

## EDITORIALE

## QUALE FUTURO PER LA SANITA'

**Giuseppe Giordano**  
Consigliere nazionale SIMEDT**Keywords:**Welfare State, Servizio sanitario nazionale,  
Corte costituzionale**Corresponding author:**Giuseppe Giordano  
Email: gius.giord@gmail.com**Contributions:**the author(s) made a substantial intellectual contribution,  
read and approved the final version of the manuscript, and  
agreed to be accountable for all aspects of the work.**Conflict of interest:**

the author(s) declare no potential conflict of interest.

**Ethics approval and consent to participate:**

not applicable.

**Patient consent for publication:**

not applicable.

**Funding:**

none.

**Availability of data and materials:**data and materials are available  
from the corresponding author upon request.

Received: 13 September 2025

Accepted: 17 September 2025

## ITALIA: UN WELFARE IN EVOLUZIONE INVOLUTIVA?

Welfare State o Stato Sociale o Stato del benessere sono tre espressioni che definiscono un assetto sociale in cui lo Stato assume la responsabilità di garantire ai suoi cittadini una serie di servizi e benefici sociali che gli permettono di recuperare, mantenere o sviluppare condizioni di “benessere” complessivo (salute, istruzione, assistenza e previdenza) in termini individuali e sociali. L'obiettivo principale è quello di garantire condizioni di uguaglianza a tutti i cittadini “*senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali*” (art. 3 c.1 Cost.)<sup>(1)</sup>

Classicamente le condizioni di uguaglianza si determinano con due approcci: a) uguaglianza di “risultato” in cui si garantiscono uguali condizioni finali di successo (nell'istruzione, ad esempio, è la garanzia della promozione, del 6° o del 18° politico) e b) uguaglianza delle “opportunità” in cui si garantiscono uguali condizioni di partenza offrendo servizi, premi al merito e/o rimuovendo ostacoli (nell'istruzione rendendo disponibili per tutti scuole, insegnanti anche di sostegno, tempo pieno, presidi didattici).

E' evidente che da tanti punti di vista, anche finanziario, sarebbe più vantaggioso (anche

perché più immediato e meno impegnativo) il primo approccio. Ma è altrettanto evidente come l'istituzione di un qualunque sbarramento iniziale (numero chiuso o programmatico, come dir si voglia) rappresenti un emblema di una eguaglianza delle “non opportunità”.

La nostra Costituzione sembra aver privilegiato la scelta dell'eguaglianza delle opportunità: art. 3 c.2: “È compito della Repubblica **rimuovere gli ostacoli** di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”. [Il grassetto è una mia aggiunta]

## I – GLI INIZI

Il sistema di Welfare ha caratterizzato e tuttora caratterizza l'assetto sociale europeo dove si è sviluppato fin dal XIX secolo: in Germania nell'ultimo ventennio del 1800 per iniziativa del cancelliere Otto von Bismark con un sistema di tipo "previdenziale" finanziato da contributi da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro con assicurazioni (mutue) obbligatorie: nel 1883 contro le malattie, nel 1884 contro gli infortuni sul lavoro, e nel 1889 per la vecchiaia e l'invalidità. In Inghilterra negli anni 1946-48 con il piano Beveridge con un sistema di tipo "assistenziale" garantito a favore di tutti i cittadini e finanziato dalla fiscalità generale dello Stato.

Nel 1891 papa Leone XIII scrive la *Rerum Novarum* con la quale la Chiesa entra di forza nelle questioni sociali con una chiave di lettura che è stata alla base della dottrina sociale della Chiesa e che ha ispirato e continua ad ispirare l'azione sociale e politica di "quel fiume largo, come l'ha definito Franco Marini, dell'associazionismo cristiano-sociale".<sup>(2)</sup>

E non solo.

Anche in Italia, come in altre realtà europee, in quegli anni lo Stato attiva importanti iniziative legislative e sociali nel settore dell'Assistenza, della Sanità, dell'Istruzione. Nascono, in forma organizzata, le prime assicurazioni, inizialmente su base volontaria e successivamente su base obbligatoria.

La prima contro gli infortuni sul lavoro, la Cassa Nazionale Infortuni sul lavoro (volontaria nel 1883, obbligatoria nel 1889; nel 1927 vengono unificate tutte le casse infortuni e nel 1933 viene istituita l'INAIL (in realtà l'INFAIL che diventa INAIL nel primissimo dopo guerra).

La seconda contro l'invalidità e la vecchiaia nel 1898 la Cassa Nazionale di Previdenza per l'invalidità e la vecchiaia che nel 1919 (ministro V.E. Orlando) diventa obbligatoria come Cassa Nazionale per le assicurazioni Sociali (CNAS) e nel 1933 l'attuale Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS).

