

Concorso

ARES SARDEGNA

98 **Assistenti amministrativi diplomati**

MANUALE ⊕

TEST di verifica **SUDDIVISI** per **CAPITOLI**

NLD
CONCORSI

Capitolo 1

Il Servizio Sanitario Nazionale: principi e organizzazione

SOMMARIO

1. Storia del sistema sanitario italiano: dalla sicurezza alla sanità, dalla sanità alla salute. – 1.1. I primi interventi pubblici in sanità. – 1.2. La sanità dall'Unità d'Italia. – 1.3. La sanità durante il regime fascista. – 1.4. La tutela della salute nella Costituzione. – 1.5. I diritti "inclusi" nel diritto alla salute. – 1.5.1. Il diritto alla libertà di cura. – 1.5.2. Il diritto a prestare il consenso informato. – 1.5.3. Il diritto a vivere e lavorare in un ambiente salubre. – 1.5.4. Il diritto alla prestazione terapeutica e alla qualità e sicurezza delle cure. – 1.6. I trattamenti sanitari obbligatori. – 1.6.1. L'obbligo vaccinale. – 2. L'attuazione del disegno costituzionale: l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. – 2.1. I tre principi fondamentali del modello universalistico e gli obiettivi del SSN. – 2.2. La prima organizzazione del Servizio sanitario nazionale. – 3. Il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione negli anni Novanta. – 4. Il riparto di competenze legislative nel settore sanitario. – 4.1. Il nuovo assetto ordinamentale delineato dalla riforma costituzionale del 2001. – 4.2. Le competenze legislative dello Stato e delle Regioni in materia di tutela della salute. – 4.2.1. Le "interferenze" tra la tutela della salute e altre materie. 4.2.2.1. Il punto di equilibrio tra competenze legislative statali e regionali in materia di gestione dell'emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi di malattie infettive 5. Il Servizio sanitario nazionale e l'Unione Europea.

1. Storia del sistema sanitario italiano: dalla sicurezza alla sanità, dalla sanità alla salute

► 1.1. I primi interventi pubblici in sanità

La **storia del sistema sanitario italiano** è caratterizzata da una serie di mutamenti culturali e organizzativi che hanno investito direttamente il concetto di salute e la conformazione del diritto alla sua tutela.

Per comprendere l'assetto organizzativo del moderno **Servizio sanitario nazionale** (SSN), inteso come *sistema di strutture e servizi che ha la funzione di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione delle prestazioni sanitarie*, nonché il contenuto attuale del **diritto alla salute** (l'unico testualmente definito "fondamentale" dalla Costituzione del 1948), è essenziale esporre le principali tappe di tale percorso normativo e giurisprudenziale.

Fino all'adozione del **primo regolamento in materia di igiene pubblica**, risalente al periodo napoleonico (1806), con il quale si stabilì che in ciascuna delle tre università (Pavia, Bologna e Padova) fosse istituita, presso la facoltà di medicina, una direzione di polizia medica dipendente dal Ministero dell'interno, si registrò un sostanziale **disinteresse da parte dei pubblici poteri rispetto alle esigenze assistenziali e socio-sanitarie dei cittadini**, quale conseguenza sia della disattenzione da parte degli organi di governo verso i fenomeni epidemiologici presenti sul territorio che di un approccio giuridico che considerava **la tutela della salute quale interesse esclusivo e responsabilità del singolo** ovvero, al più, una prerogativa degli enti ecclesiastici.

La questione della sanità restava relegata nell'area della beneficenza e il ricovero e la cura dei malati costituivano il frutto dell'iniziativa spontanea di istituzioni private, soprattutto a carattere religioso, senza alcuna attenzione al problema della prevenzione.

► 1.2. La sanità dall'Unità d'Italia

Con l'**unificazione del Regno d'Italia** (1861), la tutela della salute pubblica fu riconosciuta, per la sua evidente criticità, quale **materia di ordine pubblico** di rilievo nazionale e venne dettata una disciplina organica in tema di sanità e di igiene.

