatore³².

²⁹ M.A. GARCÍA HERRERA, G. MAESTRO BUELGA, *Marginación, Estado social y prestaciones sociales*, Barcelona, 1999, 37, evidenzia come la Costituzione del 1978 maturi in un contesto nel quale il legame tra benessere sociale e legittimazione democratica era ormai consolidato.

³⁰ Per una riflessione generale sull'impossibilità di configurare la salute come bene integralmente avallabile dall'ordinamento, v.: A. DEMICHEL, *Le droit de la santé*, Burdeos, 1999. Sulla qualificazione del «derecho a la protección de la salud» quale diritto orientato all'ottenimento di prestazioni, piuttosto che al conseguimento di un determinato risultato sanitario, v.: P. DE LORA, *El derecho a la protección de la salud*, in J. BETEGÓN, F.J. LAPORTA *et al.* (a cura di), *Constitución y derechos fundamentales*, Madrid, 2004. Nello stesso senso, L.E. DELGADO DEL RINCÓN, *Algunas consideraciones sobre el derecho a la protección de la salud y el bien jurídico de la salud colectiva en tiempos de pandemia*, in M. PALOMA BIGLINO CAMPOS, J.F. DUÁN ALBA (a cura di), *Los efectos horizontales de la Covid-19 sobre el sistema constitucional: estudios sobre la primera oleada*, Cortes de Aragón, 2021, 385-411.

³¹ Sul tema si rimanda, ex multis alle osservazioni di: A. BALDASSARE, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, 1997, 199 ss.

³² V.F. BASTIDA FREIJEDO, *Concepto y modelos teóricos de los derechos fundamentales*, in ID ET AL. (a cura di), *Teoría general de los derechos fundamentales en la Constitución española de 1978*, Madrid, 2004, 40-ss, secondo cui i diritti costituzionalizzati nei Capitoli I e II del Titolo I integrano il catalogo dei diritti fondamentali in senso tecnico, mentre



Tale impostazione è stata tuttavia progressivamente attenuata dalla giurisprudenza costituzionale, che ha chiarito come i principi del Capitolo III, pur non attribuendo di regola diritti «*judicialmente actuables*» (STC 36/1991), conservino una piena efficacia normativa³³. Essi vincolano, infatti, l'azione di tutti i pubblici poteri e orientano l'attività legislativa e amministrativa, nonostante la loro effettività è affidata, nei termini dell'art. 53.3 CE, all'intervento del legislatore e alla successiva applicazione giurisprudenziale³⁴. Muovendo da tale premessa, il *Tribunal Constitucional* ha progressivamente valorizzato l'art. 43 CE non soltanto quale criterio di orientamento delle politiche sanitarie, ma anche quale parametro rilevante nella definizione delle competenze pubbliche in materia di salute e nella delimitazione della discrezionalità legislativa relativa all'organizzazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali, precisando che quest'ultima, pur ampia, debba necessariamente essere esercitata nel rispetto del sistema di principi consacrato nel Titolo I della Costituzione³⁵.

Contestualmente anche la dottrina ha gradualmente superato le letture che relegavano l'art. 43 CE a mera norma programmatica, ricostruendo la tutela della salute come un vero e proprio «*haz de posiciones iusfundamentales*», nel quale si intrecciano profili di protezione, prestazione e garanzia³⁶. In tale prospettiva, l'art. 43 CE non si limita a enunciare un obiettivo di politica sanitaria, ma trova la propria concretiz-

al di fuori di esso si rinvencono altre tipologie di situazioni giuridiche soggettive. In questa stessa direzione, P. BIGLINO CAMPOS, *Principios rectores, legislador y Tribunal Constitucional*, in *Revista Española de Derecho Constitucional*, 119, 2020, 53-84, valorizza il ruolo dei «*principios rectores*» quali parametri dell'azione legislativa e del controllo costituzionale, mentre F. PUZZO, *Reflexiones alrededor de los principios rectores de la política social y económica y a los derechos sociales en la experiencia constitucional española*, in *federalismi.it*, 10, 2018, 1-24, ne sottolinea la funzione di concretizzazione del modello di Stato sociale delineato dalla Costituzione del 1978. Ancora: L. MELICA, *Il sistema sanitario spagnolo e la tutela della salute degli immigrati: spunti di riflessione*, in *Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti*, 4, 2017, 1-19, evidenzia come tale diritto, pur collocato tra i «*principios rectores*», mantenga una significativa rilevanza quale parametro costituzionale dell'azione pubblica in materia sanitaria. Per una riflessione critica sulla collocazione dell'art. 43 CE nel Capitolo III del Titolo I, v.: S. BASILE, *Valori superiori*, in E. GARCÍA DE ENTERRÍA, A. PREDIERI, (a cura di), *La Costituzione spagnola del 1978*, Milano, 1981, 154-ss.

³³ V. STC de 14 de febrero 1991, n. 36, FJ 5, ove si afferma che «[...] los principios reconocidos en el Capítulo III del Título I, aunque deben orientar la acción de los poderes públicos, no generan por sí mismos derechos judicialmente actuables». Più in generale, sulla natura pienamente normativa della Costituzione, v. STC de 16 de abril 1982, n. 16, FJ 1.

³⁴ V. STC de 20 de diciembre 1982, n. 80, FJ 1, nei termini in cui è chiarito come il diverso regime di tutela previsto dall'art. 53 CE non incide sulla natura normativa delle disposizioni costituzionali, ma soltanto sulle modalità della loro immediata azionabilità.

³⁵ Si vedano in proposito sentenze quali: STC de 28 de abril 1983, n. 32, sulla rilevanza dell'art. 43 CE nella definizione delle «*bases de la sanidad*»; STC de 10 de febrero 1994, n. 37, che qualifica la «*Seguridad Social*» quale «*garantía institucional*» dotata di un «*núcleo o reducto indisponible*» sottratto alla libera disponibilità del legislatore; STC de 25 de abril 1994, n. 126, F.J. 5 e STC de 21 julio 2005, n. 213, FJ 10, che riconoscono un ampio margine di configurazione legislativa delle prestazioni sociali e sanitarie entro i limiti posti dagli artt. 41 e 43 CE; STC de 22 de junio, n. 113 e STC de 10 de abril 2000, n. 95, nelle quali la tutela di situazioni soggettive connesse all'assistenza sanitaria viene ricostruita attraverso il raccordo con gli artt. 14 e 24 CE, sullo sfondo della funzione conformativa svolta dall'art. 43 CE.

³⁶ Sul tema risultano imprescindibili le riflessioni di: R. ALEXI, *Teoría de los derechos fundamentales*, Madrid, 1997, 240. Si vedano anche: E. BORRAJO DA CRUZ, *Artículo 43. Protección de la salud*, in O. ALZAGA VILLAAMIL (a cura di), *Comentarios a las Leyes Políticas. Constitución española de 1978*, v. IV, 1984, 165-204; J. PEMÁN GAVÍN, *Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud*, in *Derecho y Salud*, 16, 2008, 29-62 e L. PRIETO SANCHIS, *Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial*, in *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, 22, 1995, 9-57.

zazione nel *Sistema Nacional de Salud* (SNS), istituito dalla “*Ley General de Sanidad*” del 1986, attraverso il quale i pubblici poteri danno attuazione al mandato costituzionale di tutela della salute³⁷.

Proprio sotto questo profilo emerge uno dei principali punti di contatto tra esperienza italiana e spagnola. In entrambi gli ordinamenti, infatti, il riconoscimento costituzionale della tutela della salute convive con assetti territorialmente decentrati, nei quali la concreta fruizione delle prestazioni sanitarie risulta inevitabilmente influenzata dalle capacità organizzative, finanziarie e amministrative dei diversi territori³⁸.

Il SNS segna il passaggio da un modello sanitario di tipo assicurativo, fondato prevalentemente sulla contribuzione dei lavoratori, a un sistema finanziato in larga misura dalla fiscalità generale e costruito attorno all'intento di assicurare un accesso universale ed egualitario alle prestazioni sanitarie sull'intero territorio nazionale, riducendo i «*desequilibrios territoriales y sociales*»³⁹. Fin dall'origine, tuttavia, tale aspirazione universalistica si confronta con la struttura autonoma dello Stato spagnolo. Il SNS si fonda infatti su una marcata decentralizzazione delle funzioni sanitarie, affidate alle Comunità autonome, mentre allo Stato spettano compiti di coordinamento, indirizzo generale e garanzia delle condizioni fondamentali di eguaglianza nell'accesso alle prestazioni⁴⁰. Il completamento delle *transferencias sanitarias* nei primi anni Duemila ha ulteriormente rafforzato tale assetto, attribuendo alle Comunità autonome la piena responsabilità della programmazione e gestione dei servizi sanitari nell'ambito del più ampio sistema di finanziamento territoriale⁴¹.