Le terze nel 1888-1890 (Leggi Crispine, Legge 5849/1888 per l'Igiene e la Sanità pubblica, Legge 6972/1890 Sulle Opere Pie) vengono approvate le prime leggi organiche di sanità affidate alla gestione politico-amministrativa del Ministero dell'Interno (prefetti e sindaci) e alla gestione sanitaria di un Consiglio Superiore di Sanità a livello centrale e ad un Medico Provinciale e ad un Ufficiale Sanitario Comunale a livello territoriale) e vengono trasformati in IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza) più di 23 mila enti privati (ospedali, case di riposo, opere pie, la maggior parte di ispirazione religiosa ma anche laica)<sup>a</sup>.

La quarta sull'istruzione: nel 1859 Casati fissa l'obbligo scolastico di 2 anni, nel 1877 Coppino di 3 anni, nel 1896 Orlando di 6 anni (fino a 12 anni) e nel 1911 ne viene approvato il finanziamento da parte dello Stato.

In Italia sostanzialmente fino ai primi anni 60 del ventesimo secolo si sviluppa ed evolve un sistema di welfare di tipo Bismark con un sistema di mutue centrate sulle categorie del lavoro per le pensioni e la sanità e successivamente dagli anni 60 in poi con un sistema assistenziale di tipo Beveridge con garanzie estese a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro condizioni assicurative: nel 1962 si estende l'obbligo scolastico fino alla terza media con un ciclo 5+3 (Legge 1859/1962) che si estende nel 2006 con la legge 296 ad un ciclo di 5+3+2; nel 1969 ed a partire dal 1976 con un sistema pensionistico esteso a tutti e con un calcolo della pensione con il metodo retributivo con garanzia fino all'80% delle ultime retribuzioni (Legge 153/1969); nel 1978 con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (Legge 833/1978); nel 2000 con un intervento sul sistema assistenziale (Legge 328/2000), e dagli anni 2018/2023 con una serie di interventi strutturali di contrasto alla povertà (REI: D. Lgs. 147/2017; RDC: Legge 26/2019; ADI: Legge 85/2023). (Tabella I)

<sup>a</sup> Una organizzazione che ha retto fino agli anni '70 quando è stato istituito il SSN e ne stata rivista con le USL l'intera organizzazione. In quegli anni, subito dopo l'unità, le condizioni socio - sanitarie in Italia erano drammatiche: la vita media era di circa 20 anni più bassa della Svezia e la mortalità infantile era a livelli altissimi (232/1000).

In Italia (ultimo in Europa) il Ministero della Sanità sarà istituito nel 1958 (Ministero Fanfani)

| TABELLA I                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sviluppo di un sistema Previdenziale/Assicurativo                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1925 – INADEL<br>1933 – INAIL e INPS<br>1942 – ENPAS<br>1943 – INAM<br>1954 – Cassa mutua dei Coltivatori Diretti<br>1956 – Cassa mutua Artigiani<br>1960 – Cassa mutua Commercianti<br>1965 – Pensioni Sociali | Ente assistenza Enti Locali<br>Ente per infortuni sul lavoro- Pensioni e<br>Ente assistenza per dipendenti dello Stato<br>Ente assistenza lavoratori privati<br>Ente assistenza lavoratori Agricoltura<br>Ente assistenza lavoratori Artigianato<br>Ente assistenza lavoratori Commercio |
| Sviluppo di un sistema Assistenziale universalistico                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1976 – Pensioni                                                                                                                                                                                                 | Legge 153 del 30/04/1969                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 1978 – Servizio Sanitario Nazionale                                                                                                                                                                             | Legge 833 del 23/12/1978                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2000 – Sociale- ASP: Aziende Servizi Persone                                                                                                                                                                    | Legge 328 dell'8/11/2000                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2018 { Contrasto alla Povertà } REI<br>2019 { } RDC<br>2023 { } ADI                                                                                                                                             | D. Lgs. 147 del 15/09/2017<br>Legge 26 del 28/03/2019<br>Legge 85 del 03/07/2023                                                                                                                                                                                                         |

■ In Italia a partire dagli anni '30 si sviluppa un sistema assicurativo e previdenziale in grado di garantire l'assistenza ai lavoratori (tipo Bismarck) e successivamente dagli anni '70 si sviluppa un sistema assistenziale universalistico (tipo Beveridge) come diritto di cittadinanza

