



Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato

Italia



STUDIO

EPRS | Servizio Ricerca del Parlamento europeo

Unità Biblioteca di diritto comparato
PE 698.893 – Gennaio 2022

IT

IL DIRITTO ALLA SALUTE, UNA PROSPETTIVA DI DIRITTO COMPARATO

Italia

STUDIO

Gennaio 2022

Sintesi

Lo studio fa parte di un progetto più ampio, il cui scopo è quello di analizzare, nella prospettiva del diritto comparato, le delicate questioni che riguardano il diritto alla salute in diversi Stati e organizzazioni internazionali.

Il suo obiettivo è esaminare la problematica nel contesto specificamente italiano, pur nella consapevolezza dell'importanza delle fonti internazionali e dell'Unione Europea in materia.

A tal fine, dopo l'esposizione di alcuni dati fattuali sul rischio sanitario in Italia e una breve introduzione di carattere storico generale, sono state prese in esame le vicende normative che hanno interessato il diritto alla salute, nelle sue varie forme, nell'Italia repubblicana. Punto di partenza è stata, ovviamente, la Costituzione, mentre le altre fonti sono state ordinate in ragione del loro tipo.

Ampia attenzione è stata dedicata alla giurisprudenza. Nell'impossibilità di dare conto di tutto il notevole materiale disponibile, si sono selezionati alcuni casi particolarmente significativi.

Sono stati identificati, infine, i principali nodi problematici che occorre tuttora sciogliere, in un contesto globale nel quale la questione della salute s'è fatta terribilmente pressante e delicata.

AUTORE

Questo studio è stato scritto dal **Prof. Dr. Massimo LUCIANI** dell'Università di Roma – La Sapienza – (Italia), su richiesta della Unità "Biblioteca di diritto comparato", Direzione generale dei Servizi di ricerca parlamentare (DG EPRS), Segretariato generale del Parlamento europeo.

EDITORE

Prof. Dr. Ignacio DíEZ PARRA, Capo dell'Unità "Biblioteca di diritto comparato".

Per contattare la Unità, si prega di scrivere a: EPRS-ComparativeLaw@europarl.europa.eu

VERSIONI LINGUISTICHE

Originale: IT

Il documento è disponibile sul seguente sito Internet: <http://www.europarl.europa.eu/thinktank>

LIMITAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ

Il presente documento costituisce materiale informativo destinato ai deputati e al personale del Parlamento europeo ed è stato preparato per assisterli nelle loro attività parlamentari. Le opinioni espresse nel presente documento sono esclusivamente riconducibili alla responsabilità dell'autore e non riflettono necessariamente la posizione ufficiale del Parlamento europeo.

Sono autorizzate la riproduzione e la traduzione per finalità non commerciali, a condizione che venga citata la fonte, che venga preventivamente acquisito il consenso dell'editore ed inviata una copia della pubblicazione all'indirizzo elettronico sopra indicato.

Manoscritto completato nel mese di gennaio 2022

Bruxelles © Unione europea, 2022

Créditos de las imágenes: © polack / Adobe Stock.

PE 698.893

Impreso

ISBN: 978-92-846-8916-3

DOI:10.2861/10137

QA-07-22-022-IT-C

PDF

ISBN: 978-92-846-8917-0

DOI:10.2861/020085

QA-07-22-022-IT-N

Indice

Indice delle abbreviazioni	VII
Sommario	X
I. Introduzione: Breve evoluzione storica del riconoscimento del diritto alla salute in Italia.....	1
I.1. Alcuni dati di base.....	2
I.1.1. I rischi sanitari storici in Italia.....	2
I.1.2. La pandemia da Covid-19	3
I.2. Breve evoluzione storica del riconoscimento del diritto alla salute nell'ordinamento giuridico italiano.....	4
II. Le disposizioni costituzionali e infracostituzionali	6
II.1. La Costituzione.....	6
II.1.1. Il diritto alla salute come "fondamentale diritto dell'individuo"	6
II.1.1.1 "La salute come diritto fondamentale"	6
II.1.1.2 "La salute come diritto individuale"	7
II.1.1.3 I titolari del diritto alla salute.....	8
II.1.2. Il diritto alla salute come "interesse della collettività"	9
II.2. Le disposizioni infracostituzionali.....	10
II.2.1. Il "modello" italiano di tutela della salute	10
II.2.2. Il funzionamento del modello.....	12
II.2.3. La speciale normativa di contrasto alla pandemia da COVID-19	16
II.2.3.1 La pronta reazione dell'ordinamento italiano e la legittimità delle misure adottate.....	16
II.2.3.2 La pandemia e i rapporti fra i livelli di governo.....	19
II.2.3.3 Le specifiche misure in materia di vaccinazione.....	21
III. Le principali pronunce giurisprudenziali.....	24
III.1. Il riparto di competenze in materia di salute.....	24
III.2. L'ambito oggettivo del diritto alla salute.....	25
III.3. L'ambito soggettivo del diritto alla salute.....	27
III.4. Il diritto a farsi curare	28
III.5. Il diritto a non farsi curare.....	29
III.6. Il diritto agli indennizzi e ai risarcimenti nel caso di lesione del diritto alla salute.....	31
III.6.1. Il diritto all'indennizzo nel caso di danni determinati da trattamenti sanitari obbligatori	31
III.6.2. Il diritto al risarcimento e la sua estensione: in particolare, il risarcimento del c.d. "danno biologico"	31
IV. Il "diritto alla salute": la nozione e i suoi limiti (attuali e prevedibili in futuro)	34
IV.1. Il diritto all'integrità psico-fisica	35
IV.2. Il diritto all'ambiente, come aspetto del diritto alla salute	37
IV.3. Il diritto a farsi curare	38
IV.4. Il diritto a non farsi curare.....	40
IV.4.1. Il diritto a non farsi curare e la libertà religiosa.....	41
IV.4.2. Il diritto a rivendicare la propria identità di genere (senza ricorrere a interventi chirurgici).....	41
IV.4.3. Il diritto a lasciarsi morire	41
IV.4.4. Il diritto alla salute, il diritto alla vita e il c.d. diritto al suicidio	42

IV.5.	Diritto individuale <i>versus</i> interesse collettivo. I trattamenti sanitari.....	46
IV.5.1.	I trattamenti obbligatori	46
IV.5.2.	I trattamenti coattivi.....	50
IV.5.3.	I trattamenti non obbligatori.....	51
IV.6.	Diritto individuale <i>cum</i> interesse collettivo.....	51
IV.7.	Il potenziale contrasto fra il diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali.....	52
IV.7.1.	Diritto alla salute e diritto alla vita privata (compresa la protezione dei dati personali).....	52
IV.7.2.	Diritto alla salute e libertà di movimento (quarantene, confinamenti, etc.)	53
IV.7.3.	Diritto alla salute e libertà di iniziativa economica	55
IV.7.4.	I conflitti “interni” al diritto alla salute	56
IV.7.5.	I motivi che possono giustificare il primato del diritto alla salute rispetto ai diritti fondamentali con i quali entra in conflitto.....	57
IV.8.	Le “zone grigie” del diritto alla salute	57
IV.9.	L’abuso del diritto alla salute.....	57
V.	Conclusioni	58
	Elenco delle fonti normative citate	59
	Provvedimenti emergenziali.....	61
	Elenco delle sentenze citate	62
	Bibliografia.....	67
	Elenco dei siti web consultati.....	75
	Elenco di pubblicazioni della Biblioteca di diritto comparato (per temi)	76

Indice dei riquadri

RIQUADRO 1	4
Statuto del Regno d’Italia, art. 24	4
RIQUADRO 2.....	6
Costituzione della Repubblica italiana, art. 32.....	6
RIQUADRO 3.....	7
Costituzione della Repubblica italiana, art. 2	7
RIQUADRO 4.....	9
Costituzione della Repubblica italiana, art. 41	9
RIQUADRO 5	10
Costituzione della Repubblica italiana, art. 3	10
RIQUADRO 6.....	10
L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 1, comma 3	10
RIQUADRO 7	12
Corte cost., sent. n. 142 del 2021	12
RIQUADRO 8.....	12
Corte cost., sent. n. 132 del 2021	12

RIQUADRO 9	13
Corte cost., sent. n. 2 del 1957	13
RIQUADRO 10	14
Corte cost., sent. n. 142 del 2021	14
RIQUADRO 11	14
Corte cost., sent. n. 275 del 2016	14
RIQUADRO 12	15
Corte cost., sent. n. 509 del 2000	15
RIQUADRO 13	16
Codice della protezione civile, art. 24, comma 1	16
RIQUADRO 14	17
Codice della protezione civile, art. 7, comma 1, lett. c).....	17
RIQUADRO 15	20
Corte cost., sent. n. 37 del 2021.....	20
RIQUADRO 16	20
Corte cost., sent. n. 37 del 2021.....	20
RIQUADRO 17	21
D.l. n. 52 del 2021, art. 9- <i>bis</i> , comma 1	21
RIQUADRO 18	25
Corte cost., sent. n. 5 del 2018	25
RIQUADRO 19	27
Corte cost., sent. n. 227 del 2020	27
RIQUADRO 20	27
Corte costituzionale, sent. n. 309 del 1999.....	27
RIQUADRO 21	29
Corte cost., sent. n. 185 del 1998	29
RIQUADRO 22	30
Codice di deontologia medica, art. 34	30
RIQUADRO 23	31
Corte cost., sent. n. 55 del 2019.....	31
RIQUADRO 24	32
Cass., Sez. III civ., 11 maggio 1989, n. 2150.....	32
RIQUADRO 25	33
Cass. civ., Sez. lav., 23 aprile 2021, n. 10868	33
RIQUADRO 26	36
Codice civile, artt. 5 e 2043.....	36
RIQUADRO 27	37
Costituzione della Repubblica italiana, art. 9	37
RIQUADRO 28	37
Costituzione della Repubblica italiana, art. 117, commi 2 e 3.....	37

RIQUADRO 29	40
L. 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, comma 5	40
RIQUADRO 30	46
Corte cost., sent. n. 5 del 2018	46
RIQUADRO 31	48
Consiglio di Stato, Sez. III, sent. n. 7045 del 2021	48
RIQUADRO 32	50
Costituzione della Repubblica italiana, art. 13.....	50
RIQUADRO 33	52
D. lgs. 3 aprile 2006, n. 152, art. 309, comma 1	52
D. lgs. 3 aprile 2006, n. 152, art. 310, comma 1	52
RIQUADRO 34	54
Costituzione della Repubblica italiana, art. 16.....	54
RIQUADRO 35	55
Costituzione della Repubblica italiana, art. 41	55
Costituzione della Repubblica italiana, art. 42.....	56

Indice delle abbreviazioni

AA. Vv.	Autori vari
A.C.	Atto Camera
Ad. plen.	Adunanza plenaria
aff.	Affare
AIC	Associazione Italiana dei Costituzionalisti
art.	articolo
artt.	articoli
BES	Benessere Equo e Sostenibile
cap.	capitolo
Cass.	Corte Suprema di cassazione
c.d.	cosiddetta/o e cosiddette/i
CE	Comunità europea
CEDU	Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo
cfr.	confronta
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
civ.	civile
CNEL	Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro
Comm.ne	Commissione
Cons. Stato	Consiglio di Stato
Corte cost.	Corte costituzionale
Corte EDU	Corte europea dei diritti dell'uomo
Cost.	Costituzione Italiana
decr.	decreto
Dig. disc. pubbl.	Digesto delle discipline pubblicistiche
Dir. Soc.	Diritto e società
d. l.	decreto legge
d. lgs.	decreto legislativo
DöV	Die öffentliche Verwaltung
d.P.C.M.	decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
ed.	edizione
Enc. dir.	Enciclopedia del diritto
Enc. giur.	Enciclopedia giuridica

es.	esempio
etc.	eccetera
gen.	generale
Giur. cost.	Giurisprudenza costituzionale
G.U.	Gazzetta Ufficiale
IRES	Istituto di Studi e Ricerche Economiche e Sociali
ISEE	Indicatore della Situazione Economica Equivalente
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
l.	legge
lav.	lavoro
l. cost.	legge costituzionale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
lett.	lettera
n.	numero
n.b.	nota bene
nn.	numeri
nt.	nota
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
On.	Onorevole
ord.	ordinanza
ordd.	ordinanze
par.	paragrafo
parr.	paragrafi
Pol. dir.	Politica del diritto
Quad. cost.	Quaderni costituzionali
r.d.	regio decreto
riv.	rivista
Riv. critica dir. priv.	Rivista critica del diritto privato
Riv. trim. dir. pubbl.	Rivista trimestrale del diritto pubblico
s.	seguito
sent.	sentenza
sentt.	sentenze
Sez.	Sezione

Sez. Un.	Sezioni Unite
spec.	specialmente
ss.	seguenti
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
Trib.	Tribunale
t.u.e.l.	Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali
t.u.l.p.s.	Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza
t.u.l.s.	Testo unico delle leggi sanitarie
UE	Unione europea
v.	vedi
vol.	volume

Sommario

La “salute” è intesa, nel Glossario dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), come “Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l’assenza di malattia o di infermità”. Si tratta di una definizione assai discussa, ma che può essere assunta come punto di partenza di qualunque analisi giuridica del tema, anche perché correttamente distingue fra stato di salute e (semplice) assenza di malattia.

La questione della salute si è fatta particolarmente delicata in questi ultimi due anni, a fronte della grave emergenza sanitaria derivante dalla pandemia da Covid-19, che ha mostrato a tutto il mondo la fragilità dei nostri stili di vita a fronte dei rischi derivanti dalla possibile diffusione delle malattie.

Alla sfida della pandemia l’ordinamento italiano ha reagito con prontezza: se il 30 gennaio del 2020 l’OMS ha adottato la dichiarazione di *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC), già il 25 gennaio 2020 il Ministro della salute aveva imposto provvedimenti di sorveglianza sui passeggeri arrivati in Italia con voli provenienti da Paesi già colpiti dal contagio e, soprattutto, il 31 gennaio 2020, cioè il giorno immediatamente successivo alla dichiarazione dell’OMS, il Consiglio dei ministri ha adottato la delibera recante la “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”.

Nonostante questo l’Italia è stata duramente colpita¹.

Poiché la definizione di “salute” data dall’OMS fa riferimento al “benessere”, si deve ricordare che il “benessere” di un Paese non coincide con la sua “ricchezza” o con il suo PIL (Prodotto Interno Lordo) e che l’Italia è uno dei Paesi con il più alto tasso di benessere al mondo. Questo è merito anche del suo sistema sanitario, che assicura al diritto alla salute una garanzia universale, nel senso che tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, godono delle tutele assicurate dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituite dalla [l. 23 dicembre 1978, n. 833](#). Si tratta di un modello assai moderno di assistenza sanitaria, finanziato soprattutto dalla fiscalità generale, che – come dimostrano tutti i dati statistici – costituisce una vera e propria eccellenza italiana nel mondo.

Questo modello di sistema sanitario ha un profondo radicamento nella Costituzione. Si deve infatti notare che la Costituzione italiana è una delle prime costituzioni nelle quali il diritto alla salute sia stato riconosciuto ed è una di quelle che gli offrono le garanzie più rigorose.

La Costituzione, all’art. 32, stabilisce che “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*” (comma 1) e che “*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*” (comma 2).

Si tratta di previsioni assai complesse, che hanno generato un ampio dibattito dottrinale e una copiosa giurisprudenza.

È significativo, anzitutto, che quello alla salute sia stato qualificato esplicitamente diritto “fondamentale”, se sol si considera ch’esso è stato tradizionalmente considerato diritto sociale

¹ I dati (in continuo aggiornamento) sono consultabili al seguente indirizzo web: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.

e che i diritti sociali hanno incontrato gravi difficoltà a farsi riconoscere come veri diritti fondamentali.

Nonostante tale esplicita qualificazione, peraltro, il diritto alla salute non è gerarchicamente sovraordinato agli altri, perché, come ha affermato la [sent. Corte cost., n. 83 del 2013](#), nessun diritto costituzionale è "tiranno" nei confronti degli altri.

Del diritto alla salute sono titolari tutti i soggetti dell'ordinamento italiano (cittadini e stranieri; maggiorenni e minorenni, etc.).

La salute, comunque, oltre che diritto individuale è anche interesse della collettività e questo pone una serie di delicati problemi di rapporto con il diritto alla salute dei singoli.

Così, un potenziale contrasto fra diritto individuale e interesse collettivo alla salute emerge sul terreno dei trattamenti sanitari obbligatori e coattivi (meno in quelli non obbligatori). La nozione di trattamento sanitario è amplissima e comprende, ad es., le attività di sperimentazione, la sedazione, l'alimentazione o l'idratazione forzata, in genere tutti i trattamenti di sostegno vitale, etc. Sono "obbligatori", poi, i trattamenti imposti dalla legge, ma senza l'uso della forza. Quando questa è prevista abbiamo i trattamenti coattivi, mentre i trattamenti non obbligatori sono quelli non previsti da alcuna norma di legge, per i quali si pone il problema del consenso dell'avente diritto e dei suoi limiti.

Caso assai spinoso di potenziale conflitto fra diritto individuale e interesse collettivo alla salute è quello – attualissimo – delle vaccinazioni obbligatorie.

Anche il diritto alla salute, come tutti i diritti costituzionali, è tutelato compatibilmente con le disponibilità finanziarie, ma tale bilanciamento è "inequale", nel senso che le esigenze finanziarie prevalgono solo quando è dimostrata l'impossibilità del soddisfacimento del diritto alla salute senza la compromissione di altri diritti o interessi di rango costituzionale. In ogni caso, come ha detto la Corte costituzionale, *"una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [in quel caso si trattava del diritto allo studio] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali",* perché *"è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione"* ([Corte cost., sent. n. 275 del 2016](#)).

La tutela concreta del diritto alla salute è affidata a un sistema pubblico che, come ha detto la Corte costituzionale nella [sent. n. 142 del 2021](#), *"si sviluppa su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza [LEA] che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini [...]; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei suddetti LEA"*. Tale sistema, per funzionare correttamente, ha bisogno della "leale collaborazione" fra tutti i livelli di governo.

Il diritto alla salute², più in particolare, si articola in una serie di diritti puntuali:

² Per una visione comparata del diritto alla salute in diversi ordinamenti giuridici, cfr., nell'ambito della ricerca cui anche questo scritto appartiene:

- **Argentina:** DÍAZ RICCI, S.: [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: Argentina](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, XVIII y 134 pp., referencia PE 698.814;
- **Consiglio di Europa:** ZILLER, J.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030;
- **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2021, X et 66 pp., référence

- a) il diritto all'integrità psico-fisica;
- b) il diritto all'ambiente;
- c) il diritto a farsi curare (a sua volta suddiviso nei diritti alla scelta del medico curante, alla scelta degli altri operatori sanitari, alla scelta delle cure);
- d) il diritto a non farsi curare (che comprende anche quello a rivendicare la propria identità di genere senza necessità di ricorrere a interventi chirurgici);
- e) il diritto a lasciarsi morire;
- f) il diritto alle cure gratuite.

PE 698.755;

- **Germania:** REIMER, F.: [*Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2021, XIV und 81 S., Referenz PE 698.770;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [*El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: España*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, X y 89 pp., referencia PE 698.810;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [*Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), dicembre 2021, X e 68 pp., referencia PE 698.827.

nonché gli altri studi che si aggiungeranno nei prossimi, mesi pubblicati sempre dalla Biblioteca di diritto comparato del Parlamento europeo.

I. Introduzione: Breve evoluzione storica del riconoscimento del diritto alla salute in Italia

Occorre anzitutto, come sempre, intendersi. E per intendersi è necessario stipulare una definizione di “salute” e di “diritto alla salute”: né l’una né l’altra, infatti, sono autoevidenti. Torneremo sulla questione del contenuto del diritto alla salute al Cap. IV, ma già qui, in apertura, è indispensabile esplicitare alcune scelte terminologiche e (dunque) concettuali.

Credo sia inevitabile prendere le mosse dalla definizione di “salute” offerta dal [Glossario dell’Organizzazione Mondiale della Sanità](#) (OMS), a tenor del quale essa consiste in “Uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l’assenza di malattia o di infermità”³. Si tratta, come è noto, di una definizione assai discussa e addirittura contestata, specie per il profilo della difficile identificazione di uno stato di “completo benessere”. Nondimeno, essa costituisce un utile punto di partenza, specialmente per la corretta distinzione fra stato di salute e (semplice) assenza di malattia.

È poi importante ricordare che l’[Ottawa Charter for Health Promotion](#), adottato nel 1986⁴, pur mantenendo fermo il riferimento al concetto di “completo benessere”, ha chiarito come la salute abbia bisogno di condizioni adatte alla sua realizzazione e al suo mantenimento, affermando che “*The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity*” (“*Le condizioni fondamentali e le risorse per la salute sono la pace, l’abitazione, l’educazione, il nutrimento, il reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l’equità*”). Il che fa intendere come, nonostante la nettezza della definizione originaria, la salute sia più un *processo dinamico* che una *condizione statica*.

In ogni caso, il riferimento al “benessere” mostra appieno la complessità della determinazione contenutistica del concetto di “salute”. È noto, infatti, che il “benessere” di un Paese non coincide con la sua “ricchezza” o con il suo PIL (Prodotto Interno Lordo). In Italia, in particolare, sin dal 2013 l’ISTAT e il CNEL hanno elaborato un Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile (BES), giunto ora all’ottava edizione, nel quale il benessere complessivo è calcolato sia sulla base di indicatori economici, sia in ragione di fattori extraeconomici come la salute, il lavoro, l’istruzione, le relazioni sociali, l’ambiente, le condizioni delle istituzioni, etc.

L’ultimo [BES, pubblicato il 10 marzo 2021](#)⁵, è assai critico sull’andamento della spesa sanitaria dell’ultimo decennio: “Per effetto dei tagli continui lungo tutto il decennio, il nostro sistema sanitario è arrivato a disporre di meno posti letto, di medici di età mediamente più elevata, per il blocco del turnover, con l’effetto complessivo di una maggiore disuguaglianza nell’accesso alle cure”⁶. Più significativi, invece, gli sforzi di tutela dell’ambiente (vedremo al par. III.2. che ambiente e salute sono intimamente collegati), delle cui condizioni i cittadini sono

³ La definizione, contenuta nella Costituzione dell’OMS del 1948, è così riportata nel Glossario di Promozione della Salute OMS del 1998, consultabile al link https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1_ita.pdf?sequence=19&isAllowed=y#:~:text=La%20Costituzione%20dell’OMS%20del,%20malattia%20o%20di%20infermit%C3%A0.

⁴ Può leggersi qui: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.

⁵ Può leggersi qui: <https://www.istat.it/it/archivio/254828>.

⁶ AA.Vv., *Bes 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2021, 5.

mediamente abbastanza soddisfatti (se “al Nord e al Centro si dichiarano soddisfatti più del 72% degli intervistati, nel Mezzogiorno la quota scende al 65%”)⁷.

I.1. Alcuni dati di base

L'Italia è uno dei Paesi con la più alta aspettativa di vita al mondo. Sommando i dati della popolazione maschile e di quella femminile, infatti, essa si colloca al sesto posto della classifica mondiale e in Europa è preceduta soltanto dalla Svizzera: 81.9 anni l'aspettativa per i maschi e 86 anni l'aspettativa per le femmine. La vita media, dunque, è assai più alta di quella mondiale ed è terribilmente più alta di quella dei Paesi che si trovano al fondo della graduatoria (l'ultimo è la Repubblica Centrafricana con solo 54.36 anni di aspettativa di vita)⁸. Sono risultati eccezionali, tanto più sorprendenti quanto più si rifletta sulle condizioni di partenza, cioè su quella che era la situazione sanitaria in Italia al momento dell'unificazione.

I.1.1. I rischi sanitari storici in Italia

Come ho avuto modo di osservare in precedenti contributi elaborati nell'ambito dell'iniziativa di ricerca promossa dal Parlamento Europeo⁹, l'unità d'Italia è relativamente recente e si è compiuta solo al termine di un lento processo, politico e militare, culminato nella [l. 17 marzo 1861, n. 4671](#), il cui articolo unico stabilì che “*Il Re Vittorio Emanuele II assume per sé e per i suoi successori il titolo di Re d'Italia*”. Ebbene: nel 1861 la condizione sanitaria della popolazione italiana non era certo delle migliori. I dati che abbiamo non sono molto precisi, ma sappiamo che nel 1863 morirono nel primo anno di vita 223.813 tra bambine e bambini (quasi l'1% della popolazione italiana di allora) e che la principale causa di morte nei primi anni dell'Italia unita, se si escludono gli incidenti, erano le malattie infettive e parassitarie, alle quali era attribuibile quasi il 30% dei decessi¹⁰.

Con la progressiva crescita economica i dati sanitari hanno cominciato a cambiare notevolmente: le malattie “dei poveri” hanno conosciuto un forte regresso e sono aumentate quelle “dei ricchi” (prime fra tutte quelle dell'apparato cardiovascolare), ma con tassi di incidenza nella mortalità assai meno elevati di quelli che si riscontrano in Paesi nei quali l'alimentazione sbagliata (in particolare, l'abuso del c.d. *junk food*) ha fatto crescere a dismisura il fenomeno dell'obesità, anche infantile e adolescenziale: secondo un rapporto dei *Centers for Disease Control*, ad es., il 39,8% degli adulti e il 20,6% degli adolescenti statunitensi sono obesi; tra i bambini compresi tra i 6 e gli 11 anni gli obesi sono il 18,4%, mentre nei piccoli tra i 2 e i 5 anni la percentuale è del 13,9%¹¹.

Tornando ai dati statistici che concernono l'Italia (aggiornati a luglio 2020)¹², attualmente si è registrato il record negativo del minor numero di nascite. I nati tra la popolazione residente sono stati 404.104, in diminuzione del 3,8% rispetto al 2019 e di quasi il 30% a confronto col

⁷ AA. VV., *Bes 2020*, cit., 179.

⁸ Dati tratti da Worldometer, consultabili al link <https://www.worldometers.info/population/>.

⁹ LUCIANI, M.: [La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2019, VIII e 55 pp., referenza PE 642.242; LUCIANI, M.: [I principi di eguaglianza e di non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2020, X e 71 pp., referenza PE 659.298.

¹⁰ AIELLO, V., FRANCISCI, S. VECCHI, G., 2011, 165-189.

¹¹ Dati consultabili al link <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db288.htm>.

¹² I dati sono tratti dal Rapporto annuale ISTAT del 2021, consultabile al link https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2021/Rapporto_Annuale_2021.pdf.

2008, anno di massimo relativo più recente delle nascite. Nel 2020, invece, il totale dei decessi, come vedremo al paragrafo che segue, è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra.

