

Breve storia del Servizio sanitario nazionale

di Vincenzo Antonelli

Sommario. 1. Nozione. 2. Evoluzione legislativa. 3. La disciplina vigente. 3.1. La pianificazione. 3.2. Il finanziamento. 3.3. I livelli essenziali di assistenza. 3.4. Le strutture di erogazione. 3.5. La partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini. Bibliografia

1. Nozione

Il servizio sanitario nazionale è attualmente definito dal legislatore quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto (art. 1, comma 1, D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

Il servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (art. 1, comma 2, D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, così modificato dall'art. 1, d.l. 18 settembre 2001, n. 347).

L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte degli assistiti (art. 1, comma 3, D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502).

2. Evoluzione legislativa

L'introduzione di un servizio pubblico volto a soddisfare la domanda di salute dei cittadini risale al programma economico nazionale 1966-1970 fissato con la l. 27 luglio 1967, n. 685, il cui cap. VII delinea un quadro organico di riforma sanitaria prevedendo l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale, l'adozione di un quadro per la sanità e la disciplina di un servizio sanitario nazionale articolato in comuni, province e regioni, l'erogazione di prestazioni sanitarie (preventive, curative e riabilitative) estese a tutti i cittadini, l'unificazione dei trattamenti sanitari e dei sistemi di erogazione attraverso unità sanitarie locali presenti su tutto il territorio nazionale per assicurare la tutela della salute del cittadino a livello dell'intervento sanitario di base.

La successiva l. 12 febbraio 1968, n. 132 (cd. Legge Mariotti) procede alla pubblicizzazione degli ospedali, creando l'ente ospedaliero, persona giuridica pubblica che provvede "al ricovero ed alla cura degli infermi", a cui sono ricondotte, per trasformazione, le IPAB e gli altri enti pubblici operanti esclusivamente nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e per scorporo gli ospedali

dipendenti da enti pubblici aventi differenti finalità (ad es. di comuni, province, consorzi, enti mutualistici, ecc.).

Gli enti ospedalieri prestano le cure mediche, chirurgiche generali e specialistiche; partecipano alla difesa attiva della salute in coordinamento con le attività delle altre istituzioni sanitarie locali; contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono la educazione igienico-sanitaria e del malato e del suo nucleo familiare, avvalendosi del proprio personale sanitario.

Anticipando l'attuazione dell'ordinamento regionale gli enti ospedalieri sono configurati come enti regionali, costituiti con decreto del Presidente della Regione su delibera della Giunta. La regione esercita su di essi funzioni di vigilanza e tutela; ne scioglie il consiglio di amministrazione in caso di dimissioni della maggioranza dei componenti, di persistente violazione dello statuto, del regolamento e del piano ospedaliero nazionale o regionale.

Successivamente all'istituzione delle regioni, il legislatore statale ha avviato un processo di regionalizzazione del servizio sanitario. Con il d.p.r. 14 gennaio 1972, n. 4, sono trasferite alle regioni a statuto ordinario le funzioni in materia di "assistenza sanitaria ed ospedaliera". In particolare, è confermato il ruolo della regione nei confronti degli enti ospedalieri e sono conferiti alle regioni i compiti e servizi già esercitati dallo Stato nell'ambito dell'assistenza sanitaria pubblica salvo l'intero settore dell'assistenza mutualistica.

Con il d.l. 8 luglio 1974, n. 264 (convertito in legge 17 agosto 1974, n. 386) e la l. 29 giugno 1977, n. 349 si procede alla soppressione degli enti mutualistici, anche per la grave crisi finanziaria in cui questi si erano trovati per l'aumento dei debiti nei confronti degli enti ospedalieri, e vengono trasferiti alle regioni i compiti in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera di cui si facevano carico gli enti previdenziali e le casse mutue.

È con la l. 23 dicembre 1978, n. 833 che si procede all'istituzione del servizio sanitario nazionale mediante il quale la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, secondo il dettato dell'art. 32 della costituzione.

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 senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio (art. 1, comma 3, l. 23 dicembre 1978, n. 833).

L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale sono assicurati il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività, nonché la partecipazione delle associazioni di volontariato.

Si crea, in tal modo, una rete di unità sanitarie locali, con le quali provvedere in modo uniforme su tutto il territorio nazionale alla tutela della salute attraverso l'erogazione diretta di prestazioni di cura e prevenzione ovvero mediante strutture ad esse collegate. La l. n. 833 del 1978, oltre a dare attuazione piena ed organica al diritto costituzionale alla salute, organizza un servizio sanitario pubblico che dà vita ad un modello organizzativo che tutti i livelli istituzionali. In particolare, se a livello comunale (o di associazionismo intercomunale) viene concentrata la generalità dei compiti operativi del servizio sanitario nazionale, a livello regionale sono ricondotti compiti di regolazione, di programmazione e finanziamento.

Tuttavia, il sistema delineato dalla l. n. 833 del 1978 non tarda a manifestare delle criticità quali una ambiguità organizzativa dell'unità sanitaria locale, il configurarsi delle unità sanitarie locali alla stregua di "poteri" locali autonomi, sostanzialmente irresponsabili dei risultati di gestione, la politicizzazione degli organi delle unità sanitarie locali che causa una diffusa inefficienza

gestionale, e che talora degenera in malcostume e corruzione. Lievita in modo insostenibile il costo del sistema per l'illimitata e indiscriminata estensione delle prestazioni, che comporta la necessità di ripiani periodici dei disavanzi di bilancio delle unità sanitarie locali, e per la mancata attivazione della programmazione nazionale.

Queste criticità legittimano successivi interventi legislativi correttivi ed integrativi della legge n. 833 del 1978, volti a perseguire il controllo e la riduzione della spesa, ridimensionando la portata dei principi di globalità e gratuità del servizio. Si tratta di interventi diretti ad introdurre la compartecipazione degli utenti ai costi del servizio (tickets), un aumento dei contributi sanitari, la limitazione delle prestazioni erogabili a carico del servizio sanitario nazionale, l'apposizione di tetti e blocchi all'offerta di servizio delle unità sanitarie locali (blocchi assunzioni, riduzione posti letto degli ospedali, tetti delle spese per l'acquisto di beni/servizi, parametri quantitativi cui vincolare le prescrizioni dei medici di base, ecc.). Altri interventi si dirigono verso il recupero dell'efficienza e dell'economicità di gestione del servizio. A tal proposito è introdotta la figura dell'amministratore straordinario, nominato dalla regione, che dispone di tutti i poteri di gestione, anche se rimane affiancato da un comitato di garanti di nomina comunale con funzione di indirizzo (l. 20 dicembre 1991, n.35).

Al riordino del servizio sanitario nazionale provvede la l. 23 ottobre 1992, n. 421, attuata con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. In particolare, il d.lgs. n. 502 del 1992 procede alla estromissione pressoché totale dei comuni nella gestione della sanità, alla riduzione del numero delle unità sanitarie locali, alla aziendalizzazione e depoliticizzazione delle stesse, alla responsabilizzazione finanziaria delle regioni, nonché alla prefigurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private fondato sull'accreditamento ed il finanziamento a tariffa. Inoltre, gli ospedali maggiori divengono autonomi e sono incorporati dalle unità sanitarie locali.

La successiva legge delega 30 novembre 1998, n. 419 e il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 rafforzano la regionalizzazione del servizio sanitario nazionale riconoscendo alle regioni nuove e più ampie facoltà sia in sede di programmazione regionale che di gestione dei servizi, aprendo la strada a sistemi sanitari regionali tra loro differenziati. In particolare, vengono attribuite alle regioni funzioni di regolazione riguardanti l'articolazione sul territorio regionale delle aziende sanitarie, la definizione dei principi e dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato, il finanziamento delle aziende sanitarie, delle modalità di vigilanza, controllo e valutazione dei risultati, nonché l'organizzazione e il funzionamento delle attività inerenti all'accreditamento.

3. La disciplina vigente

3.1. La pianificazione

Il servizio sanitario nazionale è caratterizzato da una significativa fase di pianificazione che si concretizza in primo luogo nell'adozione di un piano sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale individua i limiti (quantitativi, tipologici e qualitativi) delle prestazioni che il servizio sanitario nazionale è tenuto ad offrire e a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, insieme ad obiettivi di "crescita" o di "evoluzione" del sistema.

Contestualmente al piano sanitario nazionale sono individuate le risorse finanziarie disponibili, e quindi strumentalmente necessarie, per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni da erogare.

Il piano sanitario nazionale è predisposto dal Governo, su proposta del Ministro della salute, tenendo conto delle proposte avanzate dalle regioni singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento (ad es. Conferenza delle regioni), e sentite le commissioni parlamentari competenti e le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative. Il piano sanitario nazionale è adottato dal Governo previa intesa con la Conferenza unificata entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente ed ha durata di 3 anni.

Il piano sanitario nazionale indica, tra l'altro, le aree prioritarie di intervento, anche al fine di ridurre le disuguaglianze sociali nei confronti della salute, i livelli essenziali di assistenza da assicurare per il triennio (si ricorda che l'art. 6, comma 1, del d. l. 18 settembre 2001, n. 347 prevede l'autonoma definizione dei livelli essenziali di assistenza con decreto del Presidente del consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute di concerto con quello dell'economia e finanze previa intesa con la Conferenza Stato-regioni), la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del piano sanitario nazionale e le sue disaggregazioni per livelli di assistenza, gli indirizzi che orientano il servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici per rivedere e valorizzare la politica clinica ed assistenziale e l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza, i criteri e gli indicatori di verifica dei livelli di assistenza assicurati rispetto a quelli previsti.

Anche le regioni sono tenute ad adottare un proprio piano sanitario regionale, volto ad effettuare le scelte strategiche di medio termine e di sviluppo del servizio, anche prevedendo ulteriori obiettivi del servizio regionale in relazione alle esigenze specifiche della popolazione regionale. Pertanto, lo stesso non può essere considerato solo un piano di attuazione di quello statale, ma è un vero e proprio piano di politica sanitaria regionale. Il piano sanitario regionale deve garantire la partecipazione degli enti locali (attraverso la Conferenza per la programmazione socio sanitaria regionale di cui all'art. 2 del D. lgs. n. 502 del 1992), nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal servizio sanitario nazionale. Se il piano sanitario regionale non è adottato entro 1 anno dall'entrata in vigore del piano sanitario nazionale, la regione inadempiente non può procedere all'accreditamento di nuove strutture, disposizione rimasta inattuata.

3.2. Il finanziamento

La l. n. 833 del 1978 al fine di garantire il finanziamento del servizio sanitario nazionale aveva istituito un fondo sanitario nazionale, annualmente determinato con la legge di approvazione del bilancio dello stato.

Il successivo d.lgs. n. 502 del 1992 introduce nuovi criteri di finanziamento e di spesa, che non fanno capo esclusivamente al fondo sanitario nazionale, ma anche alle forme di compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria, nonché all'autofinanziamento regionale.

Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, il d.lgs. n. 502 del 1992 prevede la possibilità di istituire fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definiti dal piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

La legge finanziaria per il 1997 (l. 23 dicembre 1996, n. 662) ha introdotto, per ripartire il fondo sanitario nazionale, la quota capitaria "pesata" attraverso fattori di ponderazione legati principalmente ai consumi sanitari per età e sesso della popolazione residente diversificati secondo le funzioni assistenziali o i livelli essenziali di assistenza. Il d. lgs. n. 229 del 1999 ha confermato il meccanismo della quota pesata quale sistema di allocazione delle risorse tra le regioni. Successivamente il d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, sopprimendo il fondo sanitario nazionale – sostituito dall'attribuzione alle regioni di alcune entrate proprie, come ad esempio l'addizionale regionale dell'IRPEF - ha comunque previsto il vincolo di destinazione delle spese sanitarie, poi abrogato dalla legge finanziaria per il 2001 (art. 83 della l.23 dicembre 2000, n. 388).

L'entità del finanziamento destinato al servizio sanitario nazionale a carico del bilancio statale non costituisce un presupposto sovraordinato alla programmazione sanitaria, ma una delle componenti di valutazione che la programmazione deve tenere conto nel momento in cui individua gli obiettivi

da conseguire nel triennio, in funzione di salvaguardia del nucleo inviolabile del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost..

3.3. I livelli essenziali di assistenza

I livelli essenziali di assistenza indicati nel piano sanitario nazionale costituiscono il contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio che le regioni devono assicurare, nelle varie forme che può assumere l'erogazione del servizio, ad ogni destinatario del servizio stesso nell'ambito del proprio territorio. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal piano sanitario nazionale, tradizionalmente indicate con il termine "assistenza sanitaria".

L'assistenza sanitaria erogata dal servizio sanitario nazionale in base al d.lgs. n. 502 del 1992 si svolge negli ambiti dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

Il comma 7 dell'art.1 del d.lgs. n. 502 del 1992 come sostituito dall'art. 1 del d.lgs. n. 229 del 1999 fa rientrare nel concetto di assistenza sanitaria i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate pur quando risultino esorbitanti dai livelli essenziali e uniformi di assistenza.

L'assistenza sanitaria comprende una molteplicità di servizi. L'assistenza medico-generica costituisce la cd. medicina di base prestata da personale di medicina generale o con specializzazione pediatrica tra cui ciascun assistito sceglie liberamente il proprio medico di fiducia.

L'assistenza specialistica si concretizza in prestazioni medico-specialistiche, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio contemplate dai livelli di assistenza sulla base degli indirizzi della programmazione e delle disposizioni regionali. L'assistenza ospedaliera è prestata attraverso la rete ospedaliera (presidi e aziende ospedaliere) e gli istituti convenzionati con il servizio sanitario nazionale. L'assistenza farmaceutica è erogata dal servizio sanitario nazionale, attraverso le farmacie, sia pubbliche che private convenzionate, presso le quali gli assistiti possono ottenere, su presentazione di ricetta compilata dal medico-curante, la fornitura di preparati galenici e di specialità medicinali e di altri prodotti sanitari erogabili nei limiti previsti dai livelli di assistenza. L'assistenza infermieristica comprende un insieme di prestazioni che possono essere erogate ambulatorialmente o in strutture ospedaliere a seguito di ricovero del soggetto malato o, infine domiciliarmente sfruttando a tal uopo convenzioni con associazioni di volontariato.

3.4. Le strutture di erogazione

Per l'erogazione delle prestazioni il servizio sanitario nazionale ricorre ad una pluralità di strutture e organismi. Il d.lgs. n. 502 del 1992 prevede che le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché dei soggetti accreditati.

I presidi dell'unità sanitaria locale sono gli ospedali che non hanno natura aziendale, ai quali è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale.

Le aziende ospedaliere sono gli ospedali incorporati dall'azienda sanitaria locale e costituiti in aziende autonome dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale.

Le aziende ospedaliero-universitarie sono strutture dotate di autonoma personalità giuridica attraverso le quali si realizza la collaborazione tra servizio sanitario nazionale ed università.

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti nazionali ospedalieri che riunificano, all'interno della medesima struttura, sia attività diagnostico-terapeutiche che attività di ricerca di elevatissimo livello.

Con apposite convenzioni il servizio sanitario nazionale disciplina il proprio rapporto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera, nonché con le farmacie pubbliche e private.

L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Infine, le regioni possono autorizzare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

3.5. La partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini

La volontà di miglioramento gestionale che ha animato la riforma sanitaria attuata con il d.lgs. 502 del 1992 ha poi portato all'emanazione della Carta dei servizi sanitari quale documento programmatico finalizzato a promuovere un miglioramento gestionale del Servizio sanitario nazionale, nonché della quantità e qualità delle prestazioni erogate agli assistiti, al quale deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi sanitari.

La Carta dei servizi sanitari ha la finalità di modificare in modo sostanziale il rapporto fra cittadini e servizio sanitario nazionale con l'introduzione di meccanismi di misurazione della qualità dei servizi erogati, di informazione degli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi.

Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, il d.lgs. n. 502 del 1992 prescrive l'adozione del metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, la legislazione si preoccupa di garantire forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Le regioni sono chiamate a determinare le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

Bibliografia

G. De Cesare, *Sanità*, in *Enc. dir.*, XLI, Milano, 1989, 245 e ss.; P. Santaniello, *Sanità pubblica*, in *Digesto pubbl.*, XIII, Torino, 1997, 546 e ss.; P. Santaniello, *Servizio sanitario nazionale*, in *Digesto pubbl.*, XIV, Torino, 1999, 109 e ss.; R. Balduzzi-G. Di Gaspare (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 229/99*, Milano, 2001; R. Balduzzi-G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002; N. Aicardi, *Sanità*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo, Diritto amministrativo speciale*, IV, Milano, 2003, p. 682 e ss.; R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di Devolution*, Milano, 2004; R. Balduzzi (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005; C. Corbetta, *Sanità*, in S. Cassese (diretto da),

Dizionario di diritto pubblico, II, Milano, 2006, 5412 e ss.; V. Molaschi, *Sanità*, in *Il Diritto – Enciclopedia giuridica del Sole 24 Ore*, XIV, Milano, 2007, 30 e ss.