## II – DALL'ASSISTENZIALISMO AL DIRITTO DI CITTADINANZA

Lo sviluppo dei sistemi di Welfare in Italia si caratterizza per una progressione che è possibile sintetizzare in varie tappe ed in varie fasi, ma tutte confluenti in un assetto di stato sociale che possiamo definire come “diritti di cittadinanza”, perché è in quanto “cittadini” che si ha diritto all'istruzione, all'essere curati, ad avere una pensione e a ricevere prestazioni e servizi (anche in denaro) indipendentemente dal reddito e dalla condizione contributiva e/o assicurativa. (Tabella II)

Un assetto sociale disegnato fin dal 1948 dalla Carta Costituzionale principalmente nell'articolo 3 (“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale, è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico”), nell'articolo 4 (“La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto”), nell'articolo 32 per la tutela della salute, nell'articolo 34 per il diritto all'istruzione, nell'articolo 38 per il diritto ad un sistema di sicurezza sociale, e successivamente, nell'arco di un cinquantennio, attualizzato da specifiche norme legislative emanate spesso anche su sollecitazione della Corte Costituzionale. (Tabella III e IV).

**TABELLA II: SVILUPPO DEL WELFARE IN ITALIA.  
LE PRINCIPALI TAPPE SOCIALI**

| Welfare in Italia<br>Principali TAPPE SOCIALI                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1962 Scuola media dell'obbligo (5+3)<br>2006 Obbligo scolastico fino a 16 anni (5+3+2) |
| 1969 Previdenza: Pensioni (retributivo)<br>2011 Legge Fornero (contributivo)           |
| 1978 Sanità: Servizio Sanitario Nazionale<br>1992 Aziendalizzazione                    |
| 2000 Assistenza<br>2019 Reddito di cittadinanza                                        |

**TABELLA III: SVILUPPO DEL WELFARE IN ITALIA.  
LE PRINCIPALI TAPPE LEGISLATIVE**

**Welfare in Italia  
Principali TAPPE LEGISLATIVE**

1. Art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”  
- 1978 Legge 833: Istituzione del SSN e portare ad “UNUM” il Sanitario e il Sociale  
- Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del SSN;
2. Art. 34: “la scuola è aperta a tutti. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi”  
- 1962 -2006: obbligo scolastico di 8 e 10 anni (6 – 16)
3. Art. 38: “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale”.  
1969 : Legge 153: Pensione sociale – calcolo metodo retributivo  
2011 : Legge 214: Calcolo con metodo contributivo  
2000 : Legge 328: Sistema integrato di servizi e interventi sociali  
2019 : 2018/2023: REI (D.Lgs. 147/2017), RDC (Legge 26/2019), ADI (legge 26/2019)

**TABELLA IV: SVILUPPO DEL WELFARE IN ITALIA.  
LE SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE**

**Welfare in Italia  
Le principali sentenze della Corte Costituzionale**

- 1991- Sentenza n. 27: Le indicazioni dell’art. 32 hanno carattere “precettivo” e non solo “programmatico”
- 2001- Sentenza 252: Non è possibile differenziare la posizione dello straniero, trattandosi di un diritto fondamentale dell’ “individuo” e non del “cittadino”.
- 2016 – Sentenza 275: prevalenza dei diritti incompressibili rispetto alle esigenze del bilancio
- 2017 – Sentenza 169: “Spesa costituzionalmente necessaria” in bilanciamento con gli altri diritti fondamentali tutelati dalla Carta Costituzionale (lavoro); nella “pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere l’autonomia e la responsabilità del medico”.
- 2018 – Sentenza 103: in sanità le misure di contenimento della spesa devono essere temporanee.
- 2024 – Sentenza 192: Regionalismo “cooperativo”; deleghe di “funzioni” e non di “materie”

## LA SANITÀ

Costituzione Art. 32: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” (stesura a cui si è arrivati dopo un lungo dibattito in Assemblea Costituente) esprime il valore di un diritto “fondamentale” individuale e collettivo (l’unico diritto, peraltro, ritenuto “fondamentale”).

Diritto che successivamente con sentenza del 2001 la Corte Costituzionale estenderà anche ai non “cittadini” presenti nel territorio nazionale, trattandosi di un diritto dell’ “individuo” e non del “cittadino” esteso a tutti “in quanto esseri umani” (Sentenza n. 252/2001).

Nel 1978 con la legge 833, dopo un trentennio, il principio del diritto alla tutela della salute diventa un diritto universale con la istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ed il superamento del sistema delle mutue, garantendo i cittadini e non solo i lavoratori ed estendendo un diritto di eguaglianza delle prestazioni, passando da un sistema di tipo assicurativo (mutue) ad un sistema di tipo assistenziale universalistico (SSN).