In quanto appartenente alla sfera dell'ordine pubblico, la **competenza** in materia di organizzazione dei servizi sanitari fu affidata ai Prefetti e ai Sindaci in sede periferica e, a livello centrale, al Ministero dell'Interno (**R. D. 20 marzo 1865, n. 2248, allegato C**), nell'ambito del quale, con la successiva **l. 21 dicembre 1988, n. 5849**, fu istituita un'apposita Direzione generale della sanità pubblica.

Con la medesima legge furono istituiti il **Consiglio superiore di sanità**, con funzioni tecnico-consultive e, a **livello periferico**, gli uffici sanitari provinciali e comunali (medico e veterinario provinciale e comunale) alle dipendenze dei Prefetti e dei Sindaci.

Con **R.D. 3 febbraio 1901, n. 45** fu approvato il regolamento di esecuzione della l. n. 5849/88 e disciplinate, per la prima volta, le **professioni sanitarie**.

Alla **fine del XIX secolo**, vennero introdotte forme di **assistenza pubblica diretta e obbligatoria**, con finalità di cura e di tutela della collettività, nei confronti degli indigenti nonché degli individui affetti da particolari patologie (c.d. **malattie sociali**, così denominate giacché presentano una vasta diffusione e una notevole frequenza nei vari strati della popolazione, dimostrando perciò una significativa incidenza di morbosità, letalità e mortalità), quali malattie veneree, malaria, pellagra, tubercolosi.

Inoltre, la **l. 17 luglio 1890, n. 6972** (c.d. legge Crispi) trasformò gli ospedali, le case di riposo e le Opere pie in Istituti di assistenza e beneficenza (IPAB), vale a dire in **enti di diritto pubblico**, assoggettando così strutture sanitarie dapprima governate da istituzioni private di carità e beneficenza ad una penetrante disciplina statale uniforme, avente ad oggetto la costituzione, l'elezione degli organi, gli obblighi di prestazione di cura e l'eventuale estinzione.

Con **R.D. 1° agosto 1907, n. 603** fu introdotto il primo **testo unico delle leggi sanitarie**, al fine di coordinare in un unico documento tutta la normativa in materia.

In tale contesto di riforme, pur significative, la salute continuò ad essere concepita, diversamente da quanto accade oggi, come **mera assenza di uno stato patologico** e non già come complessivo stato di benessere fisico, mentale e sociale dell'individuo, che richiede un intervento attivo dello Stato finalizzato a rimuovere gli ostacoli che ne impediscano il pieno raggiungimento.

Gli unici strumenti di prevenzione introdotti nell'ordinamento furono infatti le **misure collettive di igiene pubblica**, tese ad evitare che le condizioni dei luoghi di lavoro e di vita si prestassero al proliferare di agenti patogeni, e le misure di profilassi sanitaria (come le vaccinazioni), finalizzate a contenere il diffondersi delle malattie infettive più comuni.

► 1.3. La sanità durante il regime fascista

Con l'avvento del regime fascista si registrò un'**espansione dell'intervento statale in materia di sanità pubblica**.

In particolare, venne introdotto l'**obbligo di assicurazione contro le malattie in capo ai lavoratori** che non fruivano dell'assistenza pubblica garantita agli indigenti e furono istituiti diversi **enti mutualistici con compiti previdenziali e sanitari**: l'**INAIL**, Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, l'**INPS**, Istituto nazionale della previdenza sociale e l'**ENPAS**, Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali.

Il nuovo "**Testo unico delle leggi sanitarie**" (**R.D. 27 luglio 1934, n. 1265**) riordinò, riformandola, la disciplina preesistente, dettando disposizioni, in parte ancora vigenti, che hanno costituito il punto di riferimento in tale settore **fino alla riforma del 1978**, in materia di: ordinamento e attribuzioni dell'amministrazione sanitaria; esercizio delle professioni e delle arti sanitarie; attività soggette a vigilanza sanitaria; igiene del suolo e dell'abitato; igiene degli alimenti, dell'acqua potabile e dei beni di uso personale; misure contro le malattie infettive e sociali; polizia mortuaria; regolamenti locali di igiene e sanità; polizia veterinaria.

