

**Giuseppe Zuccatelli, Gianmario Cinelli,
Luigi Preti**

Il management del SSN dalla 833 al post-Covid

Incontro tra teoria e pratica



FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

**Giuseppe Zuccatelli, Gianmario Cinelli,
Luigi Preti**

Il management del SSN dalla 833 al post-Covid

Incontro tra teoria e pratica

FrancoAngeli

Il volume è stato pubblicato con il contributo
della Fondazione “Orlando Arlotti”.

Isbn e-book: 9788835189558

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della
licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it*

I link attivi presenti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna
responsabilità sui link ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

INDICE

Introduzione	pag.	9
1. I prodromi del SSN	»	17
1.1. Gli assetti istituzionali e organizzativi pre-SSN	»	17
1.2. Prima delle ASL: assetti istituzionali e organizzativi degli Enti Ospedalieri	»	20
1.3. La nascita del SSN: il contesto nazionale e internazionale	»	23
2. La nascita del Servizio Sanitario Nazionale (1978-1991)	»	25
2.1. Il contesto economico, sociale e politico	»	25
2.2. I principi guida e i nuovi assetti istituzionali e organizzativi	»	26
2.3. I principali indicatori	»	37
2.4. Ricerca e formazione dell'economia aziendale e del management sanitario	»	40
2.5. L'identità del management delle aziende sanitarie e ospedaliere	»	43
2.6. Ricordi e riflessioni di un igienista «nato» negli stessi anni: il contributo del dott. Claudio M. Maffei	»	47
3. L'aziendalizzazione e la regionalizzazione (1992-1999)	»	51
3.1. Il contesto economico, sociale e politico	»	51
3.2. I principi guida e i nuovi assetti istituzionali e organizzativi	»	52
3.2.1. Dalle USL alle Aziende	»	54
3.2.2. Gli organi di governo dell'Azienda	»	56
3.2.3. Il nuovo ruolo dell'istituzione regionale	»	58
3.2.4. Finanziamento, quasi-mercati e libertà di scelta	»	59

3.3. La dinamica dei principali indicatori	pag. 61
3.4. Ricerca e formazione dell'economia aziendale e del management sanitario	» 66
3.5. L'identità del management delle aziende sanitarie e ospedaliere	» 69
3.6. I migliori anni della nostra sanità: un contributo del dott. Giovanni Monchiero	» 77
4. Il completamento della regionalizzazione del SSN (2001-2009)	» 81
4.1. Il contesto economico, sociale e politico	» 81
4.2. Un decennio e due periodi: dalla regionalizzazione al riaccentramento	» 82
4.3. L'andamento dei principali indicatori	» 90
4.4. Ricerca e formazione dell'economia aziendale e del management sanitario	» 94
4.5. L'identità del management delle aziende sanitarie e ospedaliere	» 97
4.6. Un decennio di modernizzazione organizzativa, di partecipazione, di responsabilizzazione regionale: un contributo del dott. Tiziano Carradori	» 100
5. Il contributo del SSN alla razionalizzazione della spesa pubblica (2009-2019)	» 103
5.1. Il contesto economico, sociale e politico	» 103
5.2. L'impatto delle norme su assetti istituzionali e organizzativi	» 104
5.2.1. I Piani di Rientro: la razionalizzazione attraverso la responsabilizzazione finanziaria del livello regionale	» 105
5.2.2. I tetti di spesa: la razionalizzazione attraverso il controllo dei fattori produttivi	» 107
5.2.3. Il DM 70: la razionalizzazione attraverso la riduzione dell'offerta	» 109
5.2.4. La diffusione degli Enti Intermedi	» 112
5.2.5. La riforma delle cure primarie	» 113
5.2.6. L'impatto del contenimento della spesa: assetti istituzionali, equilibrio economico-finanziario e livelli di assistenza	» 114
5.3. La dinamica dei principali indicatori	» 116
5.4. Ricerca e formazione dell'economia aziendale e del management sanitario	» 120
5.5. L'identità del management delle aziende sanitarie e ospedaliere	» 124
5.6. Considerazioni di insieme sul decennio 2009-2019: un contributo del prof. Renato Balduzzi	» 130