Ed anzi l’istituzione del SSN sembra determinare una estensione del diritto perché le cure gratuite (vedi art. 1 della Legge 833) non sono più riservate solo “agli indigenti”.

Diritto che si espande ulteriormente nel 2017 con il diritto a ricevere cure “sicure” (Legge 24 del marzo 2017) e con il diritto al Consenso informato (Legge 219/2017).

## L’ ISTRUZIONE

Costituzione art. 34: “La scuola è aperta a tutti. L’istruzione inferiore, impartita per almeno otto anni, è obbligatoria e gratuita. I capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi, hanno diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi”.

Il diritto ad “almeno otto anni” di scolarità obbligatoria verrà sancito solo 1962 con la legge 1859 rendendo obbligatorio il ciclo scolastico fino alla terza media (5+3) e successivamente nel 2006 con la legge 296 estendendo l’obbligo per 10 anni di scolarità fino ad almeno il primo biennio della scuola superiore (5+3+2).

Negli anni '70, dopo un ampio dibattito culturale e politico il Parlamento emana i Decreti delegati sulla scuola (DPR 416-420) e si dà piena attuazione alle tante richieste di democratizzazione e partecipazione coinvolgendone le famiglie e il territorio nella gestione.

## LA PREVIDENZA E L'ASSISTENZA

Costituzione art. 38: *“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria”*.

La **PREVIDENZA**. Il 1969 è una data importante per il sistema pensionistico italiano. Con la legge 153 del 30 aprile 1969, infatti, anche se a partire dal 1976, viene sancito il diritto ad una pensione sociale, “lo Stato ne assume a suo completo carico l'onere” e ne viene definita la metodologia di calcolo con riferimento all'80% della retribuzione (sistema retributivo). Il sistema subirà delle modifiche importanti. Nel 1995 con la legge 335 si definisce un sistema di calcolo misto: rimane retributivo per chi ha cumulato almeno di 18 anni di contributi e per gli altri se ne definisce una metodologia di calcolo, pro rata, proporzionato ai contributi versati, e nel 2011 con la legge 214 si passa per tutti ad un metodo di calcolo di tipo contributivo puro e per tutti. Con un ritorno completo ad un sistema assicurativo.

L'**ASSISTENZA**. Prima del 1978 l'assistenza Sociale era gestita e/o coordinata dal ministero degli Interni attraverso gli enti locali, con un percorso di interesse pubblico che inizia nel 1890 (legge 6972, Crispi) che accorpa e trasforma in strutture pubbliche, le IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza), le numerose opere pie e di beneficenza presenti in Italia molto spesso di origine religiosa e/o di associazioni di volontariato laico.

La scelta di gestione a carico dei comuni verrà riaffermata nel 1978 con l'affidamento alle ASL, strumento dei comuni, dell'assistenza sanitaria e sociale, riportando ad “unum” i servizi alla persona e nel 2000 con la Legge 328, una “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” ed il conseguente D. Lgs. 207 del

2001 con i quali si incentiva a trasformare le IPAB in ASP (aziende di Servizi alla Persona) con una gestione orientata ad una maggiore efficienza.

E precedentemente, qualche anno prima, nel 1997 con la Legge 449 ed il conseguente D. Lgs. 109 del 1998 erano stati approvati e definiti i criteri di accesso prestazioni sociali agevolate attraverso un **Indicatore della situazione Economica Equivalente** (ISEE). Un recupero, con un linguaggio più elegante, del vecchio elenco dei poveri?

## LA CORTE COSTITUZIONALE

La Corte Costituzionale ha svolto e svolge un ruolo fondamentale nell'attualizzare importanti principi della Carta Costituzionale a difesa di diritti ritenuti sostanziali perché a tutela dell'essere “umano” e non del solo cittadino.

Già in occasione della scrittura dell'art. 32 (allora art. 26), nella seduta dell'Assemblea Costituente del 24 aprile 1947 allora articolo 26, sono stati determinanti gli interventi di tre costituenti medici (Giuseppe Caronia del Partito Popolare, Mario Merighi del Partito Socialista e Alberto Maria Cavallotti del Partito Comunista) nel determinare la stesura nel testo attuale che è stato approvato a larghissima maggioranza dopo che l'On. Andreotti a nome del gruppo DC aveva annunciato il voto a favore “del primo comma dell'emendamento proposto da Caronia” e cioè che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.<sup>(3)</sup>

Le decisioni e le pronunce della Corte Costituzionale sul tema dei diritti alla salute sono moltissime ed anche precedenti alla stessa legge 833 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale. Ne ricordo solo alcune più recenti. Nel 1991 con la sentenza n. 37, correggendo un precedente orientamento (sentenza 112 del 1975), afferma che le indicazioni dell'art. 32 hanno carattere “precettivo” e non solo “programmatorio”, una decisione di grande valore pratico ed attuativo perché sposta su un terreno di obbligatorietà quello che prima era ritenuto un dovere di programmazione.