Come nel caso italiano, anche l'ordinamento spagnolo è dunque chiamato a confrontarsi con la tensione tra autonomia territoriale ed eguaglianza nell'accesso alle cure. La comparazione assume, tuttavia, particolare interesse poiché tale equilibrio viene perseguito attraverso strumenti istituzionali e finanziari in parte differenti. Accanto al decentramento delle competenze, infatti, il legislatore spagnolo ha progressivamente sviluppato meccanismi espressamente orientati alla coesione del sistema e alla riduzione delle disparità territoriali, nella consapevolezza che l'universalità del diritto alla salute non può essere affidata esclusivamente alla distribuzione delle competenze tra livelli di governo⁴².

In tale contesto assume particolare rilievo la *Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad* (LCC) del *Sistema Nacional de Salud*, attraverso la quale il legislatore spagnolo ha cercato di rafforzare gli strumenti di integrazione del sistema sanitario decentralizzato. Tale disciplina ha consolidato il ruolo del *Consejo Interterritorial* del SNS quale sede permanente di cooperazione tra Stato e Comunità autonome e ha previsto un comune

³⁷ E. BORRAJO DA CRUZ, *El modelo constitucional de Seguridad Social en España*, in *Revista de Trabajo*, 65, 1982, 25-42; ID, *Artículo 43. Protección de la salud*, cit.

³⁸ Cfr. per l'Italia: A. BALDASSARE, *op. cit.*; per l'ordinamento spagnolo: M. LEÓN ALONSO, *La protección constitucional de la salud*, Madrid, 2010.

³⁹ Sul punto, l'art. 3.3 della *Ley 14/1986 General de Sanidad* dispone espressamente che «[...] la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales», evidenziando come l'obiettivo dell'eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure costituisca uno dei principi ispiratori del Sistema Nacional de Salud.

⁴⁰ P. SABANDO, *Así se creó el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, 2020.

⁴¹ Sul completamento del processo di decentramento sanitario cfr.: Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, che modifica la struttura del Ministerio de Sanidad y Consumo «a raíz de la culminación del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas», e trasforma l'INSALUD nell'Istituto Nacional de Gestión Sanitaria. La piena devoluzione delle competenze sanitarie ha comportato un rafforzamento degli strumenti di coordinamento interterritoriale, in particolare del Consejo Interterritorial del SSN, e ha riaperto il dibattito sul rapporto tra autonomia territoriale e garanzia di condizioni uniformi di accesso al diritto alla protezione della salute.

⁴² A. DIURNI, *Italia e Spagna: sistemi sanitari a confronto*, in *Diritto e salute*, 7, 2017, 12-33.



Catálogo de prestaciones – successivamente precisato dal *Real Decreto* 1030/2006 – volto a garantire un nucleo omogeneo di tutela sull'intero territorio nazionale. Nella medesima logica si inserisce il *Fondo de Cohesión Sanitaria*, destinato a compensare i costi sostenuti dalle Comunità autonome che erogano prestazioni a pazienti provenienti da altri territori e a favorire l'accesso a cure ad elevata specializzazione⁴³. Pur non configurandosi come un generale strumento perequativo del finanziamento sanitario, esso rappresenta un meccanismo ordinario di compensazione della mobilità assistenziale e testimonia la consapevolezza, maturata nell'esperienza spagnola, della necessità di accompagnare il decentramento con strumenti di solidarietà interterritoriale⁴⁴.

L'esistenza di tali correttivi non ha tuttavia eliminato il rischio di disuguaglianze territoriali⁴⁵. A oltre quarant'anni dall'istituzione del SNS, la letteratura evidenzia come la progressiva differenziazione delle politiche sanitarie regionali, le diverse capacità fiscali delle Comunità autonome e gli effetti delle misure di austerità adottate dopo la crisi del 2008 abbiano prodotto significative asimmetrie nella spesa sanitaria, nella dotazione di personale, nei tempi di attesa e nell'accessibilità dei servizi⁴⁶. Tali criticità risultano particolarmente evidenti nelle aree rurali e meno densamente popolate, dove la distanza dai centri di cura e la maggiore dipendenza dalla mobilità interna rendono più gravoso l'accesso alle prestazioni⁴⁷.

È proprio questo equilibrio tra universalismo e differenziazione territoriale a rendere particolarmente significativa la comparazione con l'esperienza italiana. I due ordinamenti condividono, infatti, una comune matrice universalistica e un'elevata decentralizzazione delle funzioni sanitarie. In entrambi, inoltre, l'uniformità della tutela è affidata a un catalogo nazionale di prestazioni – i LEA nell'ordinamento italiano e la *Cartera Común de Servicios* in quello spagnolo – che individua il nucleo essenziale delle garanzie da assicurare sull'intero territorio nazionale. Nondimeno, sebbene differiscano gli strumenti attraverso cui tale obiettivo viene perseguito, anche il modello spagnolo, al pari di quello italiano, non è immune da tensioni.

⁴³ R.M. URBANOS, *El impacto de la financiación de la asistencia sanitaria en las desigualdades*, in *Gaceta Sanitaria*, v. 18, 4, 2004, 90-95, 93, evidenzia come il Fondo de Cohesión Sanitaria, pur svolgendo una funzione di compensazione della mobilità assistenziale, non sia di per sé sufficiente a garantire l'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni sull'intero territorio nazionale.

⁴⁴ Sul ruolo della coesione interterritoriale quale elemento strutturale del sistema sanitario spagnolo, cfr.: J.L. BELTRÁN AGUIRRE, *Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud: aspectos jurídicos*, in *Derecho y Salud*, 2(2), 1994, 91-97; J.L. BELTRÁN AGUIRRE, *La igualdad básica, la coordinación y la cooperación interterritorial: fundamentos del Sistema Nacional de Salud*, in *Derecho y Salud*, 10, 2, 2002, 125-156; ID., *Coordinación general sanitaria*, in *Derecho y Salud*, 15, Extra-2, 2007, 5-10.

⁴⁵ Sul permanere di differenze territoriali nel sistema sanitario spagnolo e sul rapporto tra decentramento e disuguaglianze regionali, v. G. LÓPEZ-CASASNOVAS, J. COSTA-FONT, I. PLANAS, *Diversity and regional inequalities in the Spanish system of health care services*, Working Paper n. 745, Madrid, 2000.

⁴⁶ MINISTERO DE SANIDAD, *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023*, Madrid, 2025. Sulle conseguenze delle politiche di austerità sul sistema sanitario spagnolo, cfr. J.M. ABELLÁN-PERPIÑÁN, A. MARTÍNEZ-PÉREZ, M.J. SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, *Trends and equity in the use of health services in Spain and Germany around austerity in Europe*, in *International Journal for Equity in Health*, 20, 2021, 7-ss., dove si sottolinea come la Spagna sia stato uno dei Paesi europei in cui sono state applicate le misure di risanamento più severe, con una crescita media annua della spesa sanitaria pari a -3,3% tra il 2010 e il 2013 e ricadute sull'accesso ai servizi, in particolare per i gruppi più vulnerabili. V. anche B. LÓPEZ-VALCÁRCEL, L. BARBER, *Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain*, in *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(1), 2017, 13-21, che ricostruisce gli effetti combinati dei tagli lineari, delle misure introdotte dal Real Decreto-ley 16/2012 e della crescente apertura al settore privato in alcune Comunità autonome, mettendo in luce l'impatto differenziato sui servizi territoriali e sull'equità nell'assistenza.

⁴⁷ Ministero de Sanidad, *op. cit.*

Anche in Spagna, infatti, le difficoltà di accesso ai servizi, la disomogenea distribuzione delle strutture sul territorio e la frammentazione dei percorsi assistenziali tendono a trasferire sulle persone una quota rilevante dei costi organizzativi della cura. Diversi studi in ambito di sanità pubblica hanno mostrato che, nelle regioni caratterizzate da minore investimento pubblico, l'accesso ai servizi diagnostici e specialistici risulta più discontinuo e i tempi di attesa più elevati, con conseguenze che si riflettono soprattutto sui gruppi socialmente più vulnerabili⁴⁸.

