

## INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è quello di proporre una ricostruzione dei modelli sanitari regionali di tutela della salute, tramite un *focus* incentrato sull'assistenza domiciliare e sulle strutture di prossimità attualmente presenti nelle Regioni d'Italia.

Il primo capitolo, dopo un breve *excursus* sull'evoluzione storica del diritto alla salute nel nostro ordinamento, pone particolare attenzione sull'organizzazione sanitaria a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario, operata con l. n. 833 del 1978, che ha dato attuazione, dopo 30 anni esatti, al dettato dell'art. 32 Cost. in materia di diritto alla salute. Più tardi, si dà conto delle prime criticità emerse all'indomani della creazione del Servizio Sanitario Nazionale nonché delle prime riforme sanitarie degli anni Novanta, ispirate ai fenomeni di regionalizzazione e di aziendalizzazione dell'assistenza sanitaria. Seguendo poi l'autorevole dottrina e le attente considerazioni della giurisprudenza costituzionale, l'ultima parte del capitolo mira ad affrontare la delicata questione del riparto di competenza in materia di tutela della salute tra Stato e Regioni nonché i diversi ambiti di programmazione sanitaria.

Il secondo capitolo affronta il tema riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza, facendo riferimento anzitutto ad aspetti teorici e poi di programmazione. Si vuole cioè comprendere l'evoluzione del quadro normativo dei livelli di assistenza sino alla loro prima attuazione normativa arrivata con l'approvazione del D.P.C.M. del 29 Novembre 2001, mettendo in risalto le problematiche venute a galla nel suo processo di implementazione, ponendo così le basi per l'attuale D.P.C.M. sui LEA del 2017.

Il terzo capitolo di questa tesi intende mettere in luce l'attuale rete di offerta di cure domiciliari e intermedie presente sul territorio delle Regioni, così come espresse dalle fonti regionali e dagli atti di programmazione interna. Lo studio, dopo aver condotto una disamina della legislazione nazionale attualmente in vigore, presenta i relativi modelli regionali di tutela della salute nel campo dell'assistenza domiciliare e delle cure intermedie delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, cercando poi di individuare e catalogare i principali elementi di differenziazione regionale tramite un'analisi dell'esistente. Le questioni che vengono trattate sono sicuramente ampie, per cui i risultati di questo studio potranno essere utilizzati come base di partenza per ulteriori approfondimenti, soprattutto sull'effettiva realizzazione di tali strutture.

Questo esercizio di "mappatura" risulta quindi estremamente utile per comprendere a meglio le opportunità offerte dal Piano Nazionale di Rilancio e di Resilienza, piano con

il quale il Governo italiano ha programmato l'utilizzo di ingenti risorse per l'implementazione proprio delle cure domiciliari e delle strutture di prossimità, tipologie di cure rivelatisi fondamentali proprio durante questo periodo pandemico.

Il quarto capitolo dunque è volto ad una profonda analisi della prassi normativa adottata dal Governo durante la gestione dell'emergenza pandemica, risaltando il primario ruolo delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale e degli Infermieri di Famiglia attivi nelle Regioni italiane. In ultimo, la tesi si conclude cercando di presentare il futuro prossimo della Sanità italiana e dei possibili scenari critici, con la speranza di offrire utili spunti di riflessione al lettore.

# **CAPITOLO I: IL RIPARTO DI COMPETENZA IN MATERIA SANITARIA**

## *1. La tutela della salute nell'ordinamento giuridico italiano*

### 1.1 Introduzione: l'evoluzione della tutela del diritto alla salute in Italia (cenni)

Per comprendere a pieno l'attuale assetto organizzativo del Sistema sanitario nazionale e regionale, nonché l'attuale contenuto del diritto alla salute, unico diritto definito espressamente “fondamentale” dalla nostra Costituzione, è utile, anzitutto, veder da vicino le principali tappe che hanno segnato la tutela della salute in Italia.

L'evoluzione della nozione di salute è stata caratterizzata da un insieme di mutamenti culturali che si sono riflettuti sulla concezione dello stesso diritto.

Con l'unificazione del Regno di Italia, avvenuta nel 1861, sorse da subito la necessità di riformare l'intera legislazione, discordante e talvolta inesistente, specialmente nel settore dell'assistenza sanitaria che, fino ad allora, veniva garantita mediante “forme di beneficenza e comunque concepita essenzialmente al fine di tutelare il primario interesse statale al mantenimento dell'ordine pubblico<sup>1</sup>”.

Con l'introduzione della legge n. 2248 del 20 marzo 1865, il novello stato unitario realizzò un primo passo importante. Il provvedimento prevedeva che la tutela della salute fosse affidata alle cure del Ministro dell'Interno, autorità amministrativa competente per l'ordine pubblico, e, sotto di lui, ai Prefetti e Sindaci<sup>2</sup>, nell'ambito del quale fu istituita una Direzione generale della sanità pubblica<sup>3</sup> con una serie di uffici provinciali e comunali per la tutela dell'igiene pubblica.

Successivamente, con l'arrivo della legge 17 Luglio 1890, n. 6972, la c.d. “legge Crispi”, si cercò di attuare un primo tentativo di laicizzazione degli istituti sanitari: ospedali, case di riposo e le Opere Pie vennero raggruppate negli Istituti di assistenza e beneficenza (IPAB), assoggettandole in tal modo ad una disciplina statale uniforme.

Nonostante tali interventi, le strutture di assistenza rimasero inadatte per assicurare un efficace servizio sanitario, principalmente per motivi legati alla generale arretratezza dell'apparato sanitario e alle scarse condizioni di igiene e di prevenzione. Infatti, la

---

<sup>1</sup>P. SANTINELLO, *Sanità pubblica*, in *Dig. disc. pubbl.*, vol. XIII, Torino, UTET, 1997, 547.

<sup>2</sup>In questi termini la L. del 17 Luglio 1865, art. 1: “La tutela della sanità pubblica è affidata al ministro dell'interno e sotto la sua dipendenza ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci”.

<sup>3</sup>L'istituzione della Direzione generale della sanità pubblica avvenne con L. del 22 Dicembre 1888, n. 5849, la prima delle leggi c.d. “Crispine”.

prima legislazione dello Stato unitario in materia e riguardava solamente, da un lato, le misure collettive di igiene pubblica volte ad evitare la nascita di agenti patogeni all'interno dei luoghi di lavoro, e, dall'altro, misure atte a contenere la diffusione di malattie infettive, come le vaccinazioni.

In assenza di una garanzia statale nella tutela della salute, il sistema sanitario italiano della fine del '800 e della prima metà del '900 fu organizzato in una forma di assicurazione e protezione sociale, in cui il diritto alla salute era strettamente legato alla condizione lavorativa e non considerato un diritto di cittadinanza nel pieno senso del termine. In una fase storica caratterizzata da una generale mancanza di protezione sociale, i più abbienti pagavano per un'assistenza adeguata mentre per i più poveri non restavano altro che le Opere Pie e gli Enti di beneficenza pubblici. Inoltre, i lavoratori dipendenti iniziarono ad associarsi e a raccogliere risorse per proteggersi dai rischi della vita (come disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.), creando una vasta e ampia rete di mutue: un vero Stato sociale dal basso verso l'alto<sup>4</sup>.

Solamente con l'arrivo del regime fascista si incrinò parzialmente l'impostazione liberale di matrice ottocentesca.

Infatti, con l'istituzione di diversi enti mutualistici con funzioni previdenziali e sanitarie, come l'INAIL<sup>5</sup> e l'INPS<sup>6</sup>, vi fu un grande passo in avanti verso l'intervento dello Stato nella sanità.

Di grande importanza risultò essere l'adozione del Testo unico delle leggi sanitarie<sup>7</sup> che, tramite un riordino della disciplina previgente, portò alla formazione di case e istituti di cura medico-chirurgici con lo scopo di affiancare il sistema delle IPAB.

Il risultato fu un sistema sanitario fondato su diversi capisaldi. Innanzitutto, i servizi di igiene pubblica vennero affidati al governo delle Prefetture mentre alle strutture ospedaliere venne assegnata la gestione di enti locali ma, nel concreto, gestite da organizzazioni religiose. Inoltre, venne previsto un servizio di cura gratuita rivolto agli indigenti, con oneri sostenuti dai Comuni.

Più tardi, con l'approvazione del Regio Decreto del 30 Settembre 1938, n. 1631, fu inserita una disciplina comune dei servizi sanitari e del personale sanitario alle

---

<sup>4</sup>G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*, Roma, Laterza, 2016.

<sup>5</sup>Regio Decreto del 23 Marzo 1933, n. 264, *Unificazione degli istituti per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni degli operai sul lavoro*.

<sup>6</sup>L'Inps andò a sostituire la CNAS (Cassa nazionale per le assicurazioni sociali), istituita nel 1919 per tutelare l'invalidità e la vecchiaia, specie delle fasce sociali a basso reddito.

<sup>7</sup>Regio Decreto del 27 Luglio 1934, n. 1265, *Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie*.

dipendenze di istituzioni pubbliche, cercando di garantire una solida organizzazione nel ramo sanitario.

In tale scenario, ruolo centrale venne svolto dall'Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità pubblica, istituito con decreto luogotenenziale del 12 Luglio 1945, n. 417.

Posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, all'Alto Commissario, oltre ad ereditare le funzioni della soppressa Direzione Generale della sanità pubblica, vennero affidate funzioni di vigilanza tecnica sulle organizzazioni sanitarie e incarichi di coordinamento dell'attività degli uffici statali operanti nell'ambito sanitario.

Da come si può evincere, quindi, la declinazione come diritto fondamentale alla salute non ha trovato spazio nell'ordinamento italiano sino all'entrata in vigore della nostra Carta Costituzionale del 1948. Solamente con essa si è inaugurata una nuova fase di cambiamento culturale in materia sanitaria, portando alla luce prima, il diritto alla salute, poi, il Servizio Sanitario Nazionale italiano.

## 1.2. La salute nella Costituzione

### 1.2.1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo

Come detto poc'anzi, il diritto alla salute è l'unico diritto definito "fondamentale" dalla nostra Costituzione.

Com'è noto, la Carta Costituzionale dedica alla protezione della salute una specifica disposizione, l'art.32, affermando che "la Repubblica protegge la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità e garantisce un trattamento gratuito agli indigenti<sup>8</sup>".

Da una sua semplice lettura si può da subito notare come la Repubblica sia presente sin dal principio della disposizione. Il richiamo alla Repubblica, presente anche in altre disposizioni costituzionali<sup>9</sup>, sancisce la sua responsabilità e il suo dovere nel garantire il diritto in questione.

Le istituzioni chiamate ad adempiere a tale dovere pubblico sono, per via del disposto dell'art.114 Cost<sup>10</sup>, le Regioni, le Città metropolitane, Provincie e Comuni. Una

---

<sup>8</sup>Art. 32 c. 1 Cost.

<sup>9</sup>Si veda, ad es. l'art.4: "La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. (...)"; o ancora l'art.5: "La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento".

<sup>10</sup>Art. 114 c. 1 Cost.

pluralità di attori che intervengono attraverso azioni positive o negative, con ruoli e compiti diversi.

In aggiunta, l'articolo 117 Cost. affidò la competenza legislativa in materia di sanità alle Regioni, prescrizione rimasta sulla carta per molto tempo sino all'entrata in vigore della riforma costituzionale avvenuta nel 2001<sup>11</sup>.

Pertanto, l'inserimento della tutela della salute fra le disposizioni costituzionali ha permesso alla nostra Carta Costituzionale di rivestire un ruolo di importanza centrale per due ordini di ragioni. *In primis*, l'Italia è stata la prima Nazione tra quelle europee a riconoscere il diritto alla salute nella sua Costituzione, divenendo modello di ispirazione per altri ordini nazionali<sup>12</sup>. *In secundis*, la norma era per quei tempi rivoluzionaria nel comprendere e abbracciare il doppio valore della salute: è un diritto individuale e assoluto e un bene di rilevanza collettiva<sup>13</sup>.

La salute intesa come diritto fondamentale è quindi caratterizzata da una forza particolare nell'ambito del nostro sistema giuridico, parendo permettere il riconoscimento di una sua posizione di supremazia gerarchica nel bilanciamento con altri diritti, come peraltro ammette espressamente lo stesso testo costituzionale, ove ad es. si consentono limitazioni della libertà di circolazione per esigenze sanitarie (art. 16 Cost.)<sup>14</sup>.

Poiché il diritto alla salute permette la protezione di valori essenziali per la vita di ognuno nella sua unicità e, come si è visto, anche della comunità, questo diritto ha caratteristiche essenziali: il bene-salute risulta essere inalienabile, indisponibile, irrinunciabile, intrasmissibile, con valore *erga omnes*, riconosciuto in capo sia a cittadini italiani che stranieri<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup>L'originario art. 117 Cost così recitava: "La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principî fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni: ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla Regione; circoscrizioni comunali; polizia locale urbana e rurale; fiere e mercati; beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica; musei e biblioteche di enti locali; urbanistica; turismo ed industria alberghiera; tranvie e linee automobilistiche di interesse regionale; viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale; navigazione e porti lacuali; acque minerali e termali; cave e torbiere; caccia; pesca nelle acque interne; agricoltura e foreste; artigianato; altre materie indicate da leggi costituzionali. Le leggi della Repubblica possono demandare alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione".

<sup>12</sup>B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, Bologna, Il Mulino, 1983.

<sup>13</sup>Cfr. N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Giulio Einaudi editore, 1992.

<sup>14</sup>D. MORANA, *La salute nella costituzione italiana: profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002.

<sup>15</sup>D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, seconda edizione, Torino, Giappichelli, 2013, pag. 141.

Inoltre, il diritto alla salute, in qualità di diritto sociale fondamentale, trova tutela anche in numerosi altri articoli della nostra Costituzione: l'art.2 Cost.<sup>16</sup> assicura il ruolo della Repubblica nel garantire i diritti inviolabili dell'uomo e, all'art. 3 Cost.<sup>17</sup>, garantisce il valore della dignità umana, essendo la salute un diritto ad una esistenza degna.

#### 1.2.2. Il ritardo nella messa in atto dell'art.32 Cost.

Nonostante la sua portata innovativa in tema di garanzie individuali, l'art.32, per oltre un ventennio dalla promulgazione della Carta, non destò grande interesse, sia nella dottrina che nella giurisprudenza.

Certamente il diritto alla salute, all'indomani della entrata in vigore della Costituzione, continuava ad essere considerato in base all'idea, di matrice ottocentesca, secondo cui dovesse essere un mero problema di ordine pubblico, allo scopo di conservare il bene-salute, da un punto di vista oggettivo, garantendo la c.d. "società dei sani"<sup>18</sup>.

Si pensi, in riferimento a questo, a quanto osservato da uno dei primi commentatori dell'art.32 Cost., secondo cui il diritto alla salute "consisterebbe nell'obbligare a curarsi chiunque sia malato e ciò anche quando la malattia non costituisce pericolo sociale diretto"<sup>19</sup>. Anche la prima giurisprudenza del Consiglio di Stato ebbe molta fatica ad intravedere il diritto alla salute come diritto soggettivo: la garanzia costituzionale del bene-salute sarebbe solamente "un indirizzo di carattere generale rivolto a tutelare la salute pubblica"<sup>20</sup>.

Solamente dopo un ventennio dall'entrata in vigore della nostra Costituzione cambiò l'interpretazione e la rilevanza della disposizione costituzionale in esame.

La Consulta, appena entrata in funzione, avallava da subito l'idea che "la Costituzione impone di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e di garantire cure gratuite agli indigenti (art. 32), nonché di assicurare ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere l'assistenza

---

<sup>16</sup>Così l'art. 2 Cost: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale".

<sup>17</sup>Secondo l'Art. 3 Cost: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli 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".

<sup>18</sup>F. D. BUSNELLI, U. BRECCIA (a cura di), *Premessa, Il diritto alla salute*, Bologna, Il Mulino, 1979.

<sup>19</sup>S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI, A. LEVI (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Editore Barbera, Firenze, 1950, pag. 335.

<sup>20</sup> Cons. Stato, Sez. V, sent. 10 Giugno 1955, n. 855.

sociale (art. 38), che, in questa sede, comprende, com'è ovvio, l'assistenza ospedaliera<sup>21</sup>.

Attraverso la nuova qualificazione di diritto soggettivo alla salute cambiò, di conseguenza, anche l'operato del legislatore italiano.

### 1.3 Il sistema sanitario tra l'entrata in vigore della Costituzione e la nascita del Sistema Sanitario Nazionale

Nell'arco dei 30 anni che hanno separato l'entrata in vigore della Costituzione dalla creazione del Servizio Sanitario Nazionale, si sono registrati due momenti chiave per un cambiamento radicale del servizio sanitario in Italia.

*In primis*, di notevole importanza è stata l'istituzione del Ministero della Sanità<sup>22</sup> tramite l. n. 296 del 13/03/1958, con il compito di provvedere alla tutela della salute pubblica. Nell'esercizio delle sue funzioni, il Ministero della Salute veniva coadiuvato dal Consiglio Superiore della Sanità (CSS) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il primo con funzioni consultive mentre il secondo con attribuzioni di carattere tecnico-scientifico.

Malgrado la sua creazione, il Ministero della Salute, per via di un incarico non ben definito e di un budget assai limitato, ha impiegato alcuni anni prima di poter rispondere adeguatamente alle esigenze di salute vantate dai cittadini<sup>23</sup>.

Il secondo momento cruciale si riferisce all'entrata in vigore della l. n. 132 del 1968<sup>24</sup>, nota anche come legge Mariotti<sup>25</sup>, che ha apportato una significativa riforma dell'assistenza ospedaliera, in cui gli ospedali divennero istituzioni autonome, riorganizzate su tutto il territorio e suddivise in base alle dimensioni e alle specialità<sup>26</sup>.

Come già accennato, fino a quel momento, gli ospedali italiani erano per lo più sotto la gestione di organizzazioni mutualistiche/previdenziali o di fondazioni religiose (come le Opere Pie). L'arrivo della legge Mariotti del 1968 ha organizzato e introdotto le autorità

---

<sup>21</sup>Così Corte Cost., sent. n. 116/1967.

<sup>22</sup>La nascita del Ministero della Salute lo si deve dalla scorporazione dell'Alto Commissariato dell'Igiene e della Salute Pubblica dal Ministero dell'Interno.

<sup>23</sup>G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste nera ai giorni nostri*, op. cit.

<sup>24</sup>L. del 2 Febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.

<sup>25</sup>Il cammino che portò alla riforma iniziò nel 1967 quando il Ministro della Sanità Luigi Mariotti nominò una Commissione consultiva generale per un cambiamento dell'assistenza sanitaria di base, al fine di elaborare una legge-quadro in materia.

<sup>26</sup>M. BRANCA, *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. e DI GASPARE G. (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Giuffrè, Milano, 2001.

ospedaliera, costituendo il Fondo ospedaliero nazionale e inserendo la pianificazione ospedaliera di competenza regionale<sup>27</sup>.

Tuttavia, *ratio* della riforma del 1968 non si limitava alla sola riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera bensì anche di combattere i crescenti costi di ricoveri e del grande indebitamento maturato dagli enti mutualistici tramite un coordinamento e una razionalizzazione dell'offerta.

Ben presto la crisi finanziaria colpì ospedali e utenti e, per far fronte alla situazione di instabilità economica creata, il legislatore intervenne tramite l. n. 386 del 17/08/1974<sup>28</sup> con cui lo Stato si assunse l'intero ammontare del debito maturato e, una volta sciolte le amministrazioni delle mutue in disavanzo, si preparò alla gestione della salute nel territorio garantendola a tutti i cittadini<sup>29</sup>.

## 2. *L'evoluzione del modello di tutela della salute*

### 2.1 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Già a partire dalla metà degli anni Sessanta incominciò ad affermarsi l'idea di un sistema sanitario che potesse garantire delle risposte a domande di "efficienza e ammodernamento, sviluppo dei poteri pubblici, esigenze vitali del singolo e della collettività e, infine, partecipazione attiva della popolazione all'amministrazione della sanità pubblica"<sup>30</sup>.

Infatti, poco più tardi, sull'onda della crisi finanziaria degli enti mutualistici e sull'effettiva istituzione delle Regioni, responsabili dell'assistenza sanitaria ex art. 117 Cost., il legislatore italiano abbandonò definitivamente il modello assicurativo, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) tramite l. del 23/12/1978, n. 833, vera e propria pietra miliare nel progresso della disciplina della salute in Italia.

Con l'arrivo del novello sistema assistenziale, necessariamente la dottrina e la giurisprudenza hanno riletto, in chiave interpretativa, il disposto dell'art. 32 Cost., affermando il valore precettivo, programmatico e fondamentale del diritto alla salute, non più legato alla sola appartenenza professionale ad una cassa mutua.

---

<sup>27</sup>M. DEL VECCHIO, A. PRENESTINI e V. RAPPINI, *La riconfigurazione dei piccoli ospedali: un'analisi di casi*, rapporto OASI, Milano, 2014.

<sup>28</sup>L. del 17 Agosto del 1974 n.386, *Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria*.

<sup>29</sup>Cfr. A. PITINO, *Autonomie e salute*, in A. MORELLI e L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e territorio. Il valore delle autonomie nell'ordinamento repubblicano*, Giappichelli, Torino, 2015.

<sup>30</sup>C. GIORGI, I. PAVAN, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita: le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le Carte e la Storia*, 2018, p. 112.

Infatti, la l. 23/12/1978, n. 833, dispone, all'art. 1, c. 3, che "Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione (...). L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".

In armonia con quanto già disposto nel DPR n. 616/1977<sup>31</sup>, la legge istitutiva del SSN<sup>32</sup> ha previsto un sistema di attribuzioni di funzioni a livello statale e una rete di servizi a livello locale, caratterizzato dalla gratuità delle prestazioni sanitarie, senza alcun limite di spesa.

Come risulta già dall'art. 1, c. 3, della l. n. 833 del 1978, il SSN era articolato su più piani. Allo Stato erano attribuite funzioni di programmazione generale e di stanziamento delle risorse attraverso il fondo sanitario nazionale. Diversamente, alle Regioni, oltre alla possibilità di realizzare una pianificazione regionale in attuazione di quella statale, erano affidate competenze amministrative e di ripartizione delle risorse finanziarie tra le Unità Sanitarie Locali<sup>33</sup> (USL). Infine, ai Comuni spettava la gestione diretta dell'USL<sup>34</sup>: solo attraverso queste ultime si realizzavano, in ambito territoriale, i compiti e gli obiettivi sanciti a livello del SSN.

In ultimo, la l. n. 883 del 1978 ha avuto il merito di dare piena attuazione al contenuto dell'art. 32 Cost., costruendo le fondamenta dell'attuale servizio pubblico sanitario. Sul piano del suo funzionamento, come si vedrà ora, il novello sistema sanitario mostrò le proprie debolezze a causa di inefficienze gestionali e problematiche finanziarie.

---

<sup>31</sup>Il D.P.R. 24 Luglio 1977, n. 616, in attuazione della delega contenuta all'art. 1 della l. n. 382 del 1975, *Norme sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della pubblica amministrazione*, artt. 27-34, dopo aver chiarito l'oggetto delle funzioni amministrative di assistenza sanitaria, individua le materie e i relativi livelli istituzionali di competenza, valorizzando anche il ruolo dell'autonomia politico-amministrativa dei comuni. Sul tema v. M. C. CLAUDI, *Evoluzione normativa delle aziende sanitarie: dai prodromi del SSN all'avvio della trasformazione delle pubbliche amministrazioni (1967-1990)*, in *Tendenze nuove*, 2010, 1, pp. 88-89.

<sup>32</sup>L. 23 Dicembre del 1978, n. 883, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.

<sup>33</sup>L'art. 10 della l. n. 883 del 1978 definisce l'unità sanitaria locale come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale".

<sup>34</sup>La gestione diretta dell'USL era affidata all'Assemblea generale, organo coincidente col Consiglio comunale o con l'Assemblea generale dei comuni o della comunità montana a seconda dei casi. All'assemblea Generale era affidato il compito di eleggere il Consiglio di gestione, al cui interno era eletto il Presidente. Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, Torino, p. 84.

2.2 Le riforme sanitarie degli anni '90: la ricerca di una miglior efficienza del sistema

### 2.2.1 I motivi di crisi del sistema sanitario italiano e la riforma-bis del 1992

La legge sul SSN ha rappresentato una tappa fondamentale nell'evoluzione della disciplina relativa alla tutela della salute, anche se, tuttavia, si deve tener in considerazione che l'intera materia è stata oltremodo modificata dal d. lgs. n.502/1992<sup>35</sup> recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria"<sup>36</sup>.

Infatti, all'indomani della istituzione del Servizio sanitario nazionale, la l. n.883 del 1978<sup>37</sup> mostrò fin da subito diverse problematicità, alcune di carattere legislativo altre di natura economica<sup>38</sup>.

*In primis*, il principale *vulnus* del nuovo sistema sanitario derivava dalla mancata adozione del Piano Sanitario Nazionale. L'assenza di un piano che potesse orientare obiettivi di spesa in modo consequenziale alle risorse disponibili, creò una incontrollabilità della spesa sanitaria, con continui deficit di bilancio annuali, causando uno scollegamento tra politica sanitaria e politica finanziaria.

Un'ulteriore *défaillance* è stata causata dalla confusione prodotta dall'istituzione delle unità sanitarie locali. Infatti, il legislatore del 1978 non diede loro alcuna definizione giuridicamente rilevante e, di conseguenza, questo permise in concreto un'autonomia gestionale delle stesse, autonomia che in realtà apparteneva ai Comuni<sup>39</sup>.

Inoltre, il forte rapporto che legava l'Unità Sanitaria Locale con i Comuni ebbe come risultato l'adozione di politiche sanitarie volte più ad ottenere un tornaconto elettorale che risposte ad esigenze di carattere funzionale<sup>40</sup>.

Se a quanto brevemente accennato si aggiunge il generale senso di insoddisfazione da parte dei cittadini utenti circa la qualità delle prestazioni sanitarie offerte, si può

---

<sup>35</sup>D. lgs. n. 502 del 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.

<sup>36</sup>Adottato in attuazione della legge delega n. 421 del 1992, *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*. Occorre tenere in considerazione che il d. lgs. fu successivamente modificato in alcune sue parti dal d. lgs. n. 517 del 1993 in seguito alla pronuncia di illegittimità della Corte Cost., sent. n. 355 del 1993.

<sup>37</sup> L. n. 833 del 1978, cit.

<sup>38</sup>Per un maggiore approfondimento sul tema v. M. C. CLAUDI, *Evoluzione normativa delle aziende sanitarie: dai prodromi del SSN all'avvio della trasformazione delle pubbliche amministrazioni (1967-1990)*, op. cit., p.97.

<sup>39</sup>Le unità sanitarie non erano titolari di autonomia di bilancio e di gestione. Infatti la titolarità del patrimonio era assegnata ai Comuni *ex artt.* 65, 66, 67 della l. n. 833 del 1978.

<sup>40</sup>Si tenga in considerazione che gli anni '90 sono anche anni in cui l'emersione di fenomeni di corruzione politici portarono ad un generale e profondo ripensamento del modello fino ad allora vigente in qualsiasi ramo della Pubblica Amministrazione.