

**6-8 settembre 2023**  
Centro studi Ricerca e Formazione CISL  
Via della Piazzuola 71  
San Domenico di Fiesole (Firenze)



**Laboratorio su salute e sanità**  
con la collaborazione di  
Salute diritto fondamentale,  
Salute internazionale, Lunaria

**ITINERARI DI POLITICHE PER LA SALUTE**

## **Il Servizio sanitario nazionale è in pericolo. Le sfide dell'universalismo**

### **Universalismo e diritto alla salute: il percorso italiano<sup>1</sup>**

Chiara Giorgi, Giovanni Vicarelli

#### *1. Premessa*

Le sfide dell'universalismo tornano oggi a porsi con stringente attualità. Rendere esigibile il diritto alla salute, come diritto sociale e di libertà, diritto umano fondamentale, significa garantirne l'universalità e l'effettività, difendendo e rilanciando lo strumento idoneo alla realizzazione di questi obiettivi: il Servizio Sanitario Nazionale. Al tempo stesso ciò implica pluralizzare l'universalismo stesso, affinché esso non sia mai escludente, sia espressione delle istanze di uguaglianza e libertà portate avanti di volta in volta dai soggetti della storia, sia fondamento di un welfare state democratico volto all'uguale soddisfacimento dei bisogni fondamentali, redistributivo e solidaristico.

La salute, ambito costitutivo della vita umana, rappresenta il banco di prova principale per rilanciare e risignificare l'universalismo, mantenendo aperta la tensione interna che ne ha connotato il percorso storico e la portata teorica. L'articolo 3 della Costituzione italiana, dedicato al principio dell'uguaglianza formale e sostanziale, offre un'indicazione di grande rilievo in questa direzione, a partire dalla sua costitutiva doppia dimensione che implica tanto la rimozione delle disuguaglianze, quanto l'uguale valore di ciascuna e ciascuno, ossia il riconoscimento delle differenze (Dogliani Giorgi 2017; Ferrajoli 2018). Uguaglianza e universalismo condividono gli stessi

---

<sup>1</sup> Chiara Giorgi è autrice dei primi tre paragrafi e di parte del 5; Giovanna Vicarelli degli altri.

presupposti: la creazione delle condizioni per un effettivo esercizio dei diritti di libertà di tutti e tutte (nella più ampia e plurale declinazione), il rispetto e la valorizzazione di ogni singolarità; la realizzazione personale e quella comune, in comune; il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi di libertà, solidarietà e dignità della persona.

In questa prospettiva l'universalismo – al pari dell'uguaglianza – non si traduce in una omologazione, ma rappresenta «l'impegno a garantire a tutti le condizioni fondamentali a partire dalle quali ciascuno è libero di formarsi e perseguire i propri piani di vita». Pertanto, per dirla con Don Milani, l'universalismo non impone di «“fare parti uguali fra i disuguali”» (Granaglia 2022), presupponendo esso un eguale livello di soddisfazione dei bisogni fondamentali e al contempo facendo proprie le differenze tra gli individui, sia rispetto alle loro diverse capacità (comprese quelle contributive), sia rispetto ai loro diversi bisogni. Il che significa fornire più risorse a chi è maggiormente bisognoso, in applicazione al medesimo principio di uguaglianza o, per dirla con Marx, secondo la celebre massima «ognuno secondo le sue capacità, a ognuno secondo i suoi bisogni» (Giorgi 2022).

In questa stessa prospettiva, l'universalismo non è un concetto vuoto e astratto, ma richiede il conseguimento e la garanzia di risultati concreti, affinché sia possibile rimuovere le disuguaglianze reali presenti nel tessuto materiale della società. Come recita la Costituzione italiana all'articolo 3: è compito della Repubblica rimuovere quegli «ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza 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». Un welfare pubblico, universale e democratico rappresenta lo strumento principale di un intervento orientato in questa direzione.

Secondo questo approccio, l'universalismo possiede un significato trasformativo capace di investire le relazioni di potere, i rapporti sociali di produzione e riproduzione, l'assetto istituzionale, i nodi della cittadinanza democratica.

## *2. Dalla Resistenza alla Costituzione*

In Italia, la centralità di un intervento pubblico al fine di garantire le condizioni essenziali di un diritto universale alla vita in buona salute – secondo quanto affermato

dal “modello Beveridge” – emerse fin dagli anni della Resistenza e della Costituente, quando maturò un nuovo approccio volto a considerare la salute come benessere individuale e collettivo, condizione essenziale di libertà. Tuttavia, l’assetto politico e istituzionale del paese impedì una rapida realizzazione delle riforme necessarie e trascorsero circa trent’anni prima della nascita del SSN avvenuta nel dicembre 1978.

Durante la Resistenza si avviò un processo di maturazione culturale sul ruolo attivo dei cittadini nella tutela di essa, sul decentramento dell’organizzazione sanitaria. In seno alla Consulta veneta di sanità, organo del Comitato di Liberazione Nazionale del Veneto, venne elaborato un primo *Progetto di riforma dell’ordinamento sanitario italiano*, predisposto da uno dei più importanti igienisti italiani, Augusto Giovanardi e dal farmacologo Egidio Meneghetti, approvato poi da tutti i rappresentanti dei Commissariati regionali per l’igiene e la sanità dell’Alta Italia (1945). Esso conteneva la prima formulazione di una riforma dell’assetto sanitario ed assistenziale, volta a modificare alcuni aspetti di fondo della pesante eredità istituzionale del fascismo.

Poco dopo, nell’ambito delle attività del Ministero per la Costituente (1945), fu la quinta Sottocommissione della “Commissione per studi attinenti alla riorganizzazione dello Stato” (la cosiddetta Commissione Forti) a fornire più indicazioni per la nuova Costituzione sui postulati riguardante i compiti dello Stato, ma anche i diritti e i doveri dell’individuo, in ambito sanitario. Sulla base di una ampia ricognizione di quanto presente in altri testi costituzionali, vennero formulate dalla quinta Sottocommissione alcune significative proposizioni. La prima recitava: «La salute è un bene naturale che la società, e per essa lo Stato, deve tutelare in modo eguale *per tutti*, come diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività». Nella seconda si affermava che tra i compiti dello Stato vi era quello di assicurare l’assistenza *a ogni cittadino* tramite una adeguata organizzazione sanitaria (Ministero per la Costituente 1946). Un’affermazione questa che se declinabile in senso universalista non fu tuttavia ancora in grado di incidere operativamente sul sistema mutualistico e assicurativo dell’assetto sanitario vigente, caratterizzato da un impianto contributivo e occupazionale, da una forte eterogeneità nei benefici offerti, nel trattamento delle diverse categorie professionali, da frammentazione, sperequazioni, mancanza di un indirizzo unitario, inefficacia degli interventi di tutela della salute (Taroni 2011; Giorgi, Pavan 2021).

A dispetto di questo immobilismo organizzativo protrattosi per molti anni, di grandissimo rilievo fu la redazione dell'articolo 32 della Costituzione che diede una definizione del diritto alla salute assai avanzata nel panorama dell'Europa occidentale. Nel testo costituzionale la salute venne a configurarsi come unico diritto sociale espressamente fondamentale. Questa qualificazione era tesa ad affermarne la sua «essenza di nucleo fondativo di tutti gli altri diritti costituzionali e presupposto irrinunciabile per la piena realizzazione della persona umana» (Tripodina 2008, 321).

Oggetto del diritto alla salute, sia nella sua dimensione individuale, sia in quella sociale era l'integrità psico-fisica della persona umana, intesa non già come mera assenza di malattie, bensì riferita – secondo la definizione fornita dall'OMS nel 1946 – allo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale.

In questa direzione, l'articolo 32 fu espressione di un radicale cambiamento, affermando una nozione di salute molto più ampia e complessa di quella della mera integrità fisica, comprensiva cioè di ogni aspetto legato alla qualità della vita della persona umana.