Nel 2001 la Corte Costituzionale con la sentenza n. 252 afferma un principio di grande rilevanza umana e sociale: in essa sostiene che non è possibile differenziare la posizione dello **straniero**, trattandosi di un diritto dell'individuo e non del cittadino e che pertanto "anche lo straniero presente irregolarmente nello Stato ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili ed urgenti trattandosi di un diritto fondamentale della persona che deve essere garantito". Ci sono, dunque, sostiene la Consulta, garanzie costituzionali che valgono per tutti, cittadini e stranieri, non in quanto partecipi di una determinata comunità politica, ma in quanto esseri umani.

Nel 2016 con la sentenza 275 la Corte Costituzionale afferma il principio di una prevalenza della garanzia dei diritti rispetto alle risorse che debbono essere un mezzo e non un fine: è "*la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*", pur nel rispetto delle risorse organizzative e finanziarie disponibili che fanno del diritto alla salute un "*diritto costituzionale condizionato*" (sentenza n. 203/2016).

Ma ancora più importante, la sentenza n. 169 del 2017, nella quale la Corte Costituzionale, in risposta anche a quel "*silenzioso processo di smantellamento del welfare sanitario*"<sup>b</sup>, come lo ha definito il Prof. Luca Antonini, Vicepresidente della Corte Costituzionale e componente della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili ha elaborato il principio di "*spesa costituzionalmente necessaria*" con l'obbligo costituzionale di distinguere le spese attinenti ai diritti sociali da quelle che costituzionalmente necessarie non sono, pur in un'equilibrato bilanciamento di tutela di altri diritti, anch'essi garantiti dalla Carta Costituzionale, come quello del "diritto al lavoro"<sup>(4)</sup>.

La Consulta, inoltre anche in questa occasione (come già in altre sentenze n. 338 del 2003, n. 282 del 2002 e n. 151 del 2009) ribadisce il principio che "*in materia di pratica terapeutica, anche per la continua evoluzione delle "acquisizioni scientifiche e sperimentali sulle quali si fonda l'arte medica", la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali*".

In ogni caso in sanità "*le misure di contenimento della spesa pubblica devono presentare il carattere della temporaneità*" (Sentenza 103/2018).

Principio ribadito e rafforzato anche più recentemente (sentenza 195 del 2024) quando afferma che in un contesto di risorse limitate, i Governi nel fare delle scelte, devono prioritariamente ridurre le altre spese, quelle indistinte, prima di andare a toccare quella destinata alla tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione.

Ed "*è più di un principio giurisprudenziale*- sostiene Anelli, Presidente della FNOMCeO- "*è un'indicazione politica, nel senso più alto del termine, su come devono essere utilizzate le risorse pubbliche: e cioè per la salvaguardia dei diritti fondamentali e incompressibili, costituzionalmente protetti, dei cittadini, in primis quello alla tutela della salute*".<sup>(5)</sup>

Ed ancora recentemente sull'autonomia differenziata (sentenza n. 192/2024) la Corte Costituzionale ha dichiarato la illegittimità costituzionale di alcune parti della legge 86 del 2024 (Legge Calderoli) e facendo riferimento alla legittimità di delega di "*specifiche e ben determinate funzioni*" e non di "*intere materie*", disegna, di fatto, un regionalismo "*cooperativo*" e "*non competitivo*".

<sup>b</sup> Il Prof. Gaël Giraud, economista e gesuita, a commento della pandemia da Covid 19, ha definito questa ideologia dello smantellamento del servizio pubblico come un'ideologia che uccide: La Civiltà Cattolica: Quaderno 4075, 2020 Vol. II.

