



## COSTITUZIONE E SALUTE

*Daniela Incutti*

Il diritto alla salute, inteso non solo come prevenzione e cura delle malattie, ma anche come necessità dell'uomo di vivere in un ambiente salubre, che rispetti il suo equilibrio psicofisico, è sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Esso è riconducibile alla categoria dei diritti inviolabili enunciati all'art.2, in quanto tutela l'integrità psichica e fisica dell'uomo contro ogni minaccia proveniente dall'ambiente esterno, ed è qualificato come il più importante dei diritti sociali poiché rende possibile il godimento dei diritti di libertà. "La salute", infatti, rappresenta non solo un diritto primario dell'individuo, ma anche un interesse preminente della collettività, che predispone a questo scopo adeguati interventi per la sua protezione, anche di carattere preventivo. In questa prospettiva il concetto di "diritto alla salute" non si limita esclusivamente al diritto ai trattamenti sanitari terapeutici, ma si estende al diritto ad un ambiente salubre e non inquinato, all'uso di beni di consumo ed alimentari che non siano nocivi o pericolosi, a condizioni di lavoro che rispettino i parametri di sicurezza e di misure igieniche richiesti dalla legge.

L'articolo 32 della Costituzione va ad integrarsi con l'articolo 38 attraverso il quale il Costituente ha inteso rafforzare la tutela dei lavoratori prevedendo, in caso di menomazione o perdita della capacità lavorativa, un sistema di previdenza "caratteristica", in favore dei prestatori di lavoro.



### RUBRICHE

- [-concorsi](#)
- [-aggiornamento](#)
- [-sport news](#)
- [-links](#)

### I NOSTRI SITI

- [-CESIL](#)
- [-SANITADE](#)
- [-CONCORSI  
MEDICI](#)
- [-ITALIAN  
LEADERSHIP](#)
- [-GESTIONE  
BILANCI IN  
CONTROLUCE](#)



Attraverso questo sistema vengono erogate provvidenze economiche (pensioni o indennità) e prestazioni sanitarie per supportare i lavoratori nel momento di maggiore bisogno, vale a dire quando, per malattia, per età avanzata, per infortunio sul lavoro o per altre cause indipendenti dalla loro volontà, si trovino sprovvisti della loro unica fonte di sostentamento.

Nella correlazione esistente tra la Costituzione e Salute, assumono notevole importanza gli articoli 117 e 118, contenuti nel titolo V della parte II, inerenti le “Regioni, le Province e i Comuni”. In riferimento alla loro definitiva lettera è appena il caso di ricordare che tali articoli sono stati modificati nell’ottobre 2001, in quell’ottica procedurale che ha riguardato “la riforma Costituzionale dello Stato in senso federale”.

Di qui l’esigenza di un’analisi comparativa del disposto recato dagli articoli 117-118, “prima e dopo” la modifica intervenuta con il referendum del 7 ottobre 2001. L’abrogato articolo 117 attribuiva alle Regioni a statuto ordinario la competenza legislativa soltanto nelle materie da esso indicate, al di fuori delle quali restava ferma la competenza generale dello Stato. Tuttavia anche in queste materie le Regioni non avevano una competenza esclusiva, perché lo Stato dettava con proprie leggi i criteri guida, cioè i principi cui il legislatore regionale doveva attenersi nella formazione delle leggi.

Si parlava infatti di “potestà legislativa concorrente”, per indicare che le leggi regionali (dette leggi di dettaglio) concorrevano con quelle statali (dette leggi cornice o leggi quadro) a disciplinare determinati settori. L’ultimo comma della norma attribuiva, inoltre, alle Regioni a statuto ordinario anche una competenza legislativa attuativa, vale a dire il potere di emanare norme di dettaglio in materie già disciplinate da leggi dello Stato, per consentirne la concreta attuazione. Il vigente articolo 117 ridefinisce il potere legislativo statale.