6. Riflessioni sul futuro	pag. 137
6.1. L'eredità del Covid-19	» 137
6.2. Un'esperienza diretta nella gestione dell'emergenza	» 144
6.3. Le sfide per il futuro del SSN	» 147
Bibliografia	» 167

Il libro nasce dal lavoro congiunto dei tre autori, che hanno condiviso ideazione, sviluppo e revisione dei contenuti in tutte le fasi di elaborazione. Ogni capitolo riflette dunque un contributo integrato e collettivo, esito di un confronto costante sulle principali tematiche trattate.

Si ringrazia il professor *Elio Borgonovi* per l'importante contributo apportato in ciascun capitolo, in particolare per l'approfondimento dedicato al ruolo della ricerca e della formazione nell'economia aziendale e nel management sanitario.

Un ringraziamento speciale va al professor *Mario Del Vecchio* per l'introduzione al volume e per il supporto fornito in fase di ideazione e sviluppo dei contenuti.

Si desidera inoltre esprimere gratitudine al professor *Renato Balduzzi*, al dottor *Tiziano Carradori*, al dottor *Claudio M. Maffei* e al dottor *Giovanni Monchiero* per il prezioso contributo offerto ai singoli capitoli, che ha arricchito il lavoro con esperienze, prospettive e riflessioni di grande valore scientifico e professionale.

Si ringrazia, infine, *Sebastiano Zuccatelli* per aver gentilmente fornito l'immagine di copertina di questo volume.

INTRODUZIONE

Le istituzioni come il SSN ma, considerando la sua genesi, soprattutto il SSN, sono l'espressione dei valori e delle aspirazioni della comunità che le ha adottate. Rappresentano la strutturazione di un dover essere ispirato dai risultati che la collettività si attende dal loro concreto funzionamento. Al tempo stesso, come strutture stabili che disegnano e influenzano il comportamento umano, sono il terreno entro il quale si concepiscono e si producono gli inevitabili processi di cambiamento che trasformano il disegno originale, adattandolo rispetto a nuove condizioni.

Ripercorrere da diverse prospettive la storia di quasi mezzo secolo del SSN, così come viene fatto nelle pagine che seguono, aiuta a realizzare la straordinaria capacità di questa istituzione di mantenersi nei suoi tratti essenziali, ma anche di evolversi per rispondere ai profondi cambiamenti della società, dei suoi bisogni sanitari e socio-sanitari, delle risorse umane, tecnologiche, scientifiche ed economiche a disposizione.

Nonostante le narrazioni prevalenti, sulla capacità di risposta fin qui mostrata dal nostro sistema non dovrebbero esserci dubbi. È sufficiente guardare al posizionamento internazionale della sanità italiana in termini, da una parte, di risultati (non inferiori a quelli dei paesi normalmente presi a riferimento) e, dall'altra, di risorse che la nostra società complessivamente investe nei processi di tutela della salute. Sempre in una prospettiva comparativa, il rapporto risorse risultati segnala livelli di efficacia ed efficienza sideralmente lontani da quelli che certi dibattiti nostrani attribuiscono al SSN e al nostro sistema sanitario in generale. Ciò non significa, evidentemente, che non esistano inefficienze e infinite occasioni di miglioramento, ma queste devono essere ricondotte alla loro consistenza effettiva; a quella che ha reso possibile una ragionevole tenuta dei servizi offerti a un paese che in termini di spesa sanitaria pubblica sul PIL, a dati 2023, era tornato ai livelli del 2005 e spendeva 2,5 punti di PIL in meno di UK e quasi 4 in

meno di Francia e Germania, senza peraltro registrare livelli anomali di spesa sanitaria privata.