Oltre che da quella determinata dall'attuale pandemia, comunque, anche la storia sanitaria italiana – come quella di tutti i Paesi del mondo – è stata già attraversata da altri momenti di frattura, che hanno condizionato l'andamento delle condizioni di salute della popolazione e il tasso di mortalità. Si segnalano, in questa prospettiva:

- a) la Prima Guerra Mondiale (nella quale l'Italia entrò nel 1915), in cui moltissimi furono i morti fra i militari e i civili (rispettivamente circa 651.000 e circa 589.000), con un contributo di sangue elevatissimo, pari al 12% di tutte le perdite militari alleate¹³;
- b) l'epidemia dell'influenza conosciuta come "spagnola", che anche in Italia, come in tutto il mondo, mieté un numero impressionante di vittime (i morti, nel periodo 1918-1919, furono tra 350.000 e 600.000)¹⁴;
- c) la Seconda Guerra Mondiale (nella quale l'Italia entrò nel 1940), che ebbe anch'essa conseguenze pesanti sulla popolazione civile (circa 160.000 morti fra i militari, 146.000 morti fra i civili)¹⁵, a causa della crisi economico-alimentare, dei bombardamenti alleati, dell'occupazione nazista, della persecuzione degli italiani di origine ebraica, della guerra civile, della diaspora e del martirio delle popolazioni italiane di Istria e Dalmazia.

I.1.2. La pandemia da Covid-19

Come si è detto, in Italia l'impatto della pandemia da Covid-19 è stato molto pesante. I dati forniti dal Governo sono eloquenti¹⁶.

Nel 2020, in particolare, come si accennava, il totale dei decessi è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146, cioè 100.526 decessi in più rispetto alla media 2015-2019 (15,6% di aumento).

Prendendo in considerazione le classi di età, il contributo più rilevante all'aumento dei decessi dell'anno 2020, rispetto alla media degli anni 2015-2019, è dovuto all'incremento dei morti ultraottantenni (76,3% dell'aumento di mortalità complessivo; in totale sono decedute 486.255 persone oltre gli 80 anni, cioè 76.708 in più rispetto al quinquennio precedente). L'incremento della mortalità nella classe di età 65-79 anni spiega un altro 20% dell'aumento di decessi; in termini assoluti l'incremento per questa classe di età, rispetto al dato medio degli anni 2015-2019, è di oltre 20 mila decessi (per un totale di 184.708 morti nel 2020).

La speranza di vita alla nascita, infine, senza distinzione di genere, è scesa a 82 anni, ben 1,2 anni sotto il livello del 2019.

¹³ I dati sono forniti dal Centro Robert Schuman e possono leggersi qui: <http://www.centre-robert-schuman.org/userfiles/files/REPERES%20-%20module%201-1%20-%20notice%20-%20Bilan%20chiffre%20de%20la%20Premiere%20Guerre%20mondiale%20-%20FR%20-%20final.pdf>.

Come sempre i dati sulle perdite in guerra sono assai discussi, ma in questo caso essi sembrano abbastanza affidabili (cfr. anche MACK SMITH, D., 1972, vol. II, 483).

¹⁴ PATRIARCA, C., CLERICI, C.A., 2018, 316, che richiamano i più ampi studi di TOGNOTTI, E., 2015. V. anche CUTOLO, F., 2019, 33.

¹⁵ Rapporto ISTAT, 1957, 3.

¹⁶ I dati (in continuo aggiornamento) sono consultabili al seguente indirizzo web: <https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>.

Tutti questi dati documentano come la pandemia da Covid-19 abbia avuto un effetto non solo sulla mortalità provocata direttamente dal virus, ma anche sulle restanti cause di morte. Quasi tutte le principali cause di morte, infatti, presentano indici in aumento, contribuendo in varia misura all'incremento complessivamente osservato. Tra queste, le polmoniti e le malattie croniche sono le cause maggiormente responsabili dell'eccesso di mortalità nella prima ondata della pandemia. Polmoniti e influenza vi contribuiscono con un incremento di oltre 5 mila casi (pari al 10% del totale dell'aumento). Tra le malattie croniche i contributi più rilevanti si osservano per demenze e malattia di Alzheimer (+2.708 decessi), cardiopatie ipertensive (+2.477) e diabete (+1.557). In definitiva: un peggioramento sensibile delle complessive condizioni sanitarie, determinato direttamente o indirettamente dalla pandemia.

Bilancio pesante, dunque. Eppure, l'ordinamento italiano aveva risposto prontamente alla sfida della pandemia. Di questo, però, si dirà più avanti, *sub* II.2.3.1.

I.2. Breve evoluzione storica del riconoscimento del diritto alla salute nell'ordinamento giuridico italiano

Sempre in precedenti iniziative di ricerca promosse dall'EPRS¹⁷ ho avuto modo di ricordare che con l'unificazione la Carta fondamentale del Regno d'Italia (nato – come già detto – nel 1861) è divenuto lo [Statuto del Regno di Sardegna, promulgato il 4 marzo 1848](#) dal re Carlo Alberto (conosciuto, per questo, come Statuto albertino). Statuto che è rimasto in vigore cent'anni, prima d'essere soppiantato dalla vigente Costituzione repubblicana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948¹⁸.

Lo Statuto conteneva un elenco assai limitato di diritti dei cittadini, visto che era stato concesso dal re a fronte della spinta sempre più forte verso la democratizzazione e la liberalizzazione dell'ordinamento sabaudo, ma non era stato certo concepito come un documento rivoluzionario.

Per quanto riguarda in particolare il diritto alla salute, poi, la predisposizione a riconoscerlo era assai limitata, vista la sua origine storica (lo vedremo al par. II.1.1.) come diritto sociale.

Qui non posso che ribadire, sia pure in sintesi, quanto osservato nelle precedenti occasioni: sul piano dei rapporti fra Stato e cittadini lo Statuto poneva al centro dell'attenzione soprattutto il diritto di proprietà (cfr. art. 29: "*Tutte le proprietà, senza alcuna eccezione, sono inviolabili*"); conteneva un elenco piuttosto parsimonioso di diritti di libertà; fra i diritti politici riconosceva solo indirettamente il diritto di voto; non menzionava affatto – appunto – i diritti sociali, del tutto trascurati dalla norma generale sui diritti (v. Riquadro 1).

RIQUADRO 1

Statuto del Regno d'Italia, art. 24

Tutti i regnicoli, qualunque sia il loro titolo o grado, sono eguali dinanzi alla legge. Tutti godono egualmente i diritti civili e politici, e sono ammissibili alle cariche civili, e militari, salve le eccezioni determinate dalle Leggi.

Nessuna traccia dei diritti sociali, dunque, e nessuna traccia, in particolare, della salute come diritto individuale. Questa, semmai, rilevava come interesse collettivo, nel senso che la salute

¹⁷ LUCIANI, M., 2019, *passim*.

¹⁸ I profili più remoti della storia della disciplina giuridica della sanità pubblica sono indagati nel classico contributo di CAMMEO, F., 1905, 216 ss.

della popolazione era considerata un interesse pubblico da perseguire, allo scopo di assicurare allo Stato la massima possibile potenza¹⁹. Non solo: "l'intervento dei pubblici poteri era ammesso sotto forma di beneficenza e comunque concepito essenzialmente al fine di tutelare il primario interesse statale al mantenimento dell'ordine pubblico"²⁰, mentre mancava del tutto l'idea del servizio pubblico universale che invece – come poi vedremo – s'è oggi affermata. L'idea era che allo Stato difettassero i mezzi per occuparsi della salute di ciascuno e che, comunque, se l'avesse fatto, avrebbe determinato "una gravissima limitazione, se non talora una vera soppressione della libertà individuale"²¹.

L'ispirazione vetero-liberale dello Statuto condizionò anche la prima legislazione del novello Stato unitario, come dimostra la [l. 20 marzo 1865, n. 2248, all. C](#). La sanità era infatti intesa come un problema di ordine pubblico, da affidare alle cure della stessa autorità amministrativa competente proprio per l'ordine pubblico: "*La tutela della sanità pubblica è affidata al ministro dell'interno e sotto la sua dipendenza ai prefetti, ai sotto-prefetti ed ai sindaci*" (art. 1, comma 1). Certo, erano previsti anche dei Consigli di sanità (uno nazionale e gli altri locali), ma i loro compiti erano in armonia con la logica complessiva della legge. Si prevedeva, infatti, che "*I Consigli sanitari vegliano alla conservazione della sanità pubblica anche per quanto riguarda le epizootie, e vegliano altresì all'osservanza delle leggi e dei regolamenti relativi proponendo all'autorità superiore gli opportuni provvedimenti*" (art. 15), così confermando che la questione fondamentale stava nell'ordine e nella sicurezza pubblica, mentre tutta la dimensione personalistica della salute passava in secondo piano.

Questa impostazione tipicamente vetero-liberale s'incrinò con l'entrata in vigore del testo unico delle leggi sanitarie (t.u.l.s.) approvato durante il fascismo con il [r.d. 27 luglio 1934, n. 1265](#), ma anche "in quella fase storica la salute era considerata ancora come una condizione strettamente personale e della sua cura l'amministrazione sanitaria non si occupava, a parte [...] i casi di assistenza legale ai bisognosi e gli interventi nel settore della profilassi delle malattie infettive e di quelle sociali, sempre nell'ottica, comunque, di una sanità pubblica intesa *sub specie* di polizia sanitaria"²².

Si sarebbero dovuti dunque attendere il crollo del fascismo e l'avvento della Repubblica perché la prospettiva ora descritta cambiasse. E cambiasse radicalmente.

¹⁹ CAMMEO, F., 1905, loc. cit.

²⁰ SANTINELLO, P., 1997, 547.

²¹ CAMMEO, F., 1905, loc. cit.

²² SANTINELLO, P., 1997, 548.

II. Le disposizioni costituzionali e infracostituzionali

II.1. La Costituzione

L'italiana è una delle prime costituzioni nelle quali il diritto alla salute sia stato riconosciuto ed è certamente una di quelle che al diritto alla salute offrono le garanzie più rigorose.

Come sempre accade, la questione della salute emerge qua e là nel testo della Costituzione, ma la norma principale è l'art. 32 Cost. (v. Riquadro 2).

RIQUADRO 2

Costituzione della Repubblica italiana, art. 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'art. 32 contiene previsioni di notevole complessità, che devono essere analizzate partitamente.

II.1.1. Il diritto alla salute come “fondamentale diritto dell'individuo”

Che la Costituzione riconosca la salute come vero e proprio diritto soggettivo, addirittura “fondamentale”, è un dato tutt'altro che banale. Vediamo.

II.1.1.1 “La salute come diritto fondamentale”

Non lo è, anzitutto, quanto alla qualifica di “fondamentale”, perché nessun altro diritto costituzionale se la vede attribuita. Questo, si badi, non significa che il diritto alla salute sia gerarchicamente sovraordinato a tutti gli altri²³. Si deve infatti considerare che nel sistema costituzionale italiano non esiste una *Allgemeine Werteordnung*, una gerarchia generale dei valori, paragonabile a quella che la giurisprudenza del *Bundesverfassungsgericht*²⁴ ha creduto di ravvisare nel *Grundgesetz*²⁵ da molto tempo²⁶. Anzi, è ormai un assunto condiviso quello che non c'è alcun diritto o valore costituzionale che sia sovraordinato agli altri e che – in quanto appunto superiore – si sottragga al bilanciamento: se ci fosse, infatti, esso diverrebbe “tiranno” e questo non può essere tollerato da una Costituzione a struttura aperta e pluralistica qual è quella italiana. Già in un precedente contributo presentato nel contesto di una ricerca per la Biblioteca di diritto comparato del Parlamento europeo²⁷, del resto, ricordavo la [sent. Corte cost., n. 83 del 2013](#)²⁸, nella quale, con evidenti suggestioni schmittiane²⁹, si è affermato che “la tutela [dei diritti] deve essere sempre «sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro» (sentenza n. 264 del 2012). Se così non fosse, si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe «tiranno» nei

²³ In questo senso, da ultimo, GRANDI, F., 2021, 84 ss.

²⁴ Tribunale costituzionale federale tedesco.

²⁵ Legge fondamentale tedesca.

²⁶ Sin dalla [sent. BVerfGE, 10, 59 \(80\)](#).

²⁷ LUCIANI, M., 2019, 36.

²⁸ Cfr. LUCIANI, M., 2018a, 34. N.b: le pronunce della Corte costituzionale sono consultabili all'indirizzo web <https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do>.

²⁹ SCHMITT, C., 2011.

confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona".

Nondimeno, la qualifica di diritto fondamentale ha pur sempre un significativo contenuto precettivo, nel senso che il suo riconoscimento, per un verso, esplicita l'appartenenza della salute al novero di quei diritti inviolabili dei quali parla genericamente l'art. 2 Cost. (v. Riquadro 3); per l'altro, ne indica una sorta di priorità (non assiologica, è bene ripetere, ma solo) logica, nel senso che la privazione della salute ostacola il pieno godimento anche degli altri diritti costituzionali. E non basta. In quanto fondamentale, il diritto alla salute è inalienabile, intrasmissibile, indisponibile e – nei termini che poi vedremo – irrinunciabile (ma v. quanto si dirà al par. III.5. sull'inesistenza di un dovere di curarsi)³⁰. Del resto, i lavori preparatori della Costituzione sono, da questo punto di vista, illuminanti. Il progetto originario presentato all'Assemblea per la discussione, infatti, non prevedeva il riconoscimento della qualifica di "fondamentale", che fu introdotta proprio allo scopo di garantire la salute in modo più chiaro e incisivo³¹.

RIQUADRO 3

Costituzione della Repubblica italiana, art. 2

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale

II.1.1.2 "La salute come diritto individuale"

Se non è banale la qualificazione di "fondamentale" non lo è nemmeno quella (apparentemente scontata) di diritto "individuale". Gravava anche sul diritto alla salute, infatti, il radicato pregiudizio negativo che ha afflitto i diritti sociali (ai quali, tradizionalmente, la salute è stata ascritta e continua a essere ascritta dai più importanti documenti internazionali). Così, il diritto alla salute è incluso (agli artt. 11, comma 3, e 12, comma 1) fra quelli riconosciuti dal [Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966](#), mentre l'art. 5, comma 1, lett. e), n. iv) della [Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale](#) lo inserisce esplicitamente fra i "diritti economici, sociali e culturali".

In verità è la vicenda storica che spiega bene il loro destino: nella [Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789](#) essi non erano presenti e questo li ha fatalmente esclusi dal cerchio magico che la Dichiarazione tracciava attorno al costituzionalismo moderno³². E non vale obiettare che si sarebbe potuto dedurli dal secondo periodo dell'art. 1 ("Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune" – traduzione: "Le distinzioni sociali possono basarsi solo sull'utilità comune"), il quale avrebbe significato che "les inégalités sociales ne sont acceptables que si elles sont dans l'intérêt de tous, et en particulier des groupes sociaux le plus désavantagés" (traduzione: "Le disuguaglianze sociali soltanto sono accettabili se sono nell'interesse di tutti e, particolarmente, dei gruppi sociali più svantaggiati")³³, perché in questo modo, assai arbitrariamente, si anticipa di quasi due secoli la nota posizione rawlsiana³⁴, non solo ascrivendola a chi non aveva alcuna intenzione di farla propria, ma anche inserendola in un contesto sistemico del tutto inospitale.

³⁰ PACE, A., 1990, 43 s.; BALDASSARRE, A., 1989, 32.

³¹ V. la discussione tenutasi nella seduta del 24 aprile 1947 (Atti Ass. cost., 1^a ed., 3295 ss.).

³² Riprendo, qui, quanto già osservato in LUCIANI, M., 1995, II, 101 ss.

³³ È la proposta interpretativa di T. PIKETTY, 2013, 767.

³⁴ Il secondo principio di giustizia di Rawls, infatti, comporta che "le aspettative di coloro che sono in una

Pesava, qui, il collegamento dei diritti sociali al principio di eguaglianza, il quale, per quanto menzionato a fianco di quello di libertà, gli era sostanzialmente subordinato nelle dinamiche concrete dello Stato liberale di diritto³⁵. Di qui la vera e propria minorità dei diritti sociali, almeno sino all'avvento delle costituzioni contemporanee.

Le democrazie odierne, tuttavia, vogliono assicurare la libera autodeterminazione dei cittadini, ma lo fanno postulando la loro eguaglianza. Viene così ricucito sia sul piano teorico che su quello pratico il rapporto fra libertà ed eguaglianza³⁶, cancellando anche il "peccato originale" dei diritti sociali, derivante dal loro non essere diritti "della prima generazione". Non solo. Come vedremo al par. IV, la stessa distinzione fra diritti sociali e diritti di libertà non convince, nella sua nettezza oppositiva, nemmeno logicamente: il riavvicinamento fra i due gruppi di diritti è pertanto una necessità non solo storica, ma teorica.

Vedere nella salute un vero e proprio diritto, insomma, ha significato un notevole passo avanti sulla via di un più pieno riconoscimento del legame che unisce libertà ed eguaglianza, superando, così, anche le molte resistenze che (soprattutto da parte dei vecchi liberali) erano state manifestate anche in seno alla stessa Assemblea Costituente (basta pensare all'intervento di Nitti alla seduta pomeridiana del 19 aprile 1947³⁷, nel quale si ironizzava, con tono preoccupato, sulla stessa possibilità, per la giovane Repubblica, di mantener fede agli impegni che si andava assumendo — «promettendo» la salute — nei confronti dei cittadini).

Le cose, oggi, sono molto cambiate e, come si legge in una recentissima sentenza della Corte costituzionale a proposito del diritto all'abitazione³⁸, nessuno più dubita che quelli sociali siano veri e propri diritti, fondamentali quanto quelli di libertà: "[...] viene in rilievo il diritto all'abitazione, che costituisce «diritto sociale» (sentenze [n. 106 del 2018](#) e [n. 559 del 1989](#)) e «rientra fra i requisiti essenziali caratterizzanti la socialità cui si conforma lo Stato democratico voluto dalla Costituzione» (sentenza [n. 44 del 2020](#)). Esso, benché non espressamente menzionato, deve ritenersi incluso nel catalogo dei diritti inviolabili (sentenze [n. 161 del 2013](#), [n. 61 del 2011](#) e [n. 404 del 1988](#)) e il suo oggetto – l'abitazione – deve considerarsi «bene di primaria importanza» (sentenze [n. 79 del 2020](#) e [n. 166 del 2018](#))³⁹.

II.1.1.3 I titolari del diritto alla salute

In quanto ascrivibile all'individuo, del diritto alla salute sono titolari tutti i soggetti del nostro ordinamento (cittadini e stranieri; maggiorenni e minorenni, etc.), sebbene il regime giuridico del suo trattamento possa essere variamente differenziato in (ragionevole) considerazione delle caratteristiche essenziali delle singole categorie⁴⁰.

Paradigmatico, a questo proposito, il caso del diritto alla salute dei detenuti. Come ha affermato di recente la Corte costituzionale proprio di fronte alla grave situazione sanitaria

situazione migliore sono giuste se e solo se funzionano come parte di uno schema che migliora le aspettative dei membri meno avvantaggiati della società": RAWLS, J., 1971 e 2010, 89.

³⁵ Su questa problematica, v. LUCIANI, M., 2020, *passim*.

³⁶ HÄBERLE, P., 1962, 15 ss.; DWORKIN, R., 1978 e 1982, 267 ss.; BERLIN, I., 1979 e 1989, spec. 192.

³⁷ Cfr. *Atti Ass. cost.*, 1^a ed., 3094 ss.

³⁸ Che, del resto, ha un legame con il diritto alla salute. Come afferma la [sent. Corte cost. n. 124 del 2021](#), infatti, in particolare "Le prescrizioni riguardanti l'altezza interna degli edifici, al pari dei parametri di aeroilluminazione, perseguono l'essenziale finalità di conformare l'attività edilizia e, in tale ambito, apprestano misure volte anche a garantire il diritto alla salute nel contesto dell'abitazione".

³⁹ [Corte cost., sent. n. 128 del 2021](#).

⁴⁰ Quanto, in particolare, alle questioni che si pongono per l'assistenza sanitaria di immigrati che arrivano in Italia provenendo da culture molto distanti e abituate a metodologie sanitarie assai diverse dalle nostre (e per la proposta di praticare un, invero problematico, "pluralismo sanitario"), BUDELLI, S., 2012, 189 ss.

determinatasi nelle carceri a seguito della pandemia da Covid-19, le esigenze della sicurezza e quelle della salute devono essere attentamente bilanciate quando si tratta di stabilire se un condannato debba o non debba essere mantenuto in stato di detenzione: *“Anche rispetto a tali condannati, beninteso, occorrerà tutelare in modo pieno ed effettivo il loro diritto alla salute; ma è evidente che il bilanciamento con le pure essenziali ragioni di tutela della sicurezza collettiva contro il pericolo di ulteriori attività criminose dovrà essere effettuato con speciale scrupolo da parte del giudice, sulla base di una piena conoscenza dei dati di fatto che gli consentano di valutare se, e a quali condizioni, sia possibile il ripristino della detenzione, in modo comunque idoneo alla tutela della loro salute”*⁴¹.

L’ambito soggettivo della protezione, anzi, è ancora maggiore, perché l’ordinamento tutela anche la salute del nascituro.

Nonostante tale tutela, peraltro, non esiste un diritto costituzionale a nascere. L’ordinamento italiano, anzi, riconosce la possibilità dell’interruzione volontaria della gravidanza, consentendo l’aborto in presenza delle condizioni stabilite dalla l. 22 maggio 1978, n. 194, che ha fatto seguito a un’importante pronuncia della Corte costituzionale⁴².

È anche dubbio, poi, che si possa parlare di un vero e proprio “diritto a non nascere se non sano”⁴³ e non a caso la più recente giurisprudenza, più che far leva sulla “soggettività” giuridica del nascituro, sembra appoggiarsi all’idea che questi è comunque “oggetto” di tutela, che l’ordinamento deve in ogni caso assicurare⁴⁴.

II.1.2. Il diritto alla salute come “interesse della collettività”

Che la salute sia anche “interesse della collettività” è previsione costituzionale – se vogliamo – più scontata. È normale, infatti, che un ordinamento abbia interesse all’esistenza di buone condizioni sanitarie della popolazione e abbiamo visto – anzi – che nel periodo statutario questo era il solo profilo che emergesse con nettezza dalla legislazione in materia (v. il par. I.2.).

Quel che cambia in Costituzione, allora, non è tanto l’attenzione per il versante collettivo del bene-salute, quanto il *tipo* di interesse collettivo che la Costituzione ritiene rilevante. Durante il fascismo, infatti, era centrale l’interesse alla massimizzazione della potenza dello Stato: come recitava il par. II della [Carta del lavoro](#), *“Il complesso della produzione è unitario dal punto di vista nazionale; i suoi obiettivi sono unitari e si riassumono nel benessere dei singoli e nello sviluppo della potenza nazionale”*. Per la Costituzione, invece, è il benessere della collettività nazionale come gruppo sociale che conta, messe in disparte le velleità di potenza che avevano caratterizzato il fascismo.

Il punto di svolta è segnato dall’art. 41 Cost., che al comma 2 assoggetta l’attività economica privata al rispetto dell’utilità sociale (v. Riquadro 4).

RIQUADRO 4

Costituzione della Repubblica italiana, art. 41

L’iniziativa economica privata è libera.

Non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.

⁴¹ [Corte cost., sent. n. 245 del 2020](#).

⁴² [Corte cost., sent. n. 27 del 1975](#).

⁴³ V., in dottrina, i dubbi di IADICICCO, M.P., 2020, 156 ss.

⁴⁴ Su questa problematica, da ultimo, GAZZOLO, T., 2019, 614 s.

La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali.

L'utilità cui l'art. 41 Cost. fa riferimento è imputabile alla società nel suo complesso⁴⁵ e questo fa sì che l'utilità sociale non si possa confondere con l'interesse dello Stato-persona oppure con l'interesse di singoli gruppi sociali. Quel che la Costituzione intende tutelare è infatti l'interesse dell'*intera* società.

È facile, però, a questo punto, prevedere l'obiezione: ma dove mai sarebbe ravvisabile un interesse di *tutta* la società, quando nelle società pluralistiche contemporanee la frammentazione sociale è tale che ricostruire un interesse comune appare impossibile? In realtà, la Costituzione risolve brillantemente questo problema, poiché la società cui fa riferimento non è quella attuale, nella quale sono presenti le gravi diseguaglianze sociali che l'art. 3, comma 2, intende superare, ma una società in divenire, che si costruisce attraverso il complicato processo politico-sociale tracciato proprio dall'art. 3, comma 2 (v. Riquadro 5). Il che significa che ciò che è comune a *tutti* è l'interesse a che *ciascuno* realizzi il proprio progetto di emancipazione personale, senza impedire gli analoghi progetti di tutti gli altri⁴⁶.

RIQUADRO 5

Costituzione della Repubblica italiana, art. 3

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

II.2. Le disposizioni infracostituzionali

II.2.1. Il "modello" italiano di tutela della salute

Il diritto alla salute, in Italia, usufruisce di una garanzia universale, nel senso che tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, godono delle tutele assicurate dalle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il SSN è stato istituito alla fine degli anni Settanta, sulla base della decisiva scelta politica di abbandonare il precedente sistema dell'assistenza mutualistica (in forza del quale ogni singola categoria di lavoratori aveva un suo sistema di tutela della salute degli appartenenti, fondato su vincoli solidaristici infracategoriali) e di introdurre un meccanismo di tutela generalizzato, tale da garantire livelli di protezione sufficienti a prescindere dalla posizione lavorativa e dalla condizione economica dei singoli.

La [l. 23 dicembre 1978, n. 833](#), recante, appunto, "Istituzione del servizio sanitario nazionale", dispone, all'art. 1, comma 3, quanto si legge al sottostante Riquadro 6.

RIQUADRO 6

L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 1, comma 3

"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

⁴⁵ PREDIERI, A., 1963, 192 s. Adesivamente. LUCIANI, M., 1977, 1394; ID., 1983, 125.

⁴⁶ Le considerazioni accennate nel testo sono svolte con maggiore distensione in LUCIANI, M., 2011, spec. 684 ss.

la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini".

Si tratta di una legge che ha costituito una pietra miliare nell'evoluzione della disciplina relativa alla tutela della salute, anche se si deve considerare che la regolazione dell'intera materia (pur senza affatto smentire la scelta di fondo) è stata profondamente modificata dal [d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#), recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della [legge 23 ottobre 1992, n. 421](#)"⁴⁷.

Come ha di recente precisato la Corte costituzionale, il SSN "*garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse dell'intera collettività. Il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, come definiti dal Piano sanitario nazionale e come individuati contestualmente all'identificazione delle risorse finanziarie (art. 1 della legge 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»)*"⁴⁸.

È, questo, un modello assai moderno di assistenza sanitaria, finanziato dalla fiscalità generale, e che – come dimostrano tutti i dati statistici – costituisce una vera e propria eccellenza italiana nel mondo⁴⁹. Certo, non tutto funziona bene e – soprattutto – non tutto funziona con il medesimo livello qualitativo in tutto il Paese, ma rispetto, ad es., al discutibile modello statunitense, che solo da pochi anni sembra allontanarsi dalla logica che solo chi può pagare può permettersi le cure⁵⁰, l'impostazione di fondo di quello italiano appare particolarmente condivisibile.

Come risulta già dall'art. 1, comma 3, della [l. n. 833 del 1978](#), che sopra si è riportato, il SSN è articolato su più piani. A livello statale si determinano le grandi linee di indirizzo e soprattutto, prevedendo anche le necessarie risorse finanziarie, si stabiliscono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), cioè "*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, del [d. lgs. n. 502 del 1992](#))⁵¹.