Con il nuovo disposto è stato invertito il preesistente criterio di riparto delle competenze legislative. Nel precedente testo costituzionale, infatti, il potere legislativo delle Regioni era esercitato in ordine ad un elenco di materie tassativamente individuate dall’art.117, per cui il relativo potere statale era da considerarsi “generale”. Con la riforma del Titolo V, il potere legislativo esclusivo dello Stato è quello, invece, che si esercita relativamente ad un elenco tassativo di materie (competenza esclusiva).

Oltre a ciò è necessario sottolineare la previsione normativa che riguarda la potestà legislativa concorrente dove lo Stato è



competente ad emanare le leggi cornice o leggi quadro, mentre le leggi di dettaglio rimangono di esclusiva competenza delle Regioni (competenza concorrente). Tutte le altre materie, esuberanti da quelle specificatamente elencate nella previsione della competenza concorrente, e che non rientrano nella competenza esclusiva dello Stato, riguardano la potestà legislativa esclusiva delle Regioni (competenza residuale). Il primitivo testo dell'articolo 118 attribuiva alla Regione la funzione amministrativa, cioè l'attività con la quale gli obiettivi individuati a livello normativo o di indirizzo politico vengono tradotti in provvedimenti concreti in grado di incidere sulla vita dei cittadini.

La competenza amministrativa delle Regioni investiva tutte quelle materie sulle quali era ad essa riconosciuta la potestà legislativa (quindi anche l'assistenza sanitaria ed ospedaliera), ma poteva anche estendersi al di là di esse, in caso di delega statale, oppure ritrarsi dalle materie di interesse esclusivamente locale, affidate agli enti locali. La lettera del vigente articolo 118 sancisce la potestà amministrativa degli enti locali ed introduce, per la prima volta nella Costituzione, i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. In base al principio di sussidiarietà le funzioni amministrative sono tendenzialmente attribuite ai Comuni e, solo nel caso si rendesse necessario assicurarne l'esercizio unitario, potrebbero essere conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato.

L'approvazione definitiva con il voto referendario del 7 ottobre 2001 della legge di riforma costituzionale, varata allo scadere della precedente legislatura, apre una nuova fase nel processo di trasformazione in chiave federalista delle istituzioni. Per quanto riguarda la Sanità, ulteriori atti normativi e istituzionali sono intervenuti negli ultimi tempi: - l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 sulla spesa sanitaria e sul trasferimento alle Regioni di rilevanti funzioni gestionali e organizzative; - la legge 405 del 19.11.2001 (di conversione del decreto-legge 347), che ne ha recepito alcuni elementi fondamentali; - la nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero costituire la "cerniera" nazionale volta a mantenere una sostanziale omogeneità nella tipologia delle prestazioni sanitarie erogate dalle diverse Regioni.

L'accordo dell'8 agosto 2001 pone ulteriori elementi di indirizzo verso il processo di federalismo sanitario. A fronte di un impegno del Governo ad incrementare notevolmente le risorse nazionali per la sanità, così da raggiungere in un triennio una quota vicina al 6% del Pil, che porrebbe l'Italia al



passo con i principali partner europei, è stato dato il via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e degli aspetti organizzativi, comprese le politiche del personale, l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, gli assetti delle aziende ospedaliere e in generale di tutti gli ambiti organizzativi del settore. Questi impegni hanno trovato un primo riscontro nel Decreto legge 347 del 19 settembre 2001 e nella Legge 405 di sua conversione, che sancisce gli accordi economici di agosto e introduce nuove modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica con ampia delega alle Regioni per la loro gestione.

A cavallo tra i due eventi si colloca la riforma costituzionale, divenuta operativa il 24 ottobre scorso con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale della legge 18 Ottobre 2001, n.3. Questa legge, considerata da molti un'interpretazione "soft" del federalismo, in realtà introduce importanti e rilevanti innovazioni nell'ordinamento costituzionale e nell'equilibrio dei poteri tra i vari livelli istituzionali, ed in particolare tra Stato centrale e Regioni, che acquistano una crescente parità nella potestà legislativa. Lo strumento atto a garantire omogeneità di diritti sulla salute per tutti i cittadini italiani, a prescindere dal tipo di organizzazione sanitaria preposta, è stato individuato nei livelli essenziali di assistenza (LEA), citati per la prima volta dal decreto legislativo 502/93 e ridefiniti nella riforma "Bindi", livelli che hanno trovato una compiuta cornice legislativa nella stessa riforma costituzionale.

