

Data di pubblicazione: 13 ottobre 2025

FLAVIO PARENTE*

*Diritto alla salute e governance dei sistemi sanitari nazionali:
un'analisi comparata*

ABSTRACT: Lo studio offre un'analisi comparata del diritto alla salute e dei sistemi sanitari nazionali, con particolare riferimento alla loro evoluzione storica, alla struttura istituzionale e ai modelli di *governance*. Dopo una panoramica sul concetto di *Welfare State* e sulle sue principali declinazioni, il lavoro esamina i modelli sanitari adottati in vari Paesi OCSE, soffermandosi in particolare sui casi del Regno Unito (modello Beveridge), della Germania (modello Bismarck), degli Stati Uniti (modello privatistico con interventi pubblici selettivi) e dell'Italia (Servizio Sanitario Nazionale). L'analisi mette in luce le differenze tra approcci universalistici, mutualistici

* Dirigente medico di Direzione medica di Presidio Ospedaliero, referente del Nucleo Operativo di Controllo (NOC) e dell'Health Technology Assessment (HTA) dell'ASL 3 Genovese e Responsabile scientifico (e docente) di Corsi di formazione accreditati ECM.

e di mercato, evidenziando le sfide attuali legate all'equità, alla sostenibilità economica e alla qualità delle cure.

The study provides a comparative analysis of the right to health and national healthcare systems, focusing on their historical evolution, institutional structure, and governance models. Starting with an overview of the Welfare State and its main interpretations, the text examines healthcare systems across several OECD countries, with particular focus on the UK (Beveridge model), Germany (Bismarck model), the United States (market-based model with selective public programs), and Italy (National Health Service). The analysis highlights the differences among universalist, mutualistic, and market-oriented approaches, addressing current challenges related to equity, financial sustainability, and quality of care.

PAROLE CHIAVE: Diritto alla salute; sistemi sanitari; analisi comparata.

KEYWORDS: Right to health; health systems; comparative analysis.

SOMMARIO: 1. Il *Welfare State*: origini e filosofia. - 2. Sistemi sanitari nell'area OCSE: modelli a confronto. - 3. Il *National Health Service* britannico: un sistema pubblico universalistico in continua evoluzione. - 4. Il modello Bismarckiano tedesco: un sistema basato sul mutualismo e sulla partecipazione sociale. - 5. Il sistema sanitario degli Stati Uniti: tra mercato e riforme controverse. - 6. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano: struttura, funzionamento e sfide attuali.

1. Il *Welfare State*: origini e filosofia

La locuzione “*Welfare State*” nasce nel Regno Unito nel XX secolo, grazie a Sir William Temple, per sottolineare la differenza rispetto al modello nazionalsocialista tedesco, che esaltava la “guerra” e la potenza dello Stato. Il modulo *welfare*, al contrario, metteva al centro il benessere delle persone e l’equità sociale. Questo prototipo si è affermato in Europa come risposta alla crisi economica degli anni Trenta e ha trovato pieno sviluppo nel secondo dopoguerra. Il modello si basa sull’idea che lo Stato deve garantire ai cittadini un insieme di diritti sociali — sanità, istruzione, previdenza — e la protezione dai rischi essenziali della vita¹.

Due sono i modelli principali che si sono consolidati nel tempo: quello ispirato da Otto von Bismarck in Germania², basato su assicurazioni obbligatorie e contributi proporzionali al reddito; quello promosso nel Regno Unito da William Beveridge³, che vede lo Stato come finanziatore e gestore diretto dei servizi, offrendo cure gratuite a tutta la popolazione. Entrambi i modelli hanno lo scopo di evitare che le persone cadano nella povertà o restino escluse dall’accesso ai servizi essenziali, ma si basano su logiche differenti: il primo è di tipo assicurativo; il secondo è di tipo universalistico e fiscalmente redistributivo.

¹ H. SCHULZ-FORBERG, *Welfare State*, “*Encyclopedia of Global Studies*”, SAGE, 2012.

² R. BUSSE, M. BLÜMEL, *Germany: Health system review*, Health Syst Transit, 2014.