## III – DAL DIRITTO DI CITTADINANZA ALL'ASSISTENZIALISMO

Le crisi finanziarie ( ma non solo) dei primi due decenni di questo terzo millennio (2007- 2010) e le particolari condizioni di indebitamento hanno determinato la necessità di interventi per una politica economica di risparmi (tagli più o meno lineari, tetti di spesa spesso avulsi da ogni logica di sistema), in prevalenza sui capitoli del Welfare (Previdenza e Sanità) in una logica in parte strutturale ed in parte congiunturale, determinando nel cittadino la consapevolezza (forse anche eccessivamente rinunciataria) di dover fare a meno, come rileva il CENSIS nel 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese del 2024, di prestazioni essenziali con “rischio di dover vivere senza Welfare”.<sup>(6)</sup>

Ed è pur vero che la spesa del Welfare Italiano, come ha rilevato Fabio Panetta Governatore della banca d'Italia nella relazione su “il futuro del welfare italiano tra equità e sviluppo” in occasione della presentazione del Rapporto sulla sussidiarietà 2023/24 tenutosi a nel febbraio 2025, è fortemente spostata sulle previdenza (16 % del PIL) a scapito degli altri settori: sanità 7%, istruzione 4% e che la spesa socio-assistenziale pro capite nel centro-Nord è quasi il doppio di quella del Sud (170 vs 90 Euro), determinando una importante e significativa deprivazione socio -economica.<sup>(7)</sup>

Nel periodo 2010-2019 il servizio sanitario ha subito un defianziamento di ben 37 miliardi (GIMBE, 2024)<sup>(8)</sup> a cui ha corrisposto un incremento della spesa privata (out of pocket) che ha raggiunto nel 2023 i 46 miliardi, pari a 1941 euro per famiglia, solo in minima parte (10%) intermediata<sup>(9)</sup>.

E le previsioni sono anche più impegnative e/o proibitive: la Fondazione Turati calcola che, a causa dell'invecchiamento della popolazione, del forte allungamento della vita, dei nuovi diritti e dell'aumentata sensibilità sociale, nel 2030 servirebbero circa 70 miliardi in più per mantenere i servizi esistenti.<sup>(10)</sup>

A questa condizione di concrete e reali difficoltà si è cercato di rispondere con provvedimenti in parte congiunturali (tagli lineari, tetti di spesa anche per il personale) ma in larga parte strutturali.

A cominciare dalla costituzionalizzazione dell'equilibrio di bilancio (art. 81 Cost., Legge Cost. 1/2012), dalla riserva di servizi e prestazioni in base al reddito ISEE (Legge 449/1997 e D. Lgs. 109/1998), dall'introduzione dei costi standard anche in sanità (Legge 42/2009 e D. Lgs. 68/2011), al passaggio al sistema di calcolo contributivo per le pensioni (legge 214/2011) e agli incentivi fiscali a favore dei sistemi assicurativi del 2° pilastro (anche ai sistemi di Welfare Aziendali). Provvedimenti questi indirizzati, sostanzialmente, ad avallare e ad incentivare un assetto sociale di ritorno ad un sistema di tipo previdenziale assicurativo, alla Bismark quindi, un sistema nella logica delle mutue (tuttora ancora integrativo, ma purtroppo sempre meno): chi ha possibilità economica di farlo può integrarsi il proprio welfare, chi ha la fortuna di svolgere un lavoro anche ricco e può cumulare un buon montante di contributi avrà una pensione più che dignitosa, il resto dovrà contentarsi di quel che passa lo Stato o la mutua (liste di attesa, pensioni sociali con integrazioni al minimo), e quindi addio (o arrivederci) all'universalismo egualitario e quindi addio (o arrivederci) ai diritti di cittadinanza.

Le regioni, quelle più ricche (Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna) produttrici di circa il 50 % del PIL nazionale, stanno cercando una scorciatoia per i propri cittadini e chiedono la delega di maggiori competenze e di mantenere nel territorio la maggior parte della ricchezza prodotta (“Residuo fiscale”)<sup>(11)</sup> tanto da far sospettare una “secessione dei ricchi”,<sup>(12)</sup> determinando un sistema di tipo Bismarck territoriale ed andando ad incrementare gli attuali livelli di disuguaglianze e di deprivazione socio-economica, tutti a sfavore delle regioni meno ricche del Sud.<sup>(13)</sup>

## IV – POSSIBILI SOLUZIONI

C'è una risposta alternativa? E' possibile opporsi a questo "silenzioso processo di smantellamento del welfare"? <sup>(14)</sup> E' falso, come sostiene Rampini, che "non ci possiamo più permettere uno Stato Sociale"? <sup>(15)</sup>

Forse ancora non tutto è perduto. Essendo la crisi non solo finanziaria è di fondamentale importanza recuperare un "pensiero forte in grado di orientare una adeguata prospettiva di riforma del sistema" <sup>(16)</sup>, un fronte ideologico-politico, economico-finanziario, culturale e sociale <sup>(17)</sup>, che miri a salvaguardare il patrimonio di un welfare universalistico, come c'è stato in passato, senza cadere vittime della trappola dell'economicismo, che già il CENSIS nel 2001 definiva come "la persistente dittatura" dell'economicismo <sup>(18)</sup>.