Attualmente, i LEA sono identificati dal [d.P.C.M. 12 gennaio 2017](#), recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", che all'art. 1 menziona tre "aree di attività" in cui quei livelli operano: a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica; b) Assistenza distrettuale; c) Assistenza ospedaliera.

Al livello regionale, invece, spetta l'intera gestione operativa, tanto che il bilancio delle Regioni italiane è assorbito dalla sanità per una percentuale che oscilla tra il 77,7% e l'87,2%⁵². A livello

⁴⁷ Sull'evoluzione del sistema sanitario italiano dopo la [l. n. 833 del 1978](#), cfr., ad es., FERRARO, L. MAURANO, F., 2007, 235 ss.

⁴⁸ [Corte cost., sent. n. 62 del 2020](#).

⁴⁹ È tuttavia necessario ricordare che la questione delle metodologie di valutazione della *performance* dei sistemi sanitari è apertissima e che la discussione in dottrina è intensa. V., ad es., i saggi raccolti in AA. VV., 2008, e in AA. VV., 2009.

⁵⁰ Su quel complesso modello, v., in sintesi, FRANCE, G., 2006, 13 ss.

⁵¹ Si deve notare che i livelli "essenziali" non sono livelli "minimi" delle prestazioni erogabili dal servizio sanitario: per tutti, CUOCOLO, L., 2005, 11 s.; BALDUZZI, R., 2011, 151 ss.

⁵² Tali dati, tratti da uno studio effettuato dalla CGIL e dall'Ires e pubblicato sul periodico *online* della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, sono riferiti all'anno 2016 e sono consultabili *online* al link

locale, infine, i comuni, fra l'altro: a) esercitano le funzioni delegate o sub-delegate dalle Regioni (art. 7, comma 4, [l. n. 833 del 1978](#)); b) "esercitano le funzioni di cui alla presente legge in forma singola o associata mediante le unità sanitarie locali, ferme restando le attribuzioni di ciascun sindaco quale autorità sanitaria locale" (art. 13, comma 2); c) "*assicurano [...] la più ampia partecipazione degli operatori della sanità, delle formazioni sociali esistenti sul territorio, dei rappresentanti degli interessi originari definiti ai sensi della L. 12 febbraio 1968, n. 132, e dei cittadini, a tutte le fasi della programmazione dell'attività delle unità sanitarie locali e alla gestione sociale dei servizi sanitari [...]*" (art. 13, comma 4); d) erogano "*Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*" (art. 3-septies, comma 6, del [d. lgs. n. 502 del 1992](#)).

II.2.2. Il funzionamento del modello

Il modello rapidamente descritto al paragrafo precedente è assai complesso e – ovviamente – ha posto vari problemi di concreto funzionamento. Su di essi si è ripetutamente pronunciata la Corte costituzionale, osservando preliminarmente, in via generale, quanto si legge al Riquadro 7, che segue.

RIQUADRO 7

Corte cost., sent. n. 142 del 2021

"Il sistema italiano di tutela della salute si sviluppa su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei suddetti LEA. La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione del sistema sanitario efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi «necessari», inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica (sentenza n. 62 del 2020)"⁵³.

Come si vede, nella ricostruzione della Corte costituzionale il modello sanitario italiano, essendo articolato su un livello centrale e su un livello regionale, è di tipo "federale", ma si caratterizza per l'importanza della leale collaborazione quale garanzia di buon funzionamento del sistema. Una leale collaborazione che deve caratterizzare costantemente i rapporti fra le parti, perché "*il principio di leale collaborazione deve concretizzarsi in «un confronto costante, paritario e leale tra le parti, che deve caratterizzare ogni fase del procedimento e non seguire la sua conclusione»*"⁵⁴.

Tale principio trova applicazione in qualunque relazione fra Stato e Regioni, ma è particolarmente importante in ambito sanitario. In una recentissima pronuncia, sempre della Corte costituzionale, si legge quanto si riporta al Riquadro 8, che segue.

RIQUADRO 8

Corte cost., sent. n. 132 del 2021

"Centrale risulta [...] il canone di «leale cooperazione tra Stato e Regione con riguardo alla concreta garanzia dei LEA», in forza del quale al legislatore statale spetta «predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di essa, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione

<http://www.regioni.it/newsletter/n-3362/del-12-04-2018/cgil-analisi-sui-bilanci-delle-regioni-17947/>.

⁵³ [Corte cost., sent. n. 142 del 2021](#).

⁵⁴ Così [Corte cost., sent. n. 141 del 2021](#), che riprende la [sent. n. 240 del 2020](#).

programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale impegnando le Regioni a collaborare nella separazione del fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria (sentenza n. 169 del 2017)» (così [...] sentenza n. 62 del 2020)⁵⁵.

Il riferimento ai diritti e alle spese “incompressibili” merita qualche precisazione.

Di recente, invero, la Corte costituzionale, a proposito del diritto all’istruzione e – appunto – proprio del diritto alla salute ha parlato di diritti “incompressibili”⁵⁶, ma non ha inteso affermare che esisterebbero diritti così privilegiati da essere gerarchicamente sovraordinati a tutti gli altri o comunque sottratti a qualunque limitazione.

Quanto al primo aspetto, abbiamo già visto (par. II.1.1.) che nel nostro sistema costituzionale nessun diritto è in posizione di primazia gerarchica, sì da diventare “tiranno” nei confronti degli altri. Quanto al secondo, basta ricordare che sin dalla sua primissima giurisprudenza la Corte costituzionale ha detto che tutti i diritti nascono limitati (v. il Riquadro 9, che segue).

RIQUADRO 9

Corte cost., sent. n. 2 del 1957

“La dichiarazione stessa dei diritti di libertà implica, per sua natura, in senso giuridico, anche posizione di limiti, cioè determinazione della sfera di azione dei vari soggetti entro condizioni tali che ne risulti garantito lo svolgimento della libertà di tutti”⁵⁷.

Quel che la Corte ha inteso dire parlando di “diritti incompressibili”, in realtà, si evince abbastanza chiaramente dalla motivazione della sent. n. 275 del 2016: *“una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto allo studio e all’educazione degli alunni disabili non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali”. Tanto, perché “è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”.*

Leggendo accortamente, si comprende bene che qui non si afferma che esista una *essenza* dei diritti, quasi d’impronta giusnaturalistica, per ciò solo non sacrificabile alle esigenze finanziarie. Quel che si vuol dire è che *“il nucleo invalicabile di garanzie minime”* di un diritto resta intangibile da parte delle scelte di bilancio *“una volta normativamente identificato”*. Il che significa che sono “incompressibili”, pur in presenza di esigenze di bilancio, quei diritti che lo stesso legislatore ha identificato come tali. Una volta – cioè – che lo stesso legislatore ha previsto il soddisfacimento di un diritto egli non può, poi, contraddittoriamente, negarlo o non apprestare le risorse per assicurarne il godimento. Una volta che ha operato quella scelta, il legislatore⁵⁸ si è autovincolato e quell’autovincolo deve rispettarlo.

Questa lettura della giurisprudenza sui diritti incompressibili che già a suo tempo m’era parso di dover dare⁵⁹ mi sembra ora chiaramente confermata dalla giurisprudenza più recente, maturatasi proprio in riferimento al diritto alla salute, per la quale v. i Riquadri 10 e 11.

⁵⁵ [Sent. n. 132 del 2021](#).

⁵⁶ Corte cost., sentt. nn. [275 del 2016](#) (sul diritto all’istruzione) e [169 del 2017](#) (sul diritto alla salute).

⁵⁷ [Corte cost., sent. n. 2 del 1957](#).

⁵⁸ Si consideri, peraltro, che la stessa Corte costituzionale è ormai da tempo attenta al costo delle sue pronunce, verificando il loro impatto sugli equilibri finanziari e modulando, di conseguenza, i loro effetti. Sul punto, da ultimo, TROISI, M., 2020.

⁵⁹ LUCIANI, M., 2018b, 656 s.

RIQUADRO 10

Corte cost., sent. n. 142 del 2021

“L’effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente, del corretto adempimento del precetto costituzionale”⁶⁰.

RIQUADRO 11

Corte cost., sent. n. 275 del 2016

“Una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”⁶¹.

In definitiva: il diritto alla salute non si sottrae al bilanciamento con altri diritti o interessi costituzionali e nemmeno si sottrae al bilanciamento con le esigenze economico-finanziarie. Tuttavia, una volta che una certa prestazione è stata riconosciuta e che è stato previsto il suo finanziamento, non è possibile che il legislatore o l’amministrazione rendano vano e inutile quel riconoscimento.

Certo, se vale il principio che l’obiettivo della tutela della salute deve essere perseguito *“in bilanciamento con il valore dell’equilibrio finanziario, presupposto della continuità dell’intervento pubblico nel settore (il dissesto ulteriore e perdurante del sistema porrebbe in pericolo la stessa ulteriore azione pubblica di tutela della salute)”⁶²*, l’equilibrio finanziario non è fine a se stesso, ma è funzionale alla tutela della salute medesima, almeno nella proiezione di quegli interventi futuri che verrebbero compromessi dalla consumazione di tutte le risorse economiche già nel presente.

Pertanto, *“il diritto a trattamenti sanitari «è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall’attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento» (v. [sent. n. 455 del 1990](#); v. anche sentt. nn. [218 del 1994](#), [247 del 1992](#), [40 del 1991](#), [1011 del 1988](#), [212 del 1983](#), [175 del 1982](#))”⁶³*, epperò *“con la precisazione che «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana» ([sentenza n. 309 del 1999](#); nello stesso senso, sentenze n. [267 del 1998](#), n. [416 del 1995](#), n. [304](#) e n. [218 del 1994](#), n. [247 del 1992](#) e n. [455 del 1990](#))”⁶⁴.*

Del corretto bilanciamento fra esigenze finanziarie ed esigenze di tutela della salute è garante soprattutto lo Stato: se il legislatore persegue lo scopo *“di evitare l’aumento incontrollato della spesa sanitaria”*, ciò *“è compatibile con i [...] parametri costituzionali, nella considerazione*

⁶⁰ [Corte cost., sent. n. 142 del 2021](#).

⁶¹ [Corte cost., sent. n. 275 del 2016](#).

⁶² [Corte cost., sent. n. 416 del 1995](#).

⁶³ [Corte cost., sent. n. 304 del 1994](#); nello stesso senso, [sent. n. 200 del 2005](#).

⁶⁴ [Corte cost., sent. n. 203 del 2016](#).

bilanciata – che appartiene all’indirizzo politico dello Stato, nel confronto con quello delle Regioni – della necessità di assicurare, ad un tempo, l’equilibrio della finanza pubblica e l’uguaglianza di tutti i cittadini nel godimento dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute (sentenza n. 203 del 2008). Ed è appunto perché il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull’intero territorio nazionale che detta spesa, in considerazione degli obiettivi della finanza pubblica e delle costanti e pressanti esigenze di contenimento della spesa sanitaria, si presta ad essere tendenzialmente manovrata, in qualche misura, dallo Stato (tra le tante, sentenze n. 203 del 2008, n. 193 e n. 98 del 2007)⁶⁵.

Lo strumento principale che lo Stato, a questo proposito, ha a disposizione è la determinazione dei LEA. Come ha affermato la Corte costituzionale in una pronuncia relativa al prezzo dei farmaci, proprio le competenze in materia di livelli essenziali possono essere uno strumento di contenimento della spesa sanitaria e di garanzia dell’erogazione delle prestazioni: *“È evidente che per tale via [quella della limitazione della rimborsabilità dei farmaci] la legislazione in punto di livelli essenziali delle prestazioni coniuga una necessaria opera di contenimento della spesa farmaceutica [...] con la garanzia che continuino peraltro ad erogarsi a carico del Servizio sanitario nazionale i farmaci reputati, secondo un apprezzamento tecnico-scientifico, idonei a salvaguardare il diritto alla salute degli assistiti”⁶⁶.*

Il richiamo all’equilibrio finanziario, insomma, sembra essere l’epitome di un più ampio richiamo ai diritti costituzionali nel loro complesso, ivi compreso lo stesso diritto alla salute (dei terzi, o dello stesso attuale beneficiario degli interventi “costosi”, riguardato nella prospettiva del futuro).

Sintetizzando la precedente giurisprudenza, la Corte costituzionale⁶⁷ ha affermato, a questo proposito, quanto si legge al Riquadro 12.

RIQUADRO 12

Corte cost., sent. n. 509 del 2000

“Secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è «garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all’attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti» (ex plurimis, sentenze n. 267 del 1998, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l’altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana» (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto”⁶⁸.

⁶⁵ [Corte cost., sent. n. 94 del 2009.](#)

Può essere interessante notare che, nella [sent. n. 203 del 2008](#), richiamata dalla pronuncia citata nel testo, si era già detto che *“Proprio per assicurare l’uniformità delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA), spetta allo Stato determinare la ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il Servizio sanitario nazionale e gli assistiti, sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale”.*

⁶⁶ [Corte cost., sent. n. 271 del 2008.](#)

⁶⁷ [Corte cost., sent. n. 509 del 2000.](#)

⁶⁸ [Sent. n. 509 del 2000.](#)

II.2.3. La speciale normativa di contrasto alla pandemia da COVID-19

È su questo modello generale di assistenza sanitaria che s'innesta la disciplina speciale di contrasto alla pandemia da Covid-19.

II.2.3.1 La pronta reazione dell'ordinamento italiano e la legittimità delle misure adottate

L'ordinamento giuridico italiano, come si accennava, ha reagito prontamente alla nuova pandemia.

Il 30 gennaio del 2020 l'OMS adottava la dichiarazione di *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Veniva così dichiarato uno stato di emergenza sanitaria di rilevanza internazionale ed erano fornite agli Stati alcune prime indicazioni per il contenimento del contagio. Per la verità, i rischi da Covid-19 si erano manifestati già da tempo, ma solo le gravi notizie provenienti dalla Cina tra la fine del 2019 e l'inizio del 2020 avevano finalmente fatto intendere quanto grande fosse il pericolo. L'Italia si era mossa prima.

Già l'art. 1, comma 1, dell'ord. 25 gennaio 2020 del Ministro della salute⁶⁹ aveva imposto provvedimenti di sorveglianza concernenti *"Tutti i passeggeri sbarcanti in Italia e provenienti con volo diretto da Paesi comprendenti aree in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus (2019 - nCoV)"* e subito dopo l'art. 1, comma 1, dell'ord. (sempre del Ministro della salute) 30 gennaio 2020 aveva interdetto tutti i voli provenienti dalla Cina⁷⁰. Il vero punto di svolta, tuttavia, si è avuto il 31 gennaio 2020, cioè il giorno immediatamente successivo la dichiarazione dell'OMS.

È infatti in quella data che il Consiglio dei ministri ha adottato la delibera recante la "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"⁷¹, dichiarazione che trovava il proprio fondamento in specifiche disposizioni di fonte primaria, visto che la stessa delibera richiamava il [d. lgs. 2 gennaio 2018](#), n. 1 (recante il "Codice della protezione civile"), e "in particolare" gli artt. 7, comma 1, lett. c), e 24, comma 1. L'art. 24, comma 1, stabilisce quanto si legge al Riquadro 13, che segue⁷².

RIQUADRO 13

Codice della protezione civile, art. 24, comma 1

Al verificarsi degli eventi che, a seguito di una valutazione speditiva svolta dal Dipartimento della protezione civile sulla base dei dati e delle informazioni disponibili e in raccordo con le Regioni e Province autonome interessate, presentano i requisiti di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c), ovvero nella loro imminenza, il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, formulata anche su richiesta del Presidente della Regione o Provincia autonoma interessata e comunque acquisitane l'intesa, delibera lo stato d'emergenza di rilievo nazionale, fissandone la durata e determinandone l'estensione territoriale con riferimento alla natura e alla qualità degli eventi e autorizza l'emanazione delle ordinanze di protezione civile di cui all'articolo 25 [...].

⁶⁹ In G.U., Serie gen., 27 gennaio 2020, n. 21.

⁷⁰ In G.U., Serie gen., 1° febbraio 2020, n. 26.

⁷¹ La delibera è pubblicata in G.U., Serie gen., 1° febbraio 2020, n. 26.

⁷² L'art. 1, comma 1, della delibera dichiara – appunto – che lo stato di emergenza nazionale è proclamato "ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7, comma 1, lettera c), e dell'articolo 24, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1", mentre il comma 2 del medesimo articolo chiarisce che quelli da adottare durante lo stato di emergenza sono gli "interventi di cui all'articolo 25, comma 2, lettere a) e b) del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1".

L'art. 7, comma 1, lett. c), a sua volta, stabilisce quanto si legge al Riquadro 14, che segue.

RIQUADRO 14

Codice della protezione civile, art. 7, comma 1, lett. c)

“Ai fini dello svolgimento delle attività di cui all'articolo 2, gli eventi emergenziali di protezione civile si distinguono in:

[...]

c) emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità o estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo ai sensi dell'articolo 24”.

Come si vede, fra art. 7 e art. 24 v'è un giuoco di reciproci rimandi: l'art. 7 identifica (sia pure con formule molto generiche) le fattispecie emergenziali e rinvia all'art. 24 per la determinazione dei necessari provvedimenti; l'art. 24 stabilisce i provvedimenti in questione e rinvia all'art. 7 per l'identificazione delle fattispecie emergenziali.

Già molto tempo addietro la possibilità di adottare provvedimenti straordinari in occasione di eventi emergenziali è stata ritenuta pienamente compatibile con la Costituzione dalla stessa Corte costituzionale, la quale, pronunciandosi sulla [l. 24 febbraio 1992, n. 225](#) (recante “Istituzione del servizio nazionale della protezione civile” e che conteneva previsioni analoghe a quelle dell'attuale Codice della protezione civile), ha affermato che *“Nel ricorrere di così gravi emergenze, quando l'ambiente, i beni e la stessa vita delle popolazioni sono in pericolo e si richiede un'attività di soccorso straordinaria ed urgente, risulta giustificato che si adottino misure eccezionali[...].”*⁷³.

Certo, simili misure devono pur sempre essere rispettose della Costituzione e dei generali principi di ragionevolezza, proporzionalità e non eccessività, ma è evidente che grazie alle previsioni che si sono riportate l'ordinamento appresta tutti gli strumenti necessari per fronteggiare le emergenze⁷⁴. In particolare, la stessa dichiarazione dello stato di emergenza di

⁷³ [Corte cost., sent. n. 418 del 1992.](#)

⁷⁴ La complessa vicenda emergenziale è trattata nei contributi raccolti in AA. Vv., 2020. Con particolare riferimento al rapporto tra le fonti, si consenta di rinviare a LUCIANI, M., 2020b, 109 ss.

Il Parlamento europeo ha già pubblicato una serie di studi sulle misure di emergenza, con particolare riferimento a quelle assunte in diversi ordinamenti per fronteggiare la pandemia da COVID-19. V., in particolare:

- **Belgio:** BOUHON, M., JOUSTEN, A., MINY, X.: [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - Belgique: Entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2021, X et 161 pp., référence PE 690.581;
- **Francia:** ZILLER, J.: [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - France: lois d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2021 (mise à jour du 1^{er} juin 2021), X et 105 pp., référence PE 690.624.
- **Germania:** SCHÄFER, B.: [Das Recht des Ausnahmezustands im Rechtsvergleich - Deutschland: Ungenutztes Notstandsrecht und Integration des Ausnahmefalls in das einfache Recht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), mai 2020, IV und 35 S., Referenz PE 651.938;
- **Italia:** ALIBRANDI, A.: [Il diritto di eccezione: una prospettiva di diritto comparato - Italia: stato di emergenza](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), giugno 2020, VIII e 49 pp., referenza PE 651.983;
- **Spagna:** LECUMBERRI BEASCOA, G.: [El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2020, II y 19 pp., referancia PE 649.366; Id., [El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho](#)

rilevanza nazionale si deve ritenere sindacabile da parte del giudice, per quanto – ovviamente – i confini del sindacato giurisdizionale su un atto così fortemente discrezionale siano assai ristretti⁷⁵.

Quelle sanitarie non sono che una *species*, dunque, di un più ampio *genus* di emergenze, come del resto è pacificamente riconosciuto in giurisprudenza⁷⁶.

In verità, alle previsioni del Codice della protezione civile occorre aggiungere anche altre norme, come, ad es., l'art. 32 della [l. n. 833 del 1978](#), a tenor del quale *"Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni"* (comma 1) e nelle materie di cui al comma 2 (cioè *"in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria"*), *"sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale"* (comma 3). E, ovviamente, si deve tener conto anche di norme ancor più generali, come quelle stabilite dagli artt. 2, comma 1 del t.u.l.p.s. ([r.d. 18 giugno 1931, n. 773](#), recante *"Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza"*: *"Il prefetto, nel caso di urgenza o per grave necessità pubblica, ha facoltà di adottare i provvedimenti indispensabili per la tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza pubblica"*) e 50, comma 5, del t.u.e.l. ([d. lgs. 18 agosto 2000, n. 267](#), recante *"Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali"*: *"[...] in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale"*).

Si deve comunque considerare che nel caso della pandemia da Covid-19 le fonti maggiormente utilizzate sono state queste:

- i decreti-legge (a partire dal [d.l. 23 febbraio 2020, n. 6](#), che è stato il primo di una lunga serie);
- i decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (d.P.C.M.), legittimati dal già ricordato [art. 24 del Codice della protezione civile](#);
- le ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile, previste dagli [artt. 5, 8 e 25 del Codice della protezione civile](#);
- le ordinanze del Ministro della salute (che, come accennato, sono intervenute sin dall'inizio);
- i provvedimenti di altri ministri (che oltre al Ministro della salute vi siano "altri ministri competenti per materia" è riconosciuto dalle stesse fonti emergenziali di quest'ultimo periodo: v., ad es., [l'art. 2, comma 1, del d.l. n. 19 del 2020](#));
- le ordinanze prefettizie (esse pure ampiamente previste dal nostro ordinamento: cfr. [artt. 9 del Codice della protezione civile](#); [3, commi 4 e 5, del d.l. n. 6 del 2020](#); [15 del d.l. n. 14 del 2020](#); [6, commi 7 e 8, e 122, comma 1, del d.l. n. 18 del 2020](#); [1, comma 3, e 4, commi 3 e 9, del d.l. n. 19 del 2020](#); [2 del t.u.l.p.s.](#));

[Comparado - España: estado de alarma](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), 2a edición (aumentada y puesta al día), julio 2020, VI y 69 pp., referencia PE 652.005.

⁷⁵ In questo senso, LUCIANI, M., 2020b, 117.

⁷⁶ V., da ultimo, [Corte cost., sent. n. 278 del 2020](#).

- le ordinanze regionali (previste dal cit. [art. 32, comma 3, della l. n. 833 del 1978](#), ma anche dal [Codice della protezione civile](#), il quale dispone che sono autorità di protezione civile anche “*i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, in qualità di autorità territoriali di protezione civile e in base alla potestà legislativa attribuita, limitatamente alle articolazioni appartenenti o dipendenti dalle rispettive amministrazioni*” – [art. 3, comma 1, lett. b](#) – e che sono articolazioni del Servizio nazionale della protezione civile “*Le Regioni titolari della potestà legislativa concorrente in materia di protezione civile e le Province autonome di Trento e di Bolzano titolari della potestà legislativa esclusiva nelle materie previste dallo statuto speciale e dalle relative norme di attuazione*”: [art. 3, comma 2, lett. b](#)), ma v. anche [art. 4, comma 1](#));
- le ordinanze dei sindaci dei comuni (previste anch’esse, in particolare, dal cit. [art. 32, comma 3, della l. n. 833 del 1978](#)).

II.2.3.2 La pandemia e i rapporti fra i livelli di governo

Una reazione ordinamentale pronta, dunque, ma non per questo esente da problemi. Sul piano istituzionale, quelli maggiori si sono posti in ordine al rapporto tra le fonti (e misure amministrative) statali e quelle regionali e degli enti locali, che non sono sempre state in armonia le une con le altre. In particolare nel primo periodo della pandemia, quando il coordinamento tra i vari livelli di governo non era efficace, lo scontro istituzionale non è mancato e non sono mancate neppure alcune importanti pronunce giurisprudenziali, che hanno meglio definito i rapporti fra centro e periferia. A questo proposito, basterà ricordare alcuni esempi.

Anzitutto, l’annullamento governativo straordinario (con parere pienamente favorevole del Consiglio di Stato) dell’ordinanza del sindaco di Messina che pretendeva di sottoporre ad autorizzazione municipale l’ingresso in Sicilia dal porto messinese⁷⁷.

Poi, la sospensione, da parte del giudice amministrativo, dell’ordinanza 25 febbraio 2020, n. 1, del Presidente della Regione Marche, con la quale era stata disposta l’adozione sul territorio regionale, fino a quel momento esente da contagi accertati, di alcune misure di contrasto all’epidemia tra quelle contemplate dall’[art. 1, comma 1, del d.l. n. 6 del 2020](#) (sospensione di tutte le manifestazioni pubbliche, chiusura dei servizi educativi dell’infanzia e delle scuole, sospensione dei viaggi di istruzione, chiusura dei musei e degli altri istituti e luoghi della cultura e delle biblioteche, sospensione dei concorsi pubblici)⁷⁸.

Ancora, il contenzioso originato dall’ordinanza con cui il Presidente della Regione Lazio aveva previsto l’obbligo di vaccinazione antinfluenzale e pneumococcica per gli ultrasessantacinquenni e gli operatori sanitari ([ord. n. Z00030 del 17 aprile 2020](#)) e dall’ordinanza con cui il Presidente della Regione Calabria aveva disposto la chiusura dei servizi di ristorazione ([ord. n. 37 del 29 aprile 2020](#)). Ordinanze entrambe (giustamente) annullate dal giudice amministrativo⁷⁹.

⁷⁷ [Cons. Stato, Sez. I, Ad. 7 aprile 2020, aff. n. 260/2020](#). N.b.: Le pronunce dei giudici amministrativi sono consultabili all’indirizzo web <https://www.giustizia-amministrativa.it/web/guest/dcsnpr>.

⁷⁸ [TAR Marche, Sez. I, decr. n. 118 del 27 febbraio 2020](#). Successivamente, in sede di merito, su richiesta delle parti, il ricorso è stato dichiarato improcedibile per sopravvenuto difetto di interesse ([TAR Marche, Sez. I, 14 gennaio 2021, n. 19](#)).

⁷⁹ Sulla prima, cfr. TAR Lazio, Sez. III-Quater, 29 settembre 2020, nn. [10047](#) e [10048](#). L’annullamento è stato disposto in ragione del vizio di incompetenza, in quanto l’introduzione delle misure menzionate nel testo “*non rientra nella sfera di attribuzioni regionale ma, semmai, soltanto in quella statale. Sede quest’ultima cui va dunque ascritta ogni competenza e responsabilità – anche di matrice politica – in merito alla decisione di introdurre o meno obblighi di questo genere*”.

Infine, va ricordata la giurisprudenza della Corte costituzionale sui rapporti fra livelli territoriali in materia di protezione della salute a fronte della pandemia (di quella più generale di cui occuperemo al par. III.1.). Il principio che governa tali rapporti in tempo di pandemia è stato enunciato dalla [sent. n. 37 del 2021](#), nei termini che risultano dal Riquadro 15, che segue.

RIQUADRO 15

Corte cost., sent. n. 37 del 2021

“Ricade nella competenza legislativa esclusiva dello Stato a titolo di «profilassi internazionale» (art. 117, secondo comma, lettera q, Cost.), [...] ogni misura atta a contrastare una pandemia sanitaria in corso, ovvero a prevenirla”⁸⁰.

Questo significa che il contrasto alla pandemia spetta allo Stato: *“La materia della profilassi internazionale [...] include la prevenzione o il contrasto delle malattie pandemiche, tale da assorbire ogni profilo della disciplina”.*

In definitiva, spettano allo Stato *“non soltanto le misure di quarantena e le ulteriori restrizioni imposte alle attività quotidiane, in quanto potenzialmente fonti di diffusione del contagio, ma anche l’approccio terapeutico; i criteri e le modalità di rilevamento del contagio tra la popolazione; le modalità di raccolta e di elaborazione dei dati; l’approvvigionamento di farmaci e vaccini, nonché i piani per la somministrazione di questi ultimi, e così via”.* E *“In particolare i piani di vaccinazione, eventualmente affidati a presidi regionali, devono svolgersi secondo i criteri nazionali che la normativa statale abbia fissato per contrastare la pandemia in corso”⁸¹.*

Per quanto riguarda le competenze delle Regioni, come ricorda la pronuncia della Corte costituzionale che ora si è menzionata, peraltro, esse non vengono meno a causa della pandemia (v. Riquadro 16).

RIQUADRO 16

Corte cost., sent. n. 37 del 2021

“L’art. 1, comma 16, del d.l. n. 33 del 2020 consente alle Regioni di applicare misure più restrittive di quelle contenute nei d.P.C.m. e, a rigide condizioni, anche «ampliative», allo scopo di assicurare che, nel tempo necessario ad aggiornare le previsioni statali alla curva epidemiologica, non sorgano vuoti di tutela, quanto a circostanze sopravvenute e non ancora prese in carico dall’amministrazione statale”.

In definitiva: l’assetto delle competenze pubbliche in materia sanitaria è rimasto quello ordinario, derogato, però, per non pochi profili, dalle norme emergenziali stabilite per far fronte alla pandemia. Sullo sfondo resta il principio che al diritto alla salute occorre assicurare *“massima uniformità possibile su tutto il territorio nazionale”⁸²*, ma, ferma questa indicazione di fondo, l’autonomia delle Regioni è comunque garantita anche in situazioni di emergenza, sebbene in questo caso – come si è visto – le esigenze di un intervento centralizzato siano particolarmente pressanti.

Sulla seconda, v. [TAR Calabria, Sez. I, 9 maggio 2020, n. 841](#).

⁸⁰ [Corte cost., sent. n. 37 del 2021](#).

⁸¹ I passi riportati nel testo sono tratti sempre da [Corte cost., sent. n. 37 del 2021](#).

⁸² [Cons. Stato, Sez. III, 18 dicembre 2020, n. 8166](#); testualmente nel medesimo senso, [Con. Stato, Sez. III, 22 giugno 2021, n. 4797](#).

II.2.3.3 Le specifiche misure in materia di vaccinazione

Nel contesto delle misure prese contro la pandemia da COVID-19, meritano una menzione specifica quelle che si riferiscono alle vaccinazioni, che sono state anche le più discusse da parte di una minoranza (peraltro molto attiva, rumorosa e talora anche violenta) della popolazione italiana.

Va anzitutto ricordato il [d.l. n. 44 del 2021](#), recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. L'art. 4 di questo decreto-legge impone la vaccinazione – appunto – agli operatori sanitari, stabilendo che *“La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati. La vaccinazione è somministrata nel rispetto delle indicazioni fornite dalle regioni, dalle province autonome e dalle altre autorità sanitarie competenti, in conformità alle previsioni contenute nel piano”* (comma 1) e che *“Solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale, la vaccinazione di cui al comma 1 non è obbligatoria e può essere omessa o differita”* (comma 2).

Ancora più importanti, tuttavia, sono le previsioni (stavolta generali, perché indirizzate all'intera popolazione) del [decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52](#), con il quale sono state introdotte le “certificazioni verdi COVID-19”, cioè (come recita l'art. 9, comma 1, lett. a), nel testo modificato dal [23 luglio 2021, n. 105](#)) *“le certificazioni comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2 o guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2, ovvero l'effettuazione di un test molecolare o antigenico rapido con risultato negativo al virus SARS-CoV-2”*. Ai sensi dell'art. 9, comma 2, dello stesso decreto-legge (nel testo modificato dal [d.l. 21 settembre 2021, n. 127](#)), la “certificazione verde” attesta il possesso di una delle seguenti condizioni:

- “a) avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;*
 - b) avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;*
 - c) effettuazione di test antigenico rapido o molecolare, quest'ultimo anche su campione salivare e nel rispetto dei criteri stabiliti con circolare del Ministero della salute, con esito negativo al virus SARS-CoV-2;*
- c-bis) avvenuta guarigione dopo la somministrazione della prima dose di vaccino o al termine del prescritto ciclo”.*

Dal possesso della certificazione verde (e dunque delle condizioni che precedono) dipende la possibilità di accedere ad alcuni significativi servizi o attività, indicati dall'art. 9-bis, comma 1, del [d.l. n. 52 del 2021](#), nel testo introdotto dal [d.l. 6 agosto 2021, n. 111](#), e ora dal [d.l. 24 dicembre 2021, n. 221](#), nei termini indicati dal Riquadro 17, che segue.

RIQUADRO 17

D.l. n. 52 del 2021, art. 9-bis, comma 1

1. A far data dal 6 agosto 2021, è consentito in zona bianca esclusivamente ai soggetti muniti di una delle certificazioni verdi COVID-19, di cui all'articolo 9, comma 2, l'accesso ai seguenti servizi e attività:

a) servizi di ristorazione svolti da qualsiasi esercizio, di cui all'articolo 4, per il consumo al tavolo, al chiuso;⁽⁶⁹⁾

a-bis) alberghi e altre strutture ricettive;⁽⁷⁰⁾

b) spettacoli aperti al pubblico, eventi e competizioni sportivi, nonché attività che abbiano luogo in sale da ballo, discoteche e locali assimilati, di cui all'articolo 5;⁽⁶⁸⁾

c) musei, altri istituti e luoghi della cultura e mostre, di cui all'articolo 5-bis;⁽⁷⁶⁾

d) piscine, centri natatori, palestre, sport di squadra, centri benessere, anche all'interno di strutture ricettive, di cui all'articolo 6, limitatamente alle attività al chiuso, nonché spazi adibiti a spogliatoi e docce, con esclusione dell'obbligo di certificazione per gli accompagnatori delle persone non autosufficienti in ragione dell'età o di disabilità;^{(71) (76)}

e) sagre e fiere, convegni e congressi di cui all'articolo 7;

f) centri termali, salvo che per gli accessi necessari all'erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza e allo svolgimento di attività riabilitative o terapeutiche, parchi tematici e di divertimento;⁽⁷⁶⁾

g) centri culturali, centri sociali e ricreativi, di cui all'articolo 8-bis, comma 1, limitatamente alle attività al chiuso e con esclusione dei centri educativi per l'infanzia, compresi i centri estivi, e le relative attività di ristorazione;⁽⁷⁶⁾

g-bis) feste conseguenti alle cerimonie civili o religiose, di cui all'articolo 8-bis, comma 2;

h) attività di sale gioco, sale scommesse, sale bingo e casinò, di cui all'articolo 8-ter;⁽⁷⁶⁾

i) concorsi pubblici;

i-bis) corsi di formazione privati se svolti in presenza.

Come si vede, sino a questo punto il legislatore non aveva introdotto l'obbligo vaccinale per tutti i cittadini (limitandolo invece agli operatori sanitari), ma l'ampiezza dei divieti cui soggiace chi non si era vaccinato era notevole. Peraltro, chi aveva deciso di non vaccinarsi poteva sempre attestare il possesso delle altre condizioni che – come abbiamo visto – erano previste dalla normativa (guarigione dal Covid-19 o effettuazione di un test negativo). Il che, appunto, vuol dire che non si era di fronte a un "trattamento sanitario obbligatorio".

Le cose sono cambiate con il [d.l. 26 novembre 2021, n. 172](#). Per un verso, l'art. 2, comma 1, ha esteso assai il raggio delle professioni tenute alla vaccinazione, ricomprendendo, adesso, anche il personale della scuola, quello del comparto della difesa, etc. Per un altro (ed è quanto qui conta maggiormente), l'art. 6, comma 1, ha stabilito, sia pure limitatamente al periodo 6 dicembre 2021 - 15 gennaio 2022, che "*nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, i cui territori si collocano in zona bianca, lo svolgimento delle attività e la fruizione dei servizi per i quali in zona gialla sono previste limitazioni sono consentiti esclusivamente ai soggetti [...]*" che sono vaccinati, guariti, minori di dodici anni o esenti dalla campagna vaccinale. Nessuna opzione *volontaria*, pertanto, è stata resa disponibile per accedere a certi servizi o esercitare certe attività se non si è vaccinati, il che significa che l'obbligo vaccinale è una realtà presente già a partire dall'entrata in vigore di questo decreto-legge.

La cosa si è fatta ancor più evidente con i dd.ll. nn. [221](#) e [229](#) del 2021, che hanno esteso l'ambito delle attività che sono consentite solo ai soggetti sopra indicati (artt. 7 e 8 del d.l. n. 221 del 2021; art. 1 del d.l. n. 229 del 2021) e - in coerenza con la proroga dello stato di emergenza (disposta dall'art. 1 del d.l. n. 221 del 2021) - hanno esteso anche l'ambito temporale delle relative previsioni. Nonostante le apparenze e nonostante la confusione del dibattito pubblico, il successivo [d.l. n. 1 del 2022](#) (oltretutto assai meno incisivo di quanto inizialmente ci si attendesse), che, all'art. 1, comma 1, ha imposto la vaccinazione "*ai cittadini italiani e di altri Stati membri dell'Unione europea residenti nel territorio dello Stato, nonché ai cittadini stranieri di cui agli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, che abbiano compiuto il cinquantesimo anno di età*", non ha cambiato il quadro in maniera

significativa, tant'è vero che la stessa rubrica del suo art. 1 parla di "Estensione dell'obbligo vaccinale", obbligo evidentemente già esistente.

III. Le principali pronunce giurisprudenziali

Alcune importanti pronunce giudiziali sono già state menzionate nelle pagine precedenti. Era inevitabile, del resto, che così fosse, perché non avrebbe avuto senso esporre la disciplina normativa senza allo stesso tempo fare almeno qualche cenno all'interpretazione ch'essa aveva ricevuto nell'applicazione giurisprudenziale.

Altre pronunce saranno menzionate e analizzate, al Par. IV, nei singoli sottoparagrafi di volta in volta dedicati alle problematiche rilevanti.

Qui, dunque, si dà conto in via generale degli indirizzi della giurisprudenza, rimendendo agli altri *loci* di questo studio in cui le singole pronunce sono considerate. Nondimeno, alcune decisioni particolarmente significative sono specificamente commentate in questo paragrafo.

Vediamo i principali filoni giurisprudenziali.

III.1. Il riparto di competenze in materia di salute

Come abbiamo visto al par. II.2.3.2., la questione della distribuzione delle competenze in materia di salute si è posta, con specifico riferimento all'emergenza pandemica, anche di fronte al giudice amministrativo. E proprio in sede di giurisdizione amministrativa sono state rese affermazioni molto importanti sull'assetto delle competenze sanitarie in condizioni emergenziali quali sono quelle determinate dalla pandemia da Covid-19.

In particolare, il Consiglio di Stato ha chiarito che l'avvento della pandemia non ha determinato l'integrale sconvolgimento dell'assetto ordinario delle competenze in materia sanitaria, affermando che deve essere disattesa la tesi che *"l'evento pandemico produca una sorta di tabula rasa organizzativa in ambito sanitario, in guisa che le disposizioni legislative emergenziali adottate per affrontare efficacemente l'evento e diminuirne le letali conseguenze epidemiologiche, costituiscano, anche in assenza di esplicite indicazioni in tal senso, strumento esaustivo ed esclusivo, capace di sostituirsi integralmente all'assetto ordinario delle competenze [...]".* Invece, *"Le norme emergenziali, anche di carattere organizzativo, sono sempre norme speciali e derogatorie che si innestano in un contesto noto e presupposto dal legislatore, in modo da modellare l'assetto organizzativo ordinario e renderlo maggiormente idoneo a fronteggiare l'emergenza"*, con la conseguenza che *"continua ad applicarsi ciò che non è espressamente derogato dalla norma emergenziale"*, altrimenti *"Il principio della tabula rasa dell'organizzazione pregressa costituirebbe, in situazione emergenziale, un salto nel vuoto"*⁸³.

Se la giurisdizione amministrativa è stata chiamata in non poche occasioni a pronunciarsi sulla questione del riparto di competenze (specie in questo periodo emergenziale), è tuttavia la Corte costituzionale che, ovviamente, ha avuto modo di occuparsi prioritariamente dei rapporti fra i livelli territoriali di governo in riferimento, in generale, alla tutela della salute. E lo ha fatto, altrettanto ovviamente, anche in via generale (e non solo con riferimento all'emergenza pandemica).

Il principio generale che governa l'intera giurisprudenza costituzionale sul punto è stato enunciato con particolare chiarezza dalla [sent. n. 5 del 2018](#) nei termini che risultano dal Riquadro 18, che segue.

⁸³ [Cons. Stato, Sez. III, 18 dicembre 2020, n. 8166](#); testualmente nel medesimo senso, [Cons. Stato, Sez. III, 22 giugno 2021, n. 4797](#).

RIQUADRO 18

Corte cost., sent. n. 5 del 2018

“Il diritto della persona di essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica, e di essere rispettata nella propria integrità fisica e psichica [...] deve essere garantito in condizione di eguaglianza in tutto il paese, attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. Tale principio vale non solo [...] per le scelte dirette a limitare o a vietare determinate terapie o trattamenti sanitari, ma anche per l’imposizione di altri”⁸⁴.

Come si vede, è principio generale ed essenziale che la salute sia garantita a tutti in condizioni di eguaglianza. Ovviamente, la struttura del modello italiano di assistenza sanitaria (che, come abbiamo visto, è fortemente regionalizzato: v. par. II.2.1. e II.2.2.) comporta la concreta possibilità di diversità territoriali nell’erogazione dei servizi sanitari, ma l’esigenza di una sostanziale uniformità di fondo deve essere rispettata.

Questo principio conosce plurimi svolgimenti. Per menzionare solo i principali, la Corte costituzionale ha fortemente valorizzato le competenze statali, in particolare, nei seguenti settori:

- a) prevenzione e profilassi (v. par. IV.5.1.);
- b) determinazione dei livelli essenziali di assistenza (v. par. II.2.2.);
- c) protezione dell’ambiente (in quanto connessa a quella della salute: v. il par. III.2., che segue).

Cruciale, in ogni caso, è la questione della garanzia di eguali livelli di qualità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale, vista la segnalata regionalizzazione del servizio⁸⁵. Qui si pongono problemi molto seri di calcolo omogeneo dei costi *standard* che ogni Regione dovrebbe rispettare e di rimedi statali all’eventuale inefficienza delle Regioni, che allo stato non hanno ancora trovato una soluzione soddisfacente⁸⁶.

III.2. L’ambito oggettivo del diritto alla salute

Abbiamo già visto che la nozione di salute che emerge da molti documenti internazionali e nazionali è molto ampia (v. par. I). Di questo dà conto anche la giurisprudenza.

In particolare, nella giurisprudenza costituzionale è messo in evidenza il collegamento fra salute e benessere che abbiamo visto disegnato nella definizione di “salute” data dall’OMS: il benessere è una situazione complessa, che richiede non soltanto interventi di cura, ma anche interventi di tessitura di una trama relazionale e affettiva, senza la quale non vi è autentica “salute”⁸⁷. Il che comporta una sorta di vocazione espansiva del diritto alla salute, che – appunto – la stessa giurisprudenza costituzionale ha avuto modo di riconoscere: “*il diritto alla*

⁸⁴ [Corte cost., sent. n. 5 del 2018](#).

⁸⁵ Per un’analisi di questa complessa problematica, cfr., fra i molti contributi, AA. Vv., 2011, *passim*.

⁸⁶ Sul punto, ad es., VICECONTE, N., 2013, 77 ss.

⁸⁷ Va qui ricordato un noto passaggio della [sent. Corte cost., n. 270 del 1999](#): “*l’istituto dell’astensione obbligatoria dal lavoropost partum [...] oltre ad essere volto a tutelare la salute della donna, considera e protegge il rapporto che, in tale periodo, necessariamente si instaura tra madre e figlio, anche in riferimento alle esigenze di carattere relazionale ed affettivo che sono decisive sia per un corretto sviluppo del bambino, sia per lo svolgimento del ruolo della madre*”.

*salute [...] ha assunto una configurazione legislativa che ne rispecchia la vocazione espansiva*⁸⁸.

Testimonianza concreta di questa vocazione espansiva è la vicenda del diritto all'ambiente. Vedremo al par. IV.2. la vicenda normativa che l'ha interessato. Qui basta ricordare che la giurisprudenza, ormai senza alcun dubbio, ne ha affermato il riconoscimento da parte del nostro ordinamento, riconoscimento da ritenersi effettuato, sia pure implicitamente, già in Costituzione.

Per quanto riguarda la giurisprudenza costituzionale, è solo alla fine degli anni Ottanta ch'essa ha cominciato a utilizzare l'espressione "diritto all'ambiente"⁸⁹, ma già da tempo aveva affermato, ad es., la "*preminente rilevanza accordata nella Costituzione alla salvaguardia della salute dell'uomo (art. 32 citato) e alla protezione dell'ambiente in cui questi vive (art. 9, secondo comma)*"⁹⁰, qualificandoli entrambi come valori costituzionali primari⁹¹.

Certo, solo a metà degli anni Novanta si parlerà espressamente di un "*diritto all'ambiente salubre*", ma lo si farà deducendolo dal generale diritto alla salute e quindi sulla scia delle indicazioni dottrinali di cui si parlerà al par. IV.2.

Conseguentemente, nemmeno il diritto all'ambiente (visto che – come sappiamo – non esiste alcun diritto costituzionale "tiranno": par. II.1.1.) può ritenersi sovraordinato agli altri diritti costituzionali, sicché hanno errato la Corte di cassazione⁹² e il Consiglio di Stato⁹³ a parlarne come di un "*valore primario e assoluto*", mentre bene ha fatto la Corte costituzionale a sottolineare ripetutamente la necessità di bilanciarlo con gli altri diritti e interessi costituzionali⁹⁴.

Sebbene caratterizzato da una molteplicità di aspetti, comunque, l'ambiente non cessa di essere "*un bene immateriale unitario sebbene a varie componenti, ciascuna delle quali può anche costituire, isolatamente e separatamente, oggetto di cura e di tutela; ma tutte, nell'insieme, sono riconducibili ad unità*"⁹⁵. Il che ha conseguenze pratiche di non poco conto, se sol si considera che "*Il riconoscimento dell'esistenza di un «bene immateriale unitario» non è fine a se stesso, ma funzionale all'affermazione della esigenza sempre più avvertita della uniformità della tutela, uniformità che solo lo Stato può garantire, senza peraltro escludere che anche altre istituzioni potessero e dovessero farsi carico degli indubbi interessi delle comunità che direttamente fruiscono del bene*"⁹⁶. L'ambiente, in definitiva, nel suo aspetto più ampio, coincide con la biosfera e deve essere considerato come un sistema, oggetto di protezione sia nella sua unità che nelle sue singole componenti⁹⁷.

Come ha detto la Corte costituzionale, "*è agevole ricavare una configurazione dell'ambiente come «valore» costituzionalmente protetto, che, in quanto tale, delinea una sorta di materia «trasversale», in ordine alla quale si manifestano competenze diverse, che ben possono essere*

⁸⁸ [Corte cost., sent. n. 309 del 1999.](#)

⁸⁹ [Corte cost., ord. n. 1162 del 1988.](#)

⁹⁰ [Corte cost., sent. n. 247 del 1974.](#)

⁹¹ [Corte cost., sent. n. 210 de 1987.](#)

⁹² V. la sent. Cass., Sez. III civ., 11 maggio 1989, n. 2150. N.b: le pronunce della Corte di cassazione degli ultimi cinque anni (e dell'inizio del 2022) sono accessibili all'indirizzo web <http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>.

⁹³ [Cons. Stato, Sez. VI, 9 giugno 2014, n. 2938.](#)

⁹⁴ Cfr. le [sentt. nn. 85 del 2013](#); [182 del 2017](#); [58 del 2018](#) nonché l'[ord. n. 230 del 2019](#).

⁹⁵ [Corte cost., sent. n. 641 del 1987.](#)

⁹⁶ [Corte cost., sent. n. 126 del 2016.](#)

⁹⁷ [Corte cost., sent. n. 378 del 2007.](#)

regionali, spettando allo Stato le determinazioni che rispondono ad esigenze meritevoli di disciplina uniforme sull'intero territorio nazionale (cfr., da ultimo, sentenze [n. 507](#) e [n. 54 del 2000](#), [n. 382 del 1999](#), [n. 273 del 1998](#))⁹⁸.

Quanto al riparto "verticale" di competenze in materia di tutela dell'ambiente, la giurisprudenza costituzionale ha avuto sempre una certa difficoltà a "regolare il traffico", oscillando fra un indirizzo più marcatamente centralista e uno più comprensivo delle esigenze delle autonomie regionali. Possiamo, però, assumere a punto di riferimento una recente pronuncia, in cui si afferma quanto si legge al Riquadro 19, che segue.

RIQUADRO 19

Corte cost., sent. n. 227 del 2020

"Se è vero che la disciplina ambientale rientra nella potestà esclusiva dello Stato, quest'ultimo non può paralizzare l'attività delle Regioni nelle materie di propria competenza, spingendosi a peggiorare il livello di tutela del diritto alla salute di un territorio, e compromettendo il riparto costituzionale oltre il limite dell'adeguatezza"⁹⁹.

Il che significa che la tutela dell'ambiente, in quanto "trasversale" (nel senso che passa attraverso le competenze dei vari livelli di governo), non può essere occupata dalla legge statale in modo così assorbente da annichilire le competenze regionali, eventualmente anche a scapito della miglior protezione della salute individuale e collettiva. Come sempre accade nei rapporti fra Stato e Regioni, in ogni caso, il modo migliore per gestirli è il massimo rispetto del già segnalato principio della leale collaborazione, che impegna l'uno e le altre a fare ogni sforzo per comporre gli eventuali dissidi¹⁰⁰.

III.3. L'ambito soggettivo del diritto alla salute

Abbiamo visto al par. II.1.1. che nell'ordinamento italiano la titolarità del diritto soggettivo alla salute ha un'ampiezza massima. Qui è bene ricordare che alcune importanti pronunce hanno affermato che il godimento del diritto alla salute non può dipendere dalle condizioni economiche del suo titolare, sicché esso spetta a tutti i cittadini, a prescindere da quelle condizioni. La Costituzione, infatti, garantisce "*cure gratuite agli indigenti*" e questa è una garanzia che anche coloro che sono privi di mezzi possano accedere a tutte le cure necessarie per la tutela della salute.

Al par. III.4. diremo meglio della disciplina positiva del diritto a farsi curare a prescindere dai mezzi di cui si dispone, ma sin d'ora possiamo osservare che la giurisprudenza ha inteso tale diritto in modo assai ampio, come dimostra un'importante pronuncia costituzionale a proposito del diritto alle cure per i cittadini recatisi all'estero, che ha affermato quanto si riporta al Riquadro 20, che segue.

RIQUADRO 20

Corte costituzionale, sent. n. 309 del 1999

"La definizione del livello di tutela da accordare all'indigente all'estero postula [...] scelte che non possono essere direttamente compiute da questa Corte ma che sono rimesse al bilanciamento legislativo. Così come, d'altronde, spetta al legislatore adottare le cautele e gli accorgimenti idonei a far

⁹⁸ [Corte cost., sent. n. 407 del 2002](#).

⁹⁹ [Corte cost., sent. n. 227 del 2020](#).

¹⁰⁰ Specificamente in tema di ambiente, [Corte cost., sent. n. 251 del 2016](#).

si che il diritto alle cure gratuite per l'indigente all'estero non trasmodi in un diritto dei cittadini di rifiutare le cure offerte in Italia dal servizio sanitario nazionale e di scegliere liberamente lo Stato nel quale curarsi a spese della collettività.

Tutto questo, si ripete, è materia di scelta legislativa. Quello che l'articolo 32 della Costituzione certamente non tollera [...] è l'assoluto vuoto di tutela, risultante dalla disciplina censurata, per gli indigenti che si trovino temporaneamente nel territorio di Stati esteri nei quali non è loro garantita alcuna forma di assistenza sanitaria gratuita¹⁰¹.

III.4. Il diritto a farsi curare

Parte integrate del diritto alla salute è il *diritto a farsi curare*. Vedremo al par. IV.3. alcuni profili di diritto positivo, mentre qui possiamo dare conto dei principali indirizzi giurisprudenziali.

Abbiamo già detto al paragrafo che precede (e ulteriormente vedremo al par. IV) che questo diritto si presenta anche come diritto a ottenere le cure necessarie, a prescindere dalla propria condizione economica. Esso, però, ha anche la veste di un vero e proprio diritto di libertà, che si articola, a sua volta, in una pluralità di situazioni soggettive, aventi a oggetto, in particolare, almeno:

- a) la scelta del medico curante;
- b) la scelta degli altri operatori sanitari;
- c) la scelta delle cure.

Quanto al diritto di scelta del medico, la giurisprudenza costituzionale afferma ch'esso è garantito anche quando l'interessato l'esercita nell'ambito del servizio pubblico, cioè entro il SSN, ma in questo caso è soggetto ad alcuni temperamenti, connessi all'esigenza di organizzare in modo ottimale il servizio sanitario¹⁰². Sulla questione si è pronunciato, però, anche il giudice amministrativo, che, con felice sintesi, ha messo in luce che *"il consolidato insegnamento della Suprema Corte secondo cui gli artt. 19, 23 e 48 della L. n. 833 del 1978 riconoscono il diritto di scelta del medico di fiducia ma, ai fini di una efficiente organizzazione del S.S.N. volta a regolare l'ottimale erogazione delle prestazioni sanitarie, circoscrivono l'esercizio di tale diritto entro determinati limiti obiettivi, in particolare mediante la previsione di un numero massimo di assistiti per ciascun medico e pediatra di libera scelta. Sempre la Cassazione ha chiarito che «l'assunzione, da parte di un medico o pediatra di libera scelta, di un numero di assistiti eccedente il massimale costituisce condotta contraria alla legge (Cass. nn. 8366/2014, 15144/2008) e che la A.S.L. deve ottemperare a specifici ed autonomi obblighi previsti dalla legge e dagli Accordi collettivi nazionali (Cass. nn. 15144/2008)» (da ultimo, si veda Corte di Cassazione, Sezione Lavoro Civile, ordinanza del 29 novembre 2017, n. 28531)"¹⁰³.*

Quanto alla scelta degli altri operatori sanitari, per la giurisprudenza si applicano principi analoghi, ma è necessario mettere in evidenza la peculiarità – in particolare – del diritto alla scelta del farmacista, che è legato all'esistenza di una *"rete capillare"* di farmacie che, come ha detto la Corte costituzionale¹⁰⁴ ed è stato ribadito dalla giurisprudenza amministrativa¹⁰⁵, deve

¹⁰¹ [Corte cost., sent. n. 309 del 1999.](#)

¹⁰² [Corte cost., sent. n. 236 del 2012.](#)

¹⁰³ [T.A.R. Sicilia, Palermo, Sez. I, 10 maggio 2021, n. 1490.](#)

¹⁰⁴ [Corte cost., sent. n. 27 del 2003.](#)

¹⁰⁵ Da ultimo, [T.A.R. Lazio, Roma, Sez. III-quater, 13 febbraio 2020, n. 1973.](#)

coprire l'intero territorio nazionale, assicurando l'assistenza farmaceutica ovunque, ma lasciando agli utenti la libertà di scegliere la farmacia che preferiscono.

Quanto alla libertà di scelta della cura, infine, la Corte costituzionale ha identificato dei confini amplissimi della sperimentazione medica, come risulta dal passo riportato al Riquadro 21, che segue.

RIQUADRO 21

Corte cost., sent. n. 185 del 1998

"Nei casi di esigenze terapeutiche estreme, impellenti e senza risposte alternative, come quelle che si verificano in alcune patologie tumorali, va considerato che dalla disciplina della sperimentazione [...] scaturiscono indubbiamente aspettative comprese nel contenuto minimo del diritto alla salute. Si che non può ammettersi, in forza del principio di uguaglianza, che il concreto godimento di tale diritto fondamentale dipenda, per i soggetti interessati, dalle diverse condizioni economiche"¹⁰⁶.

III.5. Il diritto a non farsi curare

Ci si è chiesti se tra le forme di manifestazione del diritto alla salute in quanto diritto di libertà vi sia anche il diritto a non farsi curare (inteso come diritto a non subire qualsivoglia "trattamento sanitario"). La giurisprudenza, senza troppe esitazioni, ha dato una risposta pienamente affermativa.

Seguiamo l'itinerario argomentativo di una famosa sentenza della Corte di cassazione¹⁰⁷, pronunciata su un caso molto delicato, che ha diviso la pubblica opinione (si trattava dell'idratazione e alimentazione forzata di una giovane donna in stato vegetativo persistente e permanente, ma il padre, nominato anche suo tutore, avrebbe voluto interrompere il trattamento in quanto lo considerava una forma di accanimento terapeutico, in quanto tale lesivo della dignità della figlia):

- a) *"Benché sia stato talora prospettato un obbligo per l'individuo di attivarsi a vantaggio della propria salute o un divieto di rifiutare trattamenti o di omettere comportamenti ritenuti vantaggiosi o addirittura necessari per il mantenimento o il ristabilimento di essa, il Collegio ritiene che la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva", in nome di "un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico";*
- b) *il diritto alla salute, "come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo risvolto negativo";*
- c) *deve dunque ritenersi tutelato "il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire";*
- d) *in ogni caso, "Il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale";*

¹⁰⁶ [Corte cost., sent. n. 185 del 1998.](#)

¹⁰⁷ Cass., Sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748. Può leggersi qui: https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/2445/23238/9/a8c03fe6f441a32ecb6b9cfba437915c.pdf/file/21748_2007_Cass.pdf.

- e) assecondando il malato nell'esercizio di questo diritto il medico non incorre in responsabilità, perché *"la responsabilità del medico per omessa cura sussiste in quanto esista per il medesimo l'obbligo giuridico di praticare o continuare la terapia e cessa quando tale obbligo viene meno: e l'obbligo, fondandosi sul consenso del malato, cessa – insorgendo il dovere giuridico del medico di rispettare la volontà del paziente contraria alle cure – quando il consenso viene meno in seguito al rifiuto delle terapie da parte di costui"*;
- f) il *"dovere del medico di astenersi da ogni attività diagnostica o terapeutica se manchi il consenso del paziente"* è confermato anche dal [codice di deontologia medica](#) (oggi la disciplina – v. Riquadro 22 – è dettata dall'art. 34, commi 1 e 2, che esprime ancor più chiaramente che in passato gli stessi concetti)¹⁰⁸.

RIQUADRO 22

Codice di deontologia medica, art. 34

Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

- g) peraltro, occorre considerare che *"Il quadro compositivo dei valori in gioco [...], essenzialmente fondato sulla libera disponibilità del bene salute da parte del diretto interessato nel possesso delle sue capacità di intendere e di volere, si presenta in modo diverso quando il soggetto adulto non è in grado di manifestare la propria volontà a causa del suo stato di totale incapacità"*;
- h) in casi di questo genere, considerato *"il carattere personalissimo del diritto alla salute dell'incapace"*, la decisione non può spettare al suo legale rappresentante, il quale *"deve decidere non «al posto» dell'incapace né «per» l'incapace, ma «con» l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche"*.

Questo indirizzo è stato recepito anche dal giudice amministrativo¹⁰⁹ ed è ora ribadito dalla più recente giurisprudenza della stessa Corte di cassazione, in una pronuncia relativa a una domanda di risarcimento del danno *"in relazione alle trasfusioni di sangue eseguite nonostante la contrarietà manifestata dall'attrice, Testimone di Geova, a seguito di emorragia conseguente a parto con taglio cesareo"*. Anche qui, infatti, la Suprema Corte conferma che *"il paziente ha sempre diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte"*.

Al contrario del caso precedentemente citato, però, qui il paziente era cosciente, sicché si poneva il problema dell'accertamento e degli effetti del suo consenso (o dissenso) nei confronti delle cure. Ebbene: la Corte di cassazione ha precisato che *"il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco ed attuale"*, con la conseguenza che *"non è sufficiente, dunque,*

¹⁰⁸ Può leggersi qui: https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf.

¹⁰⁹ [Cons. Stato, Sez. III, 21 giugno 2017, n. 3058.](#)

una generica manifestazione di dissenso formulata «ex ante» ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato ex post, ovvero dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure". Peraltro, "non può escludersi che il medico, di fronte ad un peggioramento imprevisto ed imprevedibile delle condizioni del paziente e nel concorso di circostanze impeditive della verifica effettiva della persistenza di tale dissenso, possa ritenere certo od altamente probabile che esso non sia più valido e praticare, conseguentemente, la terapia già rifiutata, ove la stessa sia indispensabile per salvare la vita del paziente"¹¹⁰.

La questione del diritto a non farsi curare ha assunto, infine, un'importanza particolare a seguito della pandemia da Covid-19, soprattutto in riferimento ai trattamenti vaccinali. Anche qui abbiamo una cospicua giurisprudenza, ma per ragioni di organicità di esposizione ne tratteremo al par. IV.5.1.

III.6. Il diritto agli indennizzi e ai risarcimenti nel caso di lesione del diritto alla salute

Come per qualsiasi diritto, anche per quello alla salute si pone il problema della corresponsione di indennizzi o risarcimenti nell'ipotesi di una sua lesione. Vediamo come la giurisprudenza ha trattato le due fattispecie.

III.6.1. Il diritto all'indennizzo nel caso di danni determinati da trattamenti sanitari obbligatori

La questione degli indennizzi che lo Stato o gli altri soggetti pubblici devono corrispondere nell'ipotesi di una lesione del diritto alla salute si è posto soprattutto in riferimento ai trattamenti sanitari obbligatori (dei quali si parlerà più diffusamente al par. IV.5.1.). A questo proposito, la recente giurisprudenza costituzionale ha affermato gli importanti principi riportati al Riquadro 23.

RIQUADRO 23

Corte cost., sent. n. 55 del 2019

"Questa Corte ha già chiarito (sentenza n. 293 del 2011) che la menomazione della salute conseguente a trattamenti sanitari, oltre al risarcimento del danno in base alla previsione dell'art. 2043 del codice civile, può determinare il diritto a un equo indennizzo, in forza degli artt. 32 e 2 Cost., qualora il danno, non derivante da fatto illecito, sia conseguenza dell'adempimento di un obbligo legale (come ad esempio la sottoposizione a una vaccinazione obbligatoria), o di un trattamento, pur non obbligatorio, ma promosso dalle autorità sanitarie in vista della sua diffusione capillare nella società anche nell'interesse pubblico (laddove, ad esempio, la menomazione consegua alla sottoposizione a una vaccinazione raccomandata: da ultimo, sentenza n. 268 del 2017)"¹¹¹.

III.6.2. Il diritto al risarcimento e la sua estensione: in particolare, il risarcimento del c.d. "danno biologico"

Ogni lesione del diritto alla salute prodottasi al di fuori dell'ipotesi dei trattamenti sanitari obbligatori (per i quali, come abbiamo visto, si deve prevedere anche un equo indennizzo) obbliga colui che l'ha commessa almeno al risarcimento. Si tratta di una problematica

¹¹⁰ Cass., Sez. III civ., 23 dicembre 2020, n. 29469, e già prima Cass., Sez. I civ., 27 ottobre 2016, n. 21743.

¹¹¹ [Corte cost., sent. n. 55 del 2019](#).

generalissima, tipicamente di diritto civile, che non può ovviamente essere affrontata in questa sede. È opportuno, invece, soffermarsi sul tema (particolare, ma assai importante e discusso) dell'obbligazione al risarcimento del c.d. "danno biologico".

Il danno biologico, si badi, non coincide con il danno morale o con quello patrimoniale, ma è un *quid pluris*, sicché il relativo risarcimento si aggiunge a quello che copre le altre voci di danno. Si tratta, in effetti, del danno subito a causa della semplice lesione del bene salute, a prescindere dalle conseguenze indirette che tale lesione abbia prodotto sulla capacità di produzione di reddito del danneggiato.

Dopo non poche incertezze, la Corte di cassazione, ormai da molti anni, ha riconosciuto il principio dell'autonoma risarcibilità del danno alla salute (appunto come danno all'integrità psico-fisica), affermando ch'esso si ricollega direttamente all'art. 2043 cod. civ.

L'itinerario argomentativo seguito dalla giurisprudenza è ricostruito con precisione in una non più recente pronuncia del nuovo indirizzo, la quale ricorda quanto segue (v. Riquadro 24).

RIQUADRO 24

Cass., Sez. III civ., 11 maggio 1989, n. 2150

a) "Questa Corte di Cassazione, dopo che con la sentenza n. 3675 del 1981 aveva affermato, con riguardo alla tutela approntata dall'art. 32 della Costituzione, la sua estensione al bene della salute anche e soprattutto nella sua dimensione individuale, nelle forme di un vero e proprio diritto soggettivo, primario e assoluto, pienamente operante in rapporti interprivati e con la conseguenza che ogni fatto produttivo di danno alla persona rileva non solo come fatto lesivo dall'attitudine della medesima alla produzione di reddito, ma anche indipendentemente (ed in mancanza) di questa, come indefettibile menomazione di quel bene suscettibile di autonoma valutazione che è l'integrità psicofisica, anche di recente [...] ha rilevato come l'art. 2043 cod. civ., imponendo il risarcimento del danno ingiusto senza alcuna altra qualificazione, ha riguardo ad un genus caratterizzato dall'ingiustizia di esso e del quale - accanto alle tradizionali categorie del danno patrimoniale e del danno non patrimoniale - costituisce una specie il danno biologico, inteso come la menomazione dell'integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica ed aventi rilevanza, non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica";

b) "Tale indirizzo è stato ancora confermato con la sentenza del 11-2-1985 n. 1130, ritenendosi che per il fatto illecito lesivo dell'integrità psico-fisica della persona, il danno patrimoniale risarcibile non è costituito soltanto dalle conseguenze lavorativa ed alla capacità di produzione di reddito, ma si estende a tutti gli effetti negativi incidenti sul bene primario della salute, in sé considerato quale diritto inviolabile dell'uomo alla pienezza della vita ed all'esplicazione della propria personalità, morale, intellettuale, culturale (cosiddetto danno biologico), tenuto conto che tale bene fa parte integrante del patrimonio del soggetto, e viene conseguentemente leso dal suddetto fatto illecito, anche quando riguardi che non abbia ancora, o abbia perduto, o non abbia mai avuto attitudine a svolgere attività produttiva di reddito";

c) "In tale arresto si è anche perspicuamente precisato che questo principio non resta escluso dalla mancanza di criteri obiettivi per l'esatta quantificazione in denaro del pregiudizio di quel bene primario, stante il potere-dovere del giudice di ricorrere ad una stima equitativa";

d) "Questo indirizzo esegetico dell'art. 2043 cod. civ., come comprensivo della risarcibilità del c.d. danno biologico, ha trovato definitivo suggello nella sentenza n. 184 del 1986 della Corte Costituzionale, laddove si è enunciato che la vigente Costituzione garantendo principalmente valori personali comporta una lettura della riferita norma del codice civile in correlazione con i precetti costituzionali che tutelano quei valori e così in modo da compensare il sacrificio che detti valori subiscono a causa dell'illecito, conseguendone che l'art. 2043 cit. correlato all'art. 32 Cost. va necessariamente esteso fino a comprendere il risarcimento non solo dei danni in senso stretto patrimoniale ma - esclusi i danni

morali, la cui risarcibilità va ricondotta alla norma dell'art. 2059 cod. civ. - tutti i danni che almeno potenzialmente ostacolano le attività realizzatrici della persona umana";

e) Per la Corte costituzionale, "il riconoscimento del diritto alla salute ex art. 32 Cost. come fondamentale diritto della persona umana comporta l'integrazione ed il completamento del precetto primario dell'art. 2043 cod. civ. con la conseguenza dell'obbligo della riparazione in caso di violazione di quel diritto, come bene individuale del privato, a parte i conseguenti, eventuali danni patrimoniali"¹¹².

Questo indirizzo giurisprudenziale ha ovviamente – anche una notevole importanza sul piano pratico, specialmente quando si tratta del risarcimento dei danni subiti dai lavoratori nell'esercizio della loro attività lavorativa¹¹³.

A quest'ultimo proposito, di recente, la Corte di cassazione ha formulato alcune importanti precisazioni, riportate al Riquadro 25.

RIQUADRO 25

Cass. civ., Sez. lav., 23 aprile 2021, n. 10868

"Il riconoscimento del diritto del lavoratore al risarcimento del danno biologico e/o non patrimoniale in genere non ricorre automaticamente in tutti i casi di inadempimento datoriale e non può prescindere da una specifica allegazione sulla natura e sulle caratteristiche del pregiudizio lamentato (cfr., ex plurimis, Cass. nn. 7818/2014; 5237/2011). Pacificamente, infatti, va distinto il momento della violazione degli obblighi contrattuali da quello relativo alla produzione del danno da inadempimento, essendo quest'ultimo eventuale, in quanto il danno non è sempre diretta conseguenza della violazione di un dovere. In base ai principi generali dettati dagli artt. 2697 e 1223 c.c., è necessario individuare un effetto della violazione su di un determinato bene perché possa configurarsi un danno e possa poi procedersi alla liquidazione (eventualmente anche in via equitativa) del medesimo"¹¹⁴.

¹¹² Cass., Sez. III civ., 11 maggio 1989, n. 2150.

¹¹³ Cfr., da ultimo, RIVERSO, R., 2020, 38 ss.

¹¹⁴ [Cass. civ., Sez. lav., 23 aprile 2021, n. 10868](#).

IV. Il “diritto alla salute”: la nozione e i suoi limiti (attuali e prevedibili in futuro)

Prima di (cercare di) identificare il contenuto del diritto alla salute occorre riprendere quanto si è già detto a più riprese, chiarendo i limiti anche teorici della qualificazione del diritto alla salute (solo) come diritto sociale. Come in più occasioni ho avuto modo di osservare¹¹⁵, infatti, la classica distinzione fra diritti di libertà e diritti sociali non può essere accolta, almeno nella sua nettezza concettuale.

Si deve considerare, invero, che una nozione di “diritto sociale” che sia *concettualmente* definita da caratteristiche strutturali diverse da quelle dei diritti di libertà e dei diritti politici (i quali, peraltro, non sono che una specie di quelli di libertà) non è possibile identificarla. Concettualmente, infatti, i diritti fondamentali, dal punto di vista del loro contenuto, possono essere distinti, semmai, a seconda che siano diritti di difesa (*Abwehrrechte*), diritti a prestazione (*Leistungsrechte*) o a percepire parte di un utile sociale (*Teilhaberechte*)¹¹⁶, diritti di partecipazione (*Teilnahmerechte*). Si tratta di gruppi di diritti differenziati solo relativamente e non assolutamente (ontologicamente)¹¹⁷, il che fa sì che ogni singolo diritto fondamentale non solo sia ricompreso in uno di essi, ma sia ascrivibile a più d'uno, a seconda della prospettiva dalla quale risulta rilevante ovvero del concreto caso della vita in cui si manifesta.

Proprio il diritto alla salute, con i suoi “vari aspetti e sfaccettature”¹¹⁸, costituisce un ottimo esempio di quanto s'è ora venuti dicendo. Esso, infatti, si presenta come diritto sociale a prestazione quando si sostanzia nella pretesa a ottenere cure, magari gratuite o sotto costo, mentre – come si è accennato – si presenta come diritto di libertà quando si sostanzia nella pretesa a non essere curato o in quella a scegliere il proprio medico o il proprio farmacista.

In buona sostanza: la nomenclatura dei diritti è figlia della loro storia, molto più che della loro essenza di contenuto. È per questo che distinguiamo diritti della prima generazione (si tratta dei diritti borghesi legati alle rivoluzioni settecentesche); diritti della seconda (si tratta dei diritti politici egalaritari introdotti grazie alla spinta democratizzatrice impressa agli ordinamenti liberali soprattutto dalla lotta per il suffragio universale¹¹⁹); della terza (si tratta, appunto, dei diritti sociali legati alle lotte del movimento operaio); della quarta o della quinta (si tratta dei c.d. “nuovi diritti”, legati allo sviluppo tecnologico e alla ricerca scientifica).

¹¹⁵ Da ultimo in LUCIANI, M., 2018b, cit., 646 ss., scritto dal quale riprendo le considerazioni proposte nel testo.

Per una prima esposizione di questa tesi (che ha ripreso suggestioni di SCHNEIDER, H.P., 1979, 230: per questo nel testo faccio uso anche della terminologia tedesca), LUCIANI, M., 1985, 71. Analogamente, MODUGNO, F., 1991, 95.

Per una schematica presentazione di questa dottrina, v. PAPIER, H.-J. KRÖNKE, C., 2015, 16 sgg., che peraltro aggiungono alle quattro indicate nel testo la categoria dei *Verfahrensrechte*. Gli stessi AA., però, riconoscono ch'essi attengono allo *status activus civitatis*, esattamente come i *Teilnahmerechte* (ivi, 21), i quali dunque, a mio avviso, ben possono esaurire la categoria.

¹¹⁶ *Leistungsrechte* e *Teilhaberechte*, in genere, sono intesi come sinonimi (come pretese, cioè, all'azione da parte dello Stato per il soddisfacimento di un proprio bisogno). Una sfumatura di diversità, tuttavia, si può cogliere se si considera che, a fronte della pretesa – poniamo – di usare un bene pubblico (godendone dunque l'utilità) non sta, dalla parte dello Stato, l'obbligazione a una vera “prestazione”.

¹¹⁷ Cfr. HÄBERLE, P., 1972, ove si osservava che esiste una “leistungsstaatliche Seite der Grundrechte” (cioè un “aspetto di diritto a prestazione dei diritti fondamentali”: 739) e che “Teilhabe ist ein Aspekt der Freiheit selbst” (cioè “la partecipazione è un aspetto della stessa libertà”: 739).

¹¹⁸ CARTABIA, M., 2012, 455.

¹¹⁹ Ruota, non a caso, attorno alla grande questione del suffragio universale l'ampia ricostruzione di ROSANVALLON, P., 2000, spec. 155 sgg.

Una classificazione fondata su una distinzione concettuale netta è, pertanto, un errore¹²⁰. E lo è anche perché *tutti* i diritti, non solo quelli “sociali” elevano nei confronti del pubblico potere la pretesa a che questo appresti almeno le strutture idonee al loro godimento. Il che significa che *tutti* i diritti hanno un costo, compresi quelli di libertà¹²¹. Pensiamo alla libertà di circolazione: a cosa si riduce se il potere pubblico non assicura strade efficienti e condizioni di sicurezza pubblica? E pensiamo al fatto che nessun diritto ha molto senso se non ne è garantita la difesa in giudizio, che però è possibile solo se lo Stato mette a disposizione dei cittadini un adeguato servizio della giustizia e anche un’adeguata assistenza tecnica. Come la Corte costituzionale ha affermato sin da una delle sue primissime pronunce, “*Il diritto della difesa [...] intimamente legato alla esplicazione del potere giurisdizionale e alla possibilità di rimuovere le difficoltà di carattere economico che possono opporsi (come si è detto nel terzo comma dello stesso art. 24) al concreto esercizio del diritto medesimo, deve essere inteso come potestà effettiva della assistenza tecnica e professionale nello svolgimento di qualsiasi processo, in modo che venga assicurato il contraddittorio e venga rimosso ogni ostacolo a far valere le ragioni delle parti*”¹²².

In definitiva, alla luce di quanto ora si è detto: per “diritto alla salute” dobbiamo intendere, certo, quel diritto a godere di una condizione di “completo benessere fisico, sociale e mentale” di cui parla la definizione dell’OMS (v. par. I), ma anche l’ulteriore complesso di situazioni soggettive connesse al bene-salute di cui ora si è parlato, che comprendono il diritto a farsi curare, il diritto a farsi curare a prescindere dalla propria situazione economica, il diritto a non farsi curare, il diritto alla scelta delle cure e del personale sanitario chiamato a prestarle.

Tanto premesso, è ora possibile cercare di ricostruire il variegato contenuto di quello che chiamiamo “diritto alla salute”¹²³, così impiegando una “formula sintetica che racchiude in sé diverse posizioni soggettive”¹²⁴. Alcune delle questioni che affronteremo, comunque, sono state ovviamente già accennate al par. III, trattando dei principali indirizzi giurisprudenziali.

IV.1. Il diritto all’integrità psico-fisica

Il nucleo probabilmente più riposto del diritto alla salute è costituito dal *diritto all’integrità psico-fisica*, che è anche quello più risalente un po’ in tutti gli ordinamenti. Si tratta di un diritto “negativo”, cioè di un diritto che si sostanzia nella pretesa a che nessuno agisca in modo da compromettere quell’integrità.

Destinatari di tale pretesa sono sia i pubblici poteri che i soggetti privati¹²⁵ e la situazione giuridica di chi la fa valere può essere decisamente definita di diritto soggettivo, diritto che, si badi, è direttamente azionabile¹²⁶ e non ha necessità di alcun intervento del legislatore per esser fatto valere.

¹²⁰ Cfr., sul punto, già M. MAZZIOTTI, 1954, 50 ss.

¹²¹ LUCIANI, M., 1994, 121; HOLMES, S. SUNSTEIN, C.R., 1999 e 2000, *passim*.

¹²² [Corte cost., sent. n. 46 del 1957.](#)

¹²³ In dottrina è diffusa l’opinione che occorra ricomporre in un quadro unitario le varie dimensioni del diritto alla salute (così, ad es., L. BUSATTA, 2018, 39 ss.). L’analitico esame che si propone nel testo non ne implica la smentita, ma intende dare un quadro delle varie forme di manifestazione del diritto.

¹²⁴ Così BIANCO, G., 2018, 89.

¹²⁵ Corte cost., sentt. nn. [184 del 1986](#); [202 del 1991](#); [356 del 1991](#); [485 del 1991](#); [372 del 1994](#); [167 del 1999](#).

¹²⁶ Corte cost., sentt. nn. [247 del 1974](#); [88 del 1979](#); [184 del 1986](#); [559 del 1987](#); [455 del 1990](#); [282 del 2002](#). Nella giurisprudenza comune, cfr. Cass., sentt. nn. 1463 e 5172 del 1979; 3675 del 1981; n. 4411 del 1992; 7537 del 1999; 17461 del 2006.

In ogni caso, il nostro codice civile contempla due previsioni generalissime che danno a tale diritto una più precisa sostanza: si tratta degli artt. 5¹²⁷ e 2043, che – rispettivamente – stabiliscono limiti alla disponibilità del proprio corpo e garantiscono almeno il diritto al risarcimento del danno nel caso di un pregiudizio che incida anche nell'integrità fisica dell'individuo (v. Riquadro 26).

RIQUADRO 26

Codice civile, artt. 5 e 2043**art. 5**

Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume.

art. 2043

Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Quanto all'oggetto del diritto, esso comprende sia la salute fisica che quella psichica. Che l'una e l'altra siano inscindibili è da tempo affermato dalla più autorevole dottrina civilistica¹²⁸ e la stessa giurisprudenza costituzionale¹²⁹, già da molti anni, va nella medesima direzione. Come si legge, infatti, in una recente pronuncia, "*La malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela (tra le molte, sentenze n. 169 del 2017, n. 162 del 2014, n. 251 del 2008, n. 359 del 2003, n. 282 del 2002 e n. 167 del 1999), anche con adeguati mezzi per garantirne l'effettività*"¹³⁰. Quindi, il diritto alla salute garantito dall'art. 32 Cost. è inteso come "*comprensivo anche della salute psichica la cui tutela deve essere di grado pari a quello della salute fisica*"¹³¹.

Più in generale, la giurisprudenza costituzionale ha fatto rientrare nella nozione di "salute" un'ampia serie di condizioni di contesto. Si pensi alla statuizione che i disabili hanno diritto a una "*normale vita di relazione*", e che "*la socializzazione debba essere considerata un elemento essenziale per la salute di tali soggetti sì da assumere una funzione sostanzialmente terapeutica assimilabile alle pratiche di cura e riabilitazione*". Oppure alle numerose pronunce relative al rapporto tra la madre e il bambino, nelle quali è messo in evidenza il benessere non solo fisico, ma anche psichico, di quest'ultimo, come accade ad esempio quando si tratta di imporre l'astensione obbligatoria dal lavoro¹³², quale che sia l'attività lavorativa prestata dalla madre.

¹²⁷ Per i profili di diritto costituzionale di questa importante previsione codicistica, ROMBOLI, R., 1988, 335 ss.

¹²⁸ SANTORO PASSARELLI, F., 1964, 51 ss.

¹²⁹ Sulla quale mi permetto di rinviare a LUCIANI, M., 1986, 439 ss.

¹³⁰ [Corte cost., sent. n. 99 del 2019](#). Oltre alle pronunce ivi ricordate, v. anche, tra le meno recenti, le sentt. nn. [264 del 1974](#) (sulla salute fisica e psichica dei detenuti); [27 del 1975](#) (sulla possibilità di interrompere la gravidanza anche per la salvaguardia della salute psichica della gestante); [161 del 1985](#) (nella quale si legge che "*gli atti dispositivi del proprio corpo, quando rivolti alla tutela della salute anche psichica, devono ritenersi leciti*").

¹³¹ Così [Corte cost., sent. n. 167 del 1999](#) (sulla scia della [sent. n. 215 del 1987](#)).

¹³² Cfr. [Corte cost., sentt. nn. 270, 271 e 310 del 1999](#); [360 e 361 del 2000](#); [405 del 2001](#).