Il testo, anche attraverso il contributo di alcuni protagonisti di rilievo, ricostruisce nei suoi tratti essenziali come questo sia avvenuto ed è di aiuto nello sforzo di individuazione dei fattori che hanno, almeno finora, consentito il mantenimento, su un arco temporale lungo, di elevati livelli di funzionalità. Non è qui il caso di provare ad offrire spiegazioni sistematiche su come disegni e strutture istituzionali possano avere successo nell'influenzare fenomeni complessi, come è la risposta ai bisogni di tutela della salute espressi da una collettività, ma alcuni elementi specifici possono e devono essere sottolineati.

La tutela della salute come diritto

L'idea della tutela della salute come diritto delle persone in quanto appartenenti a una comunità, il messaggio fondamentale della 833 in linea con la Costituzione, produce un orizzonte di valori e di significati semplici, spogliati dalle tecnicità dei sistemi mutualistici, in grado di allineare le visioni dichiarate dei diversi attori impegnati nel sistema. Non bisogna sottovalutare l'importanza di una rappresentazione condivisa per il funzionamento di sistemi complessi, anche quando questa si riduca a mera retorica, perché essa riesce a limitare le opzioni disponibili e costringe tutte le parti coinvolte a utilizzare un "vocabolario" comune. La stessa idea nella sua semplicità è stata poi in grado di permeare le attese della collettività, le quali hanno esercitato una pressione che ha orientato in diversi modi il comportamento dell'intero sistema. In sintesi, se nelle visioni più ottimistiche un ideale collettivamente avvertito e accettato rappresenta uno stimolo di fondamentale importanza, anche una mera, o addirittura strumentale, adesione alla retorica di un sistema finisce per produrre tensioni positive per il sistema.

Il baricentro istituzionale

Un secondo elemento che può avere contribuito alla longevità dell'impianto del SSN è la collocazione del suo baricentro istituzionale: a livello locale, prima, e regionale, poi; segnando così una netta differenza dal modello di riferimento NHS, configurato come sistema, sì decentrato, ma con una chiara responsabilità e capacità di governo a livello centrale. Se, come spesso emerge dal dibattito sui "21 sistemi sanitari regionali", questa scelta si è accompagnata a differenze marcate, e ormai inaccettabili, sul piano della effettiva tutela dei diritti delle diverse collettività, essa ha anche consentito nella costruzione dei sistemi sanitari di rispettare le caratteristiche politiche sociali ed economiche delle diverse regioni. In molti casi gli stessi sistemi, seppure differenziati nei disegni e nelle priorità, sono riusciti, ciascuno a modo proprio, a realizzare livelli di efficienza ed efficacia tali da garantire una effettiva tutela della salute alle proprie comunità. Si potrebbe, peral-

tro, contestare l'idea stessa che a minori livelli di autonomia istituzionale e organizzativa corrisponda una maggiore omogeneità di risultati ai livelli desiderati, da questo punto di vista è sufficiente richiamare gli esiti in termini di differenze regionali di un grande sistema a guida centrale come la scuola.