Si tratta, tuttavia, di costi che non si distribuiscono in modo neutro all'interno della popolazione. Le donne continuano a sostenere la parte prevalente del lavoro di cura non retribuito e risultano, al contempo, maggiormente coinvolte in percorsi sanitari continuativi legati alla salute riproduttiva, alla maternità, alla gestione delle cronicità e all'assistenza familiare. Ne consegue che le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle prestazioni, pur non essendo fenomeni esclusivamente femminili, tendono a produrre effetti particolarmente incisivi sulle traiettorie di vita e di lavoro delle donne⁴⁹. Anche nell'esperienza spagnola, pertanto, i divari territoriali non si esauriscono nella sola dimensione sanitaria, ma finiscono per riflettersi sulle concrete condizioni di partecipazione sociale e lavorativa, contribuendo a riprodurre forme di disuguaglianza sostanziale che incidono in misura particolarmente significativa sulla popolazione femminile.

4. Lavoro femminile e mobilità sanitaria: quando curarsi (o curare) diventa una variabile occupazionale

La comparazione sviluppata precedentemente consente di tracciare una linea di demarcazione netta tra universalismo dichiarato e universalismo operante: il primo appartiene alla grammatica delle garanzie, il secondo alla sintassi delle condizioni materiali – prossimità territoriale, accessibilità economica, presa in carico delle differenze di genere – che rendono in concreto tutelato il bene salute. Secondo la celebre definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le “disuguaglianze di salute” non sono semplici differenze, ma scarti sistematici, evitabili e perciò ingiusti, prodotti dalla distribuzione ineguale del potere, delle risorse e delle opportunità all'interno di una società⁵⁰. Entro questo orizzonte si colloca l'interpreta-

⁴⁸ *Ibid.* Cfr. altresì: G. LÓPEZ-CASASNOVAS, J. COSTA-FONT, I. PLANAS, *op. cit.*

⁴⁹ Sul persistente carattere “gendered” del lavoro di cura in Spagna e sulle ricadute che tale asimmetria produce in termini di partecipazione lavorativa, salute e gestione dei percorsi assistenziali, è fondamentale il contributo di: M. DURÁN, *La riqueza invisible del cuidado*, Valencia, 2018. V. altresì: C. TOBÍO, *Cuidado e identidad de género. De las madres que trabajan a los hombres que cuidan*, in *Revista Internacional De Sociología*, 70, 2, 399–422, che evidenzia la persistente asimmetria nella distribuzione delle responsabilità assistenziali; nonché M. LEÓN e M. PAVOLINI, ‘Social Investment’ or Back to ‘Familism’: The Impact of the Economic Crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain, in *South European Society and Politics*, 19, 3, 2014, 353–369, ove si osserva come le carenze dei servizi territoriali e assistenziali tendano a trasferire sulle famiglie – e in particolare sulle donne – una quota rilevante dei costi organizzativi della cura.

⁵⁰ Si assume qui l'impostazione elaborata dalla Commission on Social Determinants of Health dell'OMS, che interpreta le disuguaglianze di salute come fenomeni socialmente prodotti e strettamente connessi all'azione dei c.d. determinanti sociali della salute. In tale prospettiva, le differenze negli esiti di salute non sono ricondotte esclusivamente a fattori individuali o biologici, ma anche alle condizioni economiche, lavorative, educative e relazionali entro cui si sviluppano le traiettorie di vita e cura delle persone. Cfr.: Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, Ginevra, 2008, www.who.int (ultima consultazione 27/03/2026); O. SOLAR, A.A. IRWIN, *Conceptual framework for action on the social*



zione, ormai consolidata anche nella riflessione italiana e spagnola, delle disuguaglianze nella salute come “outcome” dell'intreccio fra determinanti strutturali – quali la posizione socioeconomica, il capitale educativo, le condizioni lavorative, l'ambiente di vita e non da ultimo il «sistema sesso-genere»⁵¹ – e configurazione dell'offerta di servizi sanitari e sociali⁵².

In questa prospettiva, la mobilità sanitaria costituisce un osservatorio privilegiato attraverso cui leggere l'intreccio tra disuguaglianze territoriali e disuguaglianze di genere. Ciò non perché queste ultime coincidano con le prime o ne rappresentino una mera derivazione. Le disparità che interessano la salute e il lavoro delle donne affondano, infatti, le proprie radici in fattori molteplici – culturali, sociali, economici e organizzativi – che operano trasversalmente sull'intero territorio nazionale; allo stesso modo, i divari nell'accesso alle prestazioni sanitarie non colpiscono esclusivamente la popolazione femminile, ma incidono sull'insieme delle persone, ancor più se vulnerabili, che si confrontano con servizi insufficienti, liste d'attesa eccessive o carenze dell'offerta assistenziale. Tuttavia, quando tali dimensioni si intersecano, le contraddizioni di un sistema che tende all'universalismo ma produce, concretamente, esiti differenziati emergono con particolare evidenza. La variabile territoriale, pur non costituendo l'origine delle disuguaglianze di genere, può infatti amplificarne gli effetti, poiché la distribuzione diseguale delle opportunità di cura – proprie o dei congiunti – tende a trasformare bisogni sanitari e responsabilità assistenziali in costi

determinants of health. Social Determinants of Health Discussion, Paper 2, Ginevra, 2010, www.who.int (ultima consultazione 27/03/2026).

⁵¹ Senza alcuna pretesa di ripercorrere il complesso dibattito sviluppatosi nell'ambito degli studi di genere, appare opportuno precisare l'accezione con cui il termine “genere” viene impiegato nel presente lavoro. La distinzione tra sesso e genere, introdotta nella riflessione scientifica da Money e Stoller e successivamente sviluppata dalla teoria femminista, è stata oggetto di un ampio dibattito teorico, sul quale si rinvia, per una ricostruzione d'insieme, a: S. ZANARDO, *Differenza di genere, differenza sessuale: prospettive femministe su sesso e genere*, in *Forum. Supplement to Acta Philosophica*, 4, 2018, 21-238. In tale contesto si colloca la nozione di «sex/gender system» elaborata da G. Rubin – e qui condivisa –, secondo cui il sesso costituisce il dato materiale di partenza che ogni società organizza e trasforma attraverso istituzioni, pratiche e rappresentazioni sociali, attribuendogli specifici significati, ruoli e funzioni. Cfr. G. RUBIN, *The traffic in women: notes on the political economy of sex*, in R.R. REITER (a cura di), *Toward an anthropology of women*, New York, 1975, 157-210. In una diversa prospettiva, J.W. Scott ha proposto di utilizzare il genere quale categoria analitica per comprendere la costruzione storica delle differenze tra uomini e donne e il loro rapporto con le dinamiche di potere. Sul tema, v. J.W. SCOTT, *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, in *The American Historical Review*, 91, 5, 1986, 1053-1075. Una parte della riflessione successiva ha, infine, messo in discussione la stessa distinzione tra sesso e genere, evidenziandone il carattere socialmente e discorsivamente mediato. Così soprattutto, J. BUTLER, *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*, New York & London, 1999, 9-18.

⁵² La nozione di “disuguaglianze di salute” impiegata nel presente lavoro non si esaurisce nelle differenze individuali negli esiti sanitari, ma si riferisce a quegli scarti sistematici e socialmente condizionati nell'accesso alle opportunità di salute che derivano dall'interazione tra fattori economici, territoriali, lavorativi e di genere. In questa prospettiva, F. RESCIGNO, *Per un habeas corpus «di genere». Salute, autodeterminazione femminile, sex and gender medicine*, Napoli, 2022, che evidenzia come le disuguaglianze sanitarie assumano una specifica rilevanza costituzionale quando incidono sulla concreta possibilità di esercitare l'autodeterminazione e di accedere effettivamente alle prestazioni, con particolare riguardo all'esperienza femminile. Per lo scenario italiano, con particolare attenzione al ruolo dei fattori di contesto (dotazioni del SSN, organizzazione dei servizi, risorse disponibili) e delle caratteristiche individuali (istruzione, condizione occupazionale, reddito, genere), v. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, *Le disuguaglianze di salute in Italia*, Roma, 2018. Per il quadro spagnolo, viceversa, cfr. G. LÓPEZ-CASASNOVAS, J. COSTA-FONT, I. PLANAS, *op. cit.*

ulteriori di tempo, organizzazione e reddito. Costi che si riflettono, in un circolo vizioso, tanto sulle condizioni di partecipazione al mercato del lavoro quanto sulle stesse traiettorie di salute⁵³.

È in questo senso che la “logistica della cura” – intesa come l’insieme delle condizioni materiali che consentono o ostacolano l’accesso effettivo ai servizi, dalle liste d’attesa agli orari delle strutture, dalle connessioni di trasporto alla frammentazione dei percorsi assistenziali – assume rilievo da un lato quale ulteriore determinante sociale della salute, dall’altro quale indice di discriminazione in ambito lavorativo. Lungi dall’essere una variabile neutra, essa tende infatti a trasformare i divari territoriali in divari professionali e reddituali, scaricando in misura sproporzionata sulle donne il costo invisibile dell’universalismo sanitario incompiuto. Per le donne, infatti, gli ostacoli derivanti dalla frammentazione territoriale dell’assistenza tendono a innestarsi su condizioni di svantaggio preesistenti, assumendo configurazioni differenti a seconda della posizione occupata rispetto al bisogno di salute e alle responsabilità assistenziali.