Coerentemente, anche il concetto di “assistenza sanitaria” è stato esso pure interpretato in modo assai ampio, cioè come il “*complesso degli interventi positivi per la tutela e promozione della salute umana*”¹³³.

IV.2. Il diritto all’ambiente, come aspetto del diritto alla salute

Se non vi sono mai stati dubbi sul fatto che il diritto all’integrità psico-fisica è parte costitutiva del diritto alla salute, più discussa è stata l’inclusione del *diritto all’ambiente*. Dopo molte discussioni, tuttavia, la risposta è ormai pacificamente affermativa (e abbiamo visto, infatti, al par. III.2., che in questo senso è indirizzata la giurisprudenza), grazie alla prevalenza di un’interpretazione sistematica della Costituzione che ha intimamente collegato l’art. 32 e l’art. 9 della Costituzione (v. Riquadro 27).

RIQUADRO 27

Costituzione della Repubblica italiana, art. 9

La Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica.

Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico della Nazione.

Sebbene gli artt. 9 e 32 Cost. siano legati, si deve peraltro notare che mentre l’art. 9 protegge il paesaggio nella sua consistenza *oggettiva*, la salute è tutelata dall’art. 32 anche in quanto diritto *soggettivo*, il che significa che il diritto all’ambiente si atteggia come vero e proprio diritto soggettivo solo in riferimento ai profili che coinvolgono almeno indirettamente il diritto alla salute.

A indirizzare verso questo approdo sono stati soprattutto alcuni fondamentali studi degli anni Sessanta di Alberto Predieri¹³⁴: la Costituzione non protegge il paesaggio solo nella sua dimensione di “bellezza”, ma lo protegge nella sua globalità. Se è così, e se la salute degli esseri umani è influenzata dalle condizioni ambientali in cui essi vivono, tutela del paesaggio e tutela della salute, assieme, si risolvono proprio nella tutela dell’ambiente. La salute, lo si è accennato (par. I), non coincide con una positiva (ma incerta) situazione momentanea di benessere fisico o psico-fisico dell’individuo, ma, in quanto *processo dinamico*, è una condizione generale di opportunità di benessere, sicché salute del singolo e ambiente vitale in cui questi si trova sono indissolubilmente legati: vivere in un ambiente insalubre e poter dire di “stare in salute” è intimamente contraddittorio.

Anche nel caso del diritto all’ambiente si pone, infine, un delicato problema di riparto di competenze, determinato anche dalle non precisissime indicazioni rinvenibili in Costituzione dopo la riforma del Titolo V (dedicato ai rapporti fra Stato e autonomie territoriali) introdotta dalla [l. cost. n. 3 del 2001](#) (v. Riquadro 28, nel quale si riporta prima una parte del comma 2 e poi una parte del comma 3).

RIQUADRO 28

Costituzione della Repubblica italiana, art. 117, commi 2 e 3

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

[...] s) tutela dell’ambiente, dell’ecosistema e dei beni culturali.

¹³³ [Corte cost., sent. n. 382 del 1999](#).

¹³⁴ V. l’articolata ricostruzione del suo pensiero in MORBIDELLI, G., 2019, 13 ss.

[...] Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: [...] tutela della salute; [...] governo del territorio; [...] valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali.

Ora, se la tutela dell'ambiente è materia di competenza esclusiva dello Stato (perché solo la legge statale può disciplinarla), quella materia ne interseca molte altre che sono, invece, di competenza concorrente (nelle quali – cioè – la legge dello Stato può fissare le norme di principio, ma spetta alle leggi regionali stabilire le norme di dettaglio). Si tratta, infatti, di una tipica "materia trasversale" (nel senso – è bene ripetere – attraversa una pluralità di materie di competenza anche regionale) e su questo la giurisprudenza si è già intrattenuta (v. par. III.2.).

Si deve comunque osservare che il termine "ambiente" è polisemico. In particolare, come chiarito da Massimo Severo Giannini in un importante saggio dell'inizio degli anni Settanta, abbiamo almeno tre nozioni di ambiente¹³⁵: a) l'ambiente come paesaggio concepito quale bene pubblico¹³⁶; b) l'ambiente "ecologico", cioè l'ambiente "come fatto di mutua aggressione tra l'uomo e la natura"¹³⁷; c) l'ambiente come territorio nel quale gli esseri umani vivono e agiscono¹³⁸.

Tutti questi significati del termine "ambiente" si ritrovano nella Costituzione italiana. Certo, il termine entra in Costituzione solo con la riforma del Titolo V a opera della [l.cost. n. 3 del 2001](#), ma l'interpretazione sistematica degli artt. 9 e 32 Cost., come accennato, già prima aveva fatto parlare dell'esistenza di una tutela costituzionale dell'ambiente. Questo, invero, è certamente oggetto di protezione da parte dell'art. 9 nel suo primo aspetto (quello di "paesaggio"), ma è oggetto di protezione da parte dell'art. 32 anche negli altri due aspetti segnalati. Nondimeno, è attualmente in discussione un disegno di legge costituzionale (A.C. 3156), già approvato in prima lettura da entrambe le Camere, che intenderebbe rafforzare la protezione dell'ambiente modificando (oltre ad altre norme costituzionali) l'art. 9 Cost. aggiungendo al comma 2 le seguenti parole: "*Tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni. La legge dello Stato disciplina i modi e le forme di tutela degli animali*"¹³⁹. Iniziativa, questa, a mio avviso superflua, se non pericolosa, sia perché altera la posizione relativa dei preesistenti interessi e diritti costituzionali¹⁴⁰, sia perché aggiunge un riferimento assai problematico alla tutela degli animali.

IV.3. Il diritto a farsi curare

Abbiamo già parlato della giurisprudenza relativa a questo diritto al par. III.4. Esso, come abbiamo detto, è parte integrante del diritto alla salute. Si tratta di un diritto a una prestazione materiale, ma non necessariamente si tratta di una prestazione costosa per le finanze pubbliche: in qualunque sistema democratico è infatti presente un circuito *privato* dell'assistenza sanitaria¹⁴¹ e chi resta in quel circuito, senza entrare in quello dell'assistenza sanitaria pubblica, non determina alcun costo aggiuntivo per l'erario. Si deve tuttavia

¹³⁵ GIANNINI, M.S., 1970-1976, 445 ss.

Per una recente ricognizione dei problemi teorici che si pongono quando si analizzano le questioni ambientali, ROSSI, G., 2015, 7.

¹³⁶ GIANNINI, M.S., 1970-1976, cit., 456.

¹³⁷ GIANNINI, M.S., 1970-1976, cit., 469.

¹³⁸ GIANNINI, M.S., 1970-1976, cit., 455.

¹³⁹ Su questa iniziativa, v. le informazioni fornite da SANTINI, G., 2021, 460 ss.

¹⁴⁰ V. le considerazioni assai critiche di SEVERINI, G. - CARPENTIERI, P., 2021, 1 ss.

¹⁴¹ Sui profili costituzionali dell'apertura del servizio sanitario al mercato, CAVASINO, E., 2012, 147 ss.

segnalare che il sistema prevede una serie di intensi controlli pubblici sull'adeguatezza delle strutture private che erogano prestazioni sanitarie (v. gli artt. 8 ss. del [d. lgs. n. 502 del 1992](#)).

La sostanza del diritto sta, peraltro, anche nella scelta che l'interessato è legittimato a fare quanto alle cure che intende ricevere. Stando alla quadripartizione dei diritti che si è proposta (par. IV), pertanto, esso deve essere qualificato tanto come diritto di libertà quanto come diritto a prestazione.

Il diritto a farsi curare resta, ovviamente, sulla carta per tutti coloro che non hanno i mezzi per ottenere le cure desiderate. È per questo che l'art. 32 Cost. garantisce il *diritto alle cure gratuite*. Tale diritto è riservato agli "indigenti" e in Assemblea Costituente l'On. Arata osservò, realisticamente, che, sebbene si dovesse sperare che "non vi saranno prossimamente più indigenti", "per il momento" gli indigenti c'erano ancora, sicché occorreva prevedere idonei strumenti per consentire anche a loro di godere del diritto alla salute¹⁴².

La nozione di "indigenza", qui, non è assoluta, ma relativa: non occorre che si versi in condizioni economiche di particolare disagio o addirittura di povertà, perché l'indigenza va rapportata al costo e all'importanza della cura di cui si ha bisogno: la condizione di indigenza, pertanto, deve essere valutata caso per caso¹⁴³ e indigente non è solo il "povero"¹⁴⁴, ma anche – più ampiamente – colui che, pur non essendo povero, non può permettersi una cura che è necessaria¹⁴⁵, ma è particolarmente costosa. Occorre, tuttavia, che la condizione di indigenza non sia autoprocurata.

Nell'ordinamento italiano l'accesso alle prestazioni agevolate è ammesso in ragione del livello del c.d. ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente). Come stabilisce l'art. 5, comma 1, del [d.l. 6 dicembre 2011, n. 201](#), tale indicatore si riferisce al reddito disponibile ed è molto importante, perché con d.P.C.M. *"sono individuate le agevolazioni fiscali e tariffarie nonché le provvidenze di natura assistenziale che, a decorrere dal 1° gennaio 2013, non possono essere più riconosciute ai soggetti in possesso di un ISEE superiore alla soglia individuata con il decreto stesso"*.

Come affermato di recente dal Consiglio di Stato, con particolare riferimento ai diritti delle persone con disabilità, *"l'ISEE resta [...] l'indefettibile strumento di calcolo della capacità contributiva dei privati in conformità alle prescrizioni delle [...] norme costituzionali e dei trattati internazionali sottoscritti dall'Italia per la tutela delle persone con disabilità gravi, e deve pertanto scandire le condizioni e la proporzione di accesso alle prestazioni agevolate al fine di garantire, in particolare, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale e sanitaria ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere alla stregua degli artt. 32, 38 e 53 della Costituzione, non essendo consentita la pretesa di creare criteri avulsi dall'ISEE con valenza derogatoria o sostitutiva"*¹⁴⁶.

Nondimeno, il SSN garantisce comunque, anche a chi ha un ISEE elevato, un accesso alle cure necessarie, poiché quel che conta è sempre il soddisfacimento del diritto alla salute. Infatti, se è vero che il diritto di cui parliamo è un vero e proprio diritto a prestazione e, conseguentemente, deve essere in qualche modo armonizzato con le esigenze di bilancio,

¹⁴² *Atti Ass. cost.*, 1^a ed., seduta del 24 aprile 1947, 3308.

¹⁴³ Analogamente, CARAVITA, B., 1984, 49.

¹⁴⁴ Di "povertà", invero, sembra possibile una nozione assoluta, essendo *assolutamente* povero colui che non è in grado di assicurare a se stesso o alla propria famiglia le condizioni minime di sopravvivenza.

¹⁴⁵ Quella che conta è la "indispensabilità concreta" (valutata – cioè – nell'effettività delle singole condizioni individuali) della cura. Analogamente, PEZZINI, B., 2003, 57.

¹⁴⁶ [Cons. Stato, Sez. III, 11 gennaio 2021, n. 316](#).

potendo essere soddisfatto nei limiti della “riserva del possibile”¹⁴⁷, non è meno vero che, secondo i principi che sono già stati esposti al par. II.2.2., quando si è esaminata la giurisprudenza costituzionale sui c.d. “diritti incompressibili”, le esigenze finanziarie non possono giustificare il sacrificio dei diritti costituzionali fondamentali. Tra esigenze finanziarie e diritti fondamentali, infatti, si può praticare solo un *bilanciamento ineguale*¹⁴⁸, nel senso che le prime soccombono sempre, salvo che si dimostri che il loro sacrificio implica il parallelo sacrificio di altri diritti fondamentali (che si potrebbero definire “controinteressati” rispetto a quelli da soddisfare nell’immediato).

IV.4. Il diritto a non farsi curare

Come abbiamo già visto al par. III.5., il diritto a farsi curare ha anche un risvolto negativo¹⁴⁹, costituito dal *diritto a non farsi curare*.

Abbiamo visto in precedenza (sempre al par. III.5.) che sulla questione del diritto a non farsi curare la giurisprudenza è stata molto attiva. Il legislatore, invece, è rimasto a lungo inerte ed è finalmente intervenuto a disciplinare (ma solo parzialmente: v. quanto si dirà al par. IV.4.4.) le conseguenze più estreme dell’esercizio del diritto di non farsi curare solo con la [l. 22 dicembre 2017, n. 219](#), recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, approvata avendo presente soprattutto il caso della giovane donna in stato vegetativo permanente del quale s’è detto ancora al par. III.5. e che tanto aveva fatto discutere la pubblica opinione. La norma principale, a questo proposito, è quella di cui all’art. 1, comma 5, per la quale v. il Riquadro 29.

RIQUADRO 29

L. 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, comma 5

Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l’interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l’idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l’accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

L’intervento del legislatore, ancorché tardivo, è stato assai opportuno e anzi doveroso, non foss’altro perché lo richiedevano il rispetto della persona umana e il principio del *favor libertatis* accolto dalla nostra Costituzione.

¹⁴⁷ LUCIANI, M., 1983, cit., 238, nt. 72; BALDASSARRE, A., 1989, 31.

¹⁴⁸ È una formula che ho proposto in LUCIANI, M., 1995, 126 e ripreso, in LUCIANI, M., 2016, 13. La formula è condivisa, da ultimo, da CAROSI, A., 2017, 6; ANTONINI, L., 2019, 20; GRANDI, F., 2021, cit., 100.

La questione s’innesta su quella della limitatezza delle risorse. Per alcune considerazioni critiche sulla diffusa opinione che parla di una limitatezza “assoluta” e non “relativa”, LUCIANI, M., 2011a, 14.

¹⁴⁹ Questa la felice espressione di MODUGNO F., 1982, 312.

Ovviamente, però, questo diritto può essere riconosciuto solo se il permanere della situazione patologica del singolo che decide di non curarsi non mette in pericolo (anche solo indirettamente) la salute della collettività e se la decisione di non sottoporsi alle cure è consapevole e informata. Infatti, "quando una libera, cosciente e informata volontà può essere espressa [...], nient'altro può venire a questa sostituito nella decisione terapeutica"¹⁵⁰.

IV.4.1. Il diritto a non farsi curare e la libertà religiosa

Se è vero che il diritto a non farsi curare ha un fondamento costituzionale generale, non è meno vero che, talvolta, il diritto all'autodeterminazione in materia di salute può essere ulteriormente rafforzato dal diritto di libertà religiosa. Nel caso già esaminato – sebbene per altri profili – al par. III.5., in particolare, la Corte di cassazione ha affermato che "*deve darsi qui continuità alla giurisprudenza di questa Corte, la quale ha già posto in evidenza il collegamento del diritto di rifiutare il trattamento sanitario all'art. 19 Cost. in relazione a casi in cui il paziente era Testimone di Geova (Cass. 7 giugno 2017, n. 14158 e 15 maggio 2019, n. 12998, quest'ultima richiamata anche da Cass. 15 gennaio 2020, n. 515)*", con la conseguenza che "*A sostegno del diritto di rifiutare l'emotrasfusione [...] vi è così il complesso concorso di principi rappresentato da quello all'autodeterminazione in materia di trattamento sanitario e quello di libertà religiosa*"¹⁵¹.

IV.4.2. Il diritto a rivendicare la propria identità di genere (senza ricorrere a interventi chirurgici)

Un aspetto particolare del diritto a non farsi curare è il *diritto a rivendicare la propria identità di genere senza necessità di ricorrere a interventi chirurgici* (e dunque senza un'invasione indesiderata nella sfera della propria salute). Infatti, "[...] *l'interpretazione costituzionalmente adeguata [...] consente di escludere il requisito dell'intervento chirurgico di normoconformazione*" e "[...] *l'aspirazione del singolo alla corrispondenza del sesso attribuitogli nei registri anagrafici, al momento della nascita, con quello soggettivamente percepito e vissuto costituis[ce] senz'altro espressione del diritto al riconoscimento dell'identità di genere*", che peraltro va accertata "*attraverso un procedimento giudiziale che garantisce, al contempo, sia il diritto del singolo individuo, sia quelle esigenze di certezza delle relazioni giuridiche, sulle quali si fonda il rilievo dei registri anagrafici*"¹⁵².

IV.4.3. Il diritto a lasciarsi morire

Come si è detto al punto precedente, il diritto a non farsi curare è riconosciuto sino alle sue più estreme conseguenze, cioè anche quando il suo esercizio comporta la morte del titolare. Dunque come *diritto a lasciarsi morire*¹⁵³: la Costituzione, infatti, non tratta diversamente il diritto a non farsi curare a seconda delle conseguenze che sono determinate dal suo esercizio. Resta fermo, però, che in ogni caso il consenso al mancato trattamento o all'interruzione di quello in essere e che serve al mantenimento in vita deve essere attuale e cosciente.

¹⁵⁰ Così TRIPODINA, C., 2009, 376.

¹⁵¹ Cass., Sez. III civ., 23 dicembre 2020, n. 29469. Il principio di diritto ch'essa ha enunciato è il seguente: "*il Testimone di Geova, che fa valere il diritto di autodeterminazione in materia di trattamento sanitario a tutela della libertà di professare la propria fede religiosa, ha il diritto di rifiutare l'emotrasfusione pur avendo prestato il consenso al diverso trattamento che abbia successivamente richiesto la trasfusione, anche con dichiarazione formulata prima del trattamento medesimo, purché dalla stessa emerga in modo inequivoco la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita*".

¹⁵² Così, sulla scia della [sent. n. 221 del 2015](#), [Corte cost., sent. 180 del 2017](#).

¹⁵³ La derivazione di questo diritto (ampliato, anzi, nei termini di un "diritto all'autodeterminazione individuale") dall'art. 32 Cost. è oggetto dello studio di IANNELLO, C., 2020, *passim*.

Ovviamente, se la mancata sottoposizione al (o l'interruzione del) trattamento determina l'incoscienza del paziente, la volontà ch'egli ha manifestato inizialmente non viene meno, perché il dissenso rispetto al trattamento è stato espresso già una volta per tutte da chi ha rifiutato le cure, scontando il rischio della perdita di conoscenza e quindi quello dell'impossibilità di un mutamento di opinione (pertanto senza contraddizione con il principio di "indisponibilità" dei diritti fondamentali)¹⁵⁴.

IV.4.4. Il diritto alla salute, il diritto alla vita e il c.d. diritto al suicidio

Non per questo, però, è riconosciuto nel nostro ordinamento un vero e proprio *diritto al suicidio*. Per rendere conto di questa affermazione, però, è necessario, preliminarmente, esaminare la questione del diritto alla vita.

Il diritto alla vita non è esplicitamente menzionato in Costituzione, ma è pacifico ch'essa lo riconosca implicitamente, come ha detto la Corte costituzionale richiamando il "*bene fondamentale della vita, che è il primo dei diritti inviolabili dell'uomo riconosciuti dall'art. 2*"¹⁵⁵. Non solo: un riconoscimento esplicito s'incontra anche all'art. 2 della CEDU e dopo la riforma del Titolo V della Costituzione introdotta con la l. cost. n. 3 del 2001, le norme dei trattati internazionali costituiscono "fonti interposte" fra la Costituzione e la legge ordinaria, nel senso che, pur senza essere sovraordinate a quest'ultima, ne condizionano la legittimità¹⁵⁶. Diritto alla vita e diritto alla salute sono – è ovvio – strettamente legati: la salute presuppone la vita, ma la vita, a sua volta, è condizionata, nella sua durata e nella sua qualità, dalla condizione di salute o meno del vivente. Non è questo, però, il problema principale che il giurista deve affrontare in questo campo.

Fermo il riconoscimento del diritto alla vita, infatti, ci si chiede quali siano i tratti caratteristici di questo diritto e quale ne sia il concreto regime costituzionale. La questione s'è posta con particolare nettezza negli ultimi decenni, a fronte di nuove tecnologie che "non solo riescono a restituire vita e salute in situazioni estreme, ma rendono possibile anche la sopravvivenza biologica senza più coscienza di sé, la convivenza con malattie croniche o degenerative con gravissime sofferenze fisiche o psicologiche"¹⁵⁷. Sono proprio quelle tecnologie, infatti, che consentono il protrarsi della vita oltre i limiti estremi che tradizionalmente le erano propri e che implicano la sottrazione all'interessato dell'autodeterminazione relativa ai confini della propria vita. Insomma: in Italia come altrove, da qualche tempo s'è posto con particolare forza il tema del "fine vita".

Come si diceva già a proposito del diritto a non farsi curare, il legislatore è intervenuto in materia assai tardivamente e oltretutto solo parzialmente, perché la [l. n. 219 del 2017](#) non

¹⁵⁴ Questa posizione era stata sostenuta da chi scrive in LUCIANI, M., 1991, 11. In senso opposto, SANTOSUOSSO, A., 1990, 202.

¹⁵⁵ [Corte cost., sent. n. 223 del 1996](#). Ma v. già prima la [sent. n. 27 del 1975](#) e poi le sentt. nn. [35 del 1997](#) e [242 del 2019](#).

¹⁵⁶ La condizione costituzionale dei trattati internazionali è mutata con la l. cost. n. 3 del 2001. Oggi essi sono "fonti interposte", nel senso che, come si dice nel testo, sebbene non abbiano un rango gerarchico superiore a quello della legge, ne condizionano la legittimità. Il nuovo art. 117, comma 1, Cost., infatti, stabilisce che "*La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali*". Una legge che violasse un trattato internazionale, pertanto, sarebbe illegittima per violazione di questa norma costituzionale. Nondimeno, il trattato internazionale è tenuto, a sua volta al rispetto della Costituzione (rispetto integrale per la generalità dei trattati, limitato ai principi fondamentali per quelli che godono di una copertura costituzionale qualificata, come quelli istitutivi dell'Unione europea). Sul punto, v. le sentt. Corte cost. nn. [348](#) e [349](#) del 2007; [115 del 2018](#).

¹⁵⁷ FERRANDO, G., 2020, 17.

contiene una puntuale disciplina del fine vita. Disciplina che, invece, proprio la legge dello Stato avrebbe dovuto dettare, perché *“una normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita – al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti – necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza, ratio ultima della riserva allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di «ordinamento civile», disposta dalla Costituzione”*¹⁵⁸.

A fronte dell'inerzia del legislatore, e sollecitata anche stavolta da un caso che ha avuto grande rilievo mediatico¹⁵⁹, la Corte costituzionale è intervenuta con un inedito strumento processuale¹⁶⁰.

Essa, infatti, ha adottato un'ordinanza con la quale ha stigmatizzato l'assenza di una normativa adeguata nel diritto positivo vigente¹⁶¹.

Il caso era quello *“in cui il soggetto [...] si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”*. Ebbene: *“La legislazione oggi in vigore non consente [...] al medico che ne sia richiesto di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte”*, con la conseguenza che così *“si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care”*.

A fronte del delicato problema etico e giuridico che così si poneva, la Corte ha affermato che *“laddove, come nella specie, la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, così da evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch'essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale”*. Sulla base di questa premessa, ha stabilito di rinviare *“all'udienza pubblica del 24 settembre 2019 la trattazione delle questioni di legittimità costituzionale”* sottoposte al suo esame.

Come è evidente, si trattava di una sorta di anticipazione di una successiva pronuncia di accoglimento e di una vera e propria messa in mora del legislatore (lo stesso Presidente della Corte costituzionale ha parlato di una pronuncia di “incostituzionalità prospettata”¹⁶², al quale veniva indicato addirittura un termine di circa un anno (l'ordinanza era stata deliberata il 24 ottobre 2018 e depositata il 16 novembre 2018) per provvedere prima del nuovo intervento della Consulta.

Nonostante questa messa in mora, incapaci di trovare un adeguato compromesso, le forze politiche presenti in Parlamento hanno continuato a rimanere inerti, con la conseguenza che la Corte costituzionale è dovuta intervenire nuovamente e stavolta, con un dispositivo molto

¹⁵⁸ [Corte cost., sent. n. 262 del 2016.](#)

¹⁵⁹ Lo ricostruisce FERRANDO, G., 2020, cit., 25 ss.

¹⁶⁰ La dottrina l'ha commentato ora favorevolmente ora negativamente. Indicazioni in proposito in GROSSO, E., 2019, 533 (che – *ivi*, 561 s. – è fra i dubbiosi).

¹⁶¹ [Corte cost., ord. n. 207 del 2018.](#)

¹⁶² LATTANZI, G., 2019.

complesso, ha dichiarato *"l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale [che punisce l'istigazione o l'aiuto al suicidio], nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219[...] – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente"*¹⁶³.

Dispositivo complesso, si diceva, che seguiva una non meno complessa motivazione, nella quale la Corte, senza riconoscere un vero e proprio diritto al suicidio (che, invero, sarebbe difficilmente enucleabile dal diritto alla vita)¹⁶⁴, ha riconosciuto quello del malato a ottenere un aiuto a morire, ma solo in presenza di certe specifiche condizioni. Devono ricorrere, in particolare, i quattro presupposti già menzionati dall'[ord. n. 207 del 2018](#) e prima ricordati (*"persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli"*).

Non solo. Per esercitare il diritto a lasciarsi morire occorre anche l'osservanza di uno specifico procedimento. In particolare: a) *"la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare [...] affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale"*; b) è necessario *"l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti"*.

È evidente che l'intervento delle strutture pubbliche e dei comitati etici determina un significativo condizionamento del diritto del singolo a ottenere l'aiuto a mettere fine alla propria vita, ma si tratta di una cautela necessaria al fine di *"verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze"*. Inutile osservare, infatti, che le persone più deboli (specie le più anziane) potrebbero essere facilmente manipolate da terzi interessati a liberarsi di loro o a ottenere vantaggi patrimoniali dal loro decesso, sicché una qualche forma di garanzia risulta indispensabile. In ogni caso, anche nel campo della salute, tutte le determinazioni dell'amministrazione fondate su apprezzamenti tecnico-scientifici sono assoggettate al sindacato del giudice (in primo luogo: amministrativo), il che costituisce una garanzia di legalità in favore degli interessati¹⁶⁵.

Certo, solo il legislatore potrebbe dettare una disciplina precisa, ma nelle more l'intervento della Corte era, per quanto – ovviamente – insufficiente, era indispensabile¹⁶⁶. L'insufficienza,

¹⁶³ [Corte cost., sent. n. 242 del 2019](#).

¹⁶⁴ Analogamente, PALAZZO, F., 2020, 8; MANES, V., 2020, 50, 56. Più corretto, semmai, parlare di un "diritto di lasciarsi morire": così SALAZAR, C., 2019, 573.

¹⁶⁵ Indicazioni sulla giurisprudenza in proposito, da ultimo, PILEGGI, F., 2021, spec. 67 ss. Più in generale, sul processo di riavvicinamento fra discrezionalità tecnica e discrezionalità amministrativa, D'ALBERTI, M., 2021, 3. Correttamente MOLITERNI, A., 2021, 46 ss. mette in luce l'esigenza che il giudice amministrativo verifichi soprattutto il rispetto delle scansioni e delle garanzie procedurali da parte di chi ha proceduto alle valutazioni tecnico-scientifiche.