Le aziende e l'aziendalizzazione

Infine, l'aziendalizzazione ha dimostrato la capacità del sistema di mutare profondamente il suo modo di funzionare all'interno di un assetto rimasto inalterato nei suoi elementi di fondo. Contemporaneamente è stata l'innovazione che ha consentito al sistema di affrontare i grandi cambiamenti degli anni successivi (si veda la periodizzazione proposta dal testo). L'azienda, come risposta alla necessità di coniugare primazia della politica, legalità amministrativa e razionalità economica e operativa, e la sua concettualizzazione hanno rappresentato, infatti, una soluzione originale al problema di come governare organizzazioni molto più complesse di quelle che 15/20 anni prima erano le USL e nelle quali ora convergevano razionalità ed esigenze diverse e contrapposte. Pur con tutte le contraddizioni e i problemi costantemente evidenziati nel dibattito e nelle riflessioni sviluppatesi in più di tre decenni, l'azienda si è dimostrata, nel complesso, uno strumento flessibile ed efficace che ha liberato energie ed è stato in grado, nelle sue espressioni migliori, di veicolare il senso di una missione che deve trovare realizzazione nel rispetto della razionalità economica e operativa. Evidentemente non esistono controprove, ma difficilmente il SSN sarebbe sopravvissuto alle prove difficili cui è stato sottoposto senza il superamento dei modelli burocratici tradizionali, di collegialità istituzionali e organizzative confuse, della presenza diretta della dimensione politica nella vita aziendale, di razionalità cliniche e amministrative prive di una responsabilizzazione adeguata. Se per i detrattori l'aziendalizzazione è all'origine di tutte le difficoltà del SSN, uno sguardo lungo, come quello offerto dal testo, aiuta a comprendere come l'impianto generale di governo, sintetizzato nell'immagine dell'azienda e del suo direttore generale, non solo avesse poche alternative, ma si sia rivelato in grado di sostenere il sistema nel raggiungimento di risultati come quelli citati all'inizio di questo scritto.

Le leadership

Le istituzioni nei loro elementi qualificanti, come lo sono, insieme ad altri, i tre precedentemente richiamati, rappresentano un copione, una traccia per l'azione di soggetti cui sono attribuite o assumono ruoli di particolare responsabilità. In questa prospettiva il copione ha funzionato anche perché ha incontrato una generazione di protagonisti che ha rappresentato un punto di riferimento per il funzionamento dell'intero sistema. Si tratta di individui, alcuni dei quali hanno contribuito alla stesura di questo libro, che, nelle diverse fasi e in posizioni diverse, hanno esercitato una leadership culturale,

raccontando e promuovendo visioni che hanno fornito a una più vasta platea di soggetti le mappe per orientarsi in un mondo complesso, pieno di contraddizioni e ambiguità. Non si vuole qui affermare che le “mappe giuste” siano state adottate dalla maggior parte dei soggetti che avevano ruoli di responsabilità o che la maggioranza di essi sia stata all’altezza delle mappe a disposizione, ma che il sistema ha per lungo tempo avuto a disposizione una leadership in grado di creare e sostenere un “senso comune”, una visione di fondo condivisa che ha aiutato molti nell’esercizio delle responsabilità. Se nelle fasi iniziali del SSN era più facile che questi protagonisti venissero dalle file della politica, di quella direttamente impegnata nella gestione delle aziende, dalla metà degli anni ’90 il testimone è passato a un gruppo molto eterogeneo di direttori generali. Tratti comuni posso essere rintracciati in una visione molto ampia del sistema in tutte le sue dimensioni e in una pratica molto riflessiva del management che li portava a interrogarsi costantemente su temi come la reale natura delle aziende sanitarie pubbliche, i confini tra management e politica, nel senso non scontato di quanta politica dovesse fare il management di una azienda pubblica, di cosa volesse dire difendere l’autonomia dell’azienda, di come rappresentarne i risultati, del significato da attribuire all’equilibrio economico. In questa continua ricerca e proposizione di un senso ha contribuito poi, e anche di questo si trova testimonianza nel testo, una accademia impegnata a costruire teorie attraverso una intensa interazione con la pratica. In sintesi, fino a tempi relativamente recenti, una leadership professionale cresciuta in una fase espansiva del management nel contesto sanitario pubblico è riuscita a proporre una visione ampia e ricca dei ruoli manageriali, non limitando lo spazio del management alla mera dimensione della ricerca dell’equilibrio finanziario o appiattendolo alla semplice esecuzione dei desideri, più o meno legittimi, della politica.