Le soluzioni prospettate sono moltissime e tutte hanno un loro perché. Ovviamente cambia l'angolo di visione e cambiamo le soluzioni, ma prevalentemente si tenta di recuperare e di attualizzare i principi che hanno ispirato nel 1978 l'istituzione del SSN.

Sono intervenuti ed intervengono Economisti, Sociologi, Giuristi, Filosofi ed, ovviamente, anche Politici.

Ne cito alcuni tra quelli che condividono un assetto sociali di un welfare universalistico e a cui sta a cuore salvare e mantenere uno Stato di diritti di cittadinanza.

La scuola di Bologna, anzitutto, (Ardigò, Donati e quindi anche Zamagni) da sempre hanno sostenuto la necessità di un universalismo solidale, l'idea di un welfare, aperto alla società civile, un welfare in cui i corpi intermedi, soggetti attivi della solidarietà sociale, potessero svolgere un ruolo pieno non solo nel garantire beni e servizi ma anche nel promuovere un'attiva e consapevole partecipazione per diventare protagonisti e attori "nel disegno dei vari istituti del benessere". <sup>(19)</sup>

Quindi non un welfare State ma una welfare Society riconoscendo alla società civile un ruolo centrale nell'organizzare e nel garantire una risposta

adeguata ai bisogni e alle necessità in una logica che il "pubblico" non sempre e non per forza debba coincidere con lo "Stato", incentivando concretamente un approccio di co-programmazione e di co-operazione, con tutto il 3° e 4° settore, la welfare Community di cui la realtà italiana è tanto ricca ed attiva. <sup>(20)</sup>

Un modello di organizzazione che superi il taylorismo e l'aziendalizzazione riportando ad unum le competenze gestionali e le competenze cliniche in un processo di clinical governance di "managed cooperation" <sup>(21)</sup>.

Questo cambio di paradigma dovrebbe essere reso possibile, come sostiene Zamagni e come ha sempre sostenuto il gruppo di Bologna, incentivando una "via societaria al welfare" attraverso un modello di sussidiarietà circolare che superi il modello bipolare (pubblico-privato) a favore di un modello tripolare (pubblico, privato, civile): "un modello nel quale le tre sfere che compongono la società – quella degli enti pubblici, delle imprese e della società civile organizzata – realizzano un patto tra di loro per dialogare e operare assieme, cioè co-operare." <sup>(22)</sup>

Anche Ivan Cavicchi è stato molto presente in questo dibattito sostenendo la necessità di una riforma, profonda e radicale: "non è logico riformare nell'invarianza. O si cambia o non si cambia" <sup>(23)</sup>.

La necessità di una profonda riforma viene condivisa da gruppo multidisciplinare di oltre 40 esperti appartenenti ai maggiori istituti di ricerca e università italiane che, in un documento su "Principi per una riforma del SSN" presentato nel gennaio 2025 a Roma nella sede del CNEL, chiede che vadano preservati "i principi di universalità, equità, solidarietà e sostenibilità". <sup>(9)</sup>

La Fondazione GIMBE invoca un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche e avvicindamenti dei Governi, riconoscendo nel SSN un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico dell'Italia. <sup>(8)</sup>

C'è poi la proposta, recente, della Cisl Medici, formalizzata in occasione del proprio 6° Congresso

tenutosi a Roma a meta giugno scorso, di “Costituzionalizzare il Servizio Sanitario Nazionale” per metterlo definitivamente al riparo da possibili ed ulteriori interventi di legislazione corrente e per riconoscere una diversa dignità di ruolo al personale che vi opera.<sup>(24)</sup>

La Corte Costituzionale, come riferito in precedenza ha fatto e fa la sua parte richiamando, anche a noi cittadini, ad una interpretazione e ad una attuazione socialmente anche letterale dei valori e dei principi contenuti nella Carta costituzionale.

La sostenibilità del sistema che non è solo finanziaria (anche la sanità non può costituirsi come “variabile indipendente” e deve tradursi in appropriatezza, clinica ed organizzativa, in una dimensione di “qualità totale”) è anche frutto di una scelta politica e sociale. Condizionarla è anche il frutto di una scelta di noi cittadini. Ne avremmo il diritto, ne avremmo il dovere e ne avremmo il potere. E forse è ora di farlo sapere, anche con maggiore convinzione.

## Bibliografia

1. Costituzione della Repubblica Italiana, 1948 (G.U. n. 298 del 27/12/1947)
2. Colombo Mario e Morese Raffaele (a cura di): *Pensiero, azione, autonomia. Saggi e testimonianze per Pierre Carniti*. Edizioni Lavoro, 2017
3. *Assemblea Costituente: Seduta del 24 aprile 1947*
4. Antonini Luca, Zamagni Stefano: *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*. Edizione Studium, 2025
5. FNOMCeO. Comunicato stampa presidente Anelli 09/12/2024
6. Fondazione CENSIS: *58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2024*. Franco Angeli editore
7. Panetta Fabio: *Il futuro del welfare italiano tra equità e sviluppo. Presentazione del Rapporto sulla sussidiarietà 2023/2024 Roma 20 febbraio 2025*
8. Fondazione Gimbe: *7° rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, 2024*
9. CREA Sanità: *Documento a cura di un gruppo multidisciplinare su "Principi per una Riforma del SSN"*. CNEL, Roma 29/01/2025
10. Fondazione Turati: *Comunicato Stampa 08/06/2023 su evento organizzato a Pisa da IntesaSanpaolo su "Diamo voce all'impatto" dedicato alle organizzazioni del 3° Settore*
11. *XVIII Legislatura: Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier Servizi Studi del Senato, 16/2018*
12. Viesti Gianfranco: *Verso la secessione dei ricchi? ebook. Laterza 2019*
13. Svimez: *Rapporto 2024: L'economia e la Società del mezzogiorno. Competitività e coesione: il tempo delle politiche. Il Mulino*
14. Antonini Luca: *I rischi di cedimento del modello universalista e i paradossi della pandemia*. In *Pensare la sanità*. Studium edizioni, 2025
15. Rampini Federico: *"Non ci possiamo più permettere uno Stato sociale" Falso!*. Laterza Editore, 2017
16. Antonini Luca: *Pigrizie intellettuali e necessità di una nuova prospettiva. Alcuni spunti per un processo di riforma*. In *Pensare la sanità*. Studium edizioni, 2025
17. Carbone Ugo: *Per il Welfare. Materiali e contributi sulle politiche sociali*. Morlacchi Editore, 2015
18. Fondazione CENSIS: *35° Rapporto sulla condizione sociale del Paese 2001*. Franco Angeli Editore
19. Zamagni Stefano : *Sui presupposti economici e politico-filosofici di un nuovo universalismo sanitario: In Lo Stato Sociale in Italia. Bilanci e prospettive*. A cura di Pierpaolo Donati. Mondadori Editore, 1999
20. Ursini Mariella: *Welfare di comunità: Nuove frontiere. Dalla rigenerazione del territorio al protagonismo della collettività*. Maggioli editore 2023
21. Antonini Luca, Zamagni Stefano: *Anziché una conclusione, un summing up*. In *Pensare la Sanità*. Studium Edizioni, 2025
22. Antonini Luca, Zamagni Stefano: *Introduzione e motivazione*. In *Pensare la sanità*. Studium edizioni 2025
23. Cavicchi Ivan: *Sanità pubblica addio: il cinismo delle incapacità*. Castelvecchi editore 2023
24. Federazione Cisl Medici: *Mozione conclusiva VI Congresso Nazionale. Roma 19-21 giugno 2025*

**Riferimenti Legislativi (in ordine di citazione)**

Costituzione della Repubblica Italiana. 1948; Legge 5849 del 22/12/1888; Legge 6972 del 17/07/1890; Legge 1859 del 21/12/1962; Legge 296 del 27/12/2006; Legge 153 del 30/04/1969; Legge 833 del 23/12/1978; Legge 328 del 8/11/2000; Legge 26 del 28/03/2019; Legge 24 del 8/03/2017; Legge 219 del 22/12/2017; Legge 335 del 8/08/1995; Legge 214 del 22/12/2011; D. Lgs. 207 del 4/05/2001; Legge Costituzionale n. 1 del 20/04/2012; Legge 449 del 27/12/1997; D. Lgs. 109 del 31/03/1998; Legge 42 del 05/05/2009; D. Lgs. 68 del 06/05/2011; Legge 86 del 26/06/2024;

**Riferimenti Sentenze della Corte Costituzionale (in ordine di citazione)**

Sentenza n. 252 del 05/07/2001; Sentenza n. 37 del 17/01/1991; Sentenza 275 del 19/10/2016; Sentenza 169 del 22/03/2017; Sentenza 151 del 01/04/2009; Sentenza 103 del 07/03/2018; Sentenza n. 195 del 29/10/2024; Sentenza n. 192 del 14/11/2024.

**Publisher's note:** all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers.

Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2025