¹⁶⁶ PALAZZO, F., 2020, cit., 4.

nondimeno, resta, e non a caso è stata anche presentata una (assai delicata, visti i contenuti) richiesta di *referendum* popolare per l'abrogazione parziale dell'art. 579 del codice penale (che punisce l'omicidio del consenziente), per decidere sulla cui ammissibilità la Corte costituzionale si riunirà il 15 febbraio 2022. E sempre non a caso sono state presentate plurime iniziative parlamentari. A questo proposito, possiamo ricordare che è in corso l'esame in Commissione (Comm.ne II Giustizia e Comm.ne XII Affari sociali) delle seguenti iniziative legislative:

- proposta di legge d'iniziativa popolare n. 2 presentata il 13 settembre 2013 "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia". Proposta riunita alle proposte di legge d'iniziativa dei deputati:
- A.C. 1418, Zan, Nardi, Migliore, "Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia", presentata il 5 dicembre 2018;
- A.C. 1586, Cecconi, "Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia", presentata l'11 febbraio 2019;
- A.C. 1655, Rostan, Conte, Fornaro, Occhionero, Speranza, "Introduzione degli articoli 4-bis e 4-ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia", presentata 7 marzo 2019;
- A.C. 1875, Sarli, Trizzino, Sportiello, Perantoni, Palmisano, Di Sarno, Lorefice, Nesci, Lapia, Sapia, Massimo Enrico Baroni, Mammi, Zolezzi, Sarti, Piera Aiello, Penna, Misiti, "Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanascico", presentata 30 maggio 2019;
- A.C. 1888, Alessandro Pagano, Turri, Panizzut, Bisa, Boldi, Boniardi, De Martini, Cantalamessa, Foscolo, Di Muro, Lazzarini, Marchetti, Locatelli, Paolini, Tiramani, Potenti, Ziello, Tateo, "Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative", presentata il 5 giugno 2019;
- A.C. 2982, Sportiello, Giuliano, Lorefice, Perantoni, Ricciardi, Elisa Tripodi, Trizzino, "Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanascico", presentata il 29 marzo 2021;
- A.C. 3101, Trizzino, "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", presentata il 10 maggio 2021.

Nella pratica, perdurando l'attesa di un nuovo intervento legislativo, il tema del fine vita si è drammaticamente posto in un caso recentissimo, sul quale si è pronunciato il Tribunale di Ancona con ordinanze del 26 marzo e del 9 giugno 2021¹⁶⁷. E, come rendono noto i giornali, la somministrazione del farmaco letale alla persona che ha chiesto di essere aiutata a porre fine alla propria vita potrebbe essere imminente¹⁶⁸.

¹⁶⁷ Trib. Ancona, ord. 26 marzo e 9 giugno 2021, che possono leggersi in allegato all'articolo di Rossi, N., 2021 (v. il sito web della Rivista).

¹⁶⁸ Cfr. *La Stampa* del 24 novembre 2021, 2 s. Allo stato, però, si registra l'opposizione della Regione Marche all'esecuzione dell'intervento: cfr. *L'Avvenire* del 18 dicembre 2021.

IV.5. Diritto individuale *versus* interesse collettivo. I trattamenti sanitari

Il potenziale contrasto fra diritto individuale e interesse collettivo alla salute emerge con chiarezza sul terreno dei trattamenti sanitari obbligatori e coattivi (meno su quello dei trattamenti non obbligatori). Per bene intendere la questione è necessario, preliminarmente, chiarire queste nozioni.

Definiamo *trattamento sanitario* "tutte le attività diagnostiche e terapeutiche volte a prevenire o curare le malattie"¹⁶⁹. Si tratta di un campo semantico amplissimo, che comprende, ad es., le attività di sperimentazione, la sedazione, l'alimentazione o l'idratazione forzata, in genere tutti i trattamenti di sostegno vitale, etc.

Definiamo *obbligatori* i trattamenti la cui obbligatorietà è prevista dalla legge ed "è variamente sanzionata e resa concretamente operante"¹⁷⁰.

Definiamo *coattivi* i trattamenti sanitari che possono essere imposti con la forza.

Definiamo *non obbligatori* i trattamenti sanitari che non sono (direttamente) previsti da alcuna norma di legge, per i quali si pone il problema del consenso dell'avente diritto e dei suoi limiti¹⁷¹.

IV.5.1. I trattamenti obbligatori

Vi sono molti esempi di trattamenti *obbligatori*. Caso tipico quello del divieto di recarsi all'estero o di esercitare certe attività sportive o lavorative senza essersi sottoposto a vaccinazione¹⁷². Si tratta di una fattispecie divenuta di grande attualità con la pandemia da Covid-19 e su di essa si è sviluppato un contenzioso che ha contrapposto alcune aziende sanitarie pubbliche a numerosi operatori sanitari che non si erano vaccinati (né intendevano farlo) e contestavano la legittimità dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 (cui ora, come abbiamo visto al par. II.2.3.3., si sono affiancate altre fonti normative). Su di esso si è pronunciato il Consiglio di Stato con una importante decisione della quale diremo alla fine di questo paragrafo.

Quella delle vaccinazioni, peraltro, non è ovviamente una problematica nata con l'emergenza pandemica. Più in generale, infatti, la Corte costituzionale ha da tempo messo in luce la funzione fondamentale della vaccinazione, con le affermazioni che si riportano al Riquadro 30.

RIQUADRO 30

Corte cost., sent. n. 5 del 2018

"La copertura vaccinale è strumento di prevenzione e richiede di essere messa in opera indipendentemente da una crisi epidemica in atto", con la conseguenza che si può intervenire "prima che si verifichino scenari di allarme e decidere – a fronte di una prolungata situazione di insoddisfacente copertura vaccinale – di non attendere oltre nel fronteggiarla con misure straordinarie [...]"¹⁷³.

Questa fondamentale funzione della vaccinazione appare ancor più evidente nel caso dei minori. Si sa che la pratica vaccinale è sovente ostacolata dalle credenze religiose o

¹⁶⁹ Così MODUGNO, F., 1982, cit., 303; nello stesso senso VINCENZI AMATO, D., 1975, 176; ID., 1982, I, 2462 ss. 2462; PEZZINI, B., 1983, 30.

¹⁷⁰ PANUNZIO, S.P., 1979, 887.

¹⁷¹ Cfr. MODUGNO, F., 1982, cit., 303.

¹⁷² Cfr. PANUNZIO, S.P., 1979, 894 ss.; MACCOLINI, R., 1975, 403 ss.

¹⁷³ [Corte cost., sent. n. 5 del 2018](#), sulla quale v., fra gli altri, il commento di CIACCIO, V., 2018, 451 ss.

(anti)scientifiche dei genitori, ma della questione si è occupata già molto tempo addietro la Corte costituzionale (il caso era quello dell'opposizione di due genitori alla vaccinazione antipoliomielitica del figlio), affermando che:

- a) la vaccinazione costituisce un trattamento sanitario obbligatorio ai sensi dell'art. 32 Cost.;
- b) al fine della "tutela della salute del minore e del suo diritto all'istruzione" l'ordinamento prevede la possibilità che intervenga il giudice minorile;
- c) nell'ambito di questo intervento, "spetta al giudice rimuovere o superare decisioni dell'esercente la potestà che, in violazione di precisi doveri siano pregiudizievoli al minore stesso, adottando i provvedimenti che egli ritiene convenienti nell'interesse del minore";
- d) a queste previsioni non è d'ostacolo la garanzia della libertà personale di cui all'art. 13 Cost., perché "la vaccinazione - o qualunque altro trattamento sanitario attuato nei confronti del bambino non ancora capace di intendere e di volere - non è configurabile quale trattamento coattivo né quando sia attuata dai genitori o su loro richiesta, né quando sia disposta, in loro sostituzione ed anche contro la loro volontà, dal giudice dei minori"¹⁷⁴.

La questione della vaccinazione, insomma, trascende ampiamente l'emergenza pandemica e, ovviamente, non è semplicemente italiana: non a caso sulle vaccinazioni obbligatorie si è già pronunciata la Corte EDU¹⁷⁵, affermando, fra l'altro, che: a) "il est de jurisprudence constante que l'intégrité physique d'une personne relève de sa « vie privée » [...]"; b) "la vaccination obligatoire, en tant qu'intervention médicale non volontaire, constitue une ingérence dans l'exercice du droit au respect de la vie privée au sens de l'article 8 de la Convention"; c) è scopo legittimo della previsione di una vaccinazione obbligatoria "la protection contre des maladies susceptibles de faire peser un risque grave sur la santé. Sont concernées aussi bien les personnes qui reçoivent les vaccins en question que celles qui ne peuvent pas se faire vacciner et qui se trouvent donc dans une situation de vulnérabilité, dépendant d'un taux élevé de vaccination qui serait atteint parmi l'ensemble de la population pour être protégées contre les maladies contagieuses en cause. Cet objectif correspond aux buts que sont la protection de la santé et la protection des droits d'autrui, visés à l'article 8 de la Convention"; d) le misure in materia di vaccinazioni devono essere valutate secondo gli usuali criteri della giurisprudenza di Strasburgo (margine di apprezzamento; proporzionalità; esistenza di finalità pubbliche imperative, etc.).

Ma torniamo, più in generale, agli interventi sanitari obbligatori. Essi sono legittimi solo se praticati nel rispetto dell'art. 32, comma 1 (che tutela la salute collettiva) e comma 2, Cost. (che li ammette solo "per disposizione di legge" e solo nel rispetto dei "limiti imposti dal rispetto della persona umana"). Conseguentemente, essi possono essere previsti solo se ricorrono cinque condizioni:

- a) che siano previsti dalla legge (o da altra fonte primaria);
- b) che non siano dannosi per la salute di chi vi è tenuto o irrispettosi della persona umana;
- c) che siano necessari per la tutela della salute collettiva¹⁷⁶;

¹⁷⁴ [Corte cost., sent. n. 132 del 1992.](#)

¹⁷⁵ Corte EDU, 8 aprile 2021, [Vavříčka et autres c. République tchèque, ric. n. 47621/13.](#)

¹⁷⁶ Opportunamente osserva che l'obbligato al trattamento, in realtà, finisce anch'egli per godere di un vantaggio, derivante dal suo partecipare al miglioramento della salute collettiva, PEZZINI, B., 1998, 36.

- d) che siano proporzionati al fine legittimamente perseguito;
- e) che, comunque, qualora comportino *“un rischio specifico”*, sia assicurato un *“equo ristoro del danno patito”*¹⁷⁷.

Come si vede, si tratta di condizioni assai stringenti e a questo proposito è opportuno segnalare che il limite del *“rispetto della persona umana”*, è più incisivo di quello originariamente previsto dall'art. 26 del progetto di Costituzione presentato dalla Commissione dei Settantacinque, il quale stabiliva che *“Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana”*. A prima vista potrebbe sembrare una differenza solo lessicale, ma in Assemblea Costituente si era voluta trovare una formula ancor più garantista e ampia di *“dignità”*, che – come osservò l'On. Caronia – *“riguarda la figura morale dell'individuo”*¹⁷⁸.

Infine, si deve ricordare che i trattamenti sanitari in questione (così come, a più forte ragione, quelli coattivi) devo essere previsti da una legge dello Stato. La Corte costituzionale, infatti, ha parlato di una *“riserva di legge statale in materia di trattamenti sanitari di cui all'art. 32 Cost., riserva che, a sua volta, è connessa al principio di eguaglianza previsto dall'art. 3 Cost.”*¹⁷⁹.

Come si diceva in apertura di questo paragrafo, sul tema delle vaccinazioni obbligatorie nel periodo di pandemia da Covid-19 si è pronunciato, di recente, il Consiglio di Stato, che ha fatto le importanti affermazioni che si riportano, in sintesi estrema, al Riquadro 31.

RIQUADRO 31

Consiglio di Stato, Sez. III, sent. n. 7045 del 2021

a) *“la commercializzazione del vaccino, secondo la vigente normativa dell'Unione europea, passa attraverso una raccomandazione da parte della competente Agenzia europea per i medicinali (EMA), che valuta la sicurezza, l'efficacia e la qualità del vaccino, sulla cui base la Commissione europea può procedere ad autorizzare la commercializzazione nel mercato dell'Unione, dopo avere consultato gli Stati membri che debbono esprimersi favorevolmente a maggioranza qualificata”;*

b) *“Per quanto riguarda i vaccini contro la diffusione del virus Sars-CoV-2, l'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata segue, a giudizio della Commissione, un quadro solido e controllato e fornisce valide garanzie di un elevato livello di protezione dei cittadini nel corso della campagna vaccinale [...]”;*

c) *“Il carattere condizionato dell'autorizzazione non incide sui profili di sicurezza del farmaco”;*

d) *“sulla base non solo degli studi - trials - condotti in fase di sperimentazione, ma anche dell'evidenza dei dati ormai imponenti acquisiti successivamente all'avvio della campagna vaccinale ed oggetto di costante aggiornamento e studio in sede di monitoraggio, [...] la profilassi vaccinale è efficace nell'evitare non solo la malattia, per lo più totalmente o, comunque, nelle sue forme più gravi, ma anche il contagio”;*

e) *“In punto di sicurezza, quanto all'inesistenza, per chi è sottoposto al trattamento, di conseguenze negative le quali vadano oltre la normalità e la tollerabilità, si deve muovere anzitutto dal presupposto scientifico di ordine generale secondo cui il vaccino, come tutti i farmaci, non può essere considerato del tutto esente da rischi”;*

f) *“[...] le terapie vaccinali regolarmente approvate, nei termini di cui si è detto, e in uso attualmente in Italia, come in Europa e nel resto del mondo [...], presentano per i soggetti ai quali sono inoculate un rapporto rischio/beneficio favorevole”;*

¹⁷⁷ [Corte cost., sent. n. 307 del 1990](#). Il caso era quello del necessario risarcimento alla madre che aveva contratto la poliomielite perché contagiata dal figlio sottoposto alla vaccinazione obbligatoria contro quella malattia.

¹⁷⁸ Cfr. *Atti Ass. cost.*, 1^a ed., 3298, seduta del 24 aprile 1947.

¹⁷⁹ [Corte cost., sent. n. 137 del 2019](#). V., già prima, la [sent. n. 5 del 2018](#).

g) "Nell'odierna situazione emergenziale, almeno fino al 31 dicembre 2021, le misure per il contenimento del contagio richiedono alle autorità sanitarie un intervento pronto e risoluto, ispirato alla c.d. amministrazione precauzionale, la quale deve necessariamente misurarsi con quello che, in dottrina, è stato definito il c.d. ignoto irriducibile, in quanto ad oggi non si dispone di tutti i dati completi per valutare compiutamente il rapporto rischio/beneficio nel lungo periodo [...]";

h) "La riserva di scienza, alla quale il decisore pubblico sia livello normativo che amministrativo deve fare necessario riferimento nell'adottare le misure sanitarie atte a fronteggiare l'emergenza epidemiologica, lascia a questo, per l'inevitabile margine di incertezza che contraddistingue anche il sapere scientifico nella costruzione di verità acquisibili solo nel tempo, a costo di severi studi e di rigorose sperimentazioni e sottoposte al criterio di verifica-falsificazione, un innegabile spazio di discrezionalità nel bilanciamento tra i valori in gioco, la libera autodeterminazione del singolo, da un lato, e la necessità di preservare la salute pubblica e con essa la salute dei soggetti più vulnerabili, dall'altro, una discrezionalità che deve essere senza dubbio usata in modo ragionevole e proporzionato e, in quanto tale, soggetta nel nostro ordinamento a livello normativo al sindacato di legittimità del giudice delle leggi e a livello amministrativo a quello del giudice amministrativo";

i) "In fase emergenziale, di fronte al bisogno pressante, drammatico, indifferibile di tutelare la salute pubblica contro il dilagare del contagio, il principio di precauzione, che trova applicazione anche in ambito sanitario, opera in modo inverso rispetto all'ordinario e, per così dire, controintuitivo, perché richiede al decisore pubblico di consentire o, addirittura, imporre l'utilizzo di terapie che, pur sulla base di dati non completi [...], assicurino più benefici che rischi, in quanto il potenziale rischio di un evento avverso per un singolo individuo, con l'utilizzo di quel farmaco, è di gran lunga inferiore del reale nocimento per una intera società, senza l'utilizzo di quel farmaco";

l) [...] in un ordinamento democratico la legge non è mai diritto dei meno vulnerabili o degli invulnerabili, o di quanti si affermino tali e, dunque, intangibili anche in nome delle più alte idealità etiche o di visioni filosofiche e religiose, ma tutela dei più vulnerabili, dovendosi rammentare che la solidarietà è "la base della convivenza sociale normativamente prefigurata dalla Costituzione" ([Corte cost., 28 febbraio 1992, n. 75](#));

m) "La vaccinazione obbligatoria selettiva introdotta dall'art. 4 del D.L. n. 44 del 2021 per il personale medico e, più in generale, di interesse sanitario risponde ad una chiara finalità di tutela non solo - e anzitutto - di questo personale sui luoghi di lavoro e, dunque, a beneficio della persona, secondo il già richiamato principio personalista, ma a tutela degli stessi pazienti e degli utenti della sanità, pubblica e privata, secondo il pure richiamato principio di solidarietà, che anima anch'esso la Costituzione [...]";

n) "[...] è doveroso per l'ordinamento pretendere che il personale medico od infermieristico non diventi esso stesso veicolo di contagio, pur sussistendo un rimedio, efficace e sicuro, per prevenire questo rischio connesso all'erogazione della prestazione sanitaria".

o) "Nel dovere di cura, che incombe al personale sanitario, rientra anche il dovere di tutelare il paziente, che ha fiducia nella sicurezza non solo della cura, ma anche nella sicurezza - qui da intendersi come non contagiosità o non patogenicità - di chi cura e del luogo in cui si cura [...]";

p) "Nel bilanciamento tra i due valori, quello dell'autodeterminazione individuale e quello della tutela della salute pubblica, compiuto dal legislatore con la previsione dell'obbligo vaccinale nei confronti del solo personale sanitario, non vi è dunque legittimo spazio né diritto di cittadinanza in questa fase di emergenza contro il virus Sars-CoV-2 per la c.d. esitazione vaccinale"¹⁸⁰.

Come si vede, una decisione che potremmo definire "tombale" sui dubbi di legittimità costituzionale relativi agli obblighi vaccinali imposti dalla legislazione emergenziale.

Si deve però segnalare che il Tribunale di Padova, con ordinanza del 7 dicembre 2021, ha prospettato vari dubbi di violazione del diritto dell'Unione, in particolare per rapporto al [Regolamento \(UE\) 2021/953 del 14 giugno 2021](#). Ma è altrettanto necessario ricordare che l'art.

¹⁸⁰ [Cons. Stato, Sez. III, sent. 20 ottobre 2021, n. 7045](#).

11, comma 1, di tale Regolamento fa "*salva la competenza degli Stati membri di imporre restrizioni per motivi di salute pubblica*").

IV.5.2. I trattamenti coattivi

I trattamenti *coattivi*, come si accennava, sono quelli che possono essere imposti con la forza. Questo li differenzia radicalmente dai trattamenti semplicemente obbligatori: questi ultimi, infatti, risalgono pur sempre a una volontà del soggetto che vi si sottopone, mentre per quelli coattivi la volontà individuale è sostituita dalla forza collettiva. Certo, le sanzioni e gli svantaggi previsti nei confronti di chi rifiuta di sottoporsi a un trattamento sanitario obbligatorio possono essere così incisivi da comportare la sostanziale vanificazione della possibilità di scelta tra il sottoporsi a un trattamento eventualmente indesiderato e l'incorrere nelle sanzioni previste, ma la differenza concettuale e giuridica resta evidente¹⁸¹.

Evidenti anche le conseguenze normative, poiché ai trattamenti coattivi si applicano tutte le garanzie che sono previste dall'art. 13 Cost., che tutela la libertà personale (v. Riquadro 32).

RIQUADRO 32

Costituzione della Repubblica italiana, art. 13

La libertà personale è inviolabile.

Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.

È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

Per la verità, una parte della dottrina italiana ha sostenuto la tesi che le garanzie dell'art. 13 entrino in giuoco solo quando sono imposte misure fondate su una valutazione "negativa" della personalità di chi le subisce¹⁸², ma la maggioranza ritiene, giustamente, che l'art. 13 Cost. si applichi a tutte le misure "coercitive", cioè implicanti l'uso della forza fisica¹⁸³. Di conseguenza, a fronte di simili misure coercitive trova applicazione la disciplina generale dell'art. 13 Cost. e non quella speciale dell'art. 32 Cost.¹⁸⁴, il che comporta il rispetto dello specifico procedimento ivi previsto e, prima ancora, l'osservanza di una riserva di legge assoluta e non semplicemente relativa¹⁸⁵.

A tal proposito, è opportuno segnalare al lettore straniero che "assoluta" è la riserva che impone che l'intera disciplina sia definita con legge o con atto avente valore di legge, mentre è "relativa" quella che non lo pretende. Possiamo dunque dire, per riprendere la definizione di

¹⁸¹ Cfr. PANUNZIO, S.P., 1979, cit., 897 ss.

¹⁸² Cfr. BARBERA, A., 1971, *passim*; AMATO, G., 1976, 25 ss.

¹⁸³ ELIA, L., 1962, 29 ss.; PACE, A., 1974, 295; ID., 1992, 171 s.

¹⁸⁴ PANUNZIO, S.P., 1979. Questa opinione si fa preferire a quella opposta di VINCENZI AMATO, D., 1975, cit., 170; MODUGNO, F., 1982, cit., 319; SANDULLI, A.M., 1978, 508; CRISAFULLI, V., 1982, 560; BARILE, P., 1984; 386; CARAVITA, B., 1984, cit., 55.

¹⁸⁵ CRISAFULLI, V., 1982, cit., 560.

Riccardo Guastini, che “una materia è coperta da riserva di legge solo «relativa», allorché la Costituzione esige che la legge detti i principi fondamentali della materia in questione, ma non esclude che tali principi possano essere integrati da un atto normativo (regolamento) dell’esecutivo: sempre che, s’intende, la legge stessa lo preceda e lo preveda”¹⁸⁶.

Quanto alla giurisprudenza, essa ha seguito l’orientamento della dottrina maggioritaria, assicurando la tutela dell’art. 13 Cost. a tutti i trattamenti sanitari qualificabili come “coattivi” nel senso prima indicato¹⁸⁷.

IV.5.3. I trattamenti non obbligatori

Quanti ai *trattamenti non obbligatori*, infine, il problema, come si accennava è quello del consenso: si pensi alle emotrasfusioni su soggetti contrari a questa pratica sanitaria per motivi religiosi, oppure all’alimentazione forzata di chi è in sciopero della fame oppure ha manifestato la volontà di lasciarsi morire. A questo proposito, si deve rinviare a quanto già detto al par. IV.4.4.

IV.6. Diritto individuale *cum* interesse collettivo

Se nel paragrafo precedente abbiamo messo in luce alcuni potenziali elementi di contraddizione fra la salute come diritto individuale e la salute come interesse collettivo, dobbiamo ora segnalare alcuni profili per i quali i due aspetti, invece, si sovrappongono e si armonizzano.

Il primo è quello dell’informazione pubblica, la cui accuratezza è allo stesso tempo interesse del singolo e interesse dell’intera collettività. Se, nel rispetto delle condizioni ricordate in precedenza, i trattamenti sanitari obbligatori sono ammessi, sarebbe dovere delle pubbliche autorità informare i cittadini con la massima precisione e tempestività. Abbiamo già visto che la [l. n. 219 del 2017](#) valorizza al massimo il “consenso informato” e tale principio dovrebbe essere osservato anche in campo vaccinale. È dubbio, invece, che questo dovere informativo sia stato pienamente rispettato nel corso della pandemia da Covid-19.

Il secondo è quello della connessione fra diritti e doveri. In periodi di emergenza sanitaria assumono un rilievo peculiare i doveri di solidarietà sociale, il cui adempimento è indispensabile per il soddisfacimento di quell’interesse collettivo alla salute che trova protezione nell’art. 32 Cost.¹⁸⁸. In particolare nell’apprezzamento delle misure concernenti gli obblighi vaccinali questo dato andrebbe tenuto in debito conto, considerando che il sacrificio dei convincimenti individuali è tanto più necessario quanto più a rischio sono sia il diritto alla salute del singolo individuo, quanto il bene comune dell’intera collettività.

Infine, occorre fare riferimento al fatto che tutti i cittadini possono agire in giudizio per la difesa del diritto all’ambiente (che, come abbiamo visto, è parte del diritto alla salute). In particolare, questa azione è prevista dagli artt. 309 e 310 del [d. lgs. 3 aprile 2006, n. 152](#), recante il c.d. Codice dell’ambiente (per i quali v. il Riquadro 33).

¹⁸⁶ GUASTINI, R., 1994, 169.

¹⁸⁷ In questo senso, dopo alcune iniziali incertezze e oscillazioni (cfr. sentt. nn. [2](#) e [11](#) del 1956), Corte cost., sentt. nn. [74 del 1968](#); [29 del 1973](#); [223 del 1976](#); [39 del 1977](#); [160 del 1982](#); [54 del 1986](#); [471 del 1990](#); [438 del 2008](#).

¹⁸⁸ Sul punto, GRANDI, F., 2021, cit., 119 ss.

RIQUADRO 33

D. lgs. 3 aprile 2006, n. 152, art. 309, comma 1

Le regioni, le province autonome e gli enti locali, anche associati, nonché le persone fisiche o giuridiche che sono o che potrebbero essere colpite dal danno ambientale o che vantino un interesse legittimante la partecipazione al procedimento relativo all'adozione delle misure di precauzione, di prevenzione o di ripristino previste dalla parte sesta del presente decreto possono presentare al Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, depositandole presso le Prefetture - Uffici territoriali del Governo, denunce e osservazioni, corredate da documenti ed informazioni, concernenti qualsiasi caso di danno ambientale o di minaccia imminente di danno ambientale e chiedere l'intervento statale a tutela dell'ambiente a norma della parte sesta del presente decreto.

D. lgs. 3 aprile 2006, n. 152, art. 310, comma 1

I soggetti di cui all'articolo 309, comma 1, sono legittimati ad agire, secondo i principi generali, per l'annullamento degli atti e dei provvedimenti adottati in violazione delle disposizioni di cui alla parte sesta del presente decreto nonché avverso il silenzio inadempiuto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e per il risarcimento del danno subito a causa del ritardo nell'attivazione, da parte del medesimo Ministro, delle misure di precauzione, di prevenzione o di contenimento del danno ambientale.

Dall'entrata in vigore dell'art. 25 della [l. 6 agosto 2013, n. 97](#) (ma sulla scia della [direttiva 21 aprile 2004, n. 2004/35/CE](#))¹⁸⁹, peraltro, l'interesse generale al risarcimento del danno ambientale non può più essere soddisfatto per equivalente (con una somma di danaro), ma deve essere soddisfatto in forma specifica, cioè con il ripristino dello *status quo ante*.

IV.7. Il potenziale contrasto fra il diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali

La possibilità di un conflitto con altri diritti o interessi costituzionali è già emersa nei paragrafi precedenti. Qui è necessario esaminare con specifica attenzione alcuni casi di conflitto che rivestono particolare importanza teorica e pratica.

IV.7.1. Diritto alla salute e diritto alla vita privata (compresa la protezione dei dati personali)

Il primo caso di specifico interesse è quello del conflitto fra diritto alla salute e diritto alla vita privata.