Con i LEA si intendeva, nello spirito originale del legislatore, dare luogo ad un riferimento nazionale omogeneo per l'offerta di servizi sanitari, in termini sia quantitativi che qualitativi, ed in relazione a predeterminate risorse economiche. La sfida raccolta da Regioni, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e Ministero della Salute, con la determinazione dei nuovi livelli di assistenza, va in questa direzione. Il relativo documento messo a punto nell'autunno 2001 intende rispondere a questo principio individuando liste negative di prestazioni e percorsi terapeutici ottimali (anche attraverso la revisione degli attuali Drg) per l'assistenza ospedaliera e territoriale. Un primo terreno di verifica delle modalità con le quali le Regioni intendono avviare il processo di devoluzione, in termini di programmazione e definizione di modelli organizzativi e gestionali, sarà quello dei nuovi Piani sanitari regionali. Lunga è dunque la strada da compiere ancora, nell'ambito del processo di devolution, per tentare di avvicinarsi progressivamente all'obiettivo della salvaguardia di pari diritti dal punto di vista della tutela della salute e delle cure sanitarie

per i cittadini del paese. Molte delle differenze riscontrate in termini di capacità di risposta dipendono dalle differenze di tipo strutturale presenti all'interno dei sistemi sanitari regionali, oltre che da quelle legate alla capacità di funzionamento e di innovazione.

Numerosi sono i dati che è possibile citare a questo proposito, a partire da quelli sui posti letto negli istituti di cura pubblici e privati, sulla presenza di tecnologie moderne negli stessi istituti, sui dipendenti e sulla loro distribuzione sul territorio nazionale, sulle dimensioni della medicina territoriale, sia generale che pediatrica di base, sul processo di rinnovamento delle strutture sanitarie e sulla creazione di nuove strutture nelle diverse regioni italiane. Dagli ultimi provvedimenti assunti in sede regionali (e soprattutto dal clima pesante che ha instaurato la recente proposta Bossi sulla devolution) non vengono segnali positivi per il governo delle Sanità locali.

E' fuori dubbio che un autentico regionalismo deve prevedere per le regioni non solo la responsabilità della spesa, e quindi l'obbligo di rispondere in proprio di eventuali sforamenti, ma anche la possibilità di attingere a risorse proprie, fonti d'utilità indispensabili anche per finanziare servizi specifici che le regioni intendono rendere disponibili alla popolazione. In qualche modo il federalismo viene contraddetto anche dal nuovo prontuario farmaceutico, che promette un risparmio del 10% circa sulla spesa farmaceutica attuale. Per molti anni si è pensato che l'unità del Paese e l'affermazione di diritti uguali per tutti fossero valori assoluti, poi ci si è accorti che anche la diversità e il suo riconoscimento sono valori che in un contesto come il nostro sarebbe sbagliato omologare. Questa convinzione è l'unico fondamento possibile del federalismo, ma si è arrivati alle decisioni operative troppo presto, è mancata soprattutto la discussione sui modi per rendere compatibili il federalismo da una parte e il sistema sanitario nazionale dall'altra. Il sistema delle autonomie locali appare frutto, in Italia, di un bricolage elettorale oppure della congiuntura economica piuttosto che di una scelta politica organica. Equivoci e incertezze si nascondono nello stesso atto di nascita del federalismo fiscale, il decreto-legge 56/2000, da questo testo si può anche dedurre che la determinazione dei livelli essenziali di assistenza spetta allo Stato, mentre la tutela della salute è "materia concorrente" tra Stato ed enti locali. E' importante evitare che il federalismo diventi l'appiglio per decidere di abolire, in una o più realtà locali, il servizio sanitario come riconoscimento del diritto alla salute di tutti i cittadini e ancorarlo, invece, alle possibilità

economiche dei singoli. L'articolo 32 deve essere letto, anche, in relazione a quanto riferito dall'articolo 13 della Carta costituzionale.