Il sistema sanitario ivi delineato si fondava su **quattro pilastri**:

- servizi di igiene pubblica coordinati dalle prefetture;
- strutture ospedaliere amministrate dagli enti locali e gestite da congregazioni religiose e fondazioni di beneficenza;
- servizi di cure gratuite agli indigenti, con oneri a carico dei Comuni, prestate per il tramite di medici condotti ed ostetriche;
- casse di mutua assicurazione contro gli infortuni e le malattie dei lavoratori.

Con il **R.D. 30 settembre 1938, n. 1631**, recante “Norme sull’ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali”, fu poi introdotta una **disciplina generale dei servizi sanitari e del personale sanitario** degli ospedali dipendenti da istituzioni ed enti pubblici, finalizzata a garantirne l’adeguatezza organizzativa e strutturale.

In tale contesto, importanti funzioni furono attribuite all’**Alto Commissariato per l’igiene e la Sanità pubblica**, istituito con decreto luogotenenziale del 12 luglio 1945, n. 417, posto alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, il quale ereditò le competenze della soppressa Direzione generale della sanità pubblica presso il Ministero dell’Interno, divenendo l’organo tecnico centrale in materia di tutela della salute pubblica, di coordinamento dell’attività degli uffici statali con attribuzioni in materia di igiene e di sanità, nonché di vigilanza tecnica sulle strutture sanitarie e sugli enti sorti con lo scopo di fronteggiare le malattie sociali.

► 1.4. La tutela della salute nella Costituzione

Con l’**entrata in vigore della Costituzione del 1948** ha preso avvio una fase di progressivo e radicale mutamento culturale in materia di sanità e il diritto alla salute ha acquistato nel tempo sempre maggiori contenuti.

Sul **piano normativo**, alla tutela della salute è stata riconosciuta una **veste multidimensionale**, quale:

- fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività (art. 32, co. 1, cost.);
- diritto a ricevere cure gratuite per chi versi in condizioni di indigenza (art. 32, co. 1, cost.);
- limite nei confronti dei pubblici poteri, che non possono imporre trattamenti sanitari obbligatori se non nei casi previsti dalla legge e nel rispetto della dignità della persona (art. 32, co. 2, cost.);
- strumento per attuare i principi di solidarietà, eguaglianza e dignità della persona (artt. 2 e 3 cost.);
- diritto dei lavoratori, ai quali devono essere garantiti mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio e malattia (art. 38, co. 2, cost.).

Sulla base dei precetti costituzionali, dunque, il **diritto alla salute** viene a configurarsi non più soltanto, in negativo, come diritto a non subire lesioni della propria integrità psico-fisica, bensì come **pretesa nei confronti del potere pubblico** avente ad oggetto *iniziative positive dirette a fornire al singolo un’assistenza sanitaria effettiva volta al miglioramento complessivo del suo stato di benessere, mediante l’approntamento delle strutture e dei mezzi necessari a tale scopo.*

Finalità che può dirsi raggiunta, come si vedrà nei successivi capitoli, in modo organico e completo soltanto con l’**istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN)** ad opera della **l. 23 dicembre 1978, n. 833**.

La giurisprudenza ha precisato, tuttavia, come l’attuazione del diritto a ricevere i trattamenti sanitari, fermi restando i principi di eguaglianza di parità di accesso alle prestazioni, deve essere pur sempre contemperato con le esigenze finanziarie dello Stato e degli altri enti pubblici.

Sul punto, è stato ripetutamente affermato come “*nell’attuazione del diritto ai trattamenti sanitari di cui all’ art. 32 Cost. entra anche la considerazione delle esigenze relative all’equilibrio della finanza pubblica, le quali non devono avere un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all’inviolabile dignità della persona umana, ma tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone*” (**Cons. St., sez. III, 14 settembre 2017, n. 4347**).

Il diritto alla salute si configura, infatti, come **"finanziariamente condizionato"**, in quanto *"l'esigenza di assicurare l'universalità e la completezza del sistema assistenziale si scontra con la limitatezza delle disponibilità finanziarie"* (Corte Cost., 27 luglio 2011, n. 248).

Ne deriva il riconoscimento di un'elevata discrezionalità dei pubblici poteri nella modulazione delle prestazioni sanitarie erogabili, sulla scorta del principio della **programmazione**, allo scopo di realizzare un **contenimento della spesa pubblica** ed una razionalizzazione del sistema sanitario nel complesso.