Una prima ipotesi, quantitativamente assai rilevante, è quella della lavoratrice non malata in prima persona, ma coinvolta nei percorsi di cura di familiari, figli, *partner* o genitori anziani. In questo caso la mobilità sanitaria agisce quale moltiplicatore dei carichi di cura: si somma al lavoro domestico e di assistenza non retribuito che già sottrae tempo all’occupazione e riduce ancor più il margine di disponibilità oraria negoziabile⁵⁴. La letteratura europea sul tema mostra in modo convergente che l’assistenza intensiva a familiari malati o non autosufficienti incide negativamente sui tassi di occupazione femminile, aumenta la probabilità di *part-time* – spesso involontario – e rallenta le progressioni di carriera, con un impatto particolarmente marcato nei contesti in cui l’offerta sanitaria territoriale è debole e richiede spostamenti ripetuti per visite, terapie e controlli specialistici⁵⁵. La dimensione territoriale, anche qui, allora, risulta incisiva. Laddove le reti ospedaliere e i servizi di prossimità sono radi o concentrati in pochi poli urbani, la presa in carico del familiare implica ore di viaggio, attese prolungate, trasferte ricorrenti.

Ebbene, quanto detto non coincide necessariamente con una critica alla concentrazione dei servizi sanitari. In molti ambiti, infatti, l’accentramento di determinate prestazioni risponde a esigenze di qualità, sicurezza e appropriatezza clinico-organizzativa e, più in generale, la consolidata correlazione tra volumi di attività ed esiti delle cure⁵⁶. Il problema, dunque, non risiede nella distanza in sé, quando essa sia fun-

⁵³ Cfr. M.A BOND, L. PUNNETT, J.L. PYLE *et al.*, *Gendered Work Conditions, health and Work Outcomes*, in *Journal of Occupational Health Psychology*, 9, 1, 2004, 28-45; e A. STEFANINI, M. ALBONICO, G. MACIOCCO, *Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi, concetti*, in A.A.V.V., *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, 2006, 36-52, www.edizioniets.com (ultima consultazione 27/03/2026).

⁵⁴ Sul persistente squilibrio nella distribuzione del lavoro di cura non retribuito e sulle conseguenze che esso produce in termini di partecipazione femminile al mercato del lavoro, v. C. COLLICELLI, *Women and health in Italy: steps taken and challenges to be faced*, in *Italian Journal of Gender-Specific Medicine*, 8, 2, 2022, 112-122, ove si evidenzia come le donne continuino ad assumere la responsabilità prevalente della cura di figli, anziani e familiari fragili, con effetti significativi sulla conciliazione tra salute, vita familiare e attività lavorativa.

⁵⁵ V. Commissione europea/Network of Experts on Social Policy, *Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality*, Luxembourg, 2018, www.op.europa.eu (ultima consultazione 27/03/2026). Nello stesso senso: EUROFOUND, *Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change*, Luxembourg, 2015, www.eurofound.europa.eu (ultima consultazione 27/03/2026).

⁵⁶ Sul rapporto tra volumi di attività ed esiti clinici, nonché sulla razionalità organizzativa della concentrazione delle prestazioni ad elevata complessità, cfr., tra gli altri, S. MAULER-WITTWER e S. NOBLE, *Volume-Outcome Relationship in Surgical and Cardiac Transcatheter Interventions with a Focus on Transcatheter Aortic Valve Implantation*, in *Journal of Clinical Medicine*, 2022, 11, 13, 3806-3819; R. MESMAN *et al.*, *Why do high-volume hospitals achieve better outco-*

zionale a garantire prestazioni più efficaci, bensì nella mancata predisposizione di strumenti capaci di neutralizzarne gli effetti selettivi. In assenza di adeguate misure di accompagnamento – quali il sostegno alla mobilità, il coordinamento dei percorsi assistenziali o forme di riconoscimento dei tempi necessari alla cura – anche una scelta organizzativa clinicamente razionale può tradursi, sul piano sociale e lavorativo, in un aggravio diseguale dei costi di accesso alle prestazioni⁵⁷. Per la lavoratrice-caregiver ciò significa, infatti, organizzare accompagnamenti, gestire ricoveri e *day-hospital*, presidiare esami e controlli in giorni e orari spesso incompatibili con la rigidità dell'organizzazione lavorativa. Gli studi sulla c.d. «care penalty» documentano come tali vincoli temporali si traducano in differenziali retributivi e di posizione⁵⁸.

Diversa, ma strettamente connessa, è la posizione della donna che si confronta direttamente con un proprio bisogno di salute. In questa ipotesi, alle difficoltà che la frammentazione territoriale dell'offerta sanitaria genera per tutti gli utenti del SSN si aggiungono ulteriori fattori di complessità, anch'essi suscettibili di incidere sulla partecipazione al lavoro.

In termini generali, infatti, la malattia – anche quando non si traduce in quadri clinici particolarmente gravi, ma richiede “solamente” controlli periodici, accertamenti diagnostici o cicli terapeutici ravvicinati – introduce una forma di “irregolarità temporale” difficilmente assorbita dalle attuali organizzazioni del lavoro. La gestione dei percorsi di cura implica spesso assenze brevi ma frequenti, permessi richiesti con scarso preavviso, entrate posticipate e uscite anticipate che si collocano ai margini delle tutele formali e, soprattutto, al di fuori del modello implicito di lavoratore pienamente disponibile che continua a permeare molte culture organizzative⁵⁹. Emerge, così, un paradosso difficilmente conciliabile con l'obiettivo di uguaglianza sostanziale che informa il diritto alla salute: attività che dovrebbero rappresentare l'espressione ordinaria dell'esercizio di un diritto fondamentale – sottoporsi a visite, eseguire accertamenti dia-

mes? A systematic review about intermediate factors in volume–outcome relationships, in *Health Policy*, 119, 8, 2015, 1055-1067.

⁵⁷ In letteratura è ampiamente condivisa l'idea che l'accessibilità ai servizi sanitari non dipenda esclusivamente dalla disponibilità formale delle prestazioni, ma anche dai costi economici, temporali e organizzativi necessari per raggiungerle. Lo spiega chiaramente: A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, cit., spec. 149-152.

⁵⁸ Sulla «care penalty» come componente del divario di genere nel mercato del lavoro, v. anzitutto: P. ENGLAND, M.J. BUDIG, *The Wage Penalty for Motherhood*, in *American Sociological Review*, 66, 2, 2001, 204-225, ove la penalizzazione salariale associata alla maternità è ricondotta non solo alla riduzione dell'esperienza lavorativa e al ricorso al part-time, ma anche alla struttura dei luoghi di lavoro, ancora modellata sull'idea di un lavoratore privo di responsabilità familiari continuative. Le A. stimano una penalizzazione pari a circa il 7% per figlio, che resta pari a circa il 5% anche dopo il controllo per l'esperienza lavorativa. Più in generale, sulla penalizzazione derivante dai carichi di cura, cfr. J. LEWIS, *Work-Family Balance, Gender and Policy*, Cheltenham, 2010; e D. WITKOWSKA, K. KOMPA, *Motherhood and eldercare penalties. Evidence from Poland*, in *Economics and Sociology*, 13, 3, 2020, 11-26, che definiscono la «care penalty» come l'effetto negativo dell'attività di cura su retribuzioni, orario di lavoro e capacità competitiva nel mercato del lavoro, mostrando come tanto la maternità quanto l'assistenza agli anziani producano effetti penalizzanti soprattutto per le lavoratrici.

⁵⁹ Sul persistente riferimento, nelle organizzazioni del lavoro, a un modello implicito di lavoratore caratterizzato da continuità della prestazione, piena disponibilità temporale e assenza di interruzioni significative legate a esigenze di cura o di salute, v: M. TIRABOSCHI, *Salute e lavoro: un binomio da ripensare. Questioni giuridiche e profili di relazioni industriali*, in *“Diritto delle Relazioni Industriali”*, 2, 2023, 262-263; cfr. altresì B. ROSSI, *Oltre la neutralità: istituzioni accademiche e divario di genere*, in *“Calumet – intercultural law and humanities review”*, 25, 2026, 84-102, circa il modello che presuppone linearità e assenza di interruzioni legate alla cura e a bisogni specifici. In senso conforme si v. altresì: J. ACKER, *Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations*, in *Gender & Society*, 4, 2, 1990, 139-158.

gnostici, aderire a programmi di screening, intraprendere percorsi terapeutici o di monitoraggio clinico – rischiano infatti di tradursi, nel concreto dei rapporti di lavoro, in fattori di penalizzazione professionale. Tale condizione, comune all'insieme della popolazione lavorativa, assume tuttavia una diversa intensità quando osservata dalla prospettiva di genere. La gestione di visite, esami, trattamenti e controlli periodici si inserisce, infatti, per l'universo femminile in una quotidianità nella quale i compiti di cura familiare non vengono meno per effetto della malattia, ma continuano a gravare sulle medesime donne⁶⁰. Il percorso di cura personale, quindi, anziché sostituire o sospendere le responsabilità assistenziali preesistenti, tende frequentemente a sovrapporsi ad esse, con un aggravamento doppio dei costi temporali e organizzativi della cura che può incidere non soltanto sulla permanenza nel mercato del lavoro, sulla qualità dell'occupazione e sull'autonomia economica, ma anche sulle stesse traiettorie di salute⁶¹. Vi sono, tuttavia, situazioni nelle quali la disegualianza sperimenta dalle donne malate non deriva esclusivamente dalla sovrapposizione tra il ruolo di paziente e quello di *caregiver*, ma discende direttamente dal modo stesso in cui il bisogno specifico di salute viene riconosciuto e preso in carico dal sistema sanitario. La dimensione di genere assume allora rilievo non soltanto perché le donne necessitano mediamente di più tempo per la gestione della propria salute – anche in ragione del maggiore coinvolgimento in programmi di prevenzione, *screening* e monitoraggio⁶² – bensì anche perché alcune condizioni che interessano specificamente la salute femminile continuano a essere caratterizzate da forme di sotto riconoscimento clinico, culturale e/o istituzionale. Emergono qui i limiti di un sistema che, nonostante anche i progressivi sviluppi della medicina di genere, continua a essere costruito attorno a paradigmi solo apparentemente neutrali e non sempre adeguati a intercettare le specificità della salute femminile⁶³.

Un indicatore particolarmente significativo di tali dinamiche si rinviene nell'ambito della salute riproduttiva. I casi dell'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza e della procreazione medicalmente assi-

⁶⁰ Cfr. A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, cit., spec. 98-108; S. FEDERICI, *Il punto zero della rivoluzione. Lavoro domestico, riproduzione e lotta femminista*, Verona, 2014, spec. 63-80.

⁶¹ Sul punto, M. MARMOT, *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*, London, 2015, che evidenzia il nesso tra condizioni di vita, controllo sul proprio tempo e traiettorie di salute. In senso convergente, la letteratura sul caregiving mostra come l'intensificazione dei compiti assistenziali possa comprimere il tempo destinato alla cura di sé, con effetti negativi sia sul benessere psicofisico sia sulla partecipazione lavorativa; v., tra gli altri, F. CARMICHAEL, S. CHARLES e C. HULME, *Who will care? Employment participation and willingness to supply informal care*, in *Journal of Health Economics*, 29, 1, 2010 182-90; nonché M. BORG ET ALL. (Eds.), *I Convegno. Stress, salute e differenze di genere nei caregiver familiari. Roma, 24 maggio 2023 – Rapporti ISTISAN 24/6*, Roma, 2024. Tali effetti sono stati ricondotti anche al fenomeno della c.d. «*compassion fatigue*»; cfr. J. R. DAY e R. A. ANDERSON, *Compassion Fatigue: An Application of the Concept to Informal Caregivers of Family Members with Dementia*, in *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-11,

⁶² Cfr. K.D. BERTAKIS ET ALL., *Gender differences in the utilization of health care services*, in *Journal of Family Practice*, v. 49, 2, 2000, 147-152; A. REDONDO-SENDINO ET ALL., *Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain*, in *BMC Public Health*, 6, 2006, 155-164. Per un'indagine più recente condotta in Italia, v. FONDAZIONE ONDA – OSSERVATORIO NAZIONALE SULLA SALUTE DELLA DONNA E DI GENERE, *Indagine ventennale sulla salute delle donne in Italia*, 2025, www.fondazioneonda.it (ultima consultazione 27/03/2026).

⁶³ La medicina di genere nasce dalla critica alla presunta neutralità del sapere medico, storicamente costruito sul corpo maschile quale modello universale di riferimento. In questa prospettiva, risulta imprescindibile rimandare a: B. HEALY, *The Yentl syndrome*, in *New England Journal of Medicine*, 1991, 325, 274-276, oggi considerato uno dei testi fondativi del dibattito sulle differenze di sesso e genere in medicina; sul punto v. anche: D. LIPPI, R. BIANUCCI e S. DONELL, *Gender Medicine: its historical roots*, in *Postgraduate medical journal*, v. 96, 2020, 480-486.



stita con donazione di gameti mostrano come la combinazione tra vincoli normativi, distribuzione disomogenea delle strutture e fattori economici possa indurre forme di mobilità sanitaria – talvolta anche transfrontaliera – con effetti selettivi sull'effettività dei diritti coinvolti⁶⁴.

La medesima logica emerge con particolare evidenza nel campo della salute mestruale. Numerose condizioni tipicamente femminili – quali dismenorrea severa, endometriosi, adenomiosi o sindrome premestruale grave – sono state storicamente sottostimate o medicalmente sottovalutate, con il risultato che diagnosi e trattamenti richiedono spesso percorsi più lunghi, frammentati o difficilmente accessibili⁶⁵. La persistente invisibilizzazione di tali condizioni nei contesti sanitari e lavorativi rende particolarmente significativa l'esperienza spagnola⁶⁶. La *Ley Orgánica* n. 1/2023 ha infatti reso la Spagna il primo Stato membro dell'Unione europea a riconoscere una tutela specifica per le ipotesi di «*menstruación incapacitante secundaria*», riconducendo tali situazioni nell'ambito dell'incapacità temporanea per «*contingencias comunes*» e riconoscendo che determinate patologie legate alla salute mestruale possono incidere concretamente sulla capacità lavorativa della persona⁶⁷. In tale prospettiva, la misura si propone di contrastare quella tradizionale

marginalizzazione dell'esperienza mestruale, promuovendo quello che parte della dottrina ha efficacemente definito come «*derecho a trabajar sin dolor*»⁶⁸.

Le tre figure richiamate – la lavoratrice *caregiver*, la lavoratrice che affronta un proprio percorso di cura continuando al contempo a sostenere responsabilità assistenziali e la lavoratrice portatrice di bisogni di

⁶⁴ Con riguardo all'IVG, è stato osservato come la distribuzione disomogenea dell'obiezione di coscienza e delle strutture effettivamente operative possa determinare una forma di "discriminazione territoriale", incidendo sull'effettività del diritto alla salute e costringendo le donne a spostamenti talvolta incompatibili con i limiti temporali imposti dalla l. n. 194/1978. La discriminazione assume altresì una dimensione economica, poiché la possibilità di superare tali ostacoli dipende spesso dalle risorse disponibili. V. M. D'AMICO, *Opportunità e limiti del diritto giurisprudenziale in relazione alle problematiche dell'inizio della vita (i casi della procreazione medicalmente assistita e dell'interruzione volontaria di gravidanza)*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2015, 1-30. Analogamente, il divieto di fecondazione eterologa originariamente previsto dalla l. n. 40/2004 ha alimentato il fenomeno del c.d. "turismo procreativo", selezionando di fatto l'accesso alla prestazione sulla base della capacità economica delle coppie di ricorrere a trattamenti all'estero. Cfr. B. LIBERALI, *La procreazione medicalmente assistita con donazione di gameti esterni alla coppia fra legislatore, giudici comuni, Corte costituzionale e Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti*, 3, 2012, 1-18.

⁶⁵ V. ex plurimis: K.T. ZONDERVAN ET ALL., *Endometriosis*, in *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 9, 2018.

⁶⁶ Cfr. WEWORLD, *Giustizia mestruale. Report sulla salute mestruale e sulle disuguaglianze di accesso ai diritti*, 2024, in weworld, [enCICLOpedia. Le cose che dovresti sapere sulla giustizia mestruale - WeWorld](https://www.weworld.it/en/ciclopedia/le-cose-che-dovresti-sapere-sulla-giustizia-mestruale-we-world) (ultima consultazione 27/03/2026).

⁶⁷ Sulla specialità dell'esperienza spagnola, v. anzitutto: L. DE LA IGLESIA AZA e B. SOLYMOSI-SZEKERES, *La menstruación en el entorno laboral*, in *Lan Harremanak*, 51, 2024, 58-89, 74-ss., ove si chiarisce che l'approccio della normativa spagnola non consiste nello stabilire un "permesso speciale", bensì una regolamentazione specifica della "baja común" associata alla dismenorrea secondaria. Per un'analisi della nozione di «*menstruación incapacitante secundaria*» cfr. B.M. LÓPEZ INSUA, *La incapacidad temporal desde una perspectiva crítica: ¿avance o retroceso en los procesos de despido, digitalización y género*, in *IUSLabor*, 2, 2023, 103-130, 120-12.

⁶⁸ Così: A. GUAMÁN, *¿Un Derecho del Trabajo feminista? La incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria o el derecho a trabajar sin dolor*, in *Revista del Ministerio de Trabajo y Economía Social*, 159, 2024, 77-110, spec. 78-79, il quale interpreta la riforma come espressione di un «*derecho a trabajar sin dolor*», volto a contrastare la storica marginalizzazione delle condizioni legate alla salute mestruale e i pregiudizi che ne hanno accompagnato la considerazione nei contesti lavorativi. Sul tema cfr. anche: B.M. LÓPEZ INSUA, *Derecho a trabajar "sin dolor": la cara femenina de la incapacidad temporal tras la LO 1/2023*, de 28 de febrero, cit., 53-54.

salute storicamente sotto riconosciuti – consentono di cogliere un elemento comune che trascende le singole esperienze considerate. Pur nella diversità delle situazioni, ciò che accomuna tali vicende è infatti la presenza di costi temporali, organizzativi e relazionali che derivano dall'esercizio del diritto alla salute e che tendono a rimanere privi di un'adeguata tutela. Non si tratta soltanto del tempo necessario a ricevere una prestazione sanitaria, ma dell'insieme delle attività che rendono concretamente possibile la cura: organizzare spostamenti, coordinare appuntamenti, accompagnare familiari, gestire percorsi terapeutici complessi, affrontare liste d'attesa, reperire informazioni e adattare la propria disponibilità lavorativa a esigenze spesso poco prevedibili. L'architettura giuslavoristica vigente nei due ordinamenti continua, infatti, a essere costruita attorno a una rappresentazione del bisogno di salute come evento definito, circoscritto e temporalmente prevedibile, cui corrispondono istituti altrettanto tipizzati – assenze per malattia, permessi per visite ed esami, congedi per assistenza familiare o misure di flessibilità oraria. Ne deriva uno scarto strutturale tra la configurazione delle tutele e le modalità concrete attraverso cui la cura viene oggi vissuta. La lavoratrice malata e/o *caregiver* risulta formalmente titolare di strumenti di protezione, ma la serialità delle assenze, la difficoltà di programmare con anticipo gli impegni sanitari e l'onere logistico che accompagna molti percorsi assistenziali tendono comunque a essere percepiti nei contesti organizzativi come indici di minore disponibilità, continuità o flessibilità. Le conseguenze possono riflettersi sulla progressione professionale, sull'accesso a ruoli di responsabilità e, più in generale, sulla qualità e stabilità dell'occupazione. La questione assume un rilievo ancora maggiore nelle ipotesi in cui il bisogno di salute sia esso stesso oggetto di una sottorappresentazione clinica o istituzionale. In tali situazioni, infatti, alle difficoltà organizzative connesse alla gestione della cura si aggiunge l'assenza di strumenti capaci di “nominare” e rendere visibile il bisogno medesimo. La distanza tra esperienza vissuta e tutela giuridica si amplia così ulteriormente, trasformando l'invisibilità sanitaria in invisibilità lavorativa e sociale.

In assenza di una cornice normativa che riconosca esplicitamente questi costi temporali come componenti del diritto alla salute e della parità nell'accesso e nella progressione lavorativa, la gestione delle interruzioni dovute a malattia e cura è rimessa, in larga misura, alla discrezionalità datoriale, alla capacità negoziale individuale e alla forza della contrattazione collettiva. Ne discendono diseguaglianze prevedibili: tra territori e settori, tra imprese ad alta e bassa capacità organizzativa, ma anche – all'interno dello stesso universo femminile – tra lavoratrici inserite in contesti regolati e lavoratrici impiegate in settori a bassa protezione.

Le dinamiche descritte fin qui mostrano come il problema non riguardi soltanto l'accesso a una prestazione sanitaria, ma l'insieme delle condizioni che rendono concretamente possibile la cura. In questa prospettiva, la tutela della salute non può essere ridotta alla mera erogazione di servizi, poiché richiede di considerare anche i vincoli temporali, organizzativi e relazionali che accompagnano i percorsi assistenziali e ne condizionano l'effettiva fruibilità. Il compito degli ordinamenti, infatti, non consiste esclusivamente nell'individuare «che cosa» sia dovuto al titolare di un diritto, ma anche nel domandarsi «come» tale diritto possa essere concretamente esercitato nelle condizioni date. Da questo punto di vista, le difficoltà generate dall'intreccio tra salute, cura e lavoro non rappresentano elementi esterni o accidentali rispetto alla tutela della salute, bensì fattori che ne influenzano direttamente l'effettività⁶⁹.

⁶⁹ Sul punto, v. A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, cit., spec. 153-185, ove l'A. propone di rileggere l'azione amministrativa alla luce dell'etica della cura, valorizzando il passaggio dal «cosa devo» al «come posso» e sottolineando come prestare cura costituisca



È precisamente in questo vuoto di coordinamento tra diritto alla salute, cura e diritto al lavoro che si colloca l'attesa – e talvolta la retorica – di un ruolo compensativo del *welfare* aziendale e delle politiche di responsabilità sociale d'impresa.

5. Brevi note finali: il ruolo (ambivalente) delle imprese nella tutela integrata salute - lavoro

Lo scarto messo in luce tra universalismo asserito e universalismo vigente – ben visibile nelle disuguaglianze nella salute esacerbate dalla mobilità sanitaria e dalla “logistica della cura” – solleva inevitabilmente la questione di chi debba colmare i vuoti di protezione che gravano, in modo strutturale, sulle categorie più vulnerabili, in primo luogo sulle lavoratrici malate e sulle lavoratrici *caregivers*. In un contesto in cui diritto alla salute e diritto al lavoro faticano a integrarsi in modo coerente sul piano sistemico, la sfera privata – e, in particolare, le iniziative volontarie di *welfare* promosse dalle imprese – viene sempre più spesso investita di una funzione di riequilibrio. Se è vero, infatti, che negli ultimi anni quantomeno in tema di *caregiver* familiare l'Italia ha conosciuto una crescente attenzione nel dibattito normativo e giurisprudenziale; risulta, altresì, veritiero che in assenza di una disciplina legislativa organica e di diritti pienamente esigibili, la tutela continua a presentarsi come frammentaria e settoriale.⁷⁰

Laddove, pertanto, la tutela pubblica si dimostri carente o tardiva, agli attori privati è implicitamente richiesto di concorrere alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva protezione del binomio salute-lavoro, in coerenza con la struttura stessa dei diritti sociali – e del diritto alla salute in particolare – che non si esauriscono, come detto in apertura, in obblighi di mera astensione, ma presuppongono, entro limiti determinati, anche il concorso di soggetti non pubblici. In tale prospettiva, il coinvolgimento degli attori economici privati può essere letto anche alla luce dell'art. 41 Cost. il quale – pur non potendo essere oggetto di un'analisi approfondita in questa sede – garantisce la libertà di iniziativa economica subordinandone tuttavia l'esercizio al rispetto dell'utilità sociale e al divieto di recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana.

Tale coinvolgimento presenta, tuttavia, un'ambivalenza strutturale. Da un lato, l'intervento aziendale può effettivamente contribuire a colmare vuoti di protezione, introducendo strumenti capaci di attenuare gli effetti discriminatori prodotti dalla frammentazione sanitaria e dalla mobilità obbligata, senza costringere le lavoratrici – e, più in generale, chi è coinvolto nella cura – a scegliere tra la tutela della propria salute o

un'attività diversa e più complessa della semplice erogazione di una prestazione. Sullo sfondo teorico di tale impostazione, v. B. TRONTO, *Confini morali: un argomento politico per l'etica della cura*, Parma, 2006.