E' qui appena il caso di ricordare che il primo comma del suddetto articolo afferma che la libertà personale è un diritto inviolabile dell'individuo che nasce con la persona e che è, quindi, riconosciuto e tutelato dallo Stato, ed in quanto "precede e condiziona ogni altro diritto di libertà". Alla luce di ciò diventa naturale far propria l'affermazione che "ad ogni cittadino deve essere garantita la libertà di cura", che si estrinseca nel riconoscergli il diritto di decidere se curarsi e, in caso affermativo, a quale cura sottoporsi. La libertà di cura non è l'unico diritto di cui il malato gode, ma è solo il primo di una lunga serie statuita dal Tribunale per i diritti del malato:

**-Diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria.**

Ogni cittadino ha diritto a ricevere tutte le informazioni e la documentazione sanitaria di cui necessita nonché ad entrare in possesso degli atti necessari a certificare in modo completo la sua condizione di salute.

**-Diritto alla sicurezza.**

Chiunque si trovi in una situazione di rischio per la salute ha diritto ad ottenere tutte le prestazioni necessarie alla sua condizione ed ha altresì diritto a non subire ulteriori danni causati dal cattivo funzionamento delle strutture e dei servizi.

**-Diritto al tempo.**

Ogni cittadino ha diritto a vedere rispettato il suo tempo al pari di quello della burocrazia e degli operatori sanitari. - Diritto alla protezione. Il Servizio Sanitario ha il dovere di proteggere in maniera particolare ogni essere umano che, a causa del suo stato di salute, si trova in una condizione momentanea o permanente di debolezza, non facendogli mancare per nessun motivo e in alcun momento l'assistenza di cui ha bisogno.

**-Diritto alla certezza.**

Ogni cittadino ha diritto ad avere dal servizio sanitario la certezza del trattamento nel tempo e nello spazio a prescindere dal soggetto erogatore e a non essere vittima degli effetti di conflitti professionali e organizzativi, di cambiamenti repentini delle norme, della discrezionalità nella interpretazione delle leggi e delle circolari, di differenze di trattamento a seconda della collocazione geografica.

**-Diritto alla fiducia.**

Ogni cittadino ha diritto a vedersi trattato come un soggetto degno di fiducia e non come un possibile evasore o presunto bugiardo.

**-Diritto alla qualità.**

Ogni cittadino ha diritto di trovare nei servizi sanitari operatori e strutture orientati verso un unico obiettivo: farlo guarire e migliorare il suo stato di salute.

**-Diritto alla differenza.**

Ogni cittadino ha diritto a vedere riconosciuta la sua specificità derivante dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla condizione di salute, dalla cultura, dalla religione e a ricevere di conseguenza trattamenti differenziati a seconda delle diverse esigenze.

**-Diritto alla normalità.**

Ogni cittadino ha diritto a curarsi senza alterare, oltre il necessario, le sue abitudini di vita. **-Diritto alla famiglia.** Ogni famiglia che si trova ad assistere un suo componente ha diritto di ricevere dal servizio sanitario il sostegno materiale necessario.

**-Diritto alla decisione.**

Il cittadino ha diritto, sulla base delle informazioni in suo possesso e fatte salve le prerogative dei medici, a mantenere una propria sfera di decisionalità e di responsabilità in merito alla propria salute e alla propria vita.

**-Diritto al volontariato, all'assistenza da parte dei soggetti no profit e alla partecipazione.**

Ogni cittadino ha diritto ad un servizio sanitario, sia esso erogato da soggetti pubblici che da soggetti privati, nel quale sia favorita la presenza del volontariato e delle attività no profit e sia garantita la partecipazione degli utenti.

**-Diritto al futuro.**

Ogni cittadino, anche se condannato dalla sua malattia, ha diritto a trascorrere l'ultimo periodo della sua vita conservando la sua dignità, soffrendo il meno possibile e ricevendo attenzione e assistenza.

**-Diritto alla riparazione dei torti.**

**Ogni cittadino ha diritto, di fronte ad una violazione subita, alla riparazione del torto subito in tempi brevi ed in misura congrua.**

**Daniela Incutti**

*Laureanda in Scienze Politiche presso  
Università della Calabria*