Rivendicare i successi di un modello che il nostro paese ha scelto quasi 50 anni fa e che, seppur con crescenti difficoltà, ha finora garantito, in una condizione di risorse limitate, risultati di rilievo, è di fondamentale importanza non solo perché risponde alla realtà, ma soprattutto perché, in una prospettiva che non guardi solo al futuro prossimo, aiuta a porsi le domande giuste. La ricostruzione della storia del SSN consente, infatti, di cogliere meglio l’importanza di alcune condizioni, di seguito accennate, e apprezzare quanto queste si siano modificate nel tempo. Ogni proposta di cambiamento del sistema, e recentemente ne sono state, e da più parti, avanzate diverse, deve misurarsi con i cambiamenti intervenuti provando a disegnare risposte adeguate. La natura e la radicalità degli interventi richiesti, quanto tenere e quanto modificare della attuale configurazione, è una questione che potrà essere analizzata solo dopo avere messo a fuoco le dinamiche che interrogano alla radice il nostro sistema. Ne vengono qui sinteticamente indicate alcune nella convinzione che possano aiutare in una rilettura del passato che prepari il futuro.

La crisi della democrazia

Il funzionamento delle istituzioni democratiche rappresentative è di fondamentale importanza per un sistema sanitario che individua nella tassazione generale la sua principale fonte di finanziamento e affida ai livelli regionali di governo la responsabilità primaria nell'utilizzo di quelle risorse. Se è vero che nei sistemi democratici è sempre il livello politico ad assumersi, in ultima analisi, la responsabilità delle scelte collettive e della loro attuazione, è altrettanto vero che l'architettura del SSN prevede una "presa" molto diretta dei livelli di rappresentanza politica sul concreto funzionamento del sistema. Si tratta di una responsabilità molto più diretta rispetto ad altre tipologie di sistemi caratterizzate da una maggiore presenza di istituzioni neutre che intermediano il rapporto tra il consenso, bisogni e governo delle attività. In Italia, come in altri paesi, il funzionamento della democrazia, rispetto ad elementi essenziali che vanno dalla formazione delle attese e dei giudizi collettivi, al ruolo dei partiti, al tasso di partecipazione alla vita pubblica e alle scelte collettive, è profondamente cambiato in questi decenni. Molto si riflette sulla crisi della democrazia, sulla capacità delle nostre società di prendere decisioni ponderate e di garantire una responsabilizzazione adeguata di chi ci governa, ma il tema di come questa crisi o, semplicemente, questo cambiamento nelle condizioni di fondo, possa impattare sul funzionamento di un sistema pensato per una democrazia diversa è poco esplorato. È bene sottolineare che non si vuole qui esprimere alcun giudizio sulla evoluzione in questione, si tratta solo di riflettere su quanta parte dell'impianto del SSN presupponesse una certa modalità di funzionamento nel sistema delle decisioni collettive e se lo stesso SSN possa sopravvivere in uno scenario politico istituzionale radicalmente modificato.

La sanità da bene primario a bene di consumo

Al cuore del SSN c'è l'idea che la salute e i servizi sanitari che dovrebbero assicurarne la tutela rappresentino dei beni primari, qualcosa di troppo importante nella vita delle persone per consentire che la loro distribuzione nella società venga lasciata alle opportunità offerte dallo status socio-economico di individui e famiglie. Da qui un intervento collettivo che deve mettere a disposizione di tutti i cittadini (universalismo) i servizi che si configurano come "primari" (i livelli essenziali di assistenza), lasciando al mercato tutto ciò che non è essenziale rispetto alla tutela della salute. L'idea può trovare una sua concreta realizzazione nella misura in cui lo spazio che divide ciò che è essenziale da ciò che non lo è sia sufficientemente ampio, condizione, questa, che rende possibile una definizione di appropriatezza di carattere eminentemente tecnico ("il sistema pubblico" offre solo e tutto ciò che è appropriato), debolmente collegata all'aspetto economico (costo-appropriatezza). Se così non fosse l'essenzialità sarebbe definita dalle risorse in gioco e il sistema di tutela collettiva dovrebbe riconoscere che esistono molte cose

utili, o addirittura molto utili, per la salute che solo “i ricchi” riescono a consumare. Nel mondo dell’acuzie e di opportunità tecnologiche e scientifiche relativamente limitate tale distanza risultava naturalmente ampia. Da questo punto di vista, il mondo della cronicità, di una popolazione che invecchia, della moltiplicazione delle opportunità di intervento sulla salute, della medicina preventiva, della attenzione di larghe fasce della popolazione alla salute e benessere ha cambiato radicalmente lo scenario, lasciando al SSN l’onere, per il quale è strutturalmente poco attrezzato e legittimato, di definire cosa e per chi sia importante al punto da meritare l’intervento pubblico.

