

# Amministrazione in cammino

Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione  
a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" - Luiss Guido Carli

Bologna, 22 dicembre 2003  
convegno promosso dalla Regione Emilia-Romagna  
*I valori di una riforma.*  
*25 anni di Servizio sanitario nazionale*

## La storia di una legge

prof. avv. Renato Balduzzi  
*ordinario di diritto costituzionale nell'Università di Genova*

Più che della storia, mi occuperò della preistoria (costituzionale) della legge n. 833. La storia è bene che la raccontino i protagonisti diretti, che sono a conoscenza di quelle sfumature che lo studioso può soltanto supporre. Solitamente, allo specialista si assegna il compito di disegnare lo sfondo complessivo; in quanto costituzionalista, cercherò in particolare di inserire tale riforma dentro il percorso di attuazione costituzionale.

In uno studio dei primi anni Ottanta, uno dei più fini studiosi italiani di diritto sanitario, prematuramente scomparso, il professor Gianfranco Mor, scriveva: "A partire dal 1970 tutto sembra cambiare in modo radicale: (...) negli otto anni che vanno dall'elezione dei primi consigli delle regioni ad autonomia ordinaria alla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, l'amministrazione italiana è cambiata più che non nei cento anni precedenti: cito alla rinfusa la regionalizzazione dello Stato, il massiccio trasferimento di funzioni amministrative alle regioni e agli enti locali, l'avvio della riorganizzazione dell'amministrazione sovracomunale, il tentativo di aprire l'apparato alla partecipazione. Lo Stato burocratico tende a divenire uno Stato popolare" (G. Mor, *Centralismo e autonomie territoriali negli ultimi dieci anni: dallo Stato burocratico allo Stato dei partiti*, in *Studi Amorth, II*, Milano, Giuffrè, 1982, pp. 370-371).

Al di là di una qualche enfasi, va colto il giudizio di fondo: la legge istitutiva del Ssn si inserisce dentro la cornice del cambiamento delle forme e dei modi della statualità e in particolare dentro una traiettoria che significativamente parte dall'elezione dei primi consigli delle regioni ad autonomia ordinaria.

Si potrebbe dire, in altri termini, che l'attuazione larga del diritto sociale alla salute e l'attuazione del disegno autonomistico abbiano proceduto, negli anni Settanta, di pari passo e che dunque non sia stato casuale che l'accelerazione decisiva, dopo trent'anni di tentativi di riforma del sistema sanitario, sia avvenuta proprio negli anni della cosiddetta solidarietà nazionale o solidarietà democratica, cioè negli anni in cui più forte era la spinta a un'attuazione integrale del disegno costituzionale, ricomponendo in unità le due parti della Costituzione e ricostruendo una convergenza tra settori politici e culturali che, sotto questo specifico profilo, in sede di Assemblea costituente avevano faticato ad intendersi

# Amministrazione in cammino

Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione  
a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" - Luiss Guido Carli

pienamente (alla freddezza o almeno alla tiepidezza di consistenti settori dello schieramento politico nei confronti dell'istituto regionale, nei decenni successivi avrebbe fatto da contrappunto la sostanziale disattenzione, per questo aspetto dell'attuazione costituzionale, da parte della maggioranza governativa e parlamentare).

Che maggiore garanzia del diritto alla salute rimasse con maggiore autonomismo non era peraltro un'acquisizione inedita per il nostro Paese.

All'indomani della Liberazione, il CLN del Veneto elaborò una serie di proposte il cui nodo centrale era costituito dall'assunto secondo il quale, al fine di risolvere quelli che con terminologia risalente venivano chiamati i problemi igienico-assistenziali, sarebbe stata opportuna l'istituzione di un'organizzazione sanitaria e assistenziale su base regionale, dotando la regione stessa non soltanto di compiti di controllo e di coordinamento delle attività sanitarie periferiche, ma altresì di compiti normativi e precisamente di una parte di quelle attribuzioni all'epoca esercitate dalla Direzione generale di Sanità. Con sorprendente attualità, il Progetto veneto (15 settembre 1945), mentre preconizzava un'organizzazione a base regionale, non opponeva il livello regionale a quello centrale, ma ridisegnava quest'ultimo proponendo la creazione di un apposito "Ministero di Sanità e di Assistenza", "non pletorico e non accentratore", ma con "funzioni direttive e di propulsione". Degna di nota è anche, nel medesimo Progetto, una presa di posizione che appare come l'anticipazione di una discussione, nata con la legge n. 833 e continuata sino ai giorni nostri (di cui è espressione la "contestualità" tra l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e l'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Ssn, richiamata nell'art. 1, comma 3, del d.lgs. 502/1992, nel testo sostituito dal d.lgs. 229/1999): secondo tale progetto, "le possibilità finanziarie della futura organizzazione sanitaria devono essere adeguate all'importanza che hanno nella vita nazionale le attività sanitarie e assistenziali e nel contempo in armonia e in equilibrio con le altre esigenze della vita civile".

Nell'ambito dei lavori dell'Assemblea Costituente, come si è fatto cenno, l'attenzione ai profili sostanziali del diritto alla salute sembra, in apparenza, non rimare con le spinte in senso autonomistico: gli interventi che maggiormente sottolineano i primi sono nel contempo generalmente tiepidi con le seconde. Ma si tratta di apparenza, oltre che, come già detto, di un effetto della sottovalutazione in quegli anni, da parte di alcuni settori dello schieramento politico, della funzione e del ruolo delle istituende regioni. C'è un passaggio di un intervento in Aula (8 luglio 1947) di Giuseppe Di Vittorio che ben dimostra come la tiepidezza, se non l'ostilità, verso il conferimento alle regioni di competenza in materia sanitaria nascesse non da una pregiudiziale convinzione sull'incompatibilità tra diritti sociali e organizzazione autonomistica, ma dalla consapevolezza del grande divario tra regione e regione ("lasciando al Paese intera la responsabilità dell'assistenza sanitaria, si deve fare in modo che tutto il Paese, con tutti i suoi mezzi e le sue risorse, concorra a creare o a sviluppare l'assistenza sanitaria anche nelle Regioni più povere, dove questa non esiste"). Nel fronte "regionalista", per contro, il convincimento dell'indispensabilità di forti

# Amministrazione in cammino

Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione  
a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" - Luiss Guido Carli

autonomie regionali al fine di far avanzare la tutela sanitaria è ben presente non soltanto nelle proposte del relatore Ambrosini, ma anche in appassionate prese di posizione di deputati singoli (tra le quali corre l'obbligo, in questa sede, di ricordare quella del deputato romagnolo Cino Macrelli, cui va il merito di avere concorso in maniera decisiva alla presenza dell'assistenza sanitaria e ospedaliera tra le materie di competenza regionale); e il mancato accoglimento della proposta di Oliviero Zuccarini di aggiungere anche l'"igiene e sanità pubblica" tra le materie regionali si deve più al prevalere di preoccupazioni concernenti i divari regionali che non al convincimento dell'inidoneità regionale nella suddetta materia o a un rifiuto consapevole della concezione (questa sì prevalente tra i costituenti) dell'ente regione come limite al potere statale.

È su questa "preistoria" di sensibilità e di orientamenti che ha fatto perno il movimento che condurrà alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e, sotto questo profilo, anche alle sue riforme, pur così diverse tra loro, prima con il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, poi con il (largamente) correttivo d. lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, per arrivare al d. lgs. 19 giugno 1999, n. 219, nella direzione di una maggiore regionalizzazione e aziendalizzazione, in grado di ovviare a talune debolezze della legge istitutiva (consistenti non tanto nella presunta disattenzione alle esigenze budgetarie, quanto piuttosto, secondo uno spunto di Fabio Merusi, nella mancata individuazione di efficaci strumenti di calcolo della spesa globale, oltre che, come ebbe ad affermare un'importante decisione della Corte costituzionale, la n. n. 245 del 1984, nell'inclinazione a riprodurre e rimoltiplicare i centri di autonomia).

Di segno diverso paiono invece le odierne proposte in discussione al Senato e note sotto il segno della cosiddetta devoluzione: in esse sembra prevalere il collegamento tra le tendenze al superamento del modello *Beveridge* di Stato sociale e la riconduzione integrale alle regioni dell'assistenza e dell'organizzazione sanitaria, dunque orientamenti volti a rompere quel rapporto di diretta correlazione tra aumento della tutela sanitaria e regionalizzazione del sistema. Secondo alcuni quest'analisi sarebbe infondata (e le conseguenti preoccupazioni dunque eccessive) in quanto non verrebbe toccata, dai vari progetti susseguitisi di ulteriore revisione dell'art. 117, la competenza statale in tema di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; in tal senso si sarebbe espressa anche la relazione illustrativa dell'originario Atto Senato n. 1187. Ma proprio la lettura della relazione illustrativa legittima quelle perplessità e preoccupazioni, posto che, a tacer d'altro, il richiamo è fatto non ai livelli essenziali di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), bensì ai "livelli minimi ed essenziali", formula la cui ambiguità si coglie a pieno soltanto se la si misura con l'oscillazione legislativa, su di essa, nel corso degli anni Novanta e con la soluzione finale offerta dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, dalla legge delega 30 novembre 1999, n. 419 e dal relativo d. lgs. 19 giugno, 1999, n. 229; sono essenziali quei livelli necessari e appropriati, rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia alle modalità di erogazione delle prestazioni (dunque, come è stato efficacemente scritto da Francesco Taroni, il tetto massimo, la soglia, non il livello minimo di garanzia).

# Amministrazione in cammino

Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione  
a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" - Luiss Guido Carli

---

Le perplessità accennate non diminuiscono ove ci si addentri a esaminare le recenti proposte di modificazione a livello di legislazione ordinaria, caratterizzate dalla dichiarata intenzione di correggere alcuni disfunzioni del sistema senza stravolgerne i connotati. Se si prende in esame il recentissimo d.d.l. in tema di dirigenza sanitaria, si può constatare come da esso, sotto le dimesse vesti di un riequilibrio delle attribuzioni concernenti il cosiddetto governo clinico a favore di quelli che un tempo si chiamavano i primari (oggi dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa, o direttori), traspaia un ridimensionamento drastico sia della regionalizzazione, sia dell'aziendalizzazione. Due considerazioni si impongono: in primo luogo, sembra tutt'altro che pacifica, sia a costituzione vigente, sia (a maggior ragione) nella prospettiva della sua revisione in senso ulteriormente "devolutivo", la competenza statale in ordine alla disciplina di tali oggetti; in secondo luogo, non appare chiaro se tali modificazioni si iscrivano dentro un orientamento volto a mantenere i principi e i valori, nonché i tratti essenziali del Servizio sanitario nazionale quali costruiti a partire dalla legge n. 833, ovvero a modificarli radicalmente. Su questi temi un più largo dibattito a livello di opinione pubblica parrebbe a me in questo momento indispensabile.

Se il nostro Paese riuscisse o ritornasse ad avere gusto e passione per la propria carta costituzionale e per la propria storia costituzionale, oltre che equilibrato rispetto per le istituzioni di garanzia disegnate dalla Costituzione (passione e rispetto che sono condizioni non eludibili per la normalità istituzionale), allora anche la discussione sugli assetti del sistema sanitario diventerebbe più semplice, in quanto discussione non sui principi e sui valori del Servizio sanitario nazionale, ma sulle modalità migliori per realizzarli e perseguirli.

È l'augurio, non scevro da preoccupazioni, che mi sento di trarre dall'interessante e provvida Giornata organizzata dalla Regione Emilia-Romagna.