⁷⁰ Tale situazione riflette l'assenza di una disciplina organica e unitaria, nonostante riconoscimenti parziali già presenti nella legislazione e nella giurisprudenza amministrativa e civile. Il Consiglio dei ministri, nella seduta del 12 gennaio 2026, ha approvato un disegno di legge quadro recante «Disposizioni in materia di riconoscimento e tutela del caregiver familiare», che per la prima volta propone un riconoscimento giuridico, tutele lavorative e previdenziali e un sostegno economico per chi presta cura familiare a persone non autosufficienti o con disabilità, tra cui l'istituzione di contributi fino a €400 al mese e l'iscrizione formale presso l'INPS come caregiver. Questo Ddl pur rappresentando un tentativo significativo di sistematizzazione, non risulta ancora idoneo a colmare, allo stato, il vuoto di una tutela pienamente esigibile e strutturata, specie con riferimento alla conciliazione ordinaria tra lavoro e cura. Sulla situazione normativa italiana relativa alla figura del caregiver familiare e sulla lunga stagione di interventi frammentari e proposte parlamentari prima dell'avvento del Ddl 2026 in materia, si ritiene esaustivo il quadro ricostruito in: CAMERA DEI DEPUTATI, XIX LEGISLATURA, *Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del caregiver familiare*, in *temi camera*, <http://www.temi.camera.it/> (ultima consultazione 23/02/2026).

di quella di un familiare e la continuità o la progressione del rapporto di lavoro. In diversi casi, soprattutto nelle situazioni cliniche più complesse o nei territori con servizi scarsi, infatti, tali interventi rappresentano l'unico argine concreto al rischio di fuoriuscita dal mercato del lavoro o di drastico ridimensionamento delle prospettive occupazionali. Dall'altro lato, in assenza di una cornice normativa chiara e di livelli essenziali effettivamente esigibili, il ricorso al *welfare* aziendale rischia di amplificare almeno tre ordini di criticità.

In primo luogo, genera un'elevata selettività strutturale: le misure più avanzate tendono a concentrarsi nelle imprese medio-grandi, nei settori a maggiore redditività e nelle organizzazioni con modelli manageriali già sensibili alla CSR e alle iniziative DE&I, lasciando sostanzialmente scoperte le lavoratrici occupate nelle piccole imprese, nei comparti a bassa sindacalizzazione o in forme contrattuali instabili – proprio quelle più esposte ai costi della mobilità sanitaria e della «logistica della cura».

In secondo luogo, favorisce una privatizzazione del rischio sociale, redistribuendo in modo diseguale su famiglie e imprese oneri economici e organizzativi che, nella logica dei diritti sociali, dovrebbero gravare primariamente sulla responsabilità pubblica. La capacità di accedere a misure integrative diventa così funzione della solidità economica del nucleo familiare e della volontà del singolo datore di lavoro⁷¹.

Infine – ultimo ma non per importanza – tende a consolidare la divisione di genere del tempo di cura. Anche quando, invero, gli strumenti sono concepiti in termini formalmente neutri, la loro utilizzazione ricade in via prevalente sulle donne, chiamate a conciliare sia il proprio tempo di cura sia l'assistenza ai familiari. Il risultato è un aggravamento cumulativo degli svantaggi in termini di carriera, retribuzione e posizione organizzativa, che il *welfare* aziendale – se non inserito in una cornice pubblica e collettiva – difficilmente può compensare.

La traiettoria storica del *welfare* italiano si colloca in questo stesso scenario. La lunga stagione di austerità delle politiche pubbliche e la persistenza di un modello familistico – nel quale la copertura dei bisogni assistenziali grava in misura rilevante sulle risorse dei nuclei familiari – hanno favorito lo sviluppo del c.d. secondo *welfare*, in cui i pacchetti aziendali di conciliazione e di assistenza sanitaria integrativa si innestano su una rete pubblica di servizi spesso insufficiente e territorialmente diseguale⁷². Su questo sfondo si è progressivamente affermato il cosiddetto *Do It Yourself (DIY) welfare*, espressione con la quale si designa l'insieme delle soluzioni organizzate dai singoli – famiglie, imprese, attori privati – per supplire alle carenze del sistema pubblico di cura. Ne deriva quello che la dottrina ha definito il «paradosso del *welfare*» italiano: un sistema che, pur affermando la centralità dell'intervento pubblico, trasferisce in misura

⁷¹ Cfr. M. JESSOULA, E. PAVOLINI, M. RAITANO, M. NATILI, *ESPN Thematic Report on Financing Social Protection, Italy*, Bruxelles, 2019; S. CERLINI, A. VENTURA, *Il sostegno alla domanda di servizi alla persona e alla famiglia*, in: F. MAINO, M. FERRERA (a cura di), *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, 2015, 143–162; U. ASCOLI, A. SICORA, *Servizio sociale e welfare in Italia: la necessità di una nuova «grammatica» per le politiche pubbliche*, in *Italian Journal of Social Policy*, 1, 2017, 9-15.

⁷² Sullo sviluppo di soluzioni di conciliazione vita-lavoro nonché sul ruolo crescente delle strategie organizzative aziendali – incluse le forme di lavoro fuori sede e di flessibilità spazio-temporale – quali strumenti di gestione del carico di cura, v.a: M. D'AMICO, *Una parità ambigua. Costituzione e diritti delle donne*, Milano, 2020, spec. 135-139. Per un inquadramento più generale in tema di conciliazione vita-lavoro cfr.: C. SICCARDI, *La conciliazione dei tempi vita-lavoro: principi costituzionali e novità normative*, in B. LIBERALI, M. D'AMICO (a cura di), *I diritti delle donne. Problematiche attuali e prospettive future*, Milano, 2024, 95-117.



crescente su famiglie e attori privati – comprese le imprese – la responsabilità organizzativa ed economica della cura, con effetti prevedibili di ampliamento delle disuguaglianze nei percorsi di accesso ai servizi⁷³. Le indagini più recenti sul *welfare* nelle PMI italiane mostrano, in questa prospettiva, come le misure si concentrino prevalentemente su trasferimenti monetari o *benefits* generalisti, mentre solo una quota minoritaria interviene in modo strutturato sulla dimensione salute-lavoro, e ancor meno sui disagi specificamente generati dalla mobilità sanitaria e dalla logistica della cura⁷⁴. Ne risulta un sistema a “cerchi concentrici”: da un lato, nuclei ristretti di lavoratrici che beneficiano di elevati livelli di protezione aziendale; dall'altro, una maggioranza che continua a confrontarsi con le sole tutele giuridiche, spesso inadeguate a intercettare la serialità e l'imprevedibilità dei percorsi clinici.

Anche la traiettoria spagnola si iscrive, sia pure con tratti propri, nella stessa dinamica che vede il *welfare* aziendale progressivamente rappresentato come possibile soluzione al fine di compensare le lacune del sistema pubblico circa gli effetti del frammentarismo sanitario sulla vita di lavoratori e lavoratrici. Dall'approvazione della *Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, diverse grandi imprese hanno sviluppato misure indirizzate all'uguaglianza e alla conciliazione vita-lavoro che, pur collocandosi in questo quadro normativo, si sviluppano nella cornice delle politiche di secondo *welfare*⁷⁵. Ebbene, anche in Spagna come in Italia le criticità di questi interventi sono le medesime. Si tratta di misure selettive, poste in essere principalmente da grandi imprese, che non incidono sulla matrice patriarcale delle disuguaglianze di genere, ma le ridisegnano lungo nuove linee di frattura tra chi è occupato in organizzazioni dotate di strumenti avanzati e chi, nelle piccole imprese o nei segmenti più precari del mercato del lavoro, continua a confrontarsi con le conseguenze lavorative della mobilità sanitaria e della “logistica della cura”. L'esperienza comparata, pertanto, corrobora la tesi secondo la quale il *welfare* aziendale può attenuare gli effetti che il regionalismo sanitario produce in ambito lavorativo solo se inserito – e regolato – entro una cornice normativa più puntuale e coerente.

È proprio sulla base di questa tesi che una parte significativa della dottrina colloca il ruolo dell'accomodamento ragionevole come potenziale cerniera tra universalismo sanitario frammentato e strumenti lavorativi di protezione effettiva. In entrambi gli ordinamenti, infatti, il tempo «eccedente» richiesto dalla malattia e dalla cura – soprattutto quando implica mobilità sanitaria obbligata – continua a essere assorbito entro istituti generali pensati per funzioni differenti – quali la malattia, l'assistenza continuativa, i congedi straordinari. In questo spazio grigio si colloca il ricorso alla categoria dell'accomodamento ragionevole, inteso non come misura eccezionale o settoriale, ma come tecnica di riequilibrio funzionale all'attuazione

⁷³ Sul tema cfr. in particolare M. FERRERA, F. MAINO, *Quali prospettive per il secondo welfare? La crisi del welfare state tra sfide e nuove soluzioni*, in M. BRAY, M. GRANATA (a cura di), *L'economia sociale: una risposta alla crisi*, Roma, 2012, 125-134; M. FERRERA, F. MAINO, *Social Innovation Beyond the State. Italy's Secondo Welfare in a European Perspective*, Working Paper WP - 2WEL, Torino, 2014, 1-31.

⁷⁴ I dati richiamati sono tratti da ADAPT, *Welfare for People. VIII Rapporto sul welfare occupazionale in Italia*, Modena, 2025, spec. 228-229/237-238, www.adaptuniversitypress.it (ultima consultazione 27/03/2026), che riportano le evidenze di: PLUXEE, *Terzo Rapporto annuale Fondazione Studi Consulenti del lavoro – Il welfare aziendale: diffusione e prospettive nelle PMI*, Milano, 2025; nonché da: GENERALI ASSICURAZIONI, *Welfare Index PMI – L'età adulta del welfare aziendale. Le PMI pronte per il rinnovamento del welfare del Paese*, Milano, 2024, www.welfareindexpmi.it (ultima consultazione 27/03/2026).

⁷⁵ Per un esempio paradigmatico di politiche aziendali avanzate nell'ambito della Ley Organica 3/2007 si veda il documento: TELEFÓNICA ESPAÑA, *+ de 100. Medidas que impulsan la Igualdad, Conciliación y Diversidad 2019/2021*, Madrid, 2021, www.telefonica.com (ultima consultazione 27/03/2026).

dell'eguaglianza sostanziale nei rapporti di lavoro. L'istituto si è affermato, infatti, come risposta alle forme di discriminazione indiretta prodotte da modelli organizzativi standardizzati, risultando volto ad adattare l'organizzazione del lavoro alle condizioni individuali del lavoratore quando queste incidano in modo strutturale sulla possibilità di partecipare su base di parità⁷⁶. È soprattutto nell'ambito della tutela delle persone con disabilità che l'accomodamento ragionevole ha trovato una positivizzazione espressa e una sistematizzazione normativa, in particolare attraverso l'art. 5 della direttiva 2000/78/CE, che impone ai/lle datori/trici di lavoro l'adozione di misure «appropriate» per garantire l'accesso, la permanenza e la progressione nel lavoro, entro il limite dell'assenza di un onere sproporzionato⁷⁷. In tale contesto, l'istituto assume la funzione di presidio dell'eguaglianza sostanziale, imponendo un adattamento dell'organizzazione produttiva ogniqualvolta il modello implicito del lavoratore «standard», pienamente disponibile e privo di vincoli esterni, si riveli escludente.⁷⁸ Proprio questa matrice antidiscriminatoria consente di cogliere la portata potenzialmente trasversale dell'accomodamento ragionevole, che la riflessione teorica e la giurisprudenza hanno progressivamente valorizzato come strumento idoneo a correggere gli effetti indiretti di assetti istituzionali e organizzativi che, pur formalmente neutrali, producono svantaggi prevedibili. Trasposta nel quadro qui ricostruito, tale logica permette di leggere l'accomodamento ragionevole come una possibile cerniera tra frammentazione dei percorsi di cura e tutela del lavoro, laddove la mobilità sanitaria obbligata e la logistica della cura sottraggano tempo al lavoro retribuito e incidano in modo asimmetrico sulle traiettorie professionali, in particolare femminili.

Da questa prospettiva, il riferimento all'accomodamento ragionevole consente di tenere insieme le due dimensioni fin qui ricostruite: da un lato, la capacità del *welfare* aziendale di intervenire proprio nei «vuoti» prodotti dalla frammentazione sanitaria; dall'altro, il rischio che tali interventi restino confinati a

⁷⁶ Sulla genesi dell'accomodamento ragionevole come tecnica generale di contrasto alle discriminazioni indirette e di attuazione dell'eguaglianza sostanziale, v. F. LIMENA, *La forza espansiva della nozione di accomodamenti ragionevoli: una strada sempre meno in salita*, in *Lavoro Diritti Europa*, 3, 2025, spec. 4-5.

⁷⁷ Sulla positivizzazione dell'istituto nell'ambito della tutela delle persone con disabilità e sulla sua funzione di adattamento organizzativo quale presidio dell'effettività dei diritti, v. per tutti: G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità*, Milano, 2020, spec. 107-114.

⁷⁸ Nell'ordinamento italiano l'obbligo di accomodamento è stato introdotto solo in un momento successivo, a seguito della condanna dello Stato italiano per inadempimento (CGUE, 4 luglio 2013, causa C-312/11, Commissione c. Italia), mediante l'inserimento del comma 3-bis all'art. 3 del d.lgs. n. 216/2003 ad opera del d.l. n. 76/2013, conv. con mod. in l. n. 99/2013. Per un approfondimento sul tema: E. ZANFRONI, *Per un accomodamento ragionevole: la persona con disabilità nel mondo del lavoro tra bisogni individuali e responsabilità sociale*, in G. AMATORI (a cura di), *Disability Management e pedagogia speciale: nodi concettuali e declinazioni professionali*, Lecce, 2020, 173-186. Un ulteriore passo è stato compiuto dal d.lgs. n. 62/2024, che all'art. 17 introduce nella l. n. 104/1992 il nuovo art. 5-bis in tema di accomodamento ragionevole. La disposizione, richiamando l'art. 2 della Convenzione ONU del 2006, definisce l'accomodamento come l'insieme delle misure e degli adattamenti «necessari, pertinenti, appropriati e adeguati» che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo al soggetto obbligato, chiarendone la natura sussidiaria rispetto alle prestazioni e ai sostegni già previsti dalla legislazione vigente. Il decreto amplia inoltre l'ambito applicativo dell'istituto oltre il solo versante occupazionale e ne disciplina, per la prima volta, una procedura dedicata, riconoscendo alla persona con disabilità (o ai suoi rappresentanti) il diritto di presentare una specifica istanza di accomodamento e imponendo ai datori di lavoro – pubblici e privati – un obbligo di valutazione motivata delle soluzioni proposte. La Corte di Giustizia dell'Unione europea (causa C-38/24, pubblicata l'11 settembre 2025) ha riconosciuto ai caregivers familiari il diritto a ottenere «accomodamenti ragionevoli» sul posto di lavoro, per poter svolgere la loro attività di assistenza. Cfr. S. CANEVE, F., CUCCHISI, *Le novità introdotte dal d.lgs. n. 62/2024 in materia di accomodamenti ragionevoli e le loro implicazioni per il diritto del lavoro*, in *Bollettino Adapt*, 2024.



isole di privilegio. L'impresa può effettivamente divenire un laboratorio di innovazione sociale soltanto se la razionalità dell'accomodamento viene tradotta in protocolli verificabili e non lasciata alla mera benevolenza datoriale. Tuttavia, è proprio l'esigenza di sottrarre tali strumenti alla logica del «*benefit* discrezionale» a rivelare il limite strutturale del secondo *welfare*. In assenza, infatti, di una cornice ordinamentale che renda esigibili questi adattamenti, tali misure restano una risposta necessaria ma intrinsecamente insufficiente, con il rischio che generino una doppia cittadinanza tra chi gode di tutele maggiormente avanzate e chi continua a confrontarsi, da sola, con i costi temporali ed economici della cura.

Del resto, è proprio questo uno degli elementi che emergono con maggiore chiarezza dalla comparazione tra Italia e Spagna. Al di là delle differenze che caratterizzano i rispettivi modelli sanitari, le criticità analizzate mostrano come l'effettività del diritto alla salute continui a misurarsi non soltanto sulla disponibilità delle prestazioni, ma anche sulla capacità dell'ordinamento di farsi carico dei tempi, dei costi e delle responsabilità che la cura inevitabilmente genera. Da questo punto di vista, la mobilità sanitaria e la "logistica della cura" consentono di rendere visibili meccanismi che restano spesso sullo sfondo delle riflessioni sul diritto alla salute, mostrando come l'effettività delle prestazioni dipenda anche dalle condizioni materiali che ne consentono la fruizione.

Assunta la prospettiva dell'eguaglianza sostanziale, la sfida non può dunque essere affidata alla sola autoorganizzazione dei privati. La collaborazione tra imprese e istituzioni pubbliche può diventare una leva effettiva di ricomposizione delle fratture tra salute e lavoro solo se viene incardinata in una cornice di corresponsabilità chiara. Solo in questa direzione si può evolvere da risposta frammentaria alle carenze e alle disuguaglianze prodotte dai diversi sistemi sanitari regionalizzati a strumento di universalismo "riordinato", capace di ridurre – e non di amplificare – le disuguaglianze territoriali e di genere che oggi attraversano l'accesso alla salute e la permanenza nel lavoro.

chiaro