I sistemi ibridi

Una chiara distanza tra essenziale e non essenziale e la eccezionalità dei consumi sanitari (acuzie) rendevano inoltre possibile una autosufficienza dei consumi pubblici (assicurati da una produzione pubblica o privata che fosse) rispetto ai consumi privati. Il governo e la tutela della salute potevano limitarsi al controllo e alla erogazione dei servizi essenziali. Ciò che avveniva al di fuori del perimetro dei consumi pubblici non solo non era rilevante ai fini della salute, ma andava ignorato, perché politicamente difficile da maneggiare, o addirittura combattuto, perché permeato di una inappropriatezza e un consumismo che finivano per riflettersi nel pubblico. Se fuori dal perimetro dei consumi pubblici, nei concreti percorsi del paziente e nelle abitudini di consumo dei cittadini, si ritrovano ora prestazioni e servizi utili per la salute delle persone, l’assetto istituzionale, a differenza del passato, deve garantire, da una parte, il governo di tutti i circuiti di produzione-consumo di prestazioni sanitarie e non solo della parte direttamente controllata e, dall’altra, assicurare una ragionevole integrazione operativa tra consumi pubblici e privati. Si tratta di capitoli particolarmente difficili da affrontare per i sistemi a elevato tasso di integrazione con finanziamenti basati sulla tassazione generale come il SSN.

La forma istituzionale delle aziende pubbliche

Da ultimo bisogna analizzare il ruolo che una costruzione originale come l’azienda (quella del D.lgs. n. 502/1992) ha giocato nell’assicurare la funzionalità del SSN e le sue prospettive nei nuovi scenari. Come già accennato e come si ricava dal testo, l’azienda, nelle sue migliori espressioni, si è dimostrata, da una parte, un buon compromesso tra l’allontanamento della politica dalle dirette responsabilità gestionali e la necessità per la politica stessa di mantenere adeguate forme di controllo e di influenza e, dall’altra, uno strumento sufficientemente duttile nel bilanciare, anche istituzionalmente (la varietà delle dimensioni), le esigenze di rappresentanza dei territori con le spinte crescenti verso una centralizzazione più rispettosa delle razionalità operative ed economiche. Le “spinte propulsive” che hanno caratterizzato l’aziendalizzazione del sistema e alcune condizioni di fondo che rendevano

possibile un compromesso positivo attraverso quella specifica forma istituzionale tra razionalità politica e razionalità operativa e manageriale sono progressivamente venute meno. È lecito chiedersi se la diretta esposizione delle aziende alla dimensione del consenso e il loro inserimento in un sistema di regole pensato per quella dimensione (i classici assetti istituzionali pubblici) possano ancora fungere da perimetro di riferimento per la ricerca di soluzioni ai problemi posti dalla complessità dei processi produttivi sanitari, alla ibridazione del sistema, alle nuove forme di creazione ed espressione del consenso, alla trasformazione della politica.

Quanto fin qui esposto è un invito al lettore a trarre dal testo tutto il valore di una riflessione che aiuta la comprensione del presente e il disegno del futuro. In questa prospettiva, l'utilità delle pagine che seguono non è solo quella di fare giustizia della storia di una istituzione di cui dovremmo andare più fieri, ma di riuscire a preservarne valori e ambizioni affrontando le sfide di un futuro che richiede ripensamenti radicali con una chiara visione di ciò che siamo stati capaci di costruire nel passato.