³ J. CHANG, F. PEYSAKHOVICH, J. ZHU, W. WANG, *The UK Health Care System*, Columbia University, <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf>.

2. Sistemi sanitari nell'area OCSE: modelli a confronto

Nell'ambito dei paesi OCSE, i sistemi sanitari si sono sviluppati seguendo due grandi tradizioni⁴. Da una parte, ci sono i sistemi pubblici centralizzati, tipici dei paesi scandinavi, del Regno Unito, della Spagna e dell'Italia. In questi casi, lo Stato si occupa direttamente di finanziare ed erogare i servizi sanitari, considerandoli un diritto garantito a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito. Dall'altra parte, vi sono i sistemi di tipo mutualistico, come in Germania, Francia e Olanda, in cui l'erogazione delle cure è legata ad assicurazioni sociali obbligatorie gestite da enti autonomi, finanziate dai contributi dei lavoratori e dei datori di lavoro.

C'è poi il caso particolare degli Stati Uniti, che, fino alla riforma dell'*Obamacare* nel 2010, hanno mantenuto un sistema essenzialmente privato, in cui l'accesso alle cure dipendeva dalla possibilità individuale di stipulare un'assicurazione. Il confronto tra questi modelli evidenzia come ogni paese abbia adattato il proprio sistema sanitario alle tradizioni storiche, ai rapporti tra Stato e cittadini, e alla propria cultura politica⁵.

3. Il *National Health Service* britannico: un sistema pubblico universalistico in continua evoluzione

⁴ A. ALBANESE (a cura di), *L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto*, Luiss, Roma, 2016.

⁵ Dors, *Lo stato di salute nell'Unione Europea*, <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3234>.

Il *National Health Service (NHS)* del Regno Unito rappresenta uno dei sistemi sanitari pubblici più noti ed efficienti al mondo. Nato nel 1946 grazie all'iniziativa del politico laburista William Beveridge, il *NHS* si basa sul principio fondamentale che la salute è un diritto universale. Questo significa che ogni cittadino residente ha accesso a cure sanitarie gratuite, finanziate principalmente attraverso la tassazione generale, senza distinzioni di reddito o condizioni sociali⁶.

Prima della creazione del *NHS*, l'assistenza sanitaria era molto limitata: solo i più ricchi potevano permettersi cure adeguate, mentre gli altri dovevano affidarsi ad ospedali di beneficenza o ad aiuti occasionali. Negli anni '10 del Novecento furono fatti i primi tentativi di estendere la copertura, ma solo dopo la Seconda Guerra Mondiale si raggiunse un sistema universalistico e gratuito per tutti, grazie all'organizzazione integrata dei servizi ospedalieri, delle cure primarie e dei servizi comunitari.

Il sistema è strutturato su tre livelli: il governo centrale gestisce i fondi e li distribuisce, le regioni programmano e coordinano i servizi sul territorio, mentre le autorità locali si occupano della gestione operativa. Nel tempo, il *NHS* ha subito diverse riforme per adattarsi ai cambiamenti sociali e tecnologici: negli anni '70 si è cercato di integrare maggiormente le diverse aree assistenziali, mentre negli anni '90, sotto il governo Thatcher, è stato

⁶ L. MANZOLI, P. VILLARI, A. BOCCIA, *Epidemiologia e management in sanità*, Ed. Ermes, Milano, 2015.

introdotto un sistema di “mercati interni” che ha incentivato la competizione tra diversi *provider* ospedalieri, migliorando la qualità delle prestazioni.

Negli anni 2000 e oltre, ulteriori innovazioni hanno migliorato l'efficienza e la qualità delle cure, riducendo i tempi di attesa e introducendo nuovi sistemi di valutazione e incentivi per i medici. Dal 2013, alcune strutture intermedie sono state abolite e sostituite dai *Clinical Commissioning Groups*, che vedono i medici di base assumere un ruolo centrale nella gestione e nell'indirizzo dei pazienti.

Anche se il *NHS* è ancora largamente pubblico e gratuito, negli ultimi anni è cresciuto il settore privato, che offre assicurazioni sanitarie alternative per chi vuole più scelta o servizi più rapidi. Nonostante ciò, il sistema pubblico copre la stragrande maggioranza della popolazione e della spesa sanitaria.

Il *NHS* prevede inoltre programmi di assistenza specifica per categorie più vulnerabili, come gli anziani, i malati terminali e le persone disabili, con servizi domiciliari e sussidi dedicati. La qualità delle cure è costantemente monitorata da organismi specializzati, che garantiscono standard elevati e introducono continui miglioramenti.

Tra i limiti del modello vi sono la carenza di risorse in certi casi, come medici e attrezzature, e l'uso talvolta eccessivo dei servizi gratuiti, che può portare a inefficienze⁷.

⁷ Openpolis, *In Europa sempre meno posti letto a disposizione negli ospedali*, <https://www.openpolis.it>.

In sintesi, il *NHS* è un esempio di sistema sanitario pubblico che mira a garantire salute ed equità a tutti i cittadini, con un forte ruolo dello Stato nel finanziamento e nell'organizzazione e un'attenzione costante all'innovazione e al miglioramento delle cure⁸.

4. Il modello Bismarckiano tedesco: un sistema basato sul mutualismo e sulla partecipazione sociale

Il sistema sanitario tedesco ha origine dalle società di mutuo soccorso delle corporazioni medievali, evolute nel XIX secolo in casse malattia volontarie per lavoratori industriali. Nel 1883 Otto von Bismarck introdusse la legge sull'assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori, istituendo un sistema di *welfare* basato su contributi condivisi tra lavoratori (2/3) e datori di lavoro (1/3), con copertura per malattie, invalidità, morte e disoccupazione.

Il sistema si basa su casse mutue senza scopo di lucro, gestite da rappresentanti di lavoratori e datori di lavoro, e prevede l'erogazione indiretta delle prestazioni tramite rimborsi. Nel tempo, la copertura è stata estesa a vari gruppi sociali (disoccupati, pensionati, studenti, disabili) e a nuove forme di assistenza (infortuni sul lavoro, pensioni, assistenza a lungo termine).

⁸ J. CHANG, F. PEYSAKHOVICH, J. ZHU, W. Wang, *o.l.c.*

Durante il nazionalsocialismo, il sistema fu compromesso dalle politiche discriminatorie, mentre, nel dopoguerra, la Germania Ovest mantenne il modello Bismarckiano, a differenza della Germania Est con sistema più centralizzato e rigidamente controllato.

Dal 1977, il governo tedesco ha avviato politiche di contenimento della spesa sanitaria, accentuate dopo la riunificazione del 1990, con incentivi all'efficienza e controlli sui costi. Dal 1960, è aumentata la quota di strutture sanitarie private.

Oggi l'assistenza sanitaria è finanziata da contributi obbligatori proporzionali al reddito, divisi tra dipendente (8,2%) e datore di lavoro (7,3%). Circa il 90% della popolazione è coperto dalle casse malattia statutarie, obbligatorie fino a un certo reddito, mentre esistono anche assicurazioni private⁹. L'assistenza si divide in ambulatoriale, erogata da medici indipendenti, e ospedaliera, fornita da ospedali pubblici (32%), privati senza scopo di lucro (37,5%) e privati (30,6%).

Dal 1995, l'assicurazione per l'assistenza a lungo termine è integrata nel sistema, garantendo supporto per cure prolungate e servizi di assistenza domestica e infermieristica¹⁰.

5. Il sistema sanitario degli Stati Uniti: tra mercato e riforme controverse

⁹ T. BRATAN, K. ENGELHARD, V. RUIZ, *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study, Germany*, 2013.

¹⁰ T. BRATAN, K. ENGELHARD, V. RUIZ, *o.l.c.*

Il sistema sanitario degli Stati Uniti d'America si basa su un modello (liberista) di libero mercato nel quale la salute è considerata un bene di consumo e lo Stato ha un ruolo molto limitato nella sua tutela. I cittadini possono scegliere liberamente polizze assicurative private, spesso fornite dal datore di lavoro, anche se negli ultimi anni molti lavoratori si trovano senza copertura perché l'assicurazione è a loro carico. Il sistema è dominato da strutture private che erogano prestazioni e servizi, mentre il ruolo pubblico si concentra su programmi specifici come *Medicare*, che assicura gli anziani e le persone con disabilità, e *Medicaid*, rivolto agli indigenti privi di assicurazione privata. Questi programmi sono finanziati attraverso le tasse, ma circa il 15% della popolazione americana resta ancora priva di qualsiasi forma di tutela sanitaria.

Lo Stato interviene anche nella regolamentazione dei farmaci tramite enti come la *FDA* e sostiene la ricerca scientifica, l'igiene pubblica e la prevenzione delle malattie. Tuttavia, il sistema ha mostrato diverse criticità, tra cui l'accesso diseguale alle cure e la difficoltà delle assicurazioni private di coprire tutti i costi sanitari, soprattutto per chi ha patologie preesistenti, spesso escluse dalle polizze.

Per affrontare queste problematiche, nel 2010, è stata varata la riforma sanitaria nota come *Affordable Care Act*¹¹, o *Obamacare*¹². Questa legge ha

¹¹ HealthCare.gov, *Affordable Care Act (ACA)*, <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act>

¹² KFF, *The Uninsured and the ACA*, <https://www.kff.org/report-section/the-uninsured-and-the-aca-a-primer>.

ampliato l'accesso all'assicurazione sanitaria, rendendo obbligatorio per i grandi datori di lavoro offrire una copertura ai propri dipendenti e vietando alle compagnie di assicurazione di rifiutare polizze a persone con malattie croniche. Ha, inoltre, esteso *Medicaid* e introdotto sussidi per permettere a fasce più ampie di popolazione di acquistare un'assicurazione privata in base al reddito¹³. La riforma ha promosso anche nuovi metodi di erogazione delle cure per contenere i costi complessivi del sistema.

Grazie all'*Affordable Care Act*, milioni di persone (in più) hanno ottenuto un'assicurazione sanitaria, sono stati ridotti i costi dei farmaci per anziani e disabili e sono stati introdotti meccanismi di controllo sui rincari assicurativi. Inoltre, sono stati offerti incentivi fiscali alle piccole imprese per facilitare la copertura dei propri lavoratori, mentre è stata garantita per la prima volta una copertura anche a chi aveva condizioni mediche preesistenti, ampliando così la protezione sanitaria nel paese.

6. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano: struttura, funzionamento e sfide attuali

L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano affonda le sue radici nei decenni successivi all'Unità d'Italia. Già nella seconda metà

¹³ The White House Archives, *The Economic Benefits of the ACA*, <https://obamawhitehouse.archives.gov>.

dell'Ottocento, l'elevata mortalità infantile e la bassa speranza di vita spinsero lo Stato ad assumersi una crescente responsabilità nella tutela della salute pubblica. La legge Crispi-Pagliani del 1888 segnò un primo passo importante in questa direzione, con la creazione di un dipartimento di sanità pubblica all'interno della polizia sanitaria¹⁴.

Nel corso del Novecento, il sistema sanitario si sviluppò lungo un modello mutualistico: diverse casse mutue, legate alle categorie professionali, garantivano assistenza sanitaria ai lavoratori, lasciando però fuori una larga parte della popolazione. Solo il 33% dei cittadini era coperto nel 1946. Questo modello, seppure frammentato, restò in vigore fino alla riforma del 1978.

Parallelamente, l'ordinamento sanitario venne sistematizzato: il Testo Unico del 1934 definiva le competenze dell'amministrazione sanitaria su tre livelli – centrale, provinciale e comunale – disciplinando settori cruciali, come l'igiene pubblica, la prevenzione delle malattie infettive e la polizia mortuaria. Dopo la Seconda guerra mondiale, venne istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (1945) con compiti di coordinamento e lotta alle malattie sociali.

Un passaggio fondamentale si ebbe con l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana nel 1948. Essa riconobbe esplicitamente il diritto alla

¹⁴ G. GRASSI, *Il Servizio Sanitario Nazionale. Storia, protagonisti ed evoluzioni normative, approfonditi nella scuola pugliese*, Cacucci, Bari, 2022.

salute, non solo come diritto individuale ma anche come interesse collettivo. L'articolo 32 Cost. rappresenta il fondamento giuridico su cui si è costruito il moderno sistema sanitario italiano.

Nel 1958 fu istituito il Ministero della Sanità, che riunificò le competenze sanitarie e avviò una serie di interventi per dare attuazione ai principi costituzionali. Tuttavia, il sistema mutualistico iniziava a mostrare le sue criticità: era frammentato, centrato sulla diagnosi e non sulla prevenzione, e incapace di garantire equità nell'accesso alle cure.

La legge Mariotti del 1968 pose le basi per la riforma del sistema ospedaliero, trasformando gli enti ospedalieri in soggetti pubblici e introducendo la programmazione ospedaliera. Altre riforme nei primi anni '70, come la legge n. 386 del 1974, andarono nella direzione di estinguere le mutue e trasferire le competenze sanitarie alle Regioni.

Il cambiamento epocale arrivò con la legge n. 833 del 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale. Questo nuovo sistema si fondava su tre principi fondamentali: l'universalità dell'accesso alle cure, l'uguaglianza di trattamento per tutti i cittadini e la globalità degli interventi, comprendenti prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'organizzazione territoriale fu strutturata intorno alle USL (Unità Sanitarie Locali), strumenti operativi a livello comunale o intercomunale.

Il SSN si basava su una *governance* multilivello: a livello centrale, il Ministero della Sanità coordinava la programmazione nazionale con il supporto di enti come l'Istituto Superiore di Sanità e il Consiglio Superiore di Sanità. Le Regioni attuavano la programmazione con autonomia organizzativa ma

senza autonomia finanziaria. I Comuni, tramite le USL, gestivano i servizi di assistenza diretta¹⁵.

Negli anni successivi, emersero problemi legati alla sostenibilità finanziaria del sistema e alla disomogeneità tra Regioni. A partire dal 1992, con il decreto legislativo n. 502, iniziò un processo di riforma volto a migliorare efficienza e qualità. Il principio dell'aziendalizzazione trasformò le USL in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di autonomia gestionale, e venne riconosciuto al cittadino il diritto alla libera scelta del luogo di cura¹⁶.

Il sistema sanitario venne progressivamente regionalizzato, con le Regioni che divennero responsabili della gestione e del finanziamento dei servizi. Il decreto legislativo n. 229 del 1999 (riforma Bindi) introdusse ulteriori elementi di programmazione sanitaria a livello aziendale e nuovi strumenti gestionali, come il Direttore di Distretto. Le aziende sanitarie vennero sottoposte a criteri di accreditamento e finanziate in base a prestazioni tariffate (DRG), anziché a consuntivo¹⁷.

La riforma del Titolo V della Costituzione, con la legge costituzionale n. 3 del 2001, attribuì alle Regioni una potestà legislativa più ampia, pur riservando allo Stato la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dei principi fondamentali in materia di salute. Gli accordi Stato-Regioni divennero lo strumento per garantire unitarietà nell'assistenza pubblica¹⁸.

¹⁵ M. TRIASSI, *Igiene. Medicina preventiva e del territorio*, Napoli, 2020.

¹⁶ F. MASTRILLI, *Il governo tecnico dell'ospedale*, Panorama della Sanità, Roma, 2011.

¹⁷ C. SIGNORELLI (a cura di), *Igiene e sanità pubblica*, SEU, Roma, 2019.

¹⁸ G. DAMIANI, M. L. SPECCHIA, W. RICCIARDI, *Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria*, Napoli, 2021.

Nel tempo, il SSN italiano è diventato un sistema articolato, fondato sui principi di equità e solidarietà, in cui il diritto alla salute è tutelato su tutto il territorio nazionale, pur con differenze legate alla capacità organizzativa delle singole Regioni. La sua evoluzione continua a rappresentare una delle sfide più rilevanti per la politica pubblica italiana¹⁹.

¹⁹ S. BARBUTI (a cura di), *Igiene - Medicina Preventiva - Sanità Pubblica*, Napoli, 2022.