Il campo abbracciato da questo paragrafo varia, ovviamente, in ragione della nozione di "vita privata" che si condivide. Fermo restando, sul punto, il rinvio a quanto scritto in occasione di altra iniziativa dell'EPRS a favore di una concezione non eccessivamente ampliata di "vita privata" (intesa, dunque, come "riservatezza")¹⁹⁰ e fermo restando il rinvio al precedente par.

¹⁸⁹ Che sullo sfondo stia questa direttiva lo riconoscono sia la Corte costituzionale ([sent. n. 126 del 2016](#)) che la Corte di cassazione ([Cass. civ., Sez. III, 4 aprile 2017, n. 8662](#)).

¹⁹⁰ LUCIANI, M.: [Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VIII e 46 pp., referenza PE 628.259, *passim*.

V., per alcuni altri importanti Paesi, le altre ricerche commissionate dal EPRS:

– **Germania:** SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.: [Das Recht auf Achtung des Privatlebens – Problemstellungen im Digitalbereich, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2018, X und 94 S., Referenz PE 628.285;

Il.2.3.3., quanto all'attualità di questa problematica in particolare per quanto riguarda il c.d. *certificato* COVID digitale dell'UE, possiamo aggiungere quanto segue.

Il conflitto fra diritto alla salute e riservatezza esplose soprattutto in due occasioni: quando si richiede che un certo stato di salute sia documentato; quando si prevede il "tracciamento" di coloro che sono affetti da (o sono comunque portatori di) determinate malattie. Sebbene si tratti di questione oggetto di un acceso dibattito pubblico, basta qui rammentare i principi generali già esaminati, che reggono qualunque conflitto fra diritti e interessi costituzionali, e cioè che nessuno di questi diritti o interessi è sovraordinato a tutti gli altri e che il contrasto va risolto applicando i comuni criteri di proporzionalità, non eccessività e ragionevolezza.

IV.7.2. Diritto alla salute e libertà di movimento (quarantene, confinamenti, etc.)

Acceso è il dibattito dottrinale su quali siano le norme costituzionali rilevanti per valutare la legittimità delle disposizioni concernenti i provvedimenti restrittivi della libertà di movimento per ragioni sanitarie.

Vengono in considerazione, anzitutto, le misure previste dalle fonti elencate al par. Il.2.3.3., in riferimento alla c.d. certificazione verde (al *green pass*, per usare la diffusa espressione inglese), cioè alla certificazione di effettuata vaccinazione o di assenza o remissione del contagio¹⁹¹, allo

-
- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VI et 32 pp., référence PE 628.304;
 - **Canada:** MOYSE, P.-E.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 67 pp., référence PE 628.292;
 - **Consiglio d'Europa:** PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: [El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - Consejo de Europa](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VI y 53 pp., referencia PE 628.261;
 - **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VIII y 58 pp., referencia PE 628.260;
 - **Stati Uniti:** ACOSTA, L.: [The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United States](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, VIII and 35 pp., reference PE 628.240;
 - **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 34 pp., référence PE 628.241;
 - **Regno Unito:** CRAM, I.: [The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United Kingdom](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, X and 38 pp., reference PE 628.249;
 - **Svizzera:** METILLE, S.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 57 pp., référence PE 628.242;
 - **Unione europea:** SALVATORE, V.: [Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VI e 39 pp., referencia PE 628.243.

¹⁹¹ [Regolamento \(UE\) 2021/953 del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 giugno 2021](#) su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19; [Regolamento \(UE\) 2021/954 del Parlamento europeo e del Consiglio del 14 giugno 2021](#) su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per i cittadini di paesi terzi

scopo di liberamente circolare sul territorio nazionale o dell'Unione e di partecipare ad attività di tipo collettivo. Questione, questa, assai discussa nel dibattito pubblico, sia per i profili attinenti alla libertà di circolazione¹⁹² che per quelli attinenti alla riservatezza¹⁹³.

Vi sono, però, anche misure assai più invasive, che limitano più in profondità le libertà costituzionali. I limiti che tali misure incontrano sono diversi a seconda che trovi applicazione la disciplina costituzionale della libertà personale (art. 13: v. Riquadro 32) o quella della libertà di circolazione, assai meno garantista (art. 16: v. Riquadro 34).

RIQUADRO 34

Costituzione della Repubblica italiana, art. 16

Ogni cittadino può circolare e soggiornare liberamente in qualsiasi parte del territorio nazionale, salvo le limitazioni che la legge stabilisce in via generale per motivi di sanità o di sicurezza.

Nessuna restrizione può essere determinata da ragioni politiche.

Ogni cittadino è libero di uscire dal territorio della Repubblica e di rientrarvi, salvo gli obblighi di legge.

Le due libertà, sebbene non sempre lo si intenda, non possono essere confuse¹⁹⁴.

Non vi sono molti dubbi sul fatto che le restrizioni comportate dai *confinamenti* (i c.d. "*lockdown*", se si vuole usare l'espressione inglese) attengano esclusivamente alla libertà di circolazione, sicché la garanzia principale, in questo caso, è quella della riserva (relativa) di legge, cui si aggiungono – ovviamente – quelle ordinarie sulla proporzionalità, non eccessività e ragionevolezza delle misure. Alcuni studiosi, invece, sostengono che in particolare la *quarantena* inciderebbe "in modo netto"¹⁹⁵ nella libertà personale e anzi costituirebbe "una forma di detenzione"¹⁹⁶, con la conseguenza che il relativo provvedimento dovrebbe essere convalidato dall'autorità giudiziaria¹⁹⁷. Si tratta di opinione non convincente.

In primo luogo, l'ordinamento internazionale considera la quarantena come una misura da affidare necessariamente all'autorità sanitaria ("«*Quarantena (in)*» indica la condizione o la situazione di una nave, aeromobile, treno, veicolo stradale, altro mezzo di trasporto o container nel periodo in cui un'autorità sanitaria applica nei suoi confronti le misure atte a prevenire la diffusione di malattie, di focolai di malattie o di vettori di malattie")¹⁹⁸. Lo fa anche

regolarmente soggiornanti o residenti nel territorio degli Stati membri durante la pandemia di COVID-19.

¹⁹² V. l'intervista ad A. Celotto che può leggersi qui: https://www.adnkronos.com/covid-il-costituzionalista-celotto-green-pass-e-costituzionalmente-corretto-non-discriminatorio_3OdHCjYROP1FDUd8mBoNBb.

¹⁹³ V. l'intervista a G. Cerrina Feroni, vicepresidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, che può leggersi qui: <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9580828>.

¹⁹⁴ Si è già ricordata in precedenza la pronuncia [Cons. Stato, Sez. I, Ad. 7 aprile 2020, aff. n. 260/2020](#). Essa, sebbene assai condivisibile quanto ai limiti del potere di ordinanza del sindaco, si espone a critica quando confonde libertà personale e libertà di circolazione: "[...] *l'ordinanza in questione, nella parte in cui introduce, senza alcuna base di legge, un potere comunale di previa autorizzazione all'ingresso e al transito sul territorio comunale (obbligo di «Attendere il rilascio da parte del Comune di Messina, e per esso della Polizia Municipale . . . del Nulla Osta allo spostamento»), si pone in contrasto diretto ed evidente con la libertà personale e la libertà di circolazione previste dalla Parte I, Titolo I (Rapporti civili) della Costituzione, artt. 13 e 16[...]*".

¹⁹⁵ NATALE, A., 2020, 8.

¹⁹⁶ GATTA, G.L., 2020, 5. V. anche LATTANZI, G., 2020; CUOCOLO, L., 2020, 14; FABIANO, L., 2020, 3. Sia pure con minore nettezza sembrano orientati in questo senso RUGGERI, A., 2020, 212, e FILICE, F., LOCATI, G.M., 2020, 6 (che si chiedono, ma con interrogativo che appare retorico, se le misure adottate in questo periodo emergenziale incidano solo nell'art. 16 o anche nell'art. 13 Cost.).

¹⁹⁷ GATTA, G.L., 2020, cit., 16.

¹⁹⁸ Così l'art. 1 della [l. 9 febbraio 1982, n. 106](#), recante "Approvazione ed esecuzione del regolamento sanitario

il nostro ordinamento, così dimostrando che si tratta di misura ben diversa da quelle di cui all'art. 13 Cost., che coinvolgono l'autorità di pubblica sicurezza.

In secondo luogo, se è vero quanto s'è detto in precedenza (cioè che la libertà personale viene in considerazione solo quando si prevede la coazione fisica), il fatto che tale coazione non sia prevista dalle misure impositive della quarantena esclude che esse possano essere valutate assumendo a paradigma le norme sulla libertà personale¹⁹⁹.

Infine, una considerazione di buon senso: se davvero si dovessero applicare le garanzie della libertà personale la conseguenza sarebbe la totale inapplicabilità delle misure che prevedono la quarantena, perché sarebbe impossibile immaginare un intervento motivato del giudice in tutte le migliaia di fattispecie in cui la quarantena è indispensabile²⁰⁰.

In ogni caso, sebbene non si applichino le garanzie dell'art. 13 Cost. ciò non vuol dire che non si applichi alcuna garanzia, perché gli interessati possono sempre proporre ricorso al giudice amministrativo contro i provvedimenti impositivi della quarantena²⁰¹. Poiché, poi, la violazione dell'obbligo di quarantena è penalmente sanzionata, a fronte della previsione di una sanzione penale gli interessati possono contare sulla tutela del giudice ordinario (lo prevede la stessa legislazione emergenziale: [art. 4, comma 6, del d.l. n. 19 del 2020](#)).

IV.7.3. Diritto alla salute e libertà di iniziativa economica

Attenzione specifica merita anche la questione del possibile conflitto fra diritto alla salute e diritti economici.

L'art. 41, comma 2, della Costituzione stabilisce che l'attività economica privata "*Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana*". L'interpretazione di questa previsione costituzionale ha dato luogo a notevoli discussioni²⁰², ma è pacifico che le esigenze sanitarie siano comprese nel perimetro dei limiti così tracciati all'attività economica dei privati. Lo sono in quanto esigenze collettive (attraverso il limite generale dell'utilità sociale) e lo sono anche in quanto esigenze individuali (attraverso il limite particolare della sicurezza umana). E tali esigenze valgono non solo nei confronti dell'attività economica dei privati, ma anche della proprietà privata, poiché la proprietà privata, essendo assoggettata al limite della funzione sociale, finisce per avere, per questo profilo, un regime analogo (v. Riquadro 35).

RIQUADRO 35

Costituzione della Repubblica italiana, art. 41

L'iniziativa economica privata è libera.

internazionale, adottato a Boston il 25 luglio 1969, modificato dal regolamento addizionale, adottato a Ginevra il 23 maggio 1973)" (ora quel regolamento è stato modificato e le IHR vigenti sono accessibili al sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

¹⁹⁹ Nel medesimo senso, BIGNAMI, M., 2020, 8.

²⁰⁰ Alcuni dei sostenitori della tesi qui criticata avvertono il problema, ma lo considerano solo pratico. E propongono soluzioni che a me paiono semplicemente di facciata, elusive del principio che la tesi vorrebbe affermare, come quella di una trasmissione "a blocchi" dei provvedimenti individuali (che peraltro si assumono necessari, laddove, come detto nel testo, non lo sono) di imposizione della quarantena (NATALE, A., 2020, cit., 12).

²⁰¹ V., in particolare, T.A.R. Campania - Napoli, Sez. V, decr. 18 marzo 2020, n. 416; [T.A.R. Marche, Sez. I, decr. 27 febbraio 2020, n. 56](#).

²⁰² Per la ricostruzione del dibattito scientifico dei primi decenni successivi all'entrata in vigore della Costituzione, mi permetto di rinviare a LUCIANI, M., 1983, spec. 125 ss.

Non può svolgersi in contrasto con la utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.

La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali.

Costituzione della Repubblica italiana, art. 42

La proprietà è pubblica o privata. I beni economici appartengono allo Stato, ad enti o a privati.

La proprietà privata è riconosciuta e garantita dalla legge, che ne determina i modi di acquisto, di godimento e i limiti allo scopo di assicurarne la funzione sociale e di renderla accessibile a tutti (37).

La proprietà privata può essere, nei casi previsti dalla legge, e salvo indennizzo, espropriata per motivi d'interesse generale.

La legge stabilisce le norme ed i limiti della successione legittima e testamentaria e i diritti dello Stato sulle eredità.

Le limitazioni ai diritti economici devono essere imposte con legge, ma trattasi di riserva relativa, nel senso prima indicato.

Quanto al contenuto dei limiti che possono essere imposti, va detto che anche quando deve far valere delle esigenze sanitarie il legislatore gode di amplissima discrezionalità. Tuttavia quelle esigenze non giustificano qualunque limitazione dei diritti economici dei privati, limiti che, invece, devono essere come sempre proporzionati e ragionevoli²⁰³, sì che il diritto economico sia bilanciato adeguatamente con le esigenze sanitarie.

Questo vale anche per l'ipotesi in cui il legislatore non faccia valere direttamente delle esigenze sanitarie, ma tenga conto delle conseguenze sociali della situazione sanitaria, come è accaduto proprio durante la pandemia da Covid-19. Così, ad es., con una serie di previsioni emergenziali contenute in vari decreti-legge, è stata disposta la sospensione delle procedure esecutive aventi a oggetto l'abitazione principale del debitore, ma la Corte costituzionale, con una pronuncia recentissima, ha dichiarato illegittima l'ultima disposizione di proroga della sospensione ([l'art. 13, comma 14, del decreto-legge 31 dicembre 2020, n. 183](#)), proprio perché non teneva conto dell'andamento della pandemia e non bilanciava correttamente le varie situazioni soggettive costituzionalmente rilevanti che erano in giuoco²⁰⁴.

IV.7.4. I conflitti "interni" al diritto alla salute

Gli esempi potrebbero, ovviamente moltiplicarsi, perché il conflitto fra diritti si può manifestare in plurime occasioni: è nella logica dei diritti (e degli interessi collettivi) costituzionali ch'essi possano intrecciarsi, sovrapporsi e – appunto – confliggere in ragione dei concreti casi della vita nei quali vengono in considerazione. Qui, però, è opportuno segnalare un'altra possibilità, che è quella del conflitto *interno* allo stesso diritto alla salute. Anche in questo caso possiamo limitarci a qualche notazione esemplificativa.

Prendiamo il caso del diritto alla procreazione, che ormai è riconosciuto ampiamente dal nostro ordinamento anche nella forma della procreazione assistita e che è declinato da parte della dottrina addirittura nei termini di un "diritto alla libertà procreativa artificiale"²⁰⁵. Il riconoscimento di tale diritto si lega palesemente all'esigenza di valorizzare il profilo della salute psichica di chi (singolo o coppia) aspira alla genitorialità e costituisce, dunque, un profilo

²⁰³ L'esigenza di proporzionalità nelle limitazioni dei diritti economici è messa particolarmente in luce dalla recentissima sent. [Corte cost., n. 218 del 2021](#).

²⁰⁴ [Corte cost., sent. n. 128 del 2021](#).

²⁰⁵ ANGELINI, F., 2020, 57.

(anche) del diritto alla salute. Ebbene: esso (pur senza porsi il discusso interrogativo sulla salute dell'embrione) può entrare in conflitto con il diritto alla salute di terzi, in particolare con quello del nascituro, il cui benessere psichico si potrebbe ritenere potenzialmente compromesso dall'assenza di limiti alla fecondazione eterologa.

Così, la Corte costituzionale ha ritenuto legittimo il divieto di fecondazione eterologa in favore di coppie omosessuali, facendo leva sul principio che *"La tutela costituzionale della «salute» non può essere estesa fino a imporre la soddisfazione di qualsiasi aspirazione soggettiva o bisogno che una coppia (o anche un individuo) reputi essenziale, così da rendere incompatibile con l'evocato parametro ogni ostacolo normativo frapposto alla sua realizzazione"*²⁰⁶.

E discorso analogo può farsi per il divieto della "maternità surrogata"²⁰⁷.

IV.7.5. I motivi che possono giustificare il primato del diritto alla salute rispetto ai diritti fondamentali con i quali entra in conflitto

De necessario bilanciamento fra diritto alla salute e altri diritti o interessi costituzionali si è già detto ai sottoparagrafi che precedono.

IV.8. Le "zone grigie" del diritto alla salute

Anche le "zone grigie" del diritto alla salute sono state già esplorate nei paragrafi precedenti, quando si sono esaminate le questioni dommaticamente più complesse connesse a questo diritto costituzionale.

IV.9. L'abuso del diritto alla salute

Un "abuso" del diritto alla salute può essere ravvisato solo nei casi in cui esso comporta la messa a repentaglio del diritto alla salute di altri o dell'interesse alla salute della collettività. Valgono, pertanto, le conclusioni già raggiunte al par. IV.5.1., quando abbiamo parlato degli obblighi vaccinali.

²⁰⁶ [Corte cost., sent. n. 221 del 2019.](#)

²⁰⁷ Sul quale v., in dottrina, ANGELINI, F., 2020, cit., 250 ss.

V. Conclusioni

La pandemia da Covid-19 ha messo la questione della salute ancor più al centro della discussione pubblica di quanto non fosse in precedenza. I fragili equilibri di un mondo globalizzato possono essere continuamente travolti dalla diffusione di malattie infettive e la risposta al pericolo deve essere sollecita e convinta.

In questa prospettiva è difficile negare che il modello dello Stato sociale europeo assicuri garanzie maggiori di modelli iperliberisti nei quali il sistema dell'assistenza sanitaria è largamente privatizzato e organizzato su basi sostanzialmente censitarie. La diffusione di un'adeguata cultura sanitaria, a sua volta, è condizione di un corretto comportamento da parte della popolazione, indispensabile perché la salute individuale e collettiva sia conquistata e mantenuta. Qui, tuttavia, emerge con chiarezza la grave responsabilità di un sistema dell'informazione (o sarebbe meglio dire: della disinformazione) largamente incentrato sulla rete e sui c.d. *social*, che offrono basi informative non verificate e facilmente manipolabili, promovendo atteggiamenti antiscientifici e pericolosi. Il problema nasce già dal semplice sovraccarico informativo e non a caso la stessa OMS ha parlato dei rischi da *infodemics*, cioè da "an excessive amount of information about a problem that makes it difficult to identify a solution" ("una quantità eccessiva di informazioni relative a un problema che rende difficile trovare una soluzione") impedendo di assumere una decisione consapevole in ambito sanitario. Ma tale problema diventa arduo da risolvere quando fra quelle informazioni ci sono vere e proprie *fake news*, che i cittadini meno attrezzati tendono a recepire acriticamente. L'individualismo sfrenato promosso da una sconsiderata ideologia affermatasi negli ultimi decenni aggrava il quadro, alimentando un ribellismo (se non anarchismo) insofferente delle limitazioni degli spazi di autodeterminazione individuale, anche quando esse sono indispensabili per la protezione del bene pubblico.

In questa prospettiva, l'impostazione di fondo della Costituzione italiana, che tutela la salute sia come "diritto dell'individuo" che come "interesse della collettività", appare la più corretta, imponendo un costante temperamento fra l'uno e l'altro, nel contesto di un approccio onnicomprensivo alla tutela del bene-salute.

Le sfide del futuro, date queste premesse, riguarderanno soprattutto la costruzione e il mantenimento di sistemi sanitari nazionali efficienti, ma anche integrati fra di loro. In particolare nell'area dell'Unione Europea dovrà essere garantito l'eguale godimento del diritto alla salute a tutti i cittadini dell'Unione, ma si dovrà anche assicurare l'efficacia delle misure di contenimento dei rischi derivanti dalle malattie infettive, evitando la loro diffusione in tutti i Paesi europei. Andare in ordine sparso, dunque, è fortemente sconsigliato, perché eccessi di limitazioni o eccessi di aperture anche in un singolo Paese possono comportare effetti molto consistenti in tutto il continente, compromettendo nel primo caso il benessere economico e nel secondo la salute o la stessa vita dei cittadini europei.

Una volta di più, un avanzamento dell'Europa sulla via di una più forte integrazione politica, che superi l'economicismo della sua attuale impostazione, appare del tutto indispensabile.

Elenco delle fonti normative citate

[Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789](#)

[Statuto del Regno di Sardegna, promulgato il 4 marzo 1848](#)

[Convenzione internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale del 1965](#)

[Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966](#)

[Ottawa Charter for Health Promotion, 1986](#)

[l. 17 marzo 1861, n. 4671](#)

[l. 20 marzo 1865, n. 2248, all. C](#)

[Carta del lavoro pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 1927](#)

[r.d. 18 giugno 1931, n. 773](#)

[r.d. 27 luglio 1934, n. 1265](#)

[r.d. 16 marzo 1942, n. 262](#)

[l. 22 maggio 1978, n. 194](#)

[l. 23 dicembre 1978, n. 833](#)

[l. 9 febbraio 1982, n. 106](#)

[l. 24 febbraio 1992, n. 225](#)

[l. 23 ottobre 1992, n. 421](#)

[d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502](#)

[d. lgs. 18 agosto 2000, n. 267](#)

[legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3](#)

[direttiva 21 aprile 2004, n. 2004/35/CE](#)

[d. lgs. 3 aprile 2006, n. 152](#)

[d.l. 6 dicembre 2011, n. 201](#)

[l. 6 agosto 2013, n. 97](#)

[codice di deontologia medica 2014](#)

[l. 22 dicembre 2017, n. 219](#)

[d. lgs. 2 gennaio 2018, n. 1](#)

[d.l. 23 febbraio 2020, n. 6](#)

[d.l. 9 marzo 2020, n. 14](#)

[d.l. 17 marzo 2020, n. 18](#)

[d.l. 25 marzo 2020, n. 19](#)

[d.l. 16 maggio 2020, n. 33](#)

[d.l. 31 dicembre 2020, n. 183](#)

[d.l. 1° aprile 2021, n. 44](#)

[d.l. 22 aprile 2021, n. 52](#)

[d.l. 23 luglio 2021, n. 105](#)

[d.l. 6 agosto 2021, n. 111](#)

[d.l. 21 settembre 2021, n. 127](#)

[d.l. 26 novembre 2021, n. 172](#)

[d.l. 24 dicembre 2021, n. 221](#)

[d.l. 30 dicembre 2021, n. 229](#)

[d.l. 7 gennaio 2022, n. 1](#)

Provvedimenti emergenziali

[Ord. Min. salute 25 gennaio 2020](#)

[Ord. Min. salute 30 gennaio 2020](#)

[Deliberazione del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, recante la "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"](#)

[Ord. 25 febbraio 2020, n. 1, del Presidente della Regione Marche](#)

[Ord. 17 aprile 2020, n. Z00030, del Presidente della Regione Lazio](#)

[Ord. 29 aprile 2020, n. 39, del Presidente della Regione Calabria](#)

Elenco delle sentenze citate

CORTE COSTITUZIONALE

SENTENZE

[Sent. n. 2 del 1956](#)

[Sent. n. 11 del 1956](#)

[Sent. n. 2 del 1957](#)

[Sent. n. 46 del 1957](#)

[Sent. n. 74 del 1968](#)

[Sent. n. 29 del 1973](#)

[Sent. n. 247 del 1974](#)

[Sent. n. 264 del 1974](#)

[Sent. n. 27 del 1975](#)

[Sent. n. 223 del 1976](#)

[Sent. n. 39 del 1977](#)

[Sent. n. 88 del 1979](#)

[Sent. n. 160 del 1982](#)

[Sent. n. 161 del 1985](#)

[Sent. n. 54 del 1986](#)

[Sent. n. 184 del 1986](#)

[Sent. n. 210 del 1987](#)

[Sent. n. 215 del 1987](#)

[Sent. n. 559 del 1987](#)

[Sent. n. 641 del 1987](#)

[Sent. n. 404 del 1988](#)

[Sent. n. 559 del 1989](#)

[Sent. n. 307 del 1990](#)

[Sent. n. 455 del 1990](#)

[Sent. n. 471 del 1990](#)

[Sent. n. 49 del 1991](#)

[Sent. n. 202 del 1991](#)

[Sent. n. 356 del 1991](#)

[Sent. n. 485 del 1991](#)

[Sent. n. 75 del 1992](#)

[Sent. n. 132 del 1992](#)

[Sent. n. 418 del 1992](#)

[Sent. n. 304 del 1994](#)

[Sent. n. 372 del 1994](#)

[Sent. n. 416 del 1995](#)

[Sent. n. 223 del 1996](#)

[Sent. n. 35 del 1997](#)

[Sent. n. 61 del 1997](#)

[Sent. n. 185 del 1998](#)

[Sent. n. 167 del 1999](#)

[Sent. n. 270 del 1999](#)

[Sent. n. 271 del 1999](#)

[Sent. n. 309 del 1999](#)

[Sent. n. 310 del 1999](#)

[Sent. n. 382 del 1999](#)

[Sent. n. 360 del 2000](#)

[Sent. n. 361 del 2000](#)

[Sent. n. 509 del 2000](#)

[Sent. n. 405 del 2001](#)

[Sent. n. 282 del 2002](#)

[Sent. n. 407 del 2002](#)

[Sent. n. 27 del 2003](#)

[Sent. n. 200 del 2005](#)

[Sent. n. 348 del 2007](#)

[Sent. n. 349 del 2007](#)

[Sent. n. 378 del 2007](#)

[Sent. n. 203 del 2008](#)

[Sent. n. 271 del 2008](#)

[Sent. n. 438 del 2008](#)

[Sent. n. 94 del 2009](#)

[Sent. n. 61 del 2011](#)

[Sent. n. 236 del 2012](#)

[Sent. n. 83 del 2013](#)

[Sent. n. 85 del 2013](#)

[Sent. n. 161 del 2013](#)

[Sent. n. 221 del 2015](#)

[Sent. n. 126 del 2016](#)

[Sent. n. 203 del 2016](#)

[Sent. n. 251 del 2016](#)

[Sent. n. 262 del 2016](#)

[Sent. n. 275 del 2016](#)

[Sent. n. 169 del 2017](#)

[Sent. n. 180 del 2017](#)

[Sent. n. 182 del 2017](#)

[Sent. n. 5 del 2018](#)

[Sent. n. 58 del 2018](#)

[Sent. n. 106 del 2018](#)

[Sent. n. 115 del 2018](#)

[Sent. n. 166 del 2018](#)

[Sent. n. 55 del 2019](#)

[Sent. n. 99 del 2019](#)

[Sent. n. 137 del 2019](#)

[Sent. n. 221 del 2019](#)

[Sent. n. 242 del 2019](#)

[Sent. n. 44 del 2020](#)

[Sent. n. 62 del 2020](#)

[Sent. n. 79 del 2020](#)

[Sent. n. 227 del 2020](#)

[Sent. n. 240 del 2020](#)

[Sent. n. 245 del 2020](#)

[Sent. n. 278 del 2020](#)

[Sent. n. 37 del 2021](#)

[Sent. n. 124 del 2021](#)

[Sent. n. 128 del 2021](#)

[Sent. n. 141 del 2021](#)

[Sent. n. 142 del 2021](#)

[Sent. n. 218 del 2021](#)

ORDINANZE

[Ord. n. 1162 del 1988](#)

[Ord. n. 207 del 2018](#)

[Ord. n. 230 del 2019](#)

CORTE DI CASSAZIONE

Sez. Un. civ., 9 marzo 1979, n. 1463

Sez. Un. civ., 6 ottobre 1979, n. 