I. I PRODROMI DEL SSN

1.1. Gli assetti istituzionali e organizzativi pre-SSN

Lo sviluppo del sistema di assistenza sanitaria in Italia è il risultato di una complessa evoluzione che ha le sue fondamenta nei primi interventi normativi di fine '800, sulla spinta dello sviluppo dei sistemi di *welfare* ispirati dalle politiche del cancelliere tedesco Otto von Bismarck nella Germania degli anni '80 del XIX secolo. Con la legge Crispi-Pagliani (n. 5849 del 22 dicembre 1888 “Tutela dell’igiene e della sanità pubblica”) fu emanata in Italia la prima legge organica sulla sanità, che individuava gli strumenti necessari per gestire la sanità pubblica prevedendo un’architettura istituzionale a più livelli (centrale, provinciale e comunale). Circa dieci anni dopo, il RD 636 del 1° agosto 1907 e il successivo RD 1265 del 27 luglio 1934 (Testo Unico delle Leggi Sanitarie) definivano ulteriormente gli aspetti organizzativi a livello centrale, provinciale e comunale del sistema sanitario e affermavano la competenza e la responsabilità dello Stato nella tutela della salute pubblica. A livello centrale veniva costituita una Direzione Generale della Sanità Pubblica presso il Ministero degli Interni, con compiti amministrativi, affiancata da un organo tecnico (Istituto di Sanità Pubblica) e da un organo di consulenza (Consiglio Superiore della Sanità Pubblica). Per ogni provincia era previsto un Ufficio Sanitario Provinciale, che si avvaleva del Consiglio Provinciale di Sanità quale organo consultivo e del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi, quale organo tecnico. A livello comunale veniva individuata nel Sindaco la massima autorità sanitaria, affiancata da un amministratore (l’Assessore alla Sanità), da un tecnico (Ufficiale sanitario) e dal Medico Condottò, un dipendente comunale con compiti di assistenza medica gratuita agli indigenti e continuità assistenziale di base per la popolazione comunale.

L’organizzazione fin qui descritta aveva compiti inerenti alla tutela della salute pubblica, ovvero la sorveglianza delle malattie infettive, la tutela

igienico-sanitaria dell'ambiente e, in minima parte, l'assistenza sanitaria in senso stretto, limitata alle attività del Medico Condotta. Fino all'istituzionalizzazione della mutualità, per la quale si dovrà aspettare il 1943, gli aspetti assistenziali riguardanti la diagnosi e la cura, sia a domicilio sia in ospedale, erano garantiti da enti privati di natura mutualistica (c.d. casse mutue o società di mutuo soccorso), che trovavano il loro fondamento giuridico nella L. 15 aprile 1886, n. 3818, che individuava tra le finalità di interesse generale lo svolgimento di attività di natura assistenziale quali l'erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitarie in caso di infortunio, malattia e invalidità e l'erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute per la diagnosi e la cura delle malattie. Trattandosi di enti mutualistici, tali enti garantivano assistenza ai cittadini che fossero in possesso di determinate caratteristiche, come ad esempio essere lavoratori o pensionati di un determinato settore o industria. Tale assetto istituzionale non rispondeva a un ordine sistematico e tendeva unicamente ad attenuare le difficoltà derivanti dall'impatto con la malattia, dando nessuna o poca enfasi sia agli eventi precedenti o successivi all'evento di malattia (prevenzione e riabilitazione), né all'equità sociale o di tutela della salute della collettività. Esistevano infatti due grandi categorie che per disegno non facevano affidamento all'architettura delle mutue: da una parte, i poveri che avevano diritto alla copertura molto basilare da parte del Medico Condotta o a un parziale rimborso per l'assistenza di specialisti e ospedali, dall'altra, i più abbienti, che attingevano direttamente e liberamente alla sanità privata.