Va segnalato, inoltre, che negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della Costituzione, la portata innovativa dell'enunciazione della tutela della salute come "diritto fondamentale" ha stentato ad affermarsi nella sua **dimensione privatistica**, in quanto il legislatore e gli interpreti, attribuendo al disposto costituzionale una *valenza meramente programmatica*, circoscrivevano il diritto alla tutela della salute ai soli rapporti tra Stato e cittadini, negando la diretta applicabilità dell'articolo 32 Cost. ai rapporti tra individui.

Sulla scorta dell'evoluzione giurisprudenziale, è oggi pacifico, al contrario, che il diritto alla salute, quale *diritto a non subire menomazioni della propria integrità psicofisica*, è meritevole di tutela, in quanto annoverabile tra i c.d. "diritti della personalità", ogniqualvolta sia riscontrabile un fatto lesivo verificatosi in qualunque ambito della vita di relazione, in particolare attraverso l'attivazione del rimedio civilistico del **risarcimento del danno patrimoniale** (essenzialmente, da perdita della capacità lavorativa, generica o specifica) e **non patrimoniale**, quest'ultimo, in particolare, derivante da **responsabilità sia contrattuale**, come riconosciuto a partire dalla storica sentenza delle **Sezioni Unite della Corte di Cassazione dell'11 novembre 2008, n. 26972** (si pensi ad un infortunio conseguente all'omessa adozione di misure di prevenzione dei rischi da parte del datore di lavoro ovvero all'errore commesso dal sanitario, legato da vincolo obbligatorio, nell'esecuzione di un intervento chirurgico) **che extracontrattuale** (come nel caso tipico dell'incidente stradale).

Sui **criteri di liquidazione del danno** si rinvia al capitolo dedicato alla responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie (Parte VII, Cap.2).

Al diritto alla salute vengono poi ricondotte anche altre posizioni giuridiche tutelabili non strettamente inerenti al concetto di integrità psicofisica e di danno biologico, delle quali si darà conto, in via esemplificativa, nel prossimo paragrafo.

L'**interpretazione restrittiva** del diritto alla salute derivava anche dalla circostanza che l'originario articolo 117 della Costituzione del 1948, nel delineare il *riparto di competenze legislative tra Stato e regioni*, non faceva riferimento alla materia della "tutela della salute", bensì al più circoscritto ambito della "beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera", in relazione al quale allo Stato spettava la definizione dei principi fondamentali e alle regioni la competenza ad adottare la disciplina di dettaglio.

Solo **a partire dagli anni '70 del secolo scorso** si è dunque affermata una più ampia interpretazione del dettato costituzionale e la tutela della salute ha assunto rilievo, al tempo stesso, quale diritto del singolo e interesse della collettività, inviolabile e intangibile nel suo nucleo essenziale, anche da parte delle leggi di revisione costituzionale.

In particolare, si iscrive nel **"nucleo irriducibile" del diritto alla tutela della salute** (che deve essere sempre garantito, pena la violazione della dignità della persona) quello dei cittadini in disagiate condizioni economiche (indigenti, secondo la terminologia utilizzata nell'art. 32 Cost.) a che siano loro assicurate cure gratuite.

Il principio postula che il diritto alle cure gratuite sia garantito anche al cittadino che si trovi in disagiate condizioni economiche all'estero. Ed invero, come affermato dalla **Corte costituzionale nella sentenza n. 309 del 1999**, ai motivi del soggiorno al di fuori del territorio nazionale, diversi dal lavoro o dalla fruizione di borse di studio, non è consentito collegare una aprioristica valutazione negativa in merito alla sussistenza del diritto alla tutela della salute, atteso che l'espatrio può costituire in ogni caso fattore di arricchimento e di sviluppo della personalità. La pronuncia è intervenuta nel dichiarare l'incostituzionalità degli artt. 37, l. 23 dicembre 1978, n. 833, e 1 e 2, d.p.r. 31 luglio 1980, n. 618, nella parte in cui non prevedevano forme di assistenza sanitaria gratuita, da stabilirsi da parte del legislatore, a favore dei cittadini italiani che si trovassero temporaneamente all'estero, non