

# Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)\*

Barbara Pezzini\*\*

**SOMMARIO:** 1. Contare le riforme, ovvero della doppia discontinuità del riordino del '92 non solo rispetto al passato (1978), ma anche rispetto al futuro prossimo (1993). – 2. Lo stato di salute della riforma sanitaria del 1978 e la reversibilità di un modello. – 3. L'individuazione delle risorse: variabile indipendente? – 4. Gli altri aspetti che definiscono il sistema (regionalizzazione, de-politicizzazione, delegificazione della pianificazione sanitaria, aziendalizzazione). – 5. Un sistema sanitario universale, nonostante la riforma del 1992.

**ABSTRACT:**

L'articolo ricostruisce la riforma del SSN del 1992 alla luce dell'interpretazione che ne ha dato la ricerca giuspubblicistica coeva e più recente. Particolare attenzione è dedicata all'analisi critica del riordino in base al suo impatto sui principi ispiratori del sistema introdotto con la riforma del 1978 (universalità, globalità, eguaglianza). In quest'ottica, il d.lgs. 502/1992 ha costituito il tentativo di una radicale sovversione dell'impianto universalistico della riforma del 1978, il quale non è riuscito a causa delle rilevanti correzioni e modificazioni operate dal successivo d.lgs. 517/1999 in ordine a fattori chiave del sistema (rapporto tra risorse e livelli di assistenza; funzione integrativa e non sostitutiva dei fondi assicurativi; riconduzione delle sperimentazioni gestionali nelle coordinate generali del modello). Chiariti questi fondamentali problemi, l'articolo individua altresì le innovazioni principali ed anche più durature impresse dalla riforma del 1992 all'organizzazione e al funzionamento del SSN (regionalizzazione, de-politicizzazione, delegificazione della pianificazione, aziendalizzazione).

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L'articolo è frutto della rielaborazione della relazione dell'Autrice al XVI Convegno nazionale di Diritto sanitario dedicato a "Il diritto sanitario e sociosanitario a quarant'anni dalla legge 833", organizzato il 29 e 30 novembre 2018 ad Alessandria dal CEIMS (Centro d'Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell'Università del Piemonte Orientale) e dalla SoDiS-Società italiana di Diritto sanitario.

\*\* Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale nell'Università di Bergamo, barbara.pezzini@unibg.it

*The essay analyzes the reform of the NHS of 1992 in the light of the interpretation given by the contemporary and more recent public-law literature. It focuses on the reform's impact on the principles inspiring the system introduced with the 1978 reform (universality, global cover, equality). In this view, Legislative Decree 502/1992 has represented an attempt to radically subvert the universalistic system of the 1978 reform, which failed because of the significant corrections and modifications made by the subsequent Legislative Decree 517/1999 regarding key factors of the system (relationship between resources and levels of assistance; integrative and non-substitutive function of the insurance funds; recovery of "management experiments" in the framework of the model). After having addressed these fundamental problems, the essay also identifies the main and even more lasting innovations of the 1992 reform of the organization and functioning of the NHS.*

Volendo restituire con uno sguardo complessivo e d'insieme, ma necessariamente sintetico, l'interpretazione che la ricerca giuspubblicistica ha dato del "riordino" del 1992, i nodi principali di riflessione appaiono sostanzialmente due<sup>1</sup>.

I diversi approcci nell'interpretazione ed i diversi esiti della discussione sul d.lgs. 502 sollevano, innanzitutto, il problema del "contare" gli interventi che incidono sulla grande riforma sanitaria del 1978, rimarcando una maggiore o minore discontinuità di ispirazione e di intenti nella successione dei provvedimenti legislativi.

In secondo luogo, le riflessioni della dottrina interpretano lo "stato di salute" della stessa riforma del '78 leggendo le condizioni di attuazione della legge 833/1978, a poco più di un decennio dalla sua adozione, in termini di tenuta complessiva ovvero di crisi radicale del suo modello ispiratore e segnandone, in diversa misura, le criticità e difficoltà di attuazione in vista della individuazione delle possibili soluzioni: che si indirizzano, rispettivamente, alla ricerca di aggiustamenti e razionalizzazioni volte a rendere migliore l'attuazione del modello solidaristico-universalistico ovvero di radicali inversioni di rotta e di uno smantellamento di quell'assetto.

Con l'avvertenza che, in ogni caso, si tratta di riflessioni che si presentano nella dottrina sempre strettamente intrecciate tra loro.

## **1. Contare le riforme, ovvero della doppia discontinuità del riordino del '92 non solo rispetto al passato (1978), ma anche rispetto al futuro prossimo (1993).**

Il riordino del Servizio sanitario nazionale, secondo le linee delineate dalla legge di delegazione del 23 ottobre 1992, n. 421 ed attuate dal d. lgs. 502, pur essendo stato preceduto

<sup>1</sup> L'espressione "riordino" corrisponde alla espressa qualificazione del provvedimento nell'intitolazione del d.lgs. 30 dicembre n. 502 come *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, in attuazione, appunto, della legge di delegazione intitolata *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*.

da una nutrita serie di provvedimenti<sup>2</sup> che nel corso degli anni precedenti già avevano introdotto nel modello originario della legge 833/1978 significative modificazioni, rivela un'intenzione e, soprattutto, una portata decisamente più incisive e complessive, rivolte ad incidere profondamente sul modello in quanto tale e non solo su alcuni dei suoi caratteri organizzativi.

In questo senso può essere, innanzitutto, con buona ragione inteso non come un mero riordino, ma come una vera e propria "riforma della riforma" sanitaria del 1978, dunque come la "seconda" riforma sanitaria dell'Italia repubblicana, per marcarne la discontinuità rispetto al passato, rispetto a quella legge 833/1978 che è rivolto a modificare.

Ma vi è anche un altro aspetto rilevante da considerare nella valutazione del decreto 502, vale a dire come viene visto rispetto al suo futuro (che non è solo *prossimo*, ma anche propriamente) *preannunciato ed atteso*, rispetto, cioè, al d. lgs. 517/1993 (*Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*), che, in quanto decreto correttivo, ha fondamento e radice nella stessa legge di delegazione 421 del 1992. Quanta discontinuità è stata letta dalla dottrina giuspubblicistica tra la prima attuazione della delega e la sua correzione? Nella conta degli provvedimenti legislativi, la riforma del 1993 si salda con quella del 1992, come un unico ed unitario intervento di riordino, oppure possiede una sua autonomia che la rende la "terza" riforma sanitaria, condizionando, a sua volta, la numerazione dei successivi interventi?

A nessuno dei commentatori è certamente possibile ignorare che gli interventi del '92 e del '93 nascono strutturalmente coordinati dal meccanismo stesso della legge di delegazione<sup>3</sup>; e, d'altra parte è normale che, quanto più aumenta la distanza temporale da quel momento, chi ne scrive, anche decenni dopo, si limiti a tracciare una sommaria ricapitolazione introduttiva di un quadro normativo interessato successivamente anche da altri incisivi interventi di riforma, in cui ciò che interessa è piuttosto fissare quanto del riordino avviato con la legge delega del 1992 si è consolidato per gli anni successivi, non tanto coglierne in dettaglio i singoli momenti. Ma, al netto di queste considerazioni, resta che una parte della dottrina ha considerato e continua a considerare importante rilevare la discontinuità

---

<sup>2</sup> Ricostruiti in particolare dettaglio da R. IANNOTTA, *Unità sanitarie locali I) Organizzazione*, in *Enc. giur.*, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1994; v. anche D. CHIASSI *La riforma del sistema sanitario*, in *Boll. inf. cost. parl.*, 1995, p. 331.

<sup>3</sup> Osserva F. SORRENTINO, *Legalità e delegificazione*, in *Amministrazione e legalità. Fonti normative e ordinamenti*, a cura di C. Pinelli, Milano, Giuffrè, 2000, p. 20, che, in linea generale, la delega agli interventi correttivi è da considerarsi del tutto autonoma rispetto alla principale, pur essendo normalmente collocata nello stesso testo legislativo e pur essendo sottoposta ai medesimi principi e criteri, in quanto la sua *ratio* corrisponde all'opportunità di sperimentare soluzioni complesse prima di un loro radicamento definitivo nell'ordinamento; tuttavia, nella prassi lo strumento ha consentito al Governo "incisive e ripetute revisioni" delle discipline originariamente introdotte e proprio il d.lgs. 517 del 1993, che ha determinato la cessazione delle operazioni di due referendum abrogativi (uno totale, l'altro parziale) a carico del precedente decreto 502, "testimonia in modo evidente dell'ampiezza e dell'intensità dei poteri modificativi attribuiti al Governo".

tra '92 e '93, come del resto ci ha chiesto di fare questo incontro, ricavandone elementi che qualificano la lettura del percorso<sup>4</sup>.

La “doppia” discontinuità è colta in particolare dalla riflessione sull'art. 9, d.lgs. 502/1992 che, prevedendo un sistema caratterizzato da *forme differenziate di assistenza*, nella sua versione originale evocava modelli assistenziali a matrice privatistica diversificati e “tendenzialmente antitetici rispetto ai principi ispiratori fondamentali del Ssn se non anche, in prospettiva, potenzialmente capaci di comprometterne la stessa ragione di essere”<sup>5</sup> e che, di conseguenza, “poneva il problema in radice, se rimanere o meno dentro i principi e i valori di cui agli artt. 1 e 2 della legge 833”<sup>6</sup>.

Tale versione dell'art. 9 confermava, in continuità con la normativa sulla sperimentazione gestionale introdotta nell'art. 4, co. 6, della legge 412/1991, una originaria ambivalenza di significato<sup>7</sup> della previsione di sperimentazioni di diversi sistemi di servizio sanitario, inglobanti sia i profili di organizzazione del servizio (innovazioni procedurali e amministrative o anche collaborazione pubblico-privato), sia quelli attinenti al finanziamento ed alle regole di accesso. L'adesione a queste forme differenziate di erogazione<sup>8</sup> avrebbe comportato, ai sensi dell'art. 9, rinuncia alle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria per il periodo della sperimentazione e la possibilità di soggetti erogatori alternativi ai presidi del servizio nazionale avrebbe creato una demarcazione tra soggetti fruitori del SSN e soggetti fruitori di un sistema parallelo, facendo venire meno un carattere essenziale della legge istitutiva del servizio nazionale, l'universalità intesa come destinatarietà universale, capace contestualmente di garantire unità al sistema ed uguaglianza ai soggetti destinatari<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. Balduzzi, Bologna, il Mulino, 2009, p. 263, a proposito dell'intitolazione del suo contributo avverte che, per quanto gli ordinamenti nati nel 1992 e nel 1993 debbano essere unitariamente studiati sotto molti profili, devono essere considerati distinti in ordine al problema fondamentale dell'universalità di fruizione del Servizio.

<sup>5</sup> G. RICCIARELLI, *Art. 9 bis*, in *La nuova sanità*, con il coordinamento di F. Roversi Monaco, Rimini, Maggioli, 1995, p. 274.

<sup>6</sup> R. BALDUZZI, *Le 'sperimentazioni gestionali' tra devoluzione di competenze e 'fuoriuscita di sistema'*, in *Quad. reg.*, 2004, p. 533.

<sup>7</sup> Ne parla in questi termini R. BALDUZZI, *Le 'sperimentazioni' cit.*, p. 531, rilevando in questo una precisa continuità con la legge 412/1991, stralcio ed anticipazione del d.d.l. De Lorenzo e sottolineando, p. 532, che la sperimentazione ha per oggetto la funzione di committenza, ben oltre il semplice superamento del sistema convenzionale; v. anche G. RICCIARELLI, *Art. 9 bis cit.* p. 268 sg., che ricostruisce ispirazione, contenuti e problematiche attuative della legge 412 e ne segnala la continuità con l'art. 9.

<sup>8</sup> Che M. CLARICH, *Società mista a capitale pubblico e privato: un possibile modello nella sanità?*, in *Studi in onore di Vittorio Ottaviano*, Milano, Giuffrè, 1993, I, p. 223, riconduce ad una dimensione prevalentemente organizzativa, che avrebbe inteso sostituire un modello caratterizzato dalla tipicità delle forme di gestione con uno meno uniforme.

<sup>9</sup> Rileva A. MATTIONI, *Le quattro riforme cit.*, p. 281, che la possibilità di soggetti erogatori in alternativa ai presidi del SSN sarebbe stata capace di rompere il principio della universalità della fruizione.

L'articolo 9 del decreto 502 supera indenne le contestazioni mosse dalle regioni nel giudizio in via principale di costituzionalità<sup>10</sup>: la giurisprudenza costituzionale fa leva sulla inevitabile elasticità ed intrinseca provvisorietà richiesta dal sistema introdotto – che prevede un periodo di sperimentazione, con particolari verifiche da parte della Conferenza Stato-regioni e necessari aggiustamenti, anche nei meccanismi di finanziamento – escludendo che gli elementi di flessibilità possano essere considerati contrastanti con le previsioni della legge di delega solo perché da questa non espressamente previsti. Ma, pur dichiarando infondata la questione di legittimità costituzionale, anche la Corte costituzionale non rinuncia ad evidenziare, insieme al “carattere fortemente innovativo del sistema permesso”, anche “i rischi sociali connessi all’attuazione dell’una o dell’altra forma di assistenza differenziata”.

Il convergere di critiche e riserve – riconducibili anche alle organizzazioni professionali dei medici che avevano promosso sul punto una richiesta di referendum abrogativo – conduce ad un ripensamento del sistema nel decreto correttivo del 1993, n. 517<sup>11</sup>; con un significativo cambio di rotta, il testo originario dell’art. 9 viene sostituito da una disciplina delle *forme* – non più *differenziate*, bensì specificamente qualificate come – *integrative* di assistenza sanitaria, prevedendo la possibilità di istituire fondi integrativi finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive e assegnando ad un nuovo articolo 9-bis la disciplina di alcune sperimentazioni gestionali (che affida alla Conferenza Stato-regioni il compito di individuare un numero limitato di AUSL – nove – in cui effettuarle). Diversamente sia dalla legge di delega 412/1991, sia dal legislatore delegato del 1992, il decreto correttivo 517 mostra di intendere l’istituto delle sperimentazioni gestionali quale strumento di un miglioramento procedurale e organizzativo che non intende intaccare le linee maestre del sistema<sup>12</sup>, come avrebbe invece consentito il decreto 502, che, ammettendo un’uscita parziale di alcune categorie di utenti dal SSN, si proponeva apertamente di potenziare la concorrenza tra le strutture pubbliche e tra queste e quelle private<sup>13</sup>.

La consapevolezza del ruolo cruciale dell’art. 9 nel marcare la discontinuità e nel palesare la volontà di rendere possibile un allontanamento dalle linee portanti della riforma del 1978 è colta chiaramente anche da chi, riguardando in seguito la vicenda dalla distanza di un ventennio, considera i decreti legislativi 502 e 517 come “un unico intervento di riforma, destinato a ridisegnare il SSN secondo le seguenti linee guida: 1) l’aziendalizzazione;

---

<sup>10</sup> Le regioni ricorrenti sono otto (Valle d’Aosta, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto); la Corte respinge la censura di illegittimità con la sent. 355/1993, su cui v. A. PAOLETTI, *La disciplina di dettaglio statale, in materia di competenza concorrente, tra norme derogabili e norme inderogabili*, in *Giur. cost.*, 1993, p. 3147; G. MOR, *nota*, in *Reg.*, 1994, p. 1103.

<sup>11</sup> Che, comportando modifiche della sostanza della disciplina sanitaria, determina la cessazione delle operazioni relative ad un referendum totale ed uno parziale promossi sul d. lgs. 502: ordinanza 22 dicembre 1993, Ufficio centrale per il referendum della Corte di cassazione.

<sup>12</sup> R. BALDUZZI, *Le ‘sperimentazioni gestionali’ cit.*, p. 535.

<sup>13</sup> G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, p. 971.

2) la separazione tra committenti e fornitori; 3) la regionalizzazione”: sostenendo che da parte del d.lgs. 517/1993 non sarebbero state introdotte “sostanziali innovazioni” rispetto al precedente, non può, infatti, evitare di precisare “a parte il contestato articolo 9 e alcune novità in materia di accreditamento”<sup>14</sup>.

La discontinuità – proprio sul punto specifico dell’art. 9 – tra il 1992 e il 1993 senz’altro riduce e ridimensiona la distanza del riordino del 1992 dalla riforma del 1978.

Ma – ai fini dell’ipotesi che qui si è voluta accreditare, condividendo la lettura che distingue la riforma del 1992 come intervento dotato di autonomia e specificità, in quanto caratterizzata da una volontà di ridiscussione dell’asse portante della struttura universalistica e unitaria della legge 833 – è proprio nella misura in cui le possibilità aperte dal d. lgs. 502 sono state ridimensionate e corrette nel d. lgs. 517 che possiamo contare separatamente due distinti interventi e due linee di riforma, pur paradossalmente scaturiti da un’unica base di delegazione legislativa<sup>15</sup>.

Se ne trova pieno riscontro anche in quelle letture diversamente orientate, che sono ispirate da un positivo apprezzamento degli intenti di liberalizzazione del sistema sanitario presenti nel decreto e ne valutano criticamente il ridimensionamento: confermando che con la versione originaria dell’art. 9 si sarebbe “interrotta, almeno in parte, quella che era stata una delle caratteristiche fondamentali della legge n. 833: la sostanziale unicità di soggetto pagante la prestazione resa, e di soggetto pagato per rendere la prestazione, sempre riconducibile in capo a quell’unico servizio sanitario nazionale, le cui funzioni erano svolte ora dall’Inps, ora dallo Stato, dalle Regioni o dalle unità sanitarie locali”<sup>16</sup>, si rileva che il d. lgs. 517 rappresenta “una battuta d’arresto”, al punto da sollecitare il dubbio sulla effettiva corrispondenza tra legge delegata e legge delegante<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> F. TOTH, *La sanità in Italia*, Bologna, Mulino, 2014, p. 27; ma vi è anche chi, come N. AICARDI, *La Sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo*, a cura di S. Cassese, Milano, Giuffrè, 2003, tomo I, p. 644, ritiene che il d.lgs. 517 abbia semplicemente tenuto conto della pronuncia costituzionale n. 355/1993, senza alterare i contenuti di fondo del riordino introdotto dalla legge delega 421/1992, le cui linee portanti vengono ricondotte alla volontà di reagire alle maggiori disfunzioni del modello di gestione politico-rappresentativo precedente con obiettivo primario del contenimento della spesa.

<sup>15</sup> Su questo aspetto v. le osservazioni di F. Sorrentino già richiamate in nota 2.

<sup>16</sup> R. RUSSO VALENTINI, *Art. 9*, in *La nuova sanità* cit., p. 256.

<sup>17</sup> *Ivi*, p. 258 (sia pure, nell’ambito di un ragionamento sul peso dei limiti posti dalla legge di delegazione e sugli effetti di una loro violazione, con qualche ambiguità a proposito della distinzione tra normazione primaria e secondaria del governo, tra legislazione delegata e delegificazione: v. in particolare nt. 2). L’autrice, comunque, p. 262, suggerisce di risolvere tale contrasto mediante un’interpretazione in cui le forme di assistenza integrativa vengano intese come obbligatorie, pur riconoscendo ai cittadini in ordine ad esse “una più ampia libertà di autonomia e di autodeterminazione”.

## 2. Lo stato di salute della riforma sanitaria del 1978 e la reversibilità di un modello

Per interpretare in modo più complessivo le discontinuità della riforma del 1992 rispetto alla prima riforma sanitaria del 1978 è necessario guardare a come gli autori hanno letto i percorsi attuativi della legge 833, rilevandone elementi di crisi più o meno superabili, anche in vista della individuazione delle possibili soluzioni alle criticità.

Nelle riflessioni della maggior parte dei commentatori sono ben presenti il tasso di polemica che caratterizza il riordino del 1992 rispetto alla 833/1978, così come la volontà di reazione e di correzione di un preciso indirizzo della politica di attuazione del precetto costituzionale di tutela della salute ai sensi dell'art. 32 Cost.

Dopo che la riforma sanitaria del 1978 aveva dato vita ad un sistema culturalmente derivato dall'idea, per così dire, *classica* di stato sociale, finanziato da risorse pubbliche e capace di offrire prestazioni e servizi idonei a rispondere ai bisogni di salute complessivamente rilevati, con l'intervento del 1992 si innova radicalmente, innanzitutto perché – e nella misura in cui – prestazioni e servizi risultano oggettivamente condizionati dalle risorse finanziarie che si ritiene di poter mettere a disposizione del SSN; senza poter trascurare il ruolo giocato dalle difficili condizioni della finanza pubblica del momento – che talora sembrano essere individuate come la vera determinante dei provvedimenti adottati, visti essenzialmente come misure di contenimento della spesa<sup>18</sup> –, il nodo cruciale della differenziazione risiede nel fatto che ad un sistema in cui, sulla base del rilevamento dei bisogni, la prestazione sanitaria è configurata come *funzione pubblica a tutela di un diritto soggettivo*, si intende sostituire un sistema in cui, sulla base di un fabbisogno finanziario preconstituito, un'attività amministrativa a contenuto tecnico fornisce prestazioni e servizi, con oneri diversi per le diverse categorie di utenti. I livelli uniformi delle prestazioni, che nell'impianto della legge 833 sono stati previsti per rendere universale ed omogenea l'assistenza sanitaria prima frammentata negli enti mutualistici, vengono “inequivocabilmente sovrastati dal prevalere dell'esigenza di garantire la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse disponibili”<sup>19</sup>.

Sono questi gli aspetti che hanno indotto a parlare di una vera e propria “*controriforma*”<sup>20</sup>, cogliendo come nel 1992 vengano complessivamente messi in discussione ed attaccati i fondamenti della universalità del sistema. È poi vero che, in una prospettiva temporale più ampia di continuità del servizio sanitario nazionale, l'universalità riuscirà a restare una costante del processo evolutivo, ma ciò avverrà solo in ragione delle modifiche che

<sup>18</sup> N. AICARDI, *La Sanità*, cit., parla di reagire alle maggiori disfunzioni del modello precedente “in funzione dell'obiettivo precipuo del contenimento della spesa”.

<sup>19</sup> F. TARONI, *Tempi moderni*, in *Politiche sanitarie*, 2011, n. 2, p. 60.

<sup>20</sup> A. MATTIONI, *Le quattro riforme*, cit., p. 280.

il decreto correttivo 517/1993 avrà apportato al decreto 502/1992, lasciando aperto un varco attraverso il quale l'idea della funzione pubblica dispiegata a sostegno del diritto ad una fruizione universale potrà sopravvivere e successivamente tornare ad un'affermazione piena<sup>21</sup> nella rilettura razionalizzata della 833/1978 da parte del decreto legislativo 229/99 (*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*).

Le linee di tensione che emergono per l'impatto sulla legislazione sanitaria degli interventi normativi del 1992 sono riconducibili al perdurante confronto/scontro tra gli approcci solidaristico e individualistico nella soddisfazione dei bisogni sociali<sup>22</sup>, che non è stato sopito dalla scelta del 1978; ad essa sono, infatti, seguiti, a brevissima distanza di tempo, provvedimenti e orientamenti fondati su logiche assai diverse, che inducono a riflettere sull'intrecciarsi ed il combinarsi delle crescenti necessità di contenimento della spesa con le carenze di apparati pubblici capaci di azione realmente autonoma ed efficace e persino con le sollecitazioni di gruppi di interesse – con effetti, insieme, incrementali, ma anche di offuscamento delle ragioni ed intenzioni politiche che muovono ad un ripensamento della riforma<sup>23</sup>.

All'attenzione della dottrina emergono anche le indubbe oggettive carenze della fase di attuazione della legge 833, ed in particolare il fallimento della programmazione<sup>24</sup> e la crisi finanziaria del sistema – o meglio del sistema di copertura previsto tramite la contribuzione obbligatoria, che copriva nei primi anni Ottanta il 65-70% della spesa – su cui si focalizza il legislatore<sup>25</sup>. Ma anche se vi è ampia convergenza della dottrina nell'individuare una condizione di crisi del modello di sistema disegnato dalla legge 833/1978, le diverse letture distinguono chi individua criticità delle forme di attuazione, e di conseguenza muove nella direzione di ricercare soluzioni agli aspetti problematici che consentano di ribadire e riconfermare la validità sostanziale degli aspetti di fondo del modello, da chi individua una vera e propria crisi di modello, tale da legittimare l'indirizzarsi verso altri modelli<sup>26</sup>. Le riforme appaiono generalmente necessitate ed opportune nella misura in cui si avverte che, fin dalle sue origini, nella legge di riforma sanitaria è stata presente una sfasatura tra ordinamento originario e gli obiettivi del servizio: tuttavia, mentre nella visione di una parte

<sup>21</sup> A. MATTIONI, *ivi*, p. 315.

<sup>22</sup> R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»)*, in *Quad. reg.*, 2004, pp. 12-15.

<sup>23</sup> A. ROVAGNATI, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 2012, p. 18.

<sup>24</sup> Nel 1985 la legge n. 595 si limita ad organizzare la rete ospedaliera; il PSN arriverà solo nel 1993. Osserva A. MARTINO, *Art. 1*, in *La nuova sanità*, cit., p. 28 che quando venne concepita la programmazione ospedaliera già non si sarebbe più potuto stabilire un effettivo punto di collegamento operativo con la programmazione economica nazionale, nel quadro della quale avrebbe dovuto collocarsi temporalmente e finalisticamente, considerato che il primo programma economico nazionale approvato con la legge 685/1967 non ebbe pratica attuazione.

<sup>25</sup> D. CHIASSI, *La riforma del sistema sanitario*, in *Boll. inf. cost. parl.*, 1995, pp. 333-334.

<sup>26</sup> R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, Torino, 1997.



la messa in discussione della dimensione organizzativa non ne disconosce la dimensione attuativa di un diritto fondamentale di cittadinanza<sup>27</sup>, non mancano le prese di posizione rivolte in direzione opposta, che, anziché nella chiave di razionalizzazione per la migliore realizzazione degli obiettivi di tutela costituzionale garantiti dall'art. 32 Cost., intendono ridimensionare l'obiettivo stesso, limitando le prestazioni per tipi e fasce sociali, e quindi ripensare le scelte di fondo del modello (prendendo a riferimento il modello tedesco o addirittura di quello assicurativo americano)<sup>28</sup>.

### 3. L'individuazione delle risorse: variabile indipendente?

Insieme al già menzionato articolo 9 del d. lgs. 502, il cuore della partita che si gioca nel 1992 sulla ridefinizione del modello è rappresentato dall'art. 1, con particolare riferimento al comma 4, lett. b), secondo il quale il Piano sanitario nazionale definisce i *livelli uniformi di assistenza sanitaria* da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, *rapportati al volume delle risorse messe a disposizione*.

La versione originaria dell'articolo 1 – poi significativamente modificato dall'art. 1 del d. lgs. 517 nei commi 1, 4, 6 e 7<sup>29</sup> – proponeva una concezione in cui la costruzione della determinazione delle risorse da destinare alla funzione di tutela della salute diviene l'assoluta priorità, la *variabile indipendente* cui subordinare l'individuazione dei livelli di assistenza coerenti con tale determinazione<sup>30</sup>: una concezione che è stata efficacemente descritta come una *grezza* attuazione di una visione semplificante della programmazione

<sup>27</sup> In quanto l'organizzazione trova la sua identità e unitarietà nell'attuazione dell'obiettivo finale – che forma l'oggetto di un diritto (diritto alla salute) costituzionalmente garantito come diritto della persona e interesse della collettività da perseguire in modo generale, universale e uniforme – che la rende organizzazione attuativa di un diritto fondamentale di cittadinanza (servizio finalizzato, come servizio pubblico in senso oggettivo): G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 2002, n. 1, p. 86.

<sup>28</sup> G. PASTORI, *ivi*, p. 87; parla esplicitamente di “deliberate volontà di decretare il fallimento della riforma del 1978” anche A. MARTINO, *Art. 1*, cit., p. 25. D. CHIASSI *La riforma*, cit., p. 337, richiama lo scontro politico intorno al disegno di legge De Lorenzo, nella legislatura precedente, che proponendo il ripensamento del modello sanitario aprendo a logiche concorrenziali di mercato sollevava il timore di una volontà di liquidazione del sistema pubblico, con conseguente opzione favorevole alla privatizzazione del mercato della salute.

<sup>29</sup> A. MARTINO, *Art. 1*, cit., p. 26, rileva che le modifiche consentono di “migliorare l'equilibrio tra livelli di assistenza, competenze regionali e finanziamento”.

<sup>30</sup> Lo stesso A. MARTINO, *Art. 1*, cit., p. 24, prendendo a prestito le parole della relazione al disegno di legge per la delega: “In concreto si stabilisce che spetta allo Stato determinare quanta parte del reddito nazionale può essere destinata alla funzione di tutela della salute e, una volta stabilita tale variabile indipendente, spetta parimenti ad esso fissare i livelli di assistenza coerenti con tale determinazione”.

sanitaria, obiettivamente allarmante per la tenuta degli stessi livelli minimi della solidarietà e socialità in materia<sup>31</sup>.

Due sono le principali implicazioni di tale linea di politica sanitaria: l'affermare il primato del vincolo di bilancio degrada i livelli di assistenza da diritti a obiettivi<sup>32</sup>, incidendo profondamente sull'intero modello del sistema, di cui stravolge un dato fondativo; inoltre, l'implicita accettazione di una degradazione dei livelli a "minimi" avrebbe contestualmente agito nel senso di liberare lo spazio a disposizione per l'espansione della finanza privata, indirizzando il modello verso una costruzione multi-pilastro (in cui alla fiscalità generale si affiancano strutturalmente la mutualità collettiva e le assicurazioni individuali)<sup>33</sup>.

Investita dei dubbi di costituzionalità suscitati dalla formulazione dell'art. 1, in merito specificamente alla subordinazione degli interventi pubblici in materia sanitaria alle esigenze finanziarie di bilancio, la Corte costituzionale ha, tuttavia, escluso, nella sentenza 355/1993, che fosse condivisibile l'interpretazione dell'articolo impugnato che fa dipendere *totalmente* gli interventi pubblici in materia sanitaria dalle esigenze finanziarie di bilancio (punto 5 CID)<sup>34</sup>, motivando con il fatto che il decreto delegato non si sarebbe limitato a mantenere la prescrizione contenuta nella legge delega relativa alla coerenza delle prestazioni assicurate con l'entità del finanziamento stabilito per il servizio sanitario nazionale, ma avrebbe altresì imposto di rapportare i livelli di assistenza agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale, oltretutto di prevedere livelli di assistenza che siano comunque garantiti a tutti i cittadini (punto 8 CID).

Una risposta che è apparsa – condivisibilmente – poco soddisfacente, dal momento che, dei tre elementi cui la determinazione delle prestazioni resta condizionata, solo il vincolo della coerenza tra i livelli di assistenza ed il finanziamento assicurato appare realmente consistente, comunque determinando seri problemi, che la Corte costituzionale avrebbe, invece, mostrato di sottovalutare<sup>35</sup>.

<sup>31</sup> A. MARTINO, *Art. 1*, cit., p. 24, parla di un asse centrale della riforma del 1992 "costruito in base ad un concetto assai semplice (e nella sua originaria versione, grezzamente attuato)".

<sup>32</sup> F. TARONI, *Tempi moderni*, cit., p. 61.

<sup>33</sup> Il presupposto, poi dimostratosi infondato, che esistesse una significativa disponibilità di capitali intercettabili a tali fini era probabilmente illusorio già nel 1992. Secondo R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di M. SESTA, Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2014, p. 34, le formule miste adottate in altri paesi avrebbero evidenziato *performance* particolarmente virtuose; F. TARONI, *Tempi moderni*, cit., p. 59, discutendo del quadro degli interventi del Dpef del secondo governo Berlusconi, evoca la ripresa del modello multi-pilastro *NERA* (*National Economic Research Associates*) degli anni '90, che pure, sottolinea, non aveva affatto lasciato buoni ricordi in una parte dell'opinione pubblica.

<sup>34</sup> Va ricordato che la portata della questione risulta limitata dalla struttura stessa del ricorso in via principale, che vincola la Corte al riconoscimento delle sole questioni concernenti l'invasione della sfera di competenza costituzionalmente garantita alle Regioni (da cui il punto 5 del *Considerato in diritto*, che dichiara l'inammissibilità delle questioni sostanziali, che non vengono riconosciute avere di per sé influenza sulla sfera di autonomia garantita alle regioni).

<sup>35</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., p. 959; per un bilancio meno critico delle posizioni della giurisprudenza costituzionale, c'è forse da ricordare, secondo quanto suggerito da R. NANIA, *Il diritto*, cit., p. 32, che in precedenza la Corte costituzionale aveva

Nella ricostruzione critica ed interpretativa della normativa, la dottrina mostra di sfuggire alla semplificazione ampiamente accreditata nel dibattito politico – contemporaneo ed anche successivo – secondo la quale il riordino sanitario sarebbe stato imposto dalla crisi finanziaria che avrebbe reso necessario il ridimensionamento dello stato sociale.

Il riordino del 1992, imperniato sulla rivisitazione del sistema di finanziamento ed incentrato sulla individuazione di livelli uniformi che, pur nel tentativo di non tradire lo spirito della legge 833, fossero comunque funzionali alle risorse disponibili definite annualmente dalla legge finanziaria<sup>36</sup>, viene, così ad esempio, ricollegato anche ad un più ampio e generalizzato processo di privatizzazioni, a cominciare da quella del pubblico impiego, ed all'introduzione nell'azione amministrativa di economicità di gestione e di obiettivi di efficacia ed efficienza (che prevedono il ricorso a strumenti prettamente privatistici, la separazione del concetto di erogazione dal concetto di garanzia della prestazione, la competizione nell'ambito della gestione delle prestazioni)<sup>37</sup>.

Altri, facendo anche notare come il ridimensionamento della spesa in sanità sia stato sproporzionato rispetto agli altri settori della spesa sociale e rispetto al rapporto tra spesa sanitaria e spesa statale complessiva<sup>38</sup>, ritengono che il discorso vada addirittura allargato ad un'analisi in termini di crisi della *costituzione materiale*, intesa come complesso delle forze politico-sociali e dei valori che fondano e mantengono in vita lo Stato, con riferimento sia alla crisi del sistema dei partiti, sia alla problematica complessiva dei diritti sociali; le riforme del 1992 apparirebbero, cioè, all'aprirsi di una vera e propria fase storica di trasformazione, in cui si sarebbero attivati processi di ampia portata, capaci di indurre un cambiamento di segno in indirizzi secolari che si erano considerati irreversibili. Sarebbero i vincoli di solidarietà ad attenuarsi, in un contesto sociale in cui due terzi della popolazione viene allettata dal richiamo individualistico e la stessa funzione di ammortizzatore del partito interclassista di maggioranza relativa sta venendo meno<sup>39</sup>; non solo: mentre l'incapacità a darsi un sistema fiscale accettabile scardina il primo pilastro del compromesso socialdemocratico che sta alla base dello stato sociale, consistente nella redistribuzione del reddito attraverso la fiscalizzazione dei costi dei servizi sociali, sul piano del sistema politico-partitico italiano la *conventio ad excludendum* ha già prodotto lo smantellamento

---

già chiaramente affermato che il canone del bilanciamento con le risorse non è mai tale da consentire che la tutela della salute sia degradabile al rango meramente legislativo (richiamando tra le tante la sent. n. 445/1990).

<sup>36</sup> C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2009, p. 41: in ciò sarebbe stato anticipato dalla legge ponte del 1991, n. 111, che ne costituisce palese anticipazione.

<sup>37</sup> C. BOTTARI, *ivi*, pp. 42-43.

<sup>38</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., pp. 986-987: la riduzione *pro capite* per il 1994 produce oltre il 32% della riduzione complessiva di spesa, del tutto spropositato in relazione al rapporto tra spesa sanitaria e spesa complessiva: si sarebbe, infatti, preferito non toccare i servizi gestiti direttamente dal governo, per colpire quelli affidati alla classe politica operante in periferia.

<sup>39</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., p. 983: "i ricchi non hanno nulla in contrario che per contenere la spesa pubblica si ridimensionino i servizi sociali di cui possono fare a meno".

del secondo pilastro di quel sistema, che richiede l'accesso al governo delle organizzazioni della classe operaia.

#### **4. Gli altri aspetti che definiscono il sistema (delegificazione della pianificazione sanitaria, regionalizzazione, de-politicizzazione, aziendalizzazione)**

Non sono certo meno rilevanti gli altri aspetti caratterizzanti l'intervento del cosiddetto riordino del 1992, cui si accenna qui solo sommariamente, rinviando ad una letteratura imponente che se ne è diffusamente occupata.

Si è già visto che la correlazione tra la determinazione delle risorse e la definizione dei livelli uniformi di assistenza viene affidata alle procedure di pianificazione sanitaria, rispetto alle quali il riordino del 1992 interviene completando il processo di delegificazione del piano sanitario nazionale avviato con la l. 595/1985<sup>40</sup>; se ciò, da un lato, appare in linea con una più generale tendenza al rafforzamento dei poteri normativi o para-normativi del governo, dall'altro, finisce per trovare una giustificazione forte nella constatazione che le procedure precedenti non avevano prodotto alcun piano<sup>41</sup>.

Gli aspetti problematici della delegificazione sono rilevati sia in relazione alla degradazione della fonte di garanzia delle prestazioni, quindi al livello delle scelte sostanziali dei livelli di assistenza uniformi stabiliti dal piano, sia al livello delle garanzie di una collaborazione tra i diversi livelli territoriali di autonomia che ne rispetti l'autonomia costituzionale. Si rileva che il metodo di governo fondato sulla programmazione legislativa risulta necessitato quando al governo ed alla gestione del servizio sono chiamati gli enti del pluralismo istituzionale perché, se si vuole salvaguardare l'autonomia costituzionale degli enti, gli atti dei diversi enti devono avere caratteri della generalità, così che gli atti successivi trovino criteri e limiti obiettivamente determinati<sup>42</sup> e l'auto-programmazione garantisca anche auto-limitazione rispetto singoli e diversi interventi amministrativi nella disponibilità più immediata delle forze politiche. Da qui, nonostante il parlamento si fosse già dimostrato inidoneo ad adottare atti carichi di così generali significati politici, il ricorso alla legge come fonte della disciplina di programmazione era rimasto un perno del sistema anche quando le leggi 466/1983 e 595/1985 avevano innovato le procedure senza tuttavia

---

<sup>40</sup> La legge 23 ottobre 1985, n. 595 modifica le modalità originarie di approvazione del piano sanitario nazionale, nella prospettiva di garantirne l'adozione, sostituendo alla originaria approvazione con atto legislativo del Parlamento la previsione di un atto di indirizzo.

<sup>41</sup> G. MOR, *ivi*, p. 959.

<sup>42</sup> A. MATTIONI, *Le quattro riforme*, cit., p. 272.

estromettere il parlamento, confermando il principio per cui il piano è necessariamente oggetto di controllo democratico.

Il d.lgs. 502/1992 stabilisce, invece, che il piano venga adottato dal governo, d'intesa con la Conferenza permanente Stato regioni provincie autonome, dopo un parere, solo parzialmente vincolante, delle commissioni parlamentari competenti; il *deficit* di garantismo democratico appare tanto più grave perché le attività di tutela della salute non sono più esigenze di una funzione pubblica doverosamente esercitabile ed il Piano sanitario finisce per decidere, in realtà, la misura di stato sociale che si conserva<sup>43</sup>.

Il più complessivo ridisegno organizzativo delle strutture – modificando un sistema che, secondo la riforma del 1978, avrebbe dovuto intrecciare tre livelli territoriali configurandosi come *nazionale* nelle garanzie di uniformità e universalità di accesso, *regionale* nella programmazione, *comunale* nella gestione<sup>44</sup> – avviene nel segno della regionalizzazione, ispirata ed indirizzata sia dai residui della regionalizzazione prevista dal progetto di riforma costituzionale della Commissione De Mita – Iotti, sia da un obiettivo di irrigidimento dei vincoli di bilancio: mobilitare la responsabilità regionale per ridurre la spesa sanitaria pubblica consente, infatti, di distogliere il biasimo dal centro<sup>45</sup>. Non si nasconde il sospetto che la regionalizzazione funzioni come operazione di *estetica contabile*, per cui una parte del disavanzo si limiterà ad uscire dal bilancio dello stato per essere occultata in quelle di regioni e aziende<sup>46</sup>; con un connesso ed ulteriore rischio di scarsa trasparenza, dal momento che la responsabilità regionale per i disavanzi dovuti a gestioni inefficienti potrebbe intrecciarsi a quella, ben diversa, per le scelte di politica sanitaria rivolte a finanziare l'erogazione di livelli superiori di assistenza<sup>47</sup>.

Un altro elemento su cui converge l'attenzione della dottrina è la *de-politicizzazione*<sup>48</sup>.

In proposito si esprime la convinzione che la 833/1978 si sia dimostrata un errore capitale per la classe politica, scatenando nel paese un vero e proprio processo di rigetto contro quella sorta di politicizzazione selvaggia dei pubblici poteri che ne era stato il frutto, per

---

<sup>43</sup> A. MATTIONI, *ivi*, p. 285.

<sup>44</sup> M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie tra ente pubblico e impresa*, in *Ragiusan*, 1993, p. 10, parla di "implosione" del modello originario.

<sup>45</sup> Secondo F. TARONI *Tempi moderni*, cit., p. 63, sacrificando i comuni, il processo intende innescare un *Region building* competitivo.

<sup>46</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., p. 986.

<sup>47</sup> M. CLARICH, *Le nuove aziende*, cit., p. 11.

<sup>48</sup> G. PASTORI, *Sussidiarietà*, cit., p. 92, osserva che già nell'86 si erano eliminati gli organi di derivazione politica e nel 1991 il d.-l. 35, convertito nella l. 111, aveva anticipato il modello tecnocratico, pur conservando un qualche legame organizzativo con il consiglio comunale, come osserva M. CLARICH, *Le nuove aziende sanitarie tra ente pubblico e impresa*, in *Ragiusan*, 1993, p. 8: il modello tecnocratico che ispira il d.lgs. 502 "in modo forse fin troppo esasperato" (*ivi*, p. 8) si pone, invece, agli antipodi del l'opzione per il modello politico-rappresentativo della legge 833, per il quale nella gestione del servizio le esigenze di ampia rappresentatività avrebbero prevalso su quelle della professionalità e della competenza tecnica.

quanto non necessariamente obbligato<sup>49</sup>; si avverte, tuttavia, che il progresso non potrà essere che minimo se nelle nomine dei nuovi direttori generali – a cui sono assegnati tutti i poteri di gestione e rappresentanza<sup>50</sup> – si seguirà la logica dell'occupazione del potere da parte dei partiti: cosa che significherebbe semplicemente passare da USL gestite da una pluralità partiti ad aziende con riferimento ad un'unica forza politica<sup>51</sup>. Le scelte del d. lgs. 502 non appaiono del tutto condivisibili neppure a chi, pur condividendo l'obiettivo di evitare il riprodursi delle degenerazioni partitocratiche, osserva che dal punto di vista organizzativo l'assenza di dialettica interna dovuta alla mancanza di un consiglio di amministrazione a fianco del direttore generale appare criticabile e che la pressione partitica avrebbe potuto essere ridotta anche garantendo un minimo di articolazione organizzativa<sup>52</sup>.

Alla depoliticizzazione ed alla regionalizzazione si connette significativamente anche la riorganizzazione della USL in aziende USL e aziende ospedaliere, che introduce il modello generale di gestione aziendalizzata. Si avverte una chiara inversione tendenza rispetto alla legge 833/1978, che aveva fatto del raggruppamento di tutte le strutture sanitarie locali nell'unità sanitaria uno dei punti qualificanti della riforma, e si registra un arretramento dell'integrazione socio-sanitaria, perché i titolari delle due categorie di funzioni – sanitarie e socio-assistenziali – sono ormai due distinti soggetti giuridici (l'azienda sanitaria, da un lato, il comune, dall'altro: la nuova azienda può assumere i servizi socio-assistenziali solo su delega dei singoli comuni, con oneri a carico degli stessi e contabilità separata, ai sensi dell'art. 3, co. 3, anche se la regione resta libera di disciplinare la materia)<sup>53</sup>. L'aziendalizzazione risponde alla necessità generale di disporre di organi che assumano decisioni politiche (indirizzi e obiettivi) ed organi che impiegando nel modo migliore l'insieme di

<sup>49</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., p. 985, osservando che un'analogia politicizzazione era avvenuta dieci anni prima con la riforma ospedaliera senza dare luogo a contestazioni ed era stata generalmente valutata positivamente: aveva forse inciso una maggiore adesione dei medici, che avevano tratto dalla riforma vantaggi consistenti, ma anche il fatto che, nel frattempo, era anche intervenuto un cambiamento radicale del modo di essere della classe politica e dei partiti.

<sup>50</sup> *Ivi*, pp. 962-963: con il riordino Sindaco, o la conferenza dei sindaci o dei presidenti di circoscrizioni, restano ad esprimere il fabbisogno socio-sanitario delle rispettive comunità e ad adottare linee di impostazione programmatica, ma non sono compresi tra gli organi dell'azienda sanitaria, né appaiono dotati di poteri tali da consentire loro di incidere nei confronti del direttore generale.

<sup>51</sup> *Ivi*, pp. 984-985. Anni dopo S. STAIANO, *Sanità e partiti politici: breve fulgore del sistema delle spoglie "formalizzato"*, in *Verso il decentramento delle politiche di Welfare*, a cura di L. Violini, Milano, Giuffrè, 2011, p. 210, confermerà l'attualità del rischio paventato da Mor la separazione tra politica e amministrazione, perseguita per reagire alle disarticolazioni e opacità del circuito democratico, non ha affatto conseguito i risultati attesi (o forse solo proclamati) di consentire la determinazione degli indirizzi e la verifica dei risultati in sedi stabili e trasparenti, conformate in modo da poter essere sottoposte al giudizio avvertito e consapevole del corpo elettorale; nonché di dislocare la gestione amministrativa negli apparati, resi efficienti dall'autonomia della dirigenza, da valutare in base a parametri di efficienza); i partiti, riorganizzati nelle nuove forme imposte dagli elementi maggioritari immessi nel sistema, hanno ripreso campo accrescendo addirittura la loro presa sugli apparati.

<sup>52</sup> M. CLARICH, *Le nuove aziende*, cit., p. 9: istituendo un consiglio di amministrazione snello, con adeguati requisiti di professionalità e moralità e regole sulle incompatibilità con le cariche politiche.

<sup>53</sup> G. MOR, *Il riordino*, cit., p. 961. Sull'integrazione mancata tra servizi sanitari e socio-assistenziali A. MATTIONI, *Le quattro riforme*, cit., p. 292.

strutture e risorse umane esercitino le funzioni utili al perseguimento dei fini, distinguendo tra i rispetti assetti ed i rispettivi presupposti: solo i primi hanno, infatti, bisogno di legittimazione politico-rappresentativa, mentre i secondi si giovano piuttosto della presenza di competenze tecnico-professionali. Se – e, forse più precisamente, *nella misura in cui* – l’opzione della riorganizzazione aziendale, che porta a compimento il processo avviato dalla l. 111/1991, è finalizzata all’utilizzazione ottimale delle risorse, può rivelarsi servente e funzionale al perseguimento dei fini resi più difficili dalle ridotte allocazioni di risorse senza mettere in causa “il significato del SSN come portatore delle istanze dello stato sociale nel campo di tutela della salute”<sup>54</sup>.

## 5. Un sistema sanitario universale, nonostante la riforma del 1992

Per giungere ad una veloce conclusione, il riordino del 1992 appare indubbiamente come un momento decisivo, in cui si consuma il tentativo di una radicale sovversione dell’impianto universalistico della riforma sanitaria del 1978, che ne contraddice l’ispirazione solidaristica e ne ribalta la struttura organizzativa. Ma l’esperimento non riesce.

Il fallimento della prospettiva di rovesciamento delle linee ispiratrici della legge 833 ed il ridimensionamento delle aspettative affidate al riordino consentono allora, nel giudizio complessivo della dottrina e guardando alla distanza, di confermare la tenuta universalistica dell’impianto della riforma sanitaria, che proprio nell’arco complessivo dell’ultimo decennio del secolo si riassume *malgrado* il riordino del 1992 e *grazie* alla prima correzione del 1993, ma soprattutto alla *quarta* riforma del 1999<sup>55</sup>.

La traccia tipica del sistema resta universalistica, di assistenza diretta e indifferenza soggettiva, garantendo un servizio pubblico caratterizzato da principi di universalità, globalità e uguaglianza, in grado di assicurare – attraverso l’iscrizione obbligatoria ed indisponibile da parte di ciascun cittadino ed il finanziamento a carico della fiscalità generale – un insieme tendenzialmente completo di prestazioni di promozione, cura e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, nonostante che da un’erogazione a matrice solo pubblicistica si passi ad un sistema a competizione amministrata tra erogatori pubblici e privati, orientato a parametri di efficacia e organizzazione di stampo aziendalistico<sup>56</sup>.

E se si riconosce che “lo stretto ancoraggio ai principi costituzionali del sistema così delineato costituisce senz’altro il principale motivo della sua vitalità e della sua sostanzia-

<sup>54</sup> A. MATTIONI, *Le quattro riforme*, cit., p. 296.

<sup>55</sup> Il richiamo è naturalmente ancora a A. MATTIONI, *Le quattro riforme*, cit., come già osservato sopra, par. 2 e particolare nt. 21.

<sup>56</sup> C. TUBERTINI, *Cinquant’anni di organizzazione sanitaria: dall’uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, p. 68.

le permanenza in vita, nonostante i profondi cambiamenti da esso subiti nel corso del tempo”<sup>57</sup>, non può mancare una sottolineatura del significativo apporto che, nella direzione della salvaguardia del sistema, deriva anche e propriamente dalla cultura giuridica: la messa in opera di una sensibilità costituzionale finalmente acquisita, che non intende recedere sul terreno delle garanzie costituzionali, ha fatto sì che al ripensamento politico non corrispondesse quello giurisdizionale, ed, anzi, ha consolidato il riconoscimento di “diritti” in materia di salute<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> *Ibidem.*

<sup>58</sup> A. ROVAGNATI, *La pretesa*, cit., p. 21.