Nell'ambito dell'espansione e del rafforzamento dell'intervento statale in ambito sociale sotto il regime fascista, i soggetti istituzionali deputati a occuparsi di assistenza fino alla nascita del SSN sono sorti tutti durante tale periodo. L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (INAM) fu istituito nel 1943 (RD n. 138 del 1943), altri enti che si occupavano di specifici problemi come l'Istituto Nazionale Assicurazione per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), che derivava nel 1933 (Legge n. 860 del 1933) dall'unificazione delle casse infortuni pubbliche e private sorte a partire da fine '800, o l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI), che assisteva economicamente e medicalmente la maternità e l'infanzia, istituita nel 1925 (Legge n. 2277 del 1925). Per quel che riguarda l'assistenza in regime di ricovero, le strutture di riferimento erano rappresentate dagli ospedali, organizzati in complessi facenti capo a istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB), opere pie, enti locali ed enti mutualistici. Fino nella prima metà degli anni Sessanta, il quadro del sistema di offerta sanitaria e delle relative regole di governo si presentava dunque, estremamente frammentario, facendo emergere l'assenza di un qualunque livello di coordinamento tra i differenti livelli di responsabilità e i numerosi ambiti di attività sanitaria.

A questo quadro si aggiungono gli stravolgimenti sociali che coinvolgono l'Occidente a partire dal secondo dopoguerra. Nel quadro internazionale

iniziarono a manifestarsi delle prime istanze verso l'istituzione di un sistema di assistenziale globale e unitario, nel solco del principio di «liberazione dal bisogno» sancito dalla Carta Atlantica del 1941, di quello dell'assistenza «dalla culla alla tomba», in Inghilterra, definito dal Piano Beveridge (1942) e dell'idea di creare un sistema di «sicurezza sociale» amministrato da un'unica autorità, come raccomandato dalla Conferenza Internazionale di Filadelfia (1944).

I primi tentativi di riordino del sistema sanitario italiano iniziarono ad apparire già all'indomani del secondo conflitto mondiale. Nel 1945 la Direzione Generale della Sanità Pubblica fu sostituita dall'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica presso il Ministero degli Interni (D. Lgs. Luogotenenziale 417 del 12 luglio 1945 e D. Lgs. Luogotenenziale 446 del 31 luglio 1945), posto alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri e che assorbiva tutte le competenze e attribuzioni spettanti al Ministero dell'Interno. Tra il 1958 e il 1961, costituito il Ministero della Sanità (Legge 296 del 13 marzo 1958), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) subentrò al preesistente Istituto di Sanità Pubblica (DPR 750 dell'11 agosto 1959), e il nuovo Consiglio Superiore di Sanità sostituì il Consiglio Superiore della Sanità Pubblica (DPR 257 dell'11 febbraio 1961). A livello intermedio e locale, gli Uffici del Medico provinciale e del Veterinario provinciale furono trasformati in organi del Ministero della Sanità. A ogni Comune con popolazione superiore ai 20.000 abitanti venne assegnato l'Ufficiale sanitario (con funzioni di profilassi delle malattie infettive e vigilanza igienica su suolo e abitato, su alimenti e bevande, su scuole e stabilimenti produttivi) che, dal punto di vista amministrativo, faceva riferimento al Sindaco e, dal punto di vista tecnico, al Medico provinciale. I Comuni con popolazione inferiore a 20.000 abitanti potevano associarsi tra loro per istituire un Ufficio sanitario consortile oppure affidare i compiti dell'Ufficiale sanitario al Medico condotto.

Nel 1948 entrò in vigore la nuova Costituzione repubblicana che all'art. 32 sancisce la tutela della salute come “diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività”, obbligando lo Stato a promuovere ogni iniziativa e ad adottare precisi comportamenti finalizzati alla migliore tutela possibile della salute in termini di generalità e di globalità. Sul piano della rilevanza giuridica la norma costituzionale ha una duplice valenza:

- programmatica, in quanto impegna il legislatore a promuovere sul piano burocratico-organizzativo idonee iniziative volte all'attuazione di un compiuto sistema di tutela della salute, adeguato alle esigenze di una società che cresce e che si sviluppa;
- precettiva in quanto l'individuo, come cittadino, vanta nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute.