

*Saverio Regasto**

QUEL CHE RESTA DEL GIORNO... ALCUNE DISORDINATE RIFLESSIONI SUL *WELFARE STATE*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Che cos'è e quando nasce il *welfare state*. – 3. Il caso italiano. – 4. Il fascismo. – 5. Il *welfare* durante la guerra. – 6. Il Secondo dopoguerra. – 7. La Costituzione. – 8. Gli anni '50. – 9. Gli anni '60. – 10. Gli anni '70 ed il Sistema Sanitario Nazionale. – 11. Conclusioni.

1. *Introduzione*

È il 31 Dicembre 2019 quando la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan in Cina segnala all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di polmonite ad eziologia ignota. I ricercatori cinesi lo identificano come un tipo di coronavirus. A questo virus, nuovo rispetto a tutti quelli conosciuti sino a quel momento, viene dato il nome di Covid-19, trasmissibile da uomo a uomo. Il numero di focolai cresce molto rapidamente facendo così scattare in Cina, il 23 gennaio 2020, il primo lockdown di massa della storia che vedrà coinvolte 60 milioni di persone.

Il 21 Febbraio 2020 anche in Italia viene identificato il primo caso di Covid-19, un 38enne di Codogno, definito per lungo tempo il “paziente zero”.

Si sviluppano i primi focolai e inizia così quella che sarà la prima ondata italiana di Covid-19 a cui si cercò di porre un freno imponendo il lockdown nazionale a partire dall'8 marzo 2020. L'11 marzo l'OMS dichiara lo stato di pandemia: il Covid-19 è ormai diffuso in tutto il mondo. Da subito inizia la ricerca di una cura che arriverà però a dicembre 2020 con l'approvazione del primo vaccino contro questo virus, non prima che l'Italia venga nuovamente costretta a un secondo lockdown nazionale a ottobre 2020.

Il 27 dicembre 2020, il cosiddetto “Vaccine day”, inizia la prima campagna di vaccinazione obbligatoria in tutta Europa.

Dopo quasi 3 anni dall'inizio della pandemia, il 5 maggio 2023, l'OMS dichiara la fine dell'emergenza sanitaria.

Dalle stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sono circa 20 milioni i decessi da Covid-19. A questa situazione tragica si devono aggiungere tutta una serie di problematiche sociali. In tutto il mondo le persone hanno visto modificarsi le proprie condizioni di vita, cambiamenti che hanno toccato

* Professore Ordinario di Diritto pubblico comparato nell'Università degli Studi di Brescia.

la sfera lavorativa, affettiva e privata di ciascuno di noi. Proprio per affrontare questa drammatica situazione emergenziale, fondamentali sono stati i sistemi sanitari pubblici, le misure di prevenzione e assistenza messe in campo dai diversi Stati per fronteggiare una crisi economica e ancor prima umanitaria. Emerge in questo contesto la centralità dei sistemi di welfare e di giustizia sociale. Da ben prima della pandemia il tema dello Stato Sociale era già stato riportato all'attenzione del dibattito pubblico e come conseguenza di questa situazione di emergenza si sono riproposte questioni fondamentali circa i diritti sociali, libertà individuali, disuguaglianze di genere. Problematiche mai risolte e che necessitano di essere finalmente affrontate.

2. *Che cos'è e quando nasce il welfare state?*

A livello generale il termine *stato sociale* o *protezione sociale* indica un insieme di attività, prevalentemente, ma non esclusivamente pubbliche, volte a fornire sostegno a chi si trova in stato di bisogno e assicurazione e copertura contro determinati rischi e necessità.

Ebbe origine in Inghilterra e fu Asa Briggs, uno storico inglese, a darne una definizione più specifica: “*uno Stato in cui il potere organizzato è deliberatamente utilizzato (attraverso la politica e l'amministrazione) nel tentativo di modificare le forze di mercato in almeno tre direzioni: prima di tutto garantendo agli individui e alle famiglie un reddito minimo indipendente dal valore di mercato della loro proprietà; in secondo luogo riducendo il grado di insicurezza, mettendo gli individui e le famiglie in condizione di far fronte a certe contingenze sociali (per esempio: malattia, vecchiaia e disoccupazione); in terzo luogo assicurando ad ogni cittadino senza distinzione di classe o status i migliori standard disponibili in relazione ad una gamma concordata di servizi sociali*”¹.

Possiamo quindi definirlo come uno Stato nel quale i pubblici poteri promuovono il *welfare*, cioè il benessere dei cittadini, mediante interventi programmati nelle attività economico-sociali e nel campo della protezione sociale per rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della personalità e l'uguaglianza fra i singoli, per richiamare testualmente il disposto del secondo comma dell'art. 3 della nostra Costituzione. Lo Stato sociale si fonda sulle libertà civili, sull'uguaglianza formale, sulla costituzionalizzazione dei diritti sociali, su una più equa redistribuzione delle ricchezze per raggiungere e assicurare l'uguaglianza sostanziale. Il *welfare state* è quindi caratterizzato da un insieme di apparati, di interventi, prestazioni che tutelano la persona in relazione a situazioni di svantaggio e a bisogni essenziali della vita, includendo la

¹ Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *Che cos'è il welfare state*, Roma, Carocci, 2018, 12,

previdenza sociale, l'assistenza sociale e la sanità pubblica, scuola e servizi di collocamento².

Andando aldilà della mera definizione di *welfare state* e concentrandosi sulla sua origine, si deve volgere l'attenzione al processo di modernizzazione che vide come protagonista *in primis* la società inglese e che fu il terreno fertile per la nascita del *welfare state*. Lo Stato sociale si sviluppò per modificare l'impatto del funzionamento del mercato sulla società e poter garantire a ogni cittadino un reddito minimo indipendentemente dal valore della sua forza lavoro.

Per poter capire come si sia giunti all'affermazione dello Stato sociale è necessario ripercorrerne, sinteticamente, i momenti più salienti.

Tra il XI e il XV secolo si avviò una fase di trasformazione che ebbe come conseguenza l'abbandono di un'economia fondata sul meccanismo della reciprocità nella quale i contadini coltivavano la terra garantendo il sostentamento alimentare ai signori i quali offrivano protezione militare e amministravano la giustizia. La proprietà non era un diritto formalizzato perché la quantità di terra disponibile eccedeva i bisogni della popolazione.

La situazione cominciò a cambiare nel XIII secolo a seguito di una forte crescita demografica che impose la necessità di colonizzare nuove terre incidendo sulla politica e sull'economia. Acquisì una certa rilevanza anche l'ambito urbano che diventò il centro di sviluppo degli scambi commerciali nonché luogo dell'innovazione tecnica.

Con l'aumento del commercio i signori non riuscirono più a garantire la protezione necessaria affinché questi fossero svolti in sicurezza e incominciò un processo di accentramento del potere politico e militare che sfociò nel consolidamento degli Stati nazionali nel XVII secolo.

Progressivamente i principi dell'economia monetaria alla base delle attività commerciali si estesero anche alle attività produttive agricole e artigianali.

La modernizzazione vera e propria si ebbe però con l'affermazione dei diritti di proprietà. Si affermò l'uso esclusivo della terra da parte del proprietario che ne disponeva secondo i propri interessi individuali. La terra divenne "un fattore di produzione attraverso cui ricavare un profitto monetario"³, come sostenuto da Tawney, storico ed economista inglese, un "investimento redditizio"⁴.

All'economia instabile si aggiunsero guerre ed epidemie e la povertà emerse come fenomeno di massa a cui il governo inglese cercò di porre rimedio at-

² F.A. CANCELLA, *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Milano, Giuffrè editore, 2009.

³ Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *Che cos'è il welfare state*, Roma, Carocci, 2018, cit., 31.

⁴ *Ibidem*.

traverso l'emanazione della *Poor law*, la legge sui poveri, nella quale fu sancito il diritto a vivere per tutti i cittadini. Era previsto un aiuto che sarebbe stato elargito dalle parrocchie, utilizzando le risorse derivanti da una tassa sui poveri imposta a tutti i proprietari e fittavoli a seconda della rendita della terra o della casa in possesso. Gli indigenti per accedere ai servizi offerti avrebbero dovuto accettare di essere internati in apposite strutture differenziate a seconda del tipo di disagio oppure di essere avviati al lavoro nelle *poorhouses*, strutture create per svolgere attività produttive sia all'esterno che al proprio interno. La *Poor law* aveva come intento quello della difesa dell'ordine pubblico e del controllo dei poveri, una previsione normativa definibile come "politica sociale negativa"⁵. La povertà era vista come "conseguenza di una colpa e per questo l'unico metodo ritenuto efficace per risolvere il problema era individuato nella responsabilizzazione degli individui attraverso l'impegno lavorativo"⁶.