Il diritto alla salute, come diritto fondamentale riferito all'individuo non altrimenti aggettivato, era rivolto a tutti nel senso più estensivo possibile, in quanto, come si affermava in sede di Costituente, a tutti lo Stato doveva «assicurare i mezzi di prevenire e curare le malattie»; al contempo si prospettava la specifica garanzia di “cure gratuite agli indigenti”, ossia a quanti ritenuti per la loro condizione economica e sociale particolarmente bisognosi di protezione. Emergevano così due profili: in primo luogo, l'impegno pubblico nella realizzazione di strutture sanitarie a carattere universale, quale derivazione di una tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. In seconda battuta, l'indicazione di porre a carico della Repubblica, riferita sia allo Stato come ordinamento centrale, sia agli enti pubblici territoriali, l'obbligo della prestazione di cure gratuite agli indigenti, quale attuazione del principio di uguaglianza sostanziale, ossia dell'articolo 3, 2° comma. La garanzia di cure gratuite a chi si trovava in condizione di indigenza era intesa come un «rafforzamento dell'impegno generale per la tutela della salute» (Pezzini 1983, 27). Il diritto a essere curati veniva a configurarsi come un diritto a prestazioni positive nei confronti dei pubblici poteri, delineando quanto realizzato nel 1978 con la tarda

istituzione del Servizio sanitario nazionale, attuativo del principio costituzionale in questione.

L'articolo 32 mise insieme autodeterminazione personale e "pari dignità sociale", legandosi agli articoli 2 e 3 della Costituzione – ai principi, cioè di inviolabilità, solidarietà ed eguaglianza sostanziale. Come diritto fondamentale, i tratti giuridici essenziali del diritto alla salute erano, e sarebbero stati nella successiva giurisprudenza della Corte costituzionale, l'inalienabilità, l'intrasmissibilità, l'indisponibilità e l'irrinunciabilità (Pallante 2023).

La formulazione di un diritto alla salute nacque da istanze di cambiamento sociale, politico e culturale e si intrecciò sin da subito alle questioni legate ad un ordine nazionale e internazionale fondato sulla centralità degli strumenti redistributivi del welfare state.

Nel corso degli anni successivi, emerse la consapevolezza dell'importanza di un salto qualitativo che avrebbe dovuto accompagnarsi alla mera estensione quantitativa delle cure vigente nell'organizzazione mutualistica. Esso presupponeva un modo diverso di affrontare i rapporti tra salute psico-fisica dell'individuo e ambiente incentrato su una diagnosi non solo personale, ma soprattutto sociale, su una maggiore responsabilizzazione pubblica, su un paradigma universalistico e globale di promozione della salute, sulla partecipazione della popolazione nelle scelte riguardanti la salute, sulla capacità dei governi locali di leggere i bisogni della comunità, su una nuova forma organizzativa, quella del *servizio sanitario*.

Agli inizi degli anni Sessanta, con l'esperienza dei governi di centro-sinistra, il tema della riforma sanitaria entrò nell'agenda della programmazione economica, accanto ai contenuti più generali della sicurezza sociale. Di rilievo le indicazioni fornite nei documenti più importanti della programmazione: il *Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-69* (Piano Giolitti); il *Progetto di programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969* (Piano Pieraccini); il *Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70*; il *Progetto 80. Rapporto preliminare al programma economico nazionale 1971-75*.

Il Piano Giolitti proponeva ufficialmente l'istituzione di un *servizio sanitario nazionale* finanziato dai cittadini in proporzione ai redditi rispettivi, diretto dallo Stato attraverso il Ministero della Sanità, le Regioni, le Province, i Comuni, volto a superare il modello

assicurativo e mutualistico. Tra gli obiettivi chiave dell'azione programmatica in campo sanitario vi erano la valorizzazione dell'approccio preventivo dell'intervento sanitario, una sua visione omnicomprensiva, l'universalismo. Rilevante in questa linea programmatica l'influenza esercitata dal primo Piano sanitario nazionale del paese elaborato da Giovanni Berlinguer già nel 1963 (*Schema di Piano Sanitario Nazionale, 1964-1978*).

Nel corso degli anni Sessanta, più iniziative sostennero questa nuova impostazione della questione sanitaria. A distinguersi furono soprattutto le posizioni della CGIL (che già nel 1956 propose un primo progetto volto a garantire un diritto universale alla «protezione sanitaria») e quelle dei due principali partiti della sinistra, il PSI e il PCI, i quali perorarono – in una sostanziale sintonia – la creazione di un servizio sanitario nazionale.

### *3. Nasce il Servizio Sanitario nazionale*

Le vicende italiane della sanità e del diritto alla salute sono state rappresentative delle trasformazioni più generali che hanno investito il welfare italiano. Soprattutto gli anni Settanta assunsero un'importanza decisiva per l'approvazione del maggior numero di riforme della storia repubblicana (Moro 2007), per l'ideazione di numerose istituzioni e servizi sociali, per una riscrittura più universalistica del welfare.

Sul terreno della tutela e promozione della salute si costruì un inedito fronte di conflitti sociali e politici, una combinazione delle lotte portate avanti dalle varie realtà di movimento, da quello studentesco, a quello operaio, a quello femminista (Vicarelli 2019, Giorgi, Pavan 2021).

Gli ambiti principali in cui questo processo di rinnovamento ebbe un rilievo particolare furono la medicina del lavoro e la salute in fabbrica, la salute mentale e la riforma psichiatrica, l'emergere della dimensione sociale della medicina e degli approcci epidemiologici e di prevenzione, le mobilitazioni delle donne sulla salute, i consultori, l'interruzione volontaria di gravidanza, i servizi di cura. La salute, come ambito di vita e di cura delle persone, divenne il terreno di nuove alleanze e mobilitazioni, di una nuova cultura dei servizi pubblici per le persone, rispetto ai quali il contributo fornito dalle donne ebbe una grande importanza, nella stessa definizione dei servizi come un diritto (Saraceno 1998). Le rivendicazioni dei movimenti per la salute degli anni

Settanta, volti anche a ripensare il rapporto tra medicina, scienza e politica, assunsero obiettivi che tornano di grande attualità nel contesto odierno («Medicina democratica, movimento di lotta per la salute» in Maccacaro, 1979). Questo variegato percorso contribuì a qualificare la riforma sanitaria del 1978, dopo anni di tentativi e rinvii, ma anche di fondamentali elaborazioni.

Il 23 dicembre 1978, nel contesto del IV governo Andreotti caratterizzato dalla coalizione della DC con l'appoggio esterno del PCI, venne approvata la legge di istituzione del SSN, votata a larghissima maggioranza, con l'astensione del PRI e il voto contrario di PLI e MSI. Si trattò per l'Italia di un anno tanto drammatico, quanto foriero di tre riforme fondamentali nell'ambito della salute: la riforma sanitaria (legge n. 833), quella dell'assistenza psichiatrica (legge n. 180), quella sull'interruzione volontaria della gravidanza (legge n. 194).

Il varo di queste leggi avvenne durante la presenza di Tina Anselmi al ministero della Sanità. I principi e le caratteristiche con cui nasceva il SSN erano: *universalità* di copertura (non solo ai cittadini italiani ma a tutti e senza alcuna discriminazione era garantito il diritto alle cure); *equità* di accesso e *uguaglianza* di trattamento, *globalità* e *uniformità* territoriale delle prestazioni erogate. E ancora, impiego coordinato delle moderne tecniche di prevenzione, cura e recupero, centralità dell'azione *preventiva*, unitarietà del sistema, ruolo dello Stato, decentramento territoriale, *partecipazione* e *controllabilità* democratica, *programmazione* dell'offerta dei servizi e della spesa, finanziamento tramite la *fiscalità progressiva generale* (quest'ultimo principio, ovvero l'equità del finanziamento, si realizzò completamente solo nel 1997 con la fiscalizzazione dei contributi sanitari).

Nello specifico, è bene ricordare i primi 4 articoli della legge n. 833. L'articolo 1 si richiamava all'articolo 32 della Costituzione e indicava nel SSN il «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». Stato, Regioni ed Enti locali territoriali erano i soggetti di riferimento per l'attuazione del SSN, garantendo al contempo la partecipazione dei cittadini.

L'articolo 2 delineava gli obiettivi del nuovo servizio, tra cui il superamento degli squilibri territoriali; la sicurezza del lavoro; la tutela della salute mentale; l'eliminazione delle cause di inquinamento atmosferico, delle acque e del suolo.

L'articolo 3 affermava che i livelli delle prestazioni sanitarie fissati dalla legge dello Stato dovevano essere, comunque, garantite a tutti i cittadini.

L'articolo 4 dedicato all'«Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale» affermava che «con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale in più materie».

A differenza di un qualsiasi sistema assicurativo pubblico o privato, il nuovo SSN era espressione di due principi di equità fondamentali, presenti nella stessa Costituzione: dal lato del finanziamento, quello della capacità contributiva e della progressività; dal lato della spesa, quello del bisogno di salute (Mapelli 2012). Il criterio del bisogno era così una variabile indipendente dai contributi versati e dalla capacità di reddito – l'utilizzo dei servizi sanitari era corrispondente ai bisogni – e il finanziamento progressivo era parte dei meccanismi redistributivi del welfare.

In sintesi, l'istituzione del SSN permise di superare la frammentazione mutualistica dell'inadeguato assetto precedente, affermare l'universalismo nell'accesso e nella disponibilità di cure e servizi, predisporre il carattere democratico del nuovo assetto sanitario, attuare alcuni dei principi più avanzati presenti nella Costituzione, garantire risultati di salute e obiettivi di uguaglianza (Saitto, Cosentino 2022).

#### *4. Dalla implementazione alla trasformazione del SSN*

Con l'istituzione del SSN l'Italia approdò a una copertura universalistica dei bisogni sanitari e di salute che si distaccava profondamente dalle forme, fino ad allora prevalenti, del proprio sistema di protezione sociale, i cui caratteri particolaristico-clientelare e familisti erano stati ben evidenziati dal dibattito nazionale e internazionale sul Welfare State. Nel corso del Novecento, infatti, le principali misure di welfare avevano fatto perno, da un lato, sul ruolo ricoperto nel mercato del lavoro dai singoli cittadini, con tutte le differenziazioni categoriali che ne discendevano, dall'altro, sulla capacità delle singole famiglie (e in particolare delle donne) di rispondere alla quasi totalità dei bisogni assistenziali; senza trascurare il ruolo delle organizzazioni cattoliche nella ampia offerta di servizi alla persona (ad esempio in tutto



il settore della disabilità) (Ascoli 2022). Fatta eccezione per la scuola dove, fin dagli anni Sessanta, le riforme avevano assunto una modalità universalistica, tutto il sistema del welfare italiano si caratterizzava per essere essenzialmente meritocratico-occupazionale o residuale, piuttosto che istituzionale-redistributivo secondo la terminologia introdotta da Titmuss. L'istituzione del SSN, quindi, parve a molti portare l'Italia verso forme di welfare più simili a quelle espresse dai paesi socialdemocratici del nord-Europa o verso modalità di universalismo "puro" così come suggerite dalle categorizzazioni che, in questi anni, si svilupparono e fecero da cornice all'analisi dei modelli nazionali di protezione sociale (Esping-Andersen 1990; Ferrera 1993).

Tuttavia, a partire dagli anni Ottanta, profondi cambiamenti a livello internazionale e sub nazionale contribuirono a rendere complessa l'implementazione della legge 833 e l'effettiva realizzazione del sistema universalistico in essa concepito. Da questo punto di vista, la tesi che si può sostenere è che le modifiche via via introdotte abbiano di fatto messo in crisi i pilastri del sistema universalistico, attraverso forme di isomorfismo che hanno condotto la sanità italiana ad omologarsi tendenzialmente al complessivo sistema di welfare italiano (categoriale e residuale) piuttosto che viceversa, come molti allora speravano.

#### *4.1 L'impatto dei contesti sovranazionali e subnazionali*

Sul versante sovranazionale va posto il grande cambiamento economico e politico-sociale che prese avvio nei primi anni Ottanta e che si espresse in modo compiuto nei due decenni seguenti. È ormai riconosciuto, infatti, che, in questo arco di tempo, entrò in crisi la configurazione basata su un capitalismo a grande industria di tipo taylorista entro sistemi di welfare state in grado di riconoscere diritti politici e sociali estesi. Una configurazione che si era venuta creando nei primi decenni del Novecento (soprattutto dopo la crisi del 1929) e che nei trenta anni gloriosi aveva espresso il massimo delle sue potenzialità in termini di crescita economica e rispetto (tendenziale) dei principi di uguaglianza e solidarietà. A tale configurazione ne fece seguito un'altra basata sul decentramento produttivo e la globalizzazione, con forte crescita dell'economia finanziaria, entro modalità regolative neoliberiste in cui la restrizione delle politiche di welfare conduceva all'ampliamento delle disuguaglianze sociali, secondo logiche individualiste e competitive. Un cambiamento strutturale che si accompagnò a grandi

trasformazioni nella domanda e nella risposta ai bisogni di salute, allora individuate nella transizione demografica, epidemiologica e tecnologica.

Da questa prospettiva, è evidente il grande ritardo con cui venne approvato il SSN e il conseguente disallineamento rispetto al nuovo contesto economico, politico e sociale entro cui si trovava ad essere implementato. Non a caso, se fin dai primissimi anni Ottanta, si cercò, senza riuscirci, di modificarne l'assetto, fu nella congiuntura della crisi economica del 1992 che il ministro della sanità Francesco De Lorenzo (PLI) mise mano alla riforma del 1978. Nel modello configurato dal D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 i livelli di assistenza passavano da diritti a "semplici" obiettivi in funzione delle disponibilità finanziarie e in subordine al primato del vincolo di bilancio rispetto alle garanzie offerte dal Servizio sanitario (Taroni 2011, 2019). Con la "riforma della riforma" del 1992 si procedette in tre direzioni: aziendalizzazione, regionalizzazione del servizio, privatizzazione del sistema; tendenza quest'ultima corretta dal successivo D.lgs. n. 517/1993 varato sotto il Governo Ciampi, ministra della sanità Maria Pia Garavaglia (Maciocco 2016, Giorgi 2023). La discontinuità tra la legge n. 833/78 e il decreto del 1992 fu netta: si allineò l'assetto sanitario ai principi dominanti del New Public Management (NPM) (attraverso l'aziendalizzazione e la managerializzazione), si andò nella direzione di una riduzione della spesa pubblica secondo la logica imperante di meno Stato e più mercato, si introdussero regole del mercato nel comparto della produzione dei servizi. Così facendo si operò per il passaggio da un sistema pubblico integrato, nel quale l'offerta di strutture private era residuale e regolata sulla base di convenzioni, a uno orientato a un modello misto, pubblico-privato, regolato da rapporti contrattuali (Dirindin, Caruso 2019, 138).

Sul versante subnazionale, vanno poste le modalità attraverso cui si esprime il regionalismo all'interno dell'ordinamento pubblico italiano. Come è noto, il titolo V della Costituzione istituì l'ordinamento regionale, distinguendo le regioni a regime speciale dalle regioni a regime ordinario. La scelta fu quella di dar vita a un assetto istituzionale "intermedio" tra lo Stato federale e lo Stato accentrato definendo ordinamenti autonomi (Stato, regioni ed enti locali) integrati all'interno di un medesimo sistema di valori e di principi, primi fra tutti quello di eguaglianza (nel godimento dei diritti sociali ed economici) e di solidarietà (soprattutto tra i territori). Nell'art. 117 della Costituzione si riconobbe che la Regione emanava norme legislative,

nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato, su materie tra cui “la beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera”.

Da questo punto di vista, è evidente il ritardo che l'Italia conobbe anche nella applicazione della norma costituzionale sul decentramento amministrativo. Fu, infatti, con l'elezione dei Consigli regionali nel 1970 e con la conseguente approvazione degli statuti regionali che si avviarono di fatto le Regioni a regime ordinario. Ciò significa che al momento della implementazione del SSN, era in via di attuazione anche il nuovo sistema regionale con le sue funzioni in materia sanitaria. In questa prospettiva, come ha scritto Balduzzi (2018) non è difficile individuare una duplicità di approcci all'organizzazione sanitaria che attraversò, non soltanto gli schieramenti politici, ma la stessa dottrina in merito alla differenziazione territoriale. Il primo approccio (solidaristico) si fondava sulla valorizzazione del principio costituzionale di solidarietà sociale (art. 2 Cost.), al quale veniva ricollegato (secondo il modello, di ispirazione tedesca e a seguito della riforma costituzionale del 2001) il principio di sussidiarietà verticale; principi secondo i quali le spinte alla regionalizzazione non sarebbero stati conflittuali con l'impianto del SSN purché sostenute dalla applicazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il secondo approccio metteva per contro l'accento sulla tendenza all'individualizzazione della risposta al bisogno, affiancando alla sussidiarietà verticale una forte enfasi su quella cosiddetta orizzontale, con l'obiettivo di ampliare le modalità di concorrenza (anche a livello regionale) e ridurre l'intervento pubblico rispetto a quello privato.

Negli anni Ottanta prevalse il primo approccio e uno schema di programmazione e di finanziamento “a cascata” che realizzava il disegno di una *autonomia eterodiretta*, volta alla attuazione di obiettivi stabiliti dai livelli superiori, soprattutto attraverso le leggi finanziarie annuali volte a controllare la spesa pubblica. A partire dagli anni Novanta, con il prevalere di una concezione amministrativa improntata al NPM, si impose una concezione della autonomia sempre più funzionale, cioè idonea a migliorare l'efficacia ed efficienza delle politiche pubbliche, oltre che a semplificare i processi di decisione politica. Ne conseguì che le Regioni assunsero il ruolo più prossimo a quello di “laboratori di politiche” (se non di democrazia) proprio dei sistemi federali nel contesto di un sistema di governo “multilivello” che si andò rafforzando nel corso del decennio. D'altro canto, nel decreto 229/99, ad opera della ministra Rosy

Bindi che si mosse nella volontà di recuperare alcuni elementi qualificanti dell'originario SSN, quest'ultimo venne definito come il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali. Maturava, in tal senso, l'ineludibile modifica del testo della Carta costituzionale per giungere ad una *autonomia autodiretta*, il che avvenne con l'approvazione delle leggi costituzionali n.1 del 1999 e n.3 del 2001. Con la prima ("Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle regioni") fu ampliata l'autonomia delle regioni ordinarie affidando agli statuti regionali un ruolo più ampio e centrale nella governance locale. Con la seconda si riformarono le competenze legislative, amministrative e finanziarie delle Regioni, realizzando una estesa revisione costituzionale che diede vita ad uno "Stato delle Autonomie". Nel nuovo art 117 la tutela della salute entrava tra le materie di legislazione concorrente previste nel terzo comma, mentre lo Stato manteneva la legislazione esclusiva nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Tuttavia, nell'art.116 si riconosceva che "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117" potevano essere riconosciute alle Regioni a regime ordinario. Si trattava, come è evidente, del riconoscimento a queste ultime di un ruolo peculiare in materia sanitaria sia in termini di autonomia omogenea che di autonomia differenziata, con la possibilità di far prevalere il secondo approccio alla differenziazione, cioè quello individualistico. Non è difficile, infatti, scorgere nella richiesta di ulteriori competenze in materia sanitaria che alcune regioni espressero fin dal 2018 (prima fra tutte quella sui fondi sanitari), la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro", nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica può divenire recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato (Balduzzi 2018).

#### *4.2 Quale universalismo?*

All'interno delle trasformazioni qui ricordate, per entrare nel merito della implementazione della Legge 833, si può assumere il punto di vista della giustizia distributiva. In particolare, si può fare riferimento ai tre criteri costituiti

dall'eguaglianza di risorse, dall'eguaglianza di accesso a servizi/prestazioni e dall'eguaglianza di risultati (Granaglia 2008).

Considerando l'evoluzione legislativa e gli atteggiamenti culturali diffusi sul tema (Muraro 1994), l'Italia perseguì, dal 1978 fino agli inizi degli anni Novanta, un orientamento di uniformità dell'offerta dei servizi su tutto il territorio nazionale (Spina e Vicarelli 2020). Si può sostenere, nello specifico, che si puntò a realizzare il principio *dell'eguaglianza delle risorse* guardando soprattutto alle risorse fisiche: dal personale alle strutture e ai macchinari. In questo primo arco di tempo si cercò, infatti, di arrivare ad una dotazione tendenzialmente uguale dei presidi sanitari in tutte le Unità sanitarie locali (USL), le quali agivano a livello micro-territoriale come strumenti operativi dei Comuni singoli o associati. Lo strumento che si utilizzò fu quello delle chiusure di presidi nelle regioni con dotazioni superiori allo standard e del maggiore finanziamento in conto capitale accordato alle regioni con dotazioni inferiori allo standard. Questi indirizzi di politica sanitaria volti ad un *universalismo omogeneo* vennero perseguiti in una fase in cui il contenimento della spesa, in epoca di regionalismo eterodiretto, era attuato attraverso azioni top-down volte a limitare la domanda agendo mediante tagli, tetti di spesa e tickets. Tuttavia, è, in questo contesto, che vanno poste sia la mancata approvazione del Piano sanitario nazionale (approvato solo nel 1994), sia il mancato riordino del Ministero della Sanità. Due strumenti che avrebbero, da un lato, fissato le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali (nonché l'ammontare delle risorse e la loro suddivisione), dall'altro istituito una funzione prevalente di programmazione e coordinamento da parte del Ministero. La non attuazione di entrambi questi vincoli fece sì che le vecchie e le nuove strutture ministeriali (il Consiglio sanitario nazionale, l'ufficio centrale della programmazione e l'ufficio per l'attuazione della riforma) si sommarono, mentre il Piano venne sostituito da un complesso (disordinato e intricato) di meccanismi e di atti di intervento dello Stato (Vicarelli 2023). Ne conseguì che Regioni procedettero, in modo sparso alla definizione dei propri piani regionali e alla loro attuazione, aumentando piuttosto che diminuendo le differenze esistenti.

Nel corso degli anni Novanta, mentre si riuscirono del tutto a bloccare (con il decreto 517/93 e il decreto 229/99) gli attacchi all'universalismo presenti nel decreto 502/92, i limiti dell'eguaglianza nelle risorse emersero in modo evidente poiché essa costituiva

solo una delle condizioni per ottenere i risultati di salute ed assistenza ricercati. Da qui l'attenzione ad un secondo criterio della giustizia distributiva basato sull'uguaglianza di accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. Tale criterio emerse nella Relazione sullo stato sanitario del paese del 1999, dove si evidenziava che le leggi regionali di recepimento del PSN 1998-2000 presentavano forme di programmazione meno esecutive e più strategiche secondo una concezione di *universalismo selettivo* che non avrebbe guardato alla uniformità nell'offerta, ma alle differenze territoriali nella domanda assistenziale e alle risposte conseguenti. D'altro canto, è in questo decennio, che a fronte di un debole coordinamento da parte del Ministero della salute e al contempo di un ruolo sempre più incisivo del Ministero dell'Economia e delle Finanze, i sistemi sanitari regionali tesero a prendere strade proprie in termini tanto di regolazione che di organizzazione dei servizi e delle prestazioni. L'esempio più significativo fu la legge della Regione Lombardia (l. 31 luglio 1997 n. 31) che affermava un modello di quasi mercato, mentre la maggior parte delle regioni del centro-nord si attestava su formule di integrazione verticale dei servizi, contro la maggior parte delle regioni meridionali che continuavano a seguire modalità tradizionali e burocratiche rispetto alle riforme degli anni Novanta (Neri 2008).

A partire dal 2001, con la riforma del Titolo V della Costituzione, crebbero il ruolo e le competenze delle autonomie regionali che si videro legittimare la possibilità di Servizi Sanitari Regionali (SSR) differenti. Da questo momento, la collaborazione tra i diversi livelli di governo diventava cruciale esplicandosi attraverso Patti e Intese (siglate perlopiù in ambito di Conferenza stato-regioni) che sostituirono la Programmazione sanitaria nazionale che si fermò al PSN 2006-2008. In tale contesto i LEA rappresentavano il tentativo istituzionale di garantire, su tutto il territorio nazionale, i livelli essenziali di assistenza a fronte del processo di regionalizzazione portato a compimento con la legge di riforma costituzionale. Nei LEA si esplicitava l'importanza del terzo criterio della giustizia redistributiva, basato sull'eguaglianza dei risultati, oltre che sull'accesso ai servizi e alle prestazioni, entro una logica di *universalismo sempre più selettivo*. Nel DCPM 2001 si sosteneva, infatti, che occorreva ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi essenziali, promuovere la ricerca delle opzioni assistenziali più appropriate sul versante sia dell'efficacia che dell'efficienza, indirizzarsi verso un sistema di offerta orientato alla qualità. Nel complesso, si può

affermare che, nella variabilità del quadro normativo nazionale e degli assetti organizzativi regionali, si cercò di adottare una via specifica al tema dell'eguaglianza e dell'universalità delle prestazioni sanitarie integrando alcuni caratteri della teoria utilitaristica e di quella universalistica (Balduzzi 2004). La via italiana dell'*universalismo selettivo* prevedeva, infatti, la copertura dei bisogni più ampi ed acuti, escludendo totalmente o parzialmente una fascia di bisogni a più bassa intensità di impatto. In questo senso la selettività finalizzata a meglio tutelare i soggetti deboli e i problemi più acuti di salute si accompagnava alla selettività che si fondava sull'esigenza di prevedere l'accesso a livelli ulteriori di risposta con forme integrative di assistenza e finanziamento.

Su questa linea, sostanzialmente condivisa, le diverse coalizioni che si succedettero al governo nel corso degli anni Novanta e primi anni Duemila posero l'accento ora più sulla selettività degli interventi e i loro costi (governi di centro-destra) ora più sull'universalità ed uguaglianza dei servizi (governi di centro-sinistra), con il rischio di perdere l'equilibrio fragile su cui la scelta dell'*universalismo selettivo* si basava. In particolare, l'attenzione rivolta principalmente al contenimento della spesa sanitaria e all'equilibrio di bilancio, in situazioni di limitazione delle risorse economico-finanziarie, lasciava margine a scelte di politica sanitaria, soprattutto regionale, che operavano, di fatto, più nei termini della limitazione degli interventi e della crescente disparità nelle condizioni sanitarie del paese. La grave situazione finanziaria in cui versavano i servizi sanitari di numerose Regioni, soprattutto del sud, spinse, infatti, il Ministero dell'Economia ad avviare un monitoraggio vincolante dei bilanci regionali con l'obbligo di attuare politiche di contenimento dei costi e di riorganizzazione dei servizi sanitari. Un processo che trovò grandi difficoltà di applicazione per la lenta risoluzione dei problemi legati all'autonomia finanziaria, per il crescente peso di politiche regionali clientelari, per la carenza strutturale di dati necessari alla valutazione delle performance dei servizi sanitari. D'altro canto, la stessa possibilità di raggiungere diversi livelli nella garanzia dei LEA, rispondeva alla necessità di graduare il percorso di ottenimento dei risultati prestabiliti, ma rendeva possibili vari gradienti di risposta ai bisogni di salute e di assistenza, sia in negativo che in positivo. Il punto costituzionalmente più critico del sistema era che le differenziazioni fra i modelli regionali potevano vanificare l'eguaglianza fra cittadini se influivano sulla efficienza e

la qualità del servizio reso. Non meno della qualità, il costo del servizio registrò in questi anni forti divaricazioni fra regioni, a seconda della richiesta o meno di tickets agli utenti (nonché della loro entità) e prima ancora a seconda della spesa storica, che in quanto tale poneva le premesse di trattamenti diversificati fra gli utenti. In tal senso *l'universalismo apparve sempre più imperfetto o se vogliamo diseguale.*

##### *5. L'universalismo sotto attacco*

L'inizio della crisi economica del 2008 coincise, in Italia, con l'avvio di un ulteriore Governo di centro-destra guidato da Berlusconi. Nel nuovo assetto, il Ministero della salute risultava accorpato a quello del Lavoro e delle Politiche sociali, il cui ministro, Maurizio Sacconi, perseguì esplicitamente l'idea di rivisitare il rapporto fra pubblico e privato a favore di quest'ultimo. Una posizione resa esplicita nell'Audizione Parlamentare del 5 giugno 2008 (e poi nel Libro Bianco) in cui il ministro dichiarò di voler creare un sistema sanitario "non ottusamente universalistico" e sostenuto da un secondo pilastro assicurativo/mutualistico sostanzialmente privatistico.

Concretamente è nel 2011 che il Governo decise di intervenire sulla spesa sanitaria con un taglio previsto di € 7,5 miliardi.

Nel corso di tale anno, tuttavia, la situazione economica sembrò precipitare e il 16 novembre 2011 Berlusconi fu costretto a dimettersi dinanzi a un aggravamento della crisi dell'euro e del debito pubblico italiano che avevano portato nell'agosto precedente il governatore uscente della Banca centrale europea, Jean Claude Trichet, e quello entrante, Mario Draghi, a intervenire con una lettera riservata inviata al governo italiano, indicando una agenda di tagli alla spesa pubblica e di liberalizzazioni come condizione per interventi a sostegno del debito pubblico italiano da parte della BCE. Il nuovo Governo "tecnico" presieduto da Mario Monti fece propria l'agenda di ridimensionamento della spesa pubblica, a partire dalla riforma delle pensioni, dal blocco delle assunzioni nel settore pubblico e dai tagli al SSN. Esso progettò infatti di intervenire su quattro fondamentali aspetti del sistema sanitario: ridurre ulteriormente il finanziamento, limitare la spesa farmaceutica, ridurre i posti letto e il tasso di ospedalizzazione, prevedere la nascita di strutture per le cure primarie aperte al pubblico per tutto l'arco della giornata. Nel complesso, mentre si progettavano nuove normative sulle grandi questioni riorganizzative delle cure primarie ed



ospedaliera, si perseguiva nell'immediato una riduzione generalizzata dell'offerta dei servizi e delle prestazioni di cui vennero incaricate direttamente le Regioni ed ancor più gli stessi operatori «sui quali ricadono – come scrisse la Dirindin – condizioni di lavoro sempre più difficili e sui quali grava la responsabilità di negare o erogare l'assistenza alle persone che accedono ai servizi» (Dirindin 2012, 95). A partire da questo momento, infatti, aumentarono i tagli lineari alla spesa sanitaria e vennero presi provvedimenti sul personale (blocco del turn over, deroghe sugli orari di lavoro, incentivazione costante ai pensionamenti, riduzione delle posizioni dirigenziali all'interno dei SSR ecc.) che resero esplicite le politiche di riduzione dell'assetto sanitario e flessibilizzazione del lavoro nel comparto sanitario (Vicarelli 2022).

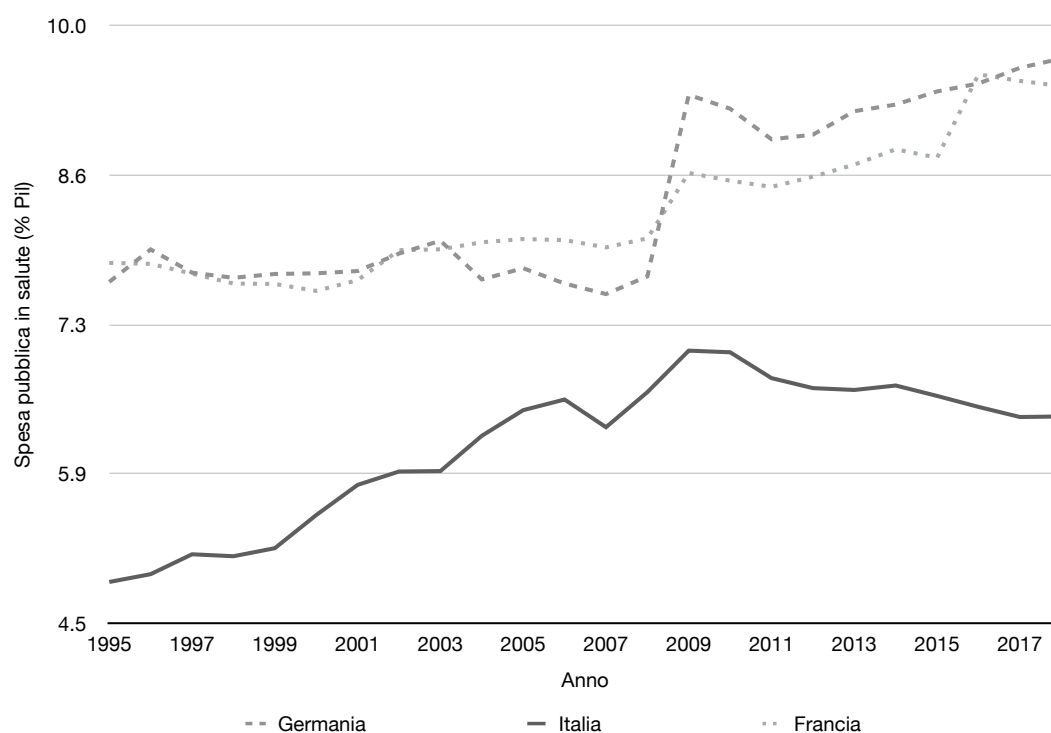
Fu proprio alla fine del 2011 che un articolo pubblicato sul "British Medical Journal" intitolò "*The assault on universalism*", riferendosi alla riforma del NHS promossa dall'allora governo Cameron per destrutturare uno dei pilastri dell'universalismo novecentesco: il servizio sanitario pubblico britannico. La tesi dei due autori era che si utilizzasse la crisi economica del 2008 per colpire i sistemi di welfare universalistici, una tesi sostenuta in più occasioni da Naomi Klein secondo cui «quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi» (Dirindin, Maciocco, 2012; Maciocco 2012).

In Italia, a partire da questo momento, la messa in discussione dell'universalismo avviene in modo molto più strisciante rispetto ad altri paesi europei – «nessuna legge di riforma all'inglese o alla spagnola: troppo pericolosa elettoralmente» (Maciocco, 2015) – ma con effetti sempre più drammatici, compreso il depotenziamento del conflitto sociale. L'"assalto all'universalismo" si intreccia con le dinamiche della crisi iniziata nel 2008, ma da un punto di vista delle decisioni di spesa la svolta avviene con il menzionato governo Monti, nel contesto di una manovra all'insegna dell'austerità la quale contribuisce a concentrare l'attenzione sui tagli all'intervento pubblico e sulle più volte evocate revisioni della spesa, anziché su politiche di riforma, di ammodernamento e potenziamento della scuola, delle reti infrastrutturali, del welfare, oltre che della sanità (Viesti 2023).

La Fig. 1 mostra che in percentuale del PIL la spesa sanitaria pubblica italiana prima registra un progressivo aumento – dal 4,9% al 7% del Pil – tra il 1995 e il 2008; mentre successivamente gli effetti delle politiche adottate portano in basso la spesa, sino a

raggiungere una quota del 6,6% del Pil nel 2018, accrescendo il forte divario con altri paesi europei.

Figura 1 – Spesa sanitaria pubblica (% Pil), Germania, Italia e Francia - anni 1995-2018.

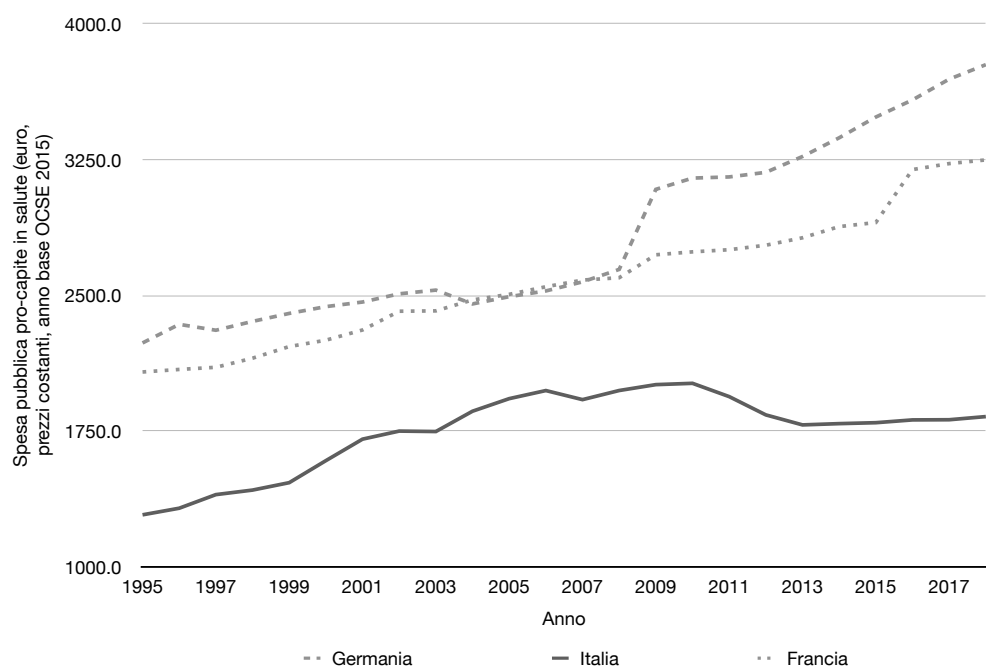


Fonte: elaborazione da OECD *Health Statistics online database*

Lo stesso andamento si ritrova, con maggior nettezza, nei dati di spesa espressi in termini pro capite a prezzi costanti (anno base 2015) illustrati dalla Figura 2; la spesa sanitaria pubblica in Italia passa da 1.288 euro nel 1995 a oltre 2.000 nel 2010, per scendere poi a 1.830 euro nel 2018. Il confronto con i maggiori paesi europei vede nel 2018 la Francia con una spesa sanitaria pubblica pro capite di 3.248 euro e la Germania

con una spesa di 3.775 euro, il doppio della spesa italiana. Anche in questo indicatore il divario con l'Italia risulta crescente e di rilevante entità.

Figura 2 – Spesa sanitaria pubblica pro capite (euro, prezzi costanti – anno base 2015), Germania, Italia e Francia - anni 1995-2018.

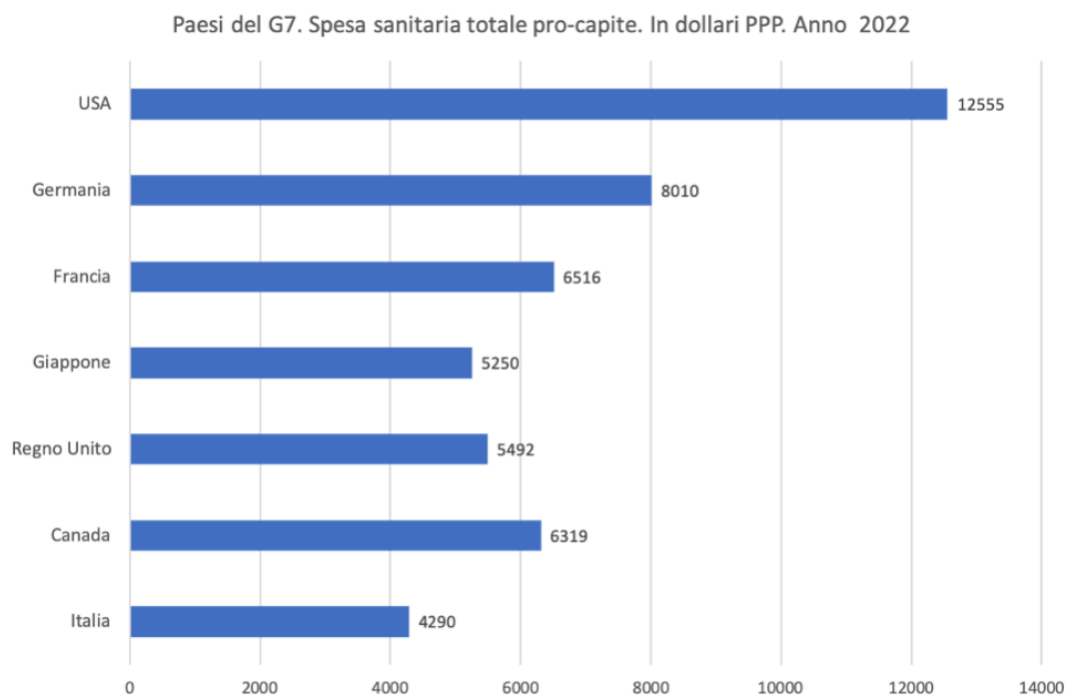


Fonte: elaborazione da OECD *Health Statistics online database*

Prima della pandemia (2019) la spesa sanitaria pubblica rappresenta il 6,5% del PIL, in linea con la media OCSE, ma ben distante dai livelli di spesa di Germania e Francia. In termini pro capite il SSN spende la metà della Germania e la spesa sanitaria totale per abitante era del 15% in meno rispetto alla media UE. Nel 2025, in rapporto al Pil, il

bilancio pluriennale dello Stato prevede che la spesa sanitaria ammonterà al 6,2% del PIL: un dato al di sotto non solo dei livelli pre-pandemia, ma soprattutto di quelli di più paesi dell'Unione europea. La fotografia più recente della situazione (Fig. 3) conferma in Italia una spesa sanitaria per abitante (pubblica e privata) per il 2022 pari a 4.290 dollari (a parità di potere d'acquisto), poco più della metà di quanto si spende in Germania (oltre 8 mila dollari), mentre in Francia la spesa è di 6.500 dollari. Negli Stati Uniti i valori così elevati sono largamente dovuti al modello – gravemente distorto e disuguale – dominato dalle assicurazioni e dalle strutture sanitarie private finanziate dai fondi pubblici e dalla spesa individuale.

Figura 3



Fonte: OECD Health data, luglio 2023 e

Saluteinternazionale <https://www.saluteinternazionale.info/2023/07/compiti-per-le-vacanze-2023/>

Oltre a gravare sulle citate politiche per il personale sanitario (e sulle sue condizioni di lavoro), il ridimensionamento delle risorse pubbliche si palesa in termini di riduzione

dell'offerta, divario nella qualità e quantità dei servizi forniti dalle regioni, difficoltà di accesso fisico (liste di attesa) ed economico alle cure, quando non rinuncia a esse, spostamento della domanda verso il mercato privato.

Il processo di privatizzazione in corso può, dunque, marciare velocemente nell'ultimo decennio grazie al definanziamento del SSN, ma anche tramite un dirottamento di risorse pubbliche verso la sanità privata. Si assiste infatti a una crescita dell'affidamento dei servizi pubblici a privati accreditati con processi di esternalizzazione e spesa a carico del SSN. Attraverso convenzioni e contratti, viene trasferita la responsabilità parziale o totale della fornitura di servizi clinici o non clinici al settore privato, mentre la responsabilità del finanziamento rimane al settore pubblico. In Italia si calcola oggi che la spesa sanitaria pubblica destinata a operatori privati per i servizi svolti sia il 22%, con Lazio e Lombardia che raggiungono il 30% (Pallante 2023)<sup>2</sup>.

Sotto la pressione del definanziamento del SSN e dei limiti del prelievo fiscale destinato a finanziare la sanità pubblica, le politiche degli ultimi decenni ampliano poi il ricorso a pagamenti da parte degli utenti per l'utilizzo di prestazioni sanitarie pubbliche (con lo stesso aumento dei ticket). Inoltre, a causa del ridursi dell'accessibilità alle prestazioni della sanità pubblica, si registra un incremento della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di servizi sanitari privati (*out of pocket*). La spesa sanitaria privata sta alimentando la crescita del ruolo delle assicurazioni sanitarie, che consentono agli assicurati l'accesso a prestazioni private. Queste attività sono favorite dagli incentivi offerti al welfare aziendale con la defiscalizzazione dei contributi pagati dalle imprese. In questo ambito si assiste a una concentrazione degli operatori sanitari privati con un ruolo crescente svolto dalle grandi società di assicurazioni, soprattutto straniere.

A ciò si aggiungono i problemi derivanti dallo scarso rispetto uniforme su tutto il territorio nazionale dei LEA. La loro mancata garanzia in più Regioni, in specie nel Mezzogiorno, il loro non aggiornamento e la fuoriuscita da essi di alcune prestazioni rappresentano un violazione grave del diritto alla salute.

---

<sup>2</sup> <https://lavoce.info/archives/99753/lombardia-e-lazio-quando-la-sanita-pubblica-cede-il-passo-ai-privati/>.

L'influenza del processo di privatizzazione della sanità lombarda (Sartor 2021) e la normativa sull'autonomia regionale differenziata rappresentano un'ulteriore minaccia per il SSN. Se quest'ultima passasse si accentuerebbero rapidamente le disparità già presenti in termini di qualità dei servizi, erogazione delle prestazioni, diseguaglianze nella salute.

Più narrazioni e proposte accompagnano nel corso degli ultimi anni tali processi, dalla non "sostenibilità" del sistema sanitario nazionale, all'incoraggiamento di assicurazioni mutualistiche per la diagnostica e la specialistica, ma su tutte le più rischiose sono quelle della fuoriuscita dal SSN dei cittadini con alte soglie di reddito (Maciocco 2012). Si tratta di una proposta avanzata più volte nell'ultimo periodo – sostenuta dalla volontà dei più abbienti di non contribuire al finanziamento dei servizi collettivi di welfare – che stravolgerebbe completamente l'impianto e i principi del servizio sanitario pubblico.

Nel 2020, dunque, quando la pandemia da Covid 19 colpisce il paese (il primo in Europa), il SSN appare stremato da anni di continui tagli e di blocco degli organici, con conseguente depotenziamento della medicina preventiva, limitazione di posti letto e scarsa centralità, almeno in alcune delle regioni più colpite (vedi la Lombardia), della medicina generale e territoriale. Tuttavia, proprio la pandemia poteva essere l'occasione per tornare a potenziare l'assetto sanitario nazionale sotto più profili, compreso quello essenziale della medicina di famiglia e delle cure primarie. Al contrario, le risposte alla pandemia privilegiano soprattutto gli aspetti tecnici e strutturali delle contromisure adottate: i finanziamenti del PNRR non solo rischiano di non risolvere il problema del sottofinanziamento ordinario, ma anche di trascurare le questioni che ruotano attorno ai rapporti tra decisioni nazionali e indirizzi regionali, non promuovendo a sufficienza prevenzione e diritto alla salute, né concorrendo all'implementazione e al coordinamento di servizi sociosanitari (Gabriele 2023).

D'altro canto, gli stessi governi del periodo pandemico (Conte e Draghi) eliminano di fatto la sanità pubblica dal tetto delle priorità, mentre con l'attuale governo (Meloni) la tendenziale politica di svuotamento del SSN sembra ampliarsi. Il disegno di legge sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e sul bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025 non comporta, come evidenziato da molteplici fonti tra cui l'Ufficio parlamentare di Bilancio, alcun potenziamento del servizio sanitario. E ancora

più gravi appaiono le scelte dell'attuale governo rispetto all'autonomia regionale differenziata – tema portato al centro delle politiche di intervento e sul quale si gioca la stabilità della coalizione di governo – e alla riforma fiscale che prevede di estendere la *flat tax* contro il principio della progressività fiscale (Geddes da Filicaia 2022). Si tratta di misure che rischiano di comprometterne definitivamente le attività del SSN e i suoi meccanismi portanti, così come sul fronte del PNRR le recenti modifiche decise dal governo prevedono di ridurre i progetti per gli Ospedali e le Case di comunità, rimodulando altre spese previste.

È in questo quadro complessivo che sembrerebbe allora emergere un *universalismo ridotto o sufficiente* (Fourie e Rid 2017), attraverso cui giustificare le differenze crescenti tra le aree territoriali del paese e tra le diverse classi sociali. Un universalismo che può ben prevedere il ricorso alle assicurazioni private e/o al secondo pilastro del welfare, così come il ricorso all'impegno crescente delle famiglie, sia in termini economici, sia assistenziali, per la cura dei propri componenti.

In altri termini, si apre più che mai la questione se stiamo assistendo, nonostante la crisi pandemica vissuta, alla perdita della dimensione universalistica del SSN che lo ha informato sin dalle origini, e alla sua conseguente e crescente omologazione a un complessivo sistema di welfare che continua, in Italia, a connotarsi come occupazionale (ad esempio nel settore pensionistico) o residuale (ad esempio nell'ambito dei servizi alla persona).

#### Riferimenti bibliografici

U. Ascoli, *Welfare, assistenza e terzo settore* in C. Giorgi (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, 2022

R. Balduzzi (a cura di). *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*. Milano, Giuffrè, 2004.

R. Balduzzi, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn* in «Corti supreme e salute», 3 ISSN, pp.465-474, 2018

G. Berlinguer, *Schema di Piano Sanitario Nazionale (1964-1978)*, «Rivista Italiana di sicurezza sociale», n. 3, 1963

N. Dirindin 'Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse', *Politiche Sanitarie*, 13(2): 94-108, 2012

N. Dirindin, *Assalto all'universalismo (nel DEF 2015)*, <https://www.saluteinternazionale.info/2015/05/assalto-alluniversalismo-nel-def-2015/>

- N. Dirindin, E. Caruso, *Salute ed economia. Questioni di economia e politica sanitaria*, il Mulino, 2019
- N. Dirindin, G. Maciocco, *Assalto all'universalismo*, <https://www.saluteinternazionale.info/2012/01/assalto-alluniversalismo/>
- M. Dogliani e C. Giorgi, *Costituzione italiana: articolo 3*, Carocci, 2017
- G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, 1990
- L. Ferrajoli, *Manifesto per l'uguaglianza*, Laterza 2018
- M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politiche e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino
- Fourie, C., Rid, A. (eds) *What is enough? Sufficiency, justice, and health*, Oxford University Press 2017
- S. Gabriele (a cura di), *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, UPB, focus tematico, 3 agosto 2022
- M. Geddes da Filicaia, *Attacco al SSN. Svegliamoci!* <http://www.sossanita.org/archives/19078>
- C. Giorgi, I. Pavan, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Il Mulino 2021
- C. Giorgi, *Il Welfare ieri e domani* in C. Giorgi (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, 2022
- C. Giorgi, *La traiettoria delle politiche sanitarie italiane*, in F.R. Pizzuti, M. Raitano, M. Tancioni (a cura di) *Rapporto sullo Stato sociale 2022*, Sapienza University Press, Roma, 2022, pp. 68-86
- C. Giorgi, *Politica e salute. La sanità italiana nella crisi del welfare*, "Studi storici", 2, 2023.
- E. Granaglia, E., *Equità orizzontale in un contesto di federalismo sanitario: implicazioni dalla prospettiva della giustizia distributiva*, in «Politiche sanitarie», 9, 1, pp. 4-14, 2008
- E. Granaglia, *Welfare e bisogni fondamentali. La persistente attualità di una "vecchia" idea* in C. Giorgi (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, 2022; *Uguaglianza di opportunità. Sì ma quale?* Laterza 2022
- G. Maciocco, <https://www.saluteinternazionale.info/2015/10/assalto-finale-al-servizio-sanitario-nazionale/>
- G. Maciocco, *SSN. Allarme rosso*, <https://www.saluteinternazionale.info/2012/11/ssn-allarme-rosso/>
- G. Maciocco, *Quanto Ciampi salvò il servizio sanitario nazionale*, <https://www.saluteinternazionale.info/2016/09/quando-ciampi-salvo-il-servizio-sanitario-nazionale/>
- G. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966–1976*, Feltrinelli, 1979
- V. Mapelli, *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, 2012
- G. Moro, *Anni Settanta*, Einaudi, 2007
- G. Muraro, *Il valore dell'equità in campo sanitario nella società contemporanea*, in Costa, G., Faggiano, F. (a cura di), *L'equità nella salute in Italia*, Franco Angeli, pp. 43-56, 1994
- S. Neri, *La costruzione dei Servizi Sanitari Regionali e la governance del sistema sanitario*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 97-114, 2008
- F. Pallante, *La salute è un diritto costituzionale?* Relazione al convegno *Privatocrazia: oltre il mantra della parità pubblico-privato in Lombardia*, Istituto Mario Negri, 6 febbraio 2023
- B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, «Diritto e società», n. 1, 1983



- F. Rufo (a cura di), *La salute è un diritto. Giovanni Berlinguer e le riforme del 1978*, Ediesse, 2020
- A. Rodríguez-Pose, *The revenge of the places that don't matter (and what to do about it)*, in «Cambridge Journal of Regions, Economy and Society» 11,1, pp. 189-209, 2017
- C. Saitto, L. Cosentino, *La sanità non è sempre salute*, Il Pensiero scientifico, 2022
- M.E. Sartor, *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica*, Wroclav 2021
- C. Saraceno, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, 1998
- Spina E. e G. Vicarelli, *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?* in «Politiche Sociali», pp. 77-102, 2020
- F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico, 2011F. Taroni, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Il Pensiero Scientifico, 2019
- R. Titmuss, *Social Policy: An Introduction*, Allen & Unwin, 1974
- C. Tripodina, *Articolo 32*, in *Commentario breve alla Costituzione*, diretto da S. Bartole e R. Bin, CEDAM, 2008
- G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Da Crispi al fascismo*, Il Mulino 1997
- G. Vicarelli, *The Creation of the NHS in Italy (1961-1978)*, in «Dynamis», 39, pp 21-43, 2019
- G. Vicarelli, *La flessibilità del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale prima e durante la pandemia da Covid-19*, in «Sociologia del lavoro», 162/2022, pp. 7-29, 2022
- G. Vicarelli, *Il Servizio sanitario nazionale all'indomani della sua istituzione* in «Italia Contemporanea», Fascicolo 301, pp.71-98, 2023.
- G. Viesti, *Riuscirà il PNRR a rilanciare l'Italia?* Donzelli, 2023.