Nel 1662 fu applicato l'*Act of settlement* che obbligava le persone bisognose a ricevere assistenza dalla parrocchia presso la quale erano residenti. Nel 1795 venne emanata la *Speenhamland law* che prevedeva a favore dei lavoratori con un salario inferiore a una certa soglia, la possibilità di ricevere un'integrazione. Bisognerà attendere il 1834 con il *Poor law emendament Act* per ottenere l'abolizione del vincolo del domicilio così da permettere alle persone di potersi spostare per lavorare in relazione alla domanda del mercato. In questo periodo di cambiamenti fu ormai chiaro come la povertà non fosse una scelta individuale ma un problema che riguardava la società intera al quale gli Stati risposero approvando le prime misure a tutela del lavoro.

Con la rivoluzione industriale si sviluppò anche la classe operaia che, come sosteneva Marx, iniziò a organizzarsi e a mobilitarsi per richiedere il riconoscimento di diritti sociali e politici, con lo sviluppo di una "coscienza di classe". Nel 1820 sorsero in Gran Bretagna i primi sindacati che si fecero promotori delle rivendicazioni della classe operaia ed anche dei diritti politici ottenendo il riconoscimento nel 1848 del suffragio parziale maschile.

Fondamentale fu lo poi sviluppo delle assicurazioni sociali per garantire ai lavoratori e alle famiglie una soglia minima di sicurezza. La prima fu introdotta in Germania nel 1871 in ambito infortunistico riconoscendo la responsabilità civile in capo al datore di lavoro. Successivamente nei primi anni del Novecento altri Paesi istituzionalizzarono i sistemi assicurativi attraverso le assicurazioni volontarie. Fu sempre in Germania che venne, per la prima volta, adottata l'assicurazione obbligatoria e a seguire si svilupparono le assicurazioni sociali estese ai soggetti non attivi del nucleo familiare o ai superstiti. Questo fu un

⁵ Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *op. cit.*, 34.

⁶ *Ibidem*.

passaggio epocale per lo Stato sociale: si affermò il principio di protezione minima in caso di bisogno. L'ultima assicurazione a essere istituita fu quella contro la disoccupazione.

Nel periodo fra le due guerre lo stanziamento di bilancio destinato alle assicurazioni sociali aumentò e così anche la platea dei beneficiari.

Ovviamente la risposta ai diversi problemi e alle richieste della società fu diversa negli Stati democratici e in quelli totalitari.

Per esempio la Costituzione della Repubblica di Weimar nel 1919 sancì il riconoscimento dei diritti sociali e la piena legittimazione dell'assistenza sociale⁷. Negli Stati Uniti prese invece avvio il *New Deal* (1933-1937), ammettendo nel campo del lavoro e dell'industria la legittimazione alle pratiche sindacali, alla contrattazione collettiva. Nel campo della sicurezza sociale fu previsto il *Social Security act*, l'assicurazione obbligatoria contro invalidità, vecchiaia, vedovanza, protezione dei familiari defunti. Nei regimi totalitari invece ci fu la repressione delle minacce rivoluzionarie, soffocando ogni domanda di cambiamento sociale. Nella Germania hitleriana, come è noto, la povertà era addirittura una colpa.

Il passo avanti dello Stato sociale si ebbe ancora una volta dal Regno Unito con l'emanazione del Rapporto Beveridge che stabiliva come la causa della povertà fosse la perdita di reddito. Per poterla arginare erano necessari una politica sociale ampia e lo sviluppo dell'assicurazione sociale. Si passò dall'assicurazione dei lavoratori a quella di tutti i cittadini, la concessione degli assegni familiari per le famiglie numerose, la creazione di un servizio sanitario nazionale gratuito e l'unitarietà e universalità dell'intero sistema assistenziale. Presentato nel dicembre 1942 entrò in vigore nel 1945.

Nel secondo dopoguerra il *welfare state* si consolidò. Accanto alle assicurazioni sociali, lo Stato aumentò l'impegno in alcuni settori cruciali dell'economia e della vita sociale. Fra il 1960 e il 1970 il *welfare* raggiunse la sua massima espansione in Europa. La spesa pubblica degli Stati aumentò e vennero colmate le lacune delle fasi precedenti, nonché fu ulteriormente ampliata la platea dei beneficiari.

Lo Stato diventò garante del benessere sociale, uno strumento di distribuzione di redditi e servizi grazie allo sviluppo economico e al sistematico ricorso al *deficit spending*, ovvero il finanziamento di servizi e interventi per mezzo dell'indebitamento pubblico. Questo ne provocò l'espansione ma innescò an-

⁷ La Legge Fondamentale di Bonn, entrata in vigore dopo la tragedia nazista e scritta "sotto dettatura" dalle potenze occupanti dell'Ovest (Stati Uniti, Francia e Gran Bretagna) non riconobbe ai diritti fondamentali sociali rango costituzionale, accogliendo la tesi di parte della dottrina che ne denunciò, ai tempi di Weimar, l'inutilità, quando non la pericolosità.

che meccanismi che ne minarono la sua stessa sostenibilità e che portarono lo Stato sociale a essere bersaglio negli anni Ottanta e Novanta di processi di ristrutturazione, ancora oggi non conclusi, per risanare i bilanci pubblici dando luogo a tensioni sociali estremamente aspre.

3. *Il caso italiano*

Per poter analizzare il *welfare state* in Italia bisogna partire da tempi più recenti ovvero dalla Grande Guerra.

Nel giugno del 1914 la Camera dei Deputati si riunì per discutere della legislazione sociale. Socialisti e radicali sottolineavano la povertà delle leggi sociali dalle quali erano escluse larghe fasce della popolazione e l'inerzia del governo nel portare a termine i progetti di legge. A paragone con altri Stati l'orizzonte italiano era quello più carente: la Germania contava ormai un'esperienza trentennale, la Gran Bretagna introdusse numerose riforme nei primi anni del Novecento. Senza dimenticare la Francia, i Paesi del Nord-Europa che godevano di una legislazione sociale meglio strutturata e più articolata. Anche in Italia nei primi anni del Novecento non mancarono alcuni provvedimenti in questa direzione come la riforma del lavoro minorile e femminile, la Cassa maternità per le operaie dell'industria ma furono previsioni di scarso rilievo. Nel campo dell'assistenza agivano numerose istituzioni (soprattutto di natura religiosa), controllate nel loro operato dallo Stato, secondo il principio della carità legale. Questa forma di assistenzialismo fu uno dei problemi maggiori di tutta l'architettura della legislazione sociale. Nel settore della sanità erano le Società di mutuo soccorso e le Opere pie quelle che reggevano in modo inidoneo e con profonde differenze fra comune e comune, città e campagna, nord e sud, le fila degli aiuti. I tentativi di disciplinare la loro attività risalgono al 1890 con la legge Crispi che le ribattezzò Istituzioni pubbliche di beneficenza (IPB). Si cercò di sottoporle a un maggiore controllo pubblico, sorvegliate dal Ministro dell'Interno, coordinandole nella loro attività per mezzo della Congregazione di carità che era un organo del Comune in cui alcune IPB furono obbligate a convogliare dalla legge Crispi. Le altre rimasero autonome e sottoposte al controllo del prefetto. Lo Stato si impegnava a tutelare la salute dei suoi cittadini per il tramite del medico condotto. La legge Crispi-Pagliani del 1888 prevedeva che ogni Comune fosse obbligato a stipendiare un medico che assicurasse l'assistenza sanitaria e chirurgica, con l'obbligo della cura gratuita dei poveri del territorio di cui i comuni si sarebbero dovuti far carico. Le amministrazioni locali erano quindi sostenitrici di oneri non indifferenti e non poterono che esserci ampi dislivelli di tutela dovendo farvi fronte con le loro disponibilità finanziarie.

Altro ambito in cui vi era una qualche forma di assistenza sanitaria era l'esercito. Fu prevista per i soldati la vaccinazione contro il vaiolo estesa poi nel 1888 alla popolazione intera. Alla vigilia della prima guerra mondiale le condizioni del popolo italiano erano precarie: un numero altissimo di riformati dell'esercito e soprattutto dati allarmanti in tema di mortalità infantile: 134 bambini su 1000 morivano nel primo anno di vita.

La previdenza rimaneva, a causa della matrice liberale, su base volontaria. Comune era l'idea che bastasse una gestione oculata del proprio salario per poter affrontare gli imprevisti della vita e la vecchiaia. Si fondava quindi sul concetto di risparmio. In Germania, al contrario, per infortuni, malattia e vecchiaia l'assicurazione era obbligatoria e gestita da istituzioni controllate e finanziate in parte dallo Stato. La previdenza così organizzata veniva considerata una forma di socialismo di Stato, un'ingerenza indebita dello Stato nelle scelte individuali, mal vista in Italia dove esigua era la partecipazione dello Stato sia in ambito decisionale che economico fino a quando "il radicato principio della previdenza libera era stato incrinato nel marzo del 1898 dalla prima forma di assicurazione obbligatoria introdotta in Italia"⁸ nel campo degli infortuni sul lavoro, rivolta agli operai e operaie dell'industria. L'assicurazione era a spese del capo o dell'esercente dell'impresa, riguardava chi lavorava negli opifici industriali nei quali si faceva uso di macchine mosse da agenti inanimati o animali. Non ci furono particolari contrasti dal mondo dei datori di lavoro perché li sollevava dalla responsabilità dell'infortunio, riconoscendo un rischio cosiddetto professionale, oggettivo e impersonale, intrinseco nelle nuove tecnologie.

Dell'assicurazione obbligatoria se ne sarebbe dovuta occupare la Cassa nazionale d'assicurazione per gli infortuni degli operai, con sede a Milano, a carattere semipubblico che agiva in un regime di libera concorrenza al fianco di altre imprese assicuratrici. Nonostante la nascita della Cassa nazionale rimanevano maggioritarie le posizioni a favore della previdenza libera, principio a cui si ispirò la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e vecchiaia degli operai, rivolta anche ai contadini, a cui potevano iscriversi su base volontaria i cittadini italiani di entrambi i sessi che svolgevano lavori manuali o prestavano servizio a opera o a giornata. Altro fronte delicato fu il lavoro femminile. Le contadine vennero escluse dalla protezione contro gli infortuni e assenti furono le tutele nell'ambito del lavoro a domicilio e del lavoro domestico.

L'inadeguatezza della legislazione sociale italiana nel periodo antecedente la prima guerra mondiale era chiara. Solo il 4,8% della popolazione era coperto da una qualche forma di protezione sociale; Germania e Gran Bretagna si aggiravano al 42,8% ed al 36,3%. Solo l'1,56% del bilancio dello Stato era

⁸ Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *op. cit.*, 31.

destinato nel 1914 alle spese sociali. Il fallimento fu anche nel campo della previdenza volontaria.

Bisognerà attendere le due guerre mondiali per lo sviluppo dei sistemi di previdenza sociale a seguito delle quali venne coniato il binomio *warfare-welfare*⁹.

Durante la Prima Guerra Mondiale centrale divenne la figura del soldato, perno di una rete familiare da lui dipendente. Le norme sociali emanate durante la guerra cercarono di rispondere a un fronte interno sempre più instabile, furono dei tentativi di risarcimento nei confronti di chi per la guerra perse tutto. Provvedimenti a carattere emergenziale che si continuarono a sommare nel tempo. Dal 1916 al 1919 gli interventi furono riformatori rispetto agli schemi del passato grazie all'azione dei partiti, dell'organizzazione dei lavoratori, del mondo scientifico nonché di singole figure. Si incominciò lentamente a passare dal concetto di beneficenza a quello del diritto, acquisito però per aver partecipato alla guerra, ancora lontano dal concetto di diritto sociale.

Nel 1917 furono istituite le pensioni di guerra nel cui ambito venne inserito l'istituto della reversibilità, rivolgendosi quindi anche a mogli, vedove (categoria che racchiudeva anche conviventi e promesse spose), figli e genitori. L'importo della pensione si basava sulla diminuita capacità lavorativa che le ferite o l'invalidità avevano procurato impedendo al soldato di fare rientro nel mondo del lavoro. Veniva applicato anche al mondo militare il concetto di rischio professionale. Nasceva "una teoria parallela: quella del rischio di guerra"¹⁰.

Altra misura varata dal ministro del Tesoro Francesco Saverio Nitti (dal 1917 al 1919) fu l'introduzione di polizze vita gratuite per i combattenti fino ad estenderle agli orfani di guerra e ai genitori dei caduti. La polizza veniva emessa dall'Istituto nazionale delle assicurazioni (INA)¹¹. La sottoscrizione a carico dello Stato. Questa misura ebbe particolare successo e fu unica nel panorama europeo. Lo Stato cominciò dunque a subire un'evoluzione andando sempre di più, nel compiere la sua attività, verso il concetto di "assistenza di Stato".

Nel 1918 venne proposto un provvedimento per l'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia, il cui precedente, che ebbe particolare fortuna, fu l'iscrizione obbligatoria alla Cassa nazionale di previdenza degli operai degli stabilimenti destinati alla produzione bellica. La Germania risultò essere l'esempio per la scelta del sistema di finanziamento delle pensioni ovvero quello a capitalizzazione. Il lavoratore versava alla Cassa e accumulava su un dossier a suo nome i contributi che venivano poi investiti dallo Stato in

⁹ *Ivi*, 37.

¹⁰ Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *op. cit.*, 44.

¹¹ *Ivi*, 47.

operazioni finanziarie a basso rischio. La pensione era quindi la somma di tutti i contributi, aumentata del rendimento ottenuto attraverso il suddetto investimento. Il disegno di legge fu tradotto nel decreto 21 aprile 1919 n. 603, la platea di beneficiari fu di 12 milioni di lavoratori, 10 dei quali provenienti dal mondo contadino.

Le riforme avviate nel biennio 1917-1919 spianarono la strada alle richieste avanzate da milioni di cittadini per ottenere il risarcimento dei danni subiti a seguito della guerra nonché il riconoscimento di nuovi diritti. Venne anche introdotta l'assicurazione obbligatoria per la disoccupazione involontaria, in rottura con l'idea liberale che vedeva nella disoccupazione un evento transitorio. Non furono invece convertiti in legge molti provvedimenti fra cui quello inerente all'assicurazione contro le malattie. Un provvedimento che sarebbe stato necessario a maggior ragione in Italia che risultava essere il Paese europeo con il più alto tasso di mortalità, soprattutto infantile. Tornò a mietere vittime la tubercolosi, si diffusero il tifo, la malaria e l'influenza spagnola che fece più di 470mila morti.

Furono diverse le Commissioni che vennero incaricate di elaborare un progetto in tale ambito. La più importante fu la Commissione Abbiate che tratteggiò le linee di una sorta di servizio sanitario nazionale a carattere universale. Questo fu rigettato per il pericolo di un aumento delle spese a carico del bilancio. Abbandonato ogni progetto proto-universalista, passò in eredità al fascismo la frammentazione organizzativa ed istituzionale dei sistemi di protezione sociale.

Nonostante le difficoltà nel quinquennio 1915-1920 l'Italia fu il Paese nel quale crebbe maggiormente l'indice della prestazione sociale permettendo di raggiungere il livello di altri Paesi europei che potevano vantare una legislazione sociale ben più matura.

4. *Il fascismo*

La legislazione sociale così descritta giunse nelle mani del partito fascista, nella figura di Mussolini. Il fascismo fece della previdenza sociale uno dei principali strumenti di governo. Questi anni "vedono infatti la messa in atto di politiche previdenziali tese a raggiungere un ampio controllo sociale su larghe fasce della popolazione, a realizzare processi di integrazione nazionale e di accettazione diffusa del regime, a favorire forme di neutralizzazione del conflitto e dell'opposizione. Obiettivi compatibili con quelli liberticidi, autoritari e repressivi di più ampia portata"¹². Furono previsti vantaggi di vario tipo come ri-

¹² Y. KAZEPOV, D. CARBONE, *op. cit.*, 91.

compensa rispetto alla cancellazione di diritti politici. Si trattava di concessioni non legate alla cittadinanza e sottoposte all'approvazione del regime

Ereditò dal periodo liberale alcune grandi Opere nazionali come quella dei combattenti, degli invalidi di guerra, degli orfani; la differente previsione normativa per i dipendenti pubblici e privati, le distinzioni di tipo razziale, di genere, territoriali.

Nel 1923 venne ristretta la platea dei beneficiari dell'assicurazione infortuni per i lavoratori delle campagne. Fu cancellata l'obbligatorietà dell'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia, inaspriti i controlli (effettuati anche per mezzo delle forze dell'ordine) sui disoccupati per poter accedere al sussidio che fu direttamente negato a chi si trovava in condizioni di invalidità temporanea fra cui anche le lavoratrici incinte. Venne punita la disoccupazione volontaria, derivante dal licenziamento del lavoratore, prevedendo la posticipazione del sussidio di 30 giorni e dal 1935 una detrazione della somma di cui si aveva diritto. Lo scopo era quello di favorire un aumento dell'attività assistenziale del partito fascista e delle sue organizzazioni per mezzo di sussidi in denaro ed in natura erogati a seguito di controlli ferrei, anche di tipo morale e politico, sui beneficiari. I vantaggi furono molta manodopera a basso costo ed il controllo di una larga parte della popolazione

Nel 1934 vennero istituiti gli assegni familiari, nell'ambito della contrattazione collettiva, per compensare la diminuzione delle ore di lavoro (40 ore settimanali) con un abbassamento relativo dei salari, l'abolizione del lavoro straordinario, sostituzione della manodopera femminile con quella maschile. Gli assegni familiari servivano a integrare il mancato guadagno, inizialmente rivolta a soggetti con famiglie numerose e orario lavorativo ridotto, successivamente previsti a favore di tutti gli operai capifamiglia ed infine anche a moglie e genitori a carico. Questi assegni venivano finanziati da un contributo da parte di tutti i lavoratori e datori di lavoro in misura analoga. La misura degli assegni familiari era differente per ciascuna categoria e faceva parte degli interventi pro-natalisti del regime con evidenti caratteri discriminatori. In questo periodo si incominciò a delineare un modello familiare caratterizzato dal lavoro femminile domestico e stipendio del lavoratore dipendente a cui si integravano le misure di sostegno derivanti direttamente dal partito fascista. Il regime non legittimò e non diede protezioni adeguate al lavoro femminile. La legislazione previdenziale femminile vide l'istituzione dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (OMNI) nel 1925. Sulla carta un ente che avrebbe dovuto tutelare donne e bambini e portare l'Italia ai livelli di altri Paesi europei molto più evoluti in questo ambito ma che negli anni 30 cercò di dare impulso alla natalità con obiettivi in linea con i principi del regime fascista ovvero il miglioramento e la difesa della razza. Nella realtà la

sua attività fu altamente inefficiente, a causa anche del sotto-finanziamento da parte dello Stato e la scarsa professionalità del personale sanitario. Le donne continuarono ad essere considerate solo in relazione ai loro doveri di madri.

Nel 1923 la Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, dal 1933 INFPS, divenne il centro di tutte le assicurazioni sociali (disoccupazione, maternità, tubercolosi). Si trovò nel tempo ad avere un ruolo sempre più funzionale al progetto fascista sostituendo i vertici con persone fedeli e favorevoli al governo Mussolini. L'Istituto divenne organo esecutore della missione sociale del regime. L'INFPS rese possibili investimenti imponenti nell'edilizia pubblica, finanziando opere, erogando risorse a favore dello Stato perdendo così la propria autonomia nella gestione delle sue finanze, subordinandosi alle decisioni assunte dal governo, non adempiendo più alla sua funzione principale cioè la tutela degli assicurati. A livello economico finanziava direttamente il Tesoro e altre attività di investimento; a livello politico-sociale riuscì ad esercitare un elevato controllo sociale. Le pensioni venivano considerate come un favore del duce. La loro emanazione era vincolata dal parere di autorità appartenenti al regime e non mancarono dunque episodi di discriminazione e "selezionalismo". Alla vigilia del secondo conflitto mondiale, l'INFPS si era notevolmente espanso assumendo sotto di sé circa 60 gestioni assicurative ampliando la platea degli assistiti ma sempre rivolgendosi a determinati settori e categorie di lavoratori. Una tendenza in contrasto con altri Paesi europei che invece in questo periodo si fecero promotori di misure sempre più inclusive.

Il fascismo cercò di rafforzare il controllo su questo settore strategico. Crebbero le tensioni fra Stato e Chiesa cattolica le cui istituzioni gestivano l'assistenza e la beneficenza sul territorio fino al raggiungimento nel 1929 di una pacificazione attraverso i Patti Lateranensi. Riuscì comunque, al termine di questi scontri, ad ottenere il controllo delle Congregazioni di carità, nelle quali confluirono le Opere Pie, e a utilizzarne le finanze negli anni successivi per finanziare alcuni prodotti del fascismo tipo l'ONMI. Successivamente venne lasciato spazio a una diversa conflittualità tra il Ministero dell'Interno e il Partito nazionale fascista. Il partito cercò di avere un ruolo centrale nella gestione dell'assistenza sovrapponendosi all'attività dello Stato che fu destinata ad avere negli anni un ruolo sempre più residuale. Nel 1937 fu emanata una legge che trasformò gli EOA in Enti comunali di assistenza, ECA, diventando espressione di una funzione statale subordinata al partito, finanziati attraverso un'addizionale su alcuni tributi locali. Rimasero organi deboli che non imbrigliarono nel sistema le IPAB, le quali riuscirono in larga parte a mantenere la propria autonomia.

Il fascismo ereditò le strutture sanitarie del precedente periodo liberale. Centrale risultava ancora essere il ministero dell'Interno, della sua Direzione

generale nonché il ruolo di Comuni e Province nel fornire assistenza medica, ospedaliera e farmaceutica. Vi erano profonde differenze fra città e campagna, Nord e Sud.

Un altro sussidio proveniva dalle Società di mutuo soccorso che il fascismo non riuscì del tutto a eliminare ma soprattutto sorsero per i lavoratori dell'industria le casse mutua malattia aziendali o inter-aziendali. Nel 1921 quella per gli impiegati della FIAT e nel 1923 per gli operai. Per i lavoratori agricoli erano solo due le Casse mutua. La situazione così frammentata fece sì che l'istituzione di un'assicurazione generale di malattia rimase incompiuta.

Successivamente alla Prima Guerra Mondiale, a seguito dell'annessione dei territori austro-ungarici che godevano di una normativa previdenziale e assistenziale più favorevole rispetto a quella italiana, si sviluppò il dibattito circa la necessità di un'assicurazione obbligatoria di malattia. Fra i favorevoli vi fu anche Mussolini. Avrebbe dovuto essere gestita dal CNAS e applicata sulla falsa riga di quella di invalidità e vecchiaia. Ma come spesso successe durante l'epoca fascista anche questa disposizione non fu concretizzata.

La legislazione dell'assicurazione infortuni era quella ereditata dal periodo liberale. Nel 1929 venne introdotta quella contro le malattie professionali che entrò in vigore solo nel 1934. Il catalogo delle malattie professionali che davano diritto all'indennità era limitato rispetto a quello previsto in Germania e Gran Bretagna oltre a essere rivolto solo ai lavoratori dell'industria.

Nel 1935 venne varata la riforma riguardo agli infortuni sul lavoro ma fu applicata solo nel 1937.

Nell'ottobre 1927 venne introdotta l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. La protezione sanitaria risultò divisa tra chi poteva accedere a forme di cura fornite dalle assicurazioni e chi doveva accontentarsi di una rete meno efficace che il regime ereditò dal periodo liberale e non riformò mai in maniera profonda. La maggioranza della popolazione rientrava in questa seconda categoria.

L'assicurazione contro la tubercolosi con i suoi limiti fu affidata alla gestione dell'INFPS, ente privo di competenze e di strutture medico-sanitarie. Furono costruiti sanatori *ex novo*, enormi i costi di gestione e di impianto risultando quindi l'attività anti-tubercolare principalmente come edilizia. I non assicurati dovevano affidarsi ai sanatori pubblici e ai Consorzi provinciali antitubercolari istituiti nel 1927. Le attività di profilassi e prevenzione erano assenti e i finanziamenti erano insufficienti. Si utilizzò dunque la beneficenza privata e la propaganda.

Il dislivello della tutela sanitaria fu la conseguenza della mancata introduzione dell'assicurazione obbligatoria di malattia.

Al termine degli anni Trenta, l'Italia si trovava in una situazione di impoverimento generale e sempre più inadeguate erano le prestazioni fornite dalla previdenza sociale del regime. Nel 1938 su richiesta di Mussolini venne varata la riforma complessiva della previdenza sociale. Furono la previsione per la famiglia il centro della riforma come, per esempio, la nuova assicurazione di "nuzialità e natalità" che si fece promotrice delle politiche di natalità ed espressione del concetto di difesa della famiglia, una provvidenza in caso di matrimonio o di nascita dei figli con importanti differenze fra salariati dell'industria e del settore agricolo. La riforma riguardò anche gli assegni familiari, l'assicurazione contro la tubercolosi di cui pochi, a seguito delle modifiche, riuscirono a beneficiare, quella contro la disoccupazione involontaria. Fu prevista anche un'integrazione per i figli a carico, crescente a seconda del numero e superiore per gli impiegati. Gli assegni familiari vennero estesi anche alla moglie e ai genitori a carico. Fu abrogato però l'esile concorso economico dello Stato e l'obbligo contributivo fu previsto invece a carico del datore di lavoro. Fu anche istituita, sempre in carico all'INFP, la Cassa unica degli assegni familiari.

In questo contesto di riforma, non mancò l'introduzione di previsioni espressione della politica antisemita introdotta dal regime già nel 1938 ovvero tutti gli impiegati e dirigenti di razza ebraica vennero licenziati dalle amministrazioni statali, scuole, università, esercito, enti statali, ecc. Un trattamento minimo di pensione era previsto solo se compiuto il decimo anno di servizio. Furono esclusi dall'assicurazione di natalità e nuzialità mentre gli altri schemi assicurativi rimasero in vigore ancora per alcuni anni.

5. *Il welfare durante la guerra*

Prima dello scoppio della Seconda Guerra Mondiale, l'Italia era già impegnata su diversi fronti: la guerra d'Etiopia dal 1935, l'affiancamento delle truppe di Franco durante la guerra civile spagnola, l'invasione dell'Albania nel 1939. La popolazione venne globalmente coinvolta nei conflitti registrando fin da subito un deterioramento delle condizioni di vita. In un primo momento furono applicate nuove forme di tutela per i militari volontari o i richiamati alle armi e le loro famiglie. Ma con la prosecuzione della guerra fu chiaro che la legislazione sociale non poteva più rivolgersi solo ai combattenti ma avrebbe dovuto riguardare la popolazione intera. Il metodo utilizzato dal fascismo nel periodo di guerra fu quello dei sussidi, delle indennità, delle gratifiche nonostante la situazione precipitasse di mese in mese. A questa situazione si aggiunse un peggioramento delle condizioni sanitarie, già prima della guerra molto precarie, a cui il regime rispose con misure sostanzialmente di natura amministrativa. L'ultimo tentativo fu posto in essere nel 1943 con la duplicazione degli

importi degli assegni familiari e un aumento delle pensioni per far fronte all'inflazione. Dopo poco il regime cadde e venne instaurata la Repubblica sociale italiana con il trasferimento al Nord dell'INFPS e INFAIL che continuarono a operare. Il partito venne rinominato, come è noto, Partito fascista repubblicano e cercò di assumere un ruolo centrale nella gestione dell'assistenza alla popolazione registrando però l'ennesimo fallimento. In questo panorama si cominciò a profilarsi quella che sarebbe stata la difficile fase della ricostruzione.

6. *Il Secondo dopoguerra*

Il fascismo lasciò in eredità oltre alla difficile situazione economico-finanziaria e sociale anche le istituzioni sanitarie e previdenziali fra cui INPS, INAIL. Dopo la liberazione di Roma il 4 giugno 1944, le autorità di governo li sottoposero a una gestione commissariale. Per oltre quattro anni l'attività fu di riordino della contabilità, quantificazione del *deficit*, approfondimento delle criticità della macchina previdenziale. Ingenti furono gli effetti disastrosi dell'inflazione. Tutto ciò portò a pensioni estremamente basse e a differenze di trattamento tra le diverse categorie di lavoratori. I primi governi antifascisti si concentrarono sul settore previdenziale nel tentativo di adeguare le prestazioni al costo della vita. Vennero concessi indennità, assegni integrativi e assegni familiari supplementari. Nacque un Fondo d'integrazione per le assicurazioni sociali per offrire un assegno integrativo del 70% alle pensioni di invalidità, vecchiaia e superstiti più l'ulteriore garanzia di un minimo di pensione.

La novità del FIAS fu l'introduzione del sistema a ripartizione ovvero i contributi versati dai lavoratori FIAS venivano utilizzati immediatamente per pagare le pensioni di chi era già in pensione. Calcolato di anno in anno, si adeguava al mutare del costo della vita e permetteva di modificare l'importo delle pensioni. Nonostante questa previsione gli importi delle pensioni risultavano esser ancora insufficienti. Ulteriori misure furono introdotte nel 1947 nonché fu prevista l'istituzione del Fondo di solidarietà sociale per corrispondere un ulteriore assegno detto di contingenza, finanziato dallo Stato, lavoratori e datori di lavoro e affidato nella sua gestione all'INPS. Le misure assunte nel biennio 1945-1947 che furono sì positive contribuirono però al caos amministrativo. I beneficiari risultavano essere i medesimi del periodo fascista, rimanevano le disparità tra categorie di lavoratori e gli stessi lavoratori dipendenti subivano trattamenti differenziati nonostante fosse obbligatoria l'assicurazione per l'invalidità, vecchiaia e superstiti (introdotta nel 1945), l'assicurazione per tubercolosi, disoccupazione ed assegni familiari.

La guerra causò un regresso delle condizioni di salute degli italiani. La situazione venne gestita dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le

malattie, l'INAM, dall'INPS e dall'INAIL. Il discrimine per accedere all'assicurazione era la condizione di lavoratore, una volta in pensione gli assicurati non erano più beneficiari dovendo quindi mettere mano ai risparmi o rivolgersi all'assistenza prestata da istituzioni pubbliche o private che fornivano servizi insufficienti. Lo stesso valeva per i disoccupati e per gli strati più poveri della popolazione. Lo scarso livello di assistenza sanitaria era accompagnato da una suddivisione irrazionale delle competenze, da grandi disparità locali, scarsi finanziamenti, poca organizzazione, troppi attori che diminuivano l'efficacia delle somme destinate ogni anno all'assistenza. Da qui la proposta di istituire un ministero capace di sovrintendere tutti gli organismi e le attività che non fosse quello dell'Interno.

7. *La Costituzione*

Già dal 1944 era chiara la necessità di una riforma ma nessuna forza politica si fece promotrice di una riforma universalista. Con l'elaborazione della Costituzione furono previste una serie di innovazioni nonostante furono per molti anni largamente disattese. Lo Stato si impegnavo a promuovere la realizzazione di un benessere sociale a cui tutti avevano diritto. Le norme sulla protezione sociale risposero al principio dell'uguaglianza sostanziale come fondamento costituzionale dello Stato sociale.

Nel secondo dopoguerra l'uguaglianza di fatto assunse rilievo costituzionale con la redazione dell'art 3. Da subito fu chiara l'intenzione di fondare la nuova Costituzione su principi di democrazia sostanziale, i poteri pubblici avrebbero dovuto agire per una società più giusta.

Lo Stato avrebbe dovuto fornire gli elementi di base, abitazioni civili, organizzare e assicurare la protezione sociale, eliminare le disuguaglianze. Fu pensata come una norma-principio, la chiave di tutte le altre racchiuse nella Costituzione e che andavano a toccare diversi ambiti.

Al primo comma dell'art 3 viene teorizzata l'uguaglianza formale raggiungibile solo attraverso l'uguaglianza sostanziale come prevista dal secondo comma che descrive come in Italia l'ordine giuridico sia in netto contrasto con l'ordine sociale. Per poter far sì che i due coincidano compito dello Stato è quello di rimuovere tutti gli ostacoli che nella realtà impediscono l'uguaglianza sostanziale.

Scopo fondamentale quindi è la partecipazione di tutti all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese nonché il pieno sviluppo della persona umana. Il secondo comma si pone come base di numerose norme sia costituzionali che ordinarie e come guida per modificare l'ordinamento sociale. L'uguaglianza come forza propulsiva, come impegno della Repubblica a ridurre

le differenze economiche, sociali e culturali insite nella società. I costituenti furono accomunati dall'idea di garantire costituzionalmente i diritti della persona affermandoli come inviolabili, ampliare le garanzie contro l'arbitrio del potere attraverso un allargamento di questi diritti di libertà del cittadino ma non venne affermata l'obbligatorietà degli stessi. L'art 3 secondo comma ispirò nei decenni successivi una vasta legislazione sociale.

A completamento dell'art 3 furono previsti gli artt 32 e 38 della Costituzione, il primo nell'ambito dei rapporti etico-sociali, il secondo nei rapporti economici. Questi articoli attestano il riconoscimento della sicurezza sociale.

L'art 38 fornisce gli strumenti concreti per realizzare l'idea di Stato sociale prefigurata dai costituenti, concordi sulla volontà di garantire ai cittadini che versano in condizioni di maggiore debolezza economica e sociale adeguate condizioni di vita. Configura un sistema di protezione sociale nell'interesse di tutta la collettività, compito essenziale dello Stato. Viene sottolineata la distinzione tra assistenza e previdenza, la prima come tutela ai cittadini inabili al lavoro o indigenti e la seconda prevista per i lavoratori. L'assistenza si fonda sulla solidarietà collettiva e la previdenza sull'obbligo assicurativo in capo ai lavoratori. Nonostante le diverse visioni in seno alla Costituente, la finalità perseguita fu quella di liberare dal bisogno ogni persona, permettendo di far fronte alle esigenze minime di vita, eliminando la visione dell'assistenza come beneficenza e carità ma come espressione di un diritto che doveva essere garantito dallo Stato, come proposto da Togliatti e non affidato alle formazioni sociali, come avanzato invece da esponenti della DC. Veniva declinato nel diritto all'esistenza, lo Stato doveva garantire la possibilità di vivere a chi non era in grado di lavorare.

La salute nella Costituzione si configura come l'unico diritto sociale espressamente fondamentale, presupposto per la piena realizzazione della persona umana, nucleo fondativo di tutti gli altri diritti costituzionali. La nostra Costituzione fu l'unica nell'Europa occidentale a dare rilievo ad interessi legati alla salute dei cittadini, dandone una disciplina compiuta. Il diritto alla salute unì sia pretese positive, ai singoli il diritto di pretendere beni e servizi funzionali al pieno sviluppo della persona, che pretese negative rispetto a comportamenti lesivi o pregiudizievoli per l'integrità psico-fisica e rispetto a trattamenti sanitari non obbligatori. Oggetto del diritto alla salute era l'integrità psico-fisica della persona umana, ovvero come stabilito dall'OMS nel 1946 lo "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

Diversi i punti di vista in sede di Costituente che fecero emergere come fosse necessario un nuovo impianto sanitario rispetto al passato. La Repubblica avrebbe dovuto essere impegnata nella tutela del bene "salute", senza ricollegare tale tutela all'ordine pubblico e alla capacità produttiva. Doveva essere riconosciuto come un diritto fondamentale, rivolto a tutti ed assicurato

dallo Stato. Emergeva l'impegno pubblico nella realizzazione di strutture sanitarie a carattere universale e cure gratuite agli indigenti come attuazione del principio di uguaglianza sostanziale. Comprendevo diverse attività: curative, preventive, riabilitazione, assistenza sanitaria ed ospedaliera andando a delineare quello che si raggiunse solo nel 1978 con l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale. Il 2 comma dell'art 32 profila un altro aspetto importante: la libertà della scelta terapeutica come espressione del diritto all'autodeterminazione. La possibilità di imporre trattamenti sanitari solo in casi eccezionali a seguito di una previsione legislativa, nell'interesse del singolo e della collettività sempre nel rispetto dello stato di salute. Il rispetto della persona umana quindi come limite primario di qualsiasi intervento legislativo.

8. *Gli anni '50*

Gli anni Cinquanta furono caratterizzati da un aumento della protezione sociale cumulativo e scomposto. Nel 1952 ci fu una prima riorganizzazione del sistema pensionistico. Venne previsto il meccanismo a capitalizzazione per il trattamento pensionistico di base, quello a ripartizione per le quote integrative per garantire l'adeguamento al costo della vita che attingeva al Fondo per l'adeguamento delle pensioni, FAP. La legge istituiva il trattamento pensionistico minimo, una prestazione di tipo assistenziale per migliorare le condizioni dei lavoratori che altrimenti avrebbero avuto, a causa di salari molto modesti, pensioni insufficienti. Nonostante le diverse riforme, donne e disoccupati continuarono ad essere esclusi rimanendo gli anelli più deboli del sistema. Nel 1948 venne presentata alla Camera da Fanfani, Ministro del Lavoro e della Previdenza durante il governo De Gasperi, la legge n. 264 che prevedeva una serie di interventi per contrastare la disoccupazione focalizzati sul collocamento e sull'avviamento al lavoro; Una legge però caratterizzata da una continuità di fondo con il fascismo e dalla quale molte categorie furono escluse. La legge sulla disoccupazione ebbe gravi limiti, il disoccupato rimaneva in una situazione di fragilità. Il progetto governativo presentato da Fanfani venne approvato dopo due anni di discussione. Le lavoratrici continuarono a trovarsi in uno stato di minorità giuridica e materiale e la tutela della maternità restava affidata al rapporto privatistico tra datore di lavoro e lavoratrice. La parità salariale rimaneva un miraggio e le giustificazioni erano di natura culturale e biologica.

Nel 1958 vi fu l'approvazione di due norme importanti. Una riguardava la tutela del lavoro domestico e l'altra la tutela del lavoro a domicilio. Queste disposizioni furono entrambe largamente disattese.

Gli anni '50 furono caratterizzati da un processo di inclusione di sempre nuove categorie di cittadini sotto l'ombrello dell'assicurazione obbligatoria

contro le malattie. I cittadini coperti nel 1948 erano 17,8 milioni e arrivarono a 37,1 milioni nel 1959. Nonostante l'alta percentuale di persone soggette a una copertura sanitaria, molti erano sprovvisti di tutele, i dislivelli tra le categorie erano notevoli e la tubercolosi non era ancora stata debellata. L'estensione della tutela sanitaria iniziò nel 1952 e la prima categoria di lavoratori a essere inclusa fu quella dei lavoratori domestici; Nel 1954 nacque la Federazione delle Casse mutua malattia dei coltivatori diretti, nota come Federmutue e quella delle Casse mutua malattia, artigiani e commercianti. L'INAIL continuò invece a occuparsi delle malattie professionali e degli incidenti sul lavoro. Nel 1952 il Parlamento approvò una legge che estendeva considerevolmente le malattie professionali fino ad arrivare a una lista di 42 malattie. La normativa contro gli infortuni sul lavoro fu caratterizzata da elementi di grande debolezza che riguardavano l'entità delle indennità e la segmentazione e differenziazione categoriale che ebbero come conseguenza trattamenti differenziati. Nonostante i progressi, buona parte della popolazione italiana risultava ancora scoperta dall'assicurazione sanitaria. Per molti il punto di riferimento rimaneva l'assistenza medica gratuita fornita dai Comuni tenuti ad assistere i cittadini iscritti nell'elenco dei poveri che nel 1952 aumentò considerevolmente arrivando ai 4 milioni con un corrispondente aumento delle spese pro-capite dei Comuni. Evidente fu la spaccatura ancora esistente fra Nord e Sud e fra le diverse regioni. Alla fine degli anni '50 il panorama italiano era caratterizzato da una spesa sociale pari al 5,5% del PIL, un divario crescente rispetto ad altri Paesi che indicava come l'Italia fosse ancora in tema di *welfare* estremamente arretrata. Non vi fu una riforma organica ma si cercò di realizzare un recupero dell'ordinamento previdenziale. Il sistema di protezione sociale come previsto dalla Costituzione fu molto lento. Il principio corporativo e assicurativo tipico dell'epoca precedente venne superato a favore di un sistema di sicurezza sociale per tutti i cittadini solo nel 1957.

Ultima novità degli anni '50 fu l'istituzione nel 1958 del ministero della Sanità, caratterizzato da competenze limitate, molte furono lasciate in capo al ministero del Lavoro e della Previdenza e al ministero dell'Interno. Venne istituito un ministero caratterizzato da esclusioni precise che condivise i suoi compiti con altri dicasteri ma che nonostante ciò fu guidato da personalità che ebbero un ruolo importante nelle riforme in materia sanitaria.

9. *Gli anni '60*

Gli anni Sessanta sono stati fondamentali per lo sviluppo dello Stato sociale in Italia. Furono numerosi i progetti di riforma e di espansione dell'intervento pubblico ma attraverso un percorso poco lineare che portò la spesa sociale a

privilegiare pensioni e trasferimenti di reddito piuttosto che servizi, ritardando l'introduzione di un sistema sanitario pubblico e di misure a sostegno dei disoccupati. Lo Stato sociale fu caratterizzato da una crescita distorta, non vi fu una riforma strutturale ma un'evoluzione incrementale.

L'economia era caratterizzata dalla compressione dei salari, immobilismo nei rapporti di potere, stabilità monetaria. Incominciarono le lotte sindacali nel 1962-1963 che ebbero come conseguenza la rottura dell'equilibrio raggiunto negli anni del miracolo economico. Nel 1963 l'Italia entra in crisi. Negli anni a seguire la condizione nelle fabbriche peggiorò fino ad arrivare agli scontri del 1968-1969 durante i quali i sindacati ebbero un ruolo di primaria importanza, soprattutto la CGIL, accrebbero la loro autonomia dalle forze politiche, riuscirono ad aumentare il proprio peso in campo contrattuale, imponendo un nuovo sistema di relazioni industriali. Furono promotori della lotta per le riforme sociali partecipando alla formazione della politica economica e sociale nazionale ed assumendo tratti specifici rispetto ad altri Paesi.

Le linee guida dei sindacati furono richiamate nel progetto di legge del 1960 proposto da alcuni deputati. Il sistema previdenziale doveva essere riformato attraverso una delega al governo ai fini dell'attuazione di un sistema di sicurezza sociale. La sicurezza sociale doveva essere un diritto certo ed inalienabile. Due i punti fondamentali: predisporre un'organizzazione dei servizi fondata su principi democratici e sulla redistribuzione del reddito; la sicurezza sociale non doveva sfociare in generiche attività assistenziali.

In secondo luogo la definizione di un piano graduale di riforma della previdenza per garantire un sistema di sicurezza sociale esteso a tutti i cittadini. Migliorare le prestazioni esistenti e coprire sempre più vaste categorie di lavoratori.

10. *Gli anni '70 ed il Sistema Sanitario Nazionale*

Alla fine degli anni '70 il *welfare* presentava un incontestabile avanzamento, segnato da elementi contraddittori ovvero grandi conquiste in ambito sanitario, persistenti problematicità in ambito pensionistico e assistenziale. Era caratterizzato da una spesa pensionistica elevata. La crisi economica del 1973 aggravò la situazione con un aumento della popolazione anziana e un calo della natalità incidendo su prestazioni e contributi. Si propose per molto tempo l'urgenza della riforma previdenziale senza che fu mai posta in essere. Un altro ambito critico fu quello della tutela della disoccupazione a cui vennero destinate scarse risorse con una forte penalizzazione delle donne, dei giovani e del Sud Italia. Vi furono alcuni interventi normativi ma costante nel tempo fu l'adozione di forme di tutela di chi era già attivo nel mercato del lavoro e non di chi era disoccupato.

Molto di quello che si ottenne negli anni Settanta fu merito del contributo delle donne che crearono una vera e propria cultura dei servizi: nel 1971 la legge n. 104 sugli asili nido che passarono sotto il controllo degli enti locali, nel 1975 venne emanata la legge n. 405 circa l'istituzione dei consultori familiari, nel 1977 la legge n. 517 riguardante i bambini, ragazzi portatori di *handicap*.

In ambito assistenziale si tentò di sviluppare una visione dell'assistenza come diritto soggettivo nonostante l'opposizione della Chiesa cattolica. I primi passi vennero mossi soprattutto al centro-nord con lo sviluppo della legislazione regionale, una visione dell'assistenza legata ai servizi socio-sanitari e al territorio; dall'altro lato vigeva ancora una gestione privatistica delle risorse, politiche pubbliche clientelari e una forte presenza della Chiesa cattolica.

Sempre in questo decennio, a seguito di conflitti politici e sociali, si giunse alle leggi sul divorzio, alla legge sull'interruzione di gravidanza, alla riforma dell'assistenza psichiatrica, all'istituzione del Sistema sanitario nazionale e a molti altri provvedimenti. Protagonista di queste riforme furono i movimenti, le mobilitazioni sindacali e operaie. Si realizzò una profonda democratizzazione della vita quotidiana e dei rapporti sociali¹³. Nonostante questi sviluppi il *welfare* terminò, in Italia come in altri paesi, la sua parabola espansiva. Ci fu infatti, dopo la crisi economica degli anni 70, un minore intervento dello Stato, l'avvio di processi di privatizzazione, un ridimensionamento del *welfare* in nome della crisi fiscale e delle difficoltà di organizzazione dei servizi. Lo stato sociale e la spesa pubblica incominciarono a essere considerati come un onere economico non sostenibile a causa di una crescita economica ridotta e di vincoli ai deficit di bilancio dello Stato.

Nonostante l'assistenza sanitaria fosse dagli anni Cinquanta in avanti migliorata, la condizione dell'Italia rimaneva comunque disastrosa. Negli anni '60 si aprì dunque una fase proficua di dibattito sulla salute e la sua tutela che portò alla legge n. 833/1978 che istituì il Sistema sanitario nazionale. Sia culturalmente che politicamente si andò verso una riformulazione universalistica e istituzionale del sistema sanitario. Molti furono gli attori che svolsero un ruolo fondamentale, decisive furono le riflessioni del PCI e del PSI, della CGIL a cui si affiancarono i diversi movimenti presenti nella società e singole personalità, favorevoli ad una tutela capillare tramite un SSN pubblico ed universale, finanziato tramite la fiscalità generale.

¹³ La legislazione di quel periodo fu indubbiamente influenzata dal profondo mutamento dei rapporti fra le due principali forze politiche presenti in Parlamento, la Democrazia Cristiana e il Partito Comunista Italiano che realizzarono, in minima parte, quel progetto di "compromesso storico" tragicamente interrotto dall'assassinio di Aldo Moro.

Il percorso che portò alla nascita del SSN fu lungo quasi un ventennio. Per la prima volta nel 1958 fu la CGIL ad approvare un documento nel quale se ne chiedeva l'istituzione. Si incominciò così a delineare l'architettura del futuro sistema sanitario nazionale che avrebbe dovuto fondarsi su due strutture: le Regioni e le Unità sanitarie locali (USL) che avrebbero dovuto assicurare tutti i servizi sanitari di base alla popolazione. Fu chiara la necessità di passare da uno Stato assistenziale ad uno Stato di diritto.

Ma qual era la situazione in Italia a livello concreto? Il sistema degli enti mutualistici era inefficiente, gli ospedali erano prossimi al collasso. Retti ancora dalla legge Crispi del 1890, giuridicamente erano delle Istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB) ma nei fatti enti autonomi privi di coordinamento del ministero dell'Interno. Gli ospedali dipendenti dagli enti previdenziali erano a loro volta autonomi e sottoposti al controllo del ministero del Lavoro e della Previdenza. La dispersione dei mezzi finanziari era enorme. Oltre alla scarsa qualità degli ospedali vi era anche la scarsa quantità degli stessi.

Fu questa la situazione che si presentò alla politica agli inizi degli anni Sessanta. Fondamentali furono il democristiano Camillo Giardina, ministro della Sanità dal 1959 al 1962 e Luigi Mariotti, ministro della Sanità dell'estate del 1964 al cui nome si legò la riforma degli enti ospedalieri nel 1968.

Giardina e Mariotti furono promotori di due proposte di legge fortemente innovative ma che fecero sorgere numerose polemiche portando nel 1966 all'approvazione di un diverso disegno di legge in cui le novità erano state fortemente soppresse e che nel 1968 divenne legge, la n. 132, intitolata "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera". I punti di maggiore innovazione furono l'universalità del diritto al ricovero, la previsione di forme di partecipazione alla gestione da parte degli operatori tramite il Consiglio dei sanitari, il trasferimento dei poteri di controllo al ministero della Sanità, la suddivisione degli ospedali in zonal, provinciali e regionali. La remunerazione continuava ad essere effettuata tramite le rette di degenza, il Fondo nazionale ospedaliero fu dotato di soli 10 miliardi di lire per il rinnovo, adeguamento e miglioramento delle attrezzature tecnico-sanitarie. Seguirono diversi tentativi di riforma ma sarà solo nel marzo del 1977 che venne approvata la proposta del democristiano Dal Falco, ministro del governo Andreotti, a cui fecero seguito tre disegni di legge del PCI, PSI e Democrazia proletaria. Vennero discussi in Commissione permanente di Igiene e Sanità della Camera e grazie anche alla convergenza registratasi tra PCI e DC, il disegno di legge fu approvato a metà dicembre del 1978 e permise al SSN di vedere la luce il 21 dicembre 1978. La legge era il risultato di una vasta elaborazione culturale e scientifica che considerava il SSN come strumento unitario di prevenzione, cura e riabilitazione atto a dare attuazione all'art 32 Cost. e a quelli relativi alle autonomie locali, al rispetto della dignità e della libertà personale.

Il SSN giunse in un periodo di forte crisi economica e di calo del consenso popolare che aveva alimentato la sua progettazione per lungo tempo.

La legge era costituita da 83 articoli fra cui l'art 1 che compiva un richiamo all'art 32 della Costituzione; all'art 2 venivano delineati gli obiettivi del nuovo servizio sanitario nello specifico: cura e prevenzione delle malattie, promozione e salvaguardia della salubrità, igiene degli ambienti, formazione professionale del personale, superamento degli squilibri territoriali, tutela degli ambienti di lavoro, della maternità e dell'infanzia, della salute mentale.

Allo Stato la direzione politico-sanitaria del SSN, alle Regioni compiti di integrazione e coordinamento, ai Comuni la gestione diretta delle USL formate da un'assemblea generale e da un comitato di gestione.

A finanziare il nuovo sistema sarebbe stato il Fondo sanitario nazionale con un importo stabilito ogni anno in sede di bilancio statale, ripartito tra le Regioni avendo come obiettivo quello di garantire standard uniformi delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Furono quindi previsti un Piano sanitario nazionale e Piani sanitari regionali.

L'applicazione della riforma fu tutt'altro che semplice ma fu un passaggio epocale nella storia del nostro Paese a cui partecipò tutta la società: i partiti, i sindacati i movimenti sociali. Fu una riforma che arrivò tardi rispetto al resto dell'Europa ma fu una delle istituzioni più all'avanguardia sul piano nazionale ed internazionale. Da sottolineare l'importanza e le potenzialità di un nuovo sistema sanitario pubblico ispirato ai principi universalistici, finanziato dalla fiscalità generale, attento non solo alla cura ma anche alla prevenzione a cui si accompagnarono una serie di atti riformatori di portata ineguagliabile per quantità e qualità e che conclusero positivamente gli anni Settanta.

Nonostante questo enorme passo avanti, l'applicazione di quanto previsto con la nascita del sistema sanitario nazionale risultò sin dall'inizio difficile e venne aggravata dalle politiche di contenimento della spesa sociale. Il governo dimostrò una certa inerzia nella realizzazione del piano sanitario nazionale che la legge aveva previsto entro il 1979. La tarda approvazione del Piano sanitario nazionale che avverrà solo nel 1994 ebbe come conseguenza l'assenza di coordinamento e di indirizzo nazionale, aumentarono il divario e le differenziazioni territoriali. Due gli aspetti ulteriori: le Regioni posero in essere un cammino espansivo in ambito socio-sanitario mentre venivano applicate politiche di riduzione della spesa pubblica a livello centrale; la dissociazione tra politiche nazionali e politiche regionali, i ritardi nel passaggio al finanziamento tramite fiscalità generale del SSN ebbero come risultato quello di limitarne il funzionamento. Il mancato controllo della spesa sanitaria comportò un ricorso a misure aggiuntive raccolte attraverso la compartecipazione degli utenti alle prestazioni. Venne esteso il ticket, limitati i farmaci prescrivibili per ricetta medica, in-

roduzione di controlli sulle prescrizioni farmaceutiche, il blocco del turn over del personale sanitario. Si passò da un impianto universalistico ad uno selettivo condizionato in un contesto di cambiamento anche politico. Ci fu la liberalizzazione dei mercati, la privatizzazione dei servizi pubblici e del *welfare*, una forte espansione della finanza.

Si arrivò al controllo dei consumi sociali e alla spartizione delle dirigenze delle USL da parte dei partiti di governo fino ad arrivare a una loro tecnicizzazione e trasformazione manageriale a cui poco dopo approdò anche il SSN.

Rimase presente e di fondamentale importanza il problema del finanziamento del SSN previsto come fiscalità generale ma che tardò a essere applicato avendo come conseguenza la permanenza del meccanismo contributivo e del sistema assicurativo. Fu a seguito dei numerosi richiami della Corte Costituzionale che il governo attuò una revisione dell'intero sistema contributivo.

Nonostante i limiti della riforma del 1978, la sanità pubblica italiana ebbe un'importante espansione; lo Stato generale di salute migliorò, aumentarono i redditi e l'istruzione, la conoscenza delle malattie ed i modi per prevenirle, la cura del corpo e stili di vita più sani, ambienti di lavoro migliori e maggiori diritti riconosciuti alle donne ma al contempo aumentarono i divari tra Nord e Sud, tra centri urbani e periferie.

11. *Conclusioni*

Al forte sviluppo degli anni '70, fece seguito nel decennio successivo una politica improntata a interventi stringenti e settoriali. I vincoli di spesa divennero più severi, prevalsero logiche particolaristiche e così venne depotenziata la portata innovativa del periodo appena precedente.

Dal 1980 al 1993 crebbe la spesa pubblica italiana, fino al 56% del PIL nel 1993, ma solo una parte limitata di questa riguardò la spesa sociale. Il divario con Paesi come la Francia tornò ad aumentare. La spesa sociale per la maggior parte fu investita nelle pensioni complice l'invecchiamento della popolazione e la commistione tra previdenza e assistenza. Nel 1992 vi fu una crisi che coincise con l'inizio del processo di unificazione monetaria a seguito della sottoscrizione del Trattato di Maastricht. Quest'ultimo, come è noto, introduceva una serie di vincoli al deficit dello Stato e al debito pubblico che imposero un ridimensionamento della spesa e

aprì una fase di tagli ai servizi e privatizzazioni. La spesa pubblica nel 2000 scese al 46% del PIL e nel 2009 raggiunse il 27%. A seguito della crisi finanziaria del 2008 che ebbe come conseguenza una lunga recessione, le difficoltà maggiori si ebbero nel finanziare il welfare. La popolazione sempre più anziana fece aumentare la spesa previdenziale; quella sanitaria fu sempre più distante

da quella applicata in altri Paesi europei. Così si esaurì la spinta propulsiva all'eguaglianza sostanziale in Italia ma il welfare entrò in crisi anche nel resto d'Europa.

A livello economico si deve tener conto di due recessioni internazionali che hanno fortemente indebolito le economie avendo come conseguenze l'applicazione di politiche di contenimento della spesa pubblica.

A livello sociale la popolazione sempre più anziana e la natalità sempre più ridotta, il lavoro precario, nuovi flussi migratori hanno portato a cambiamenti nella domanda di servizi pubblici e prestazioni sociali con una maggiore complessità, articolazione e differenziazione. A livello politico lo Stato sociale come fonte di legittimazione e consenso è andato riducendosi lasciando il posto ai progetti neoliberisti con l'obiettivo di ridimensionamento dei servizi di welfare che è così diventato terreno di scontro politico ed ideologico.

In Italia dove già il welfare era incompiuto, si è registrato un arretramento complessivo e si è affermato un sistema di welfare misto pubblico e privato, con differenze di qualità e quantità dei servizi prestati. La capacità redistributiva del welfare è stata limitata, sono prevalsi i trasferimenti monetari piuttosto che la fornitura di servizi e di interventi specifici. Oggi le attività di *welfare* sono ferme su livelli molto bassi; sul piano sociale si è registrato un diffuso impoverimento, nuovi rischi e insicurezze.

A noi non resta che constatare, purtroppo, il declino di questo fondamentale modello, tanto in Europa, quanto in Italia, che ha garantito, sia pure in un contesto decisamente difficile come quello del secolo scorso, prosperità e benessere, appunto, al Vecchio continente. Constatare, appunto, quel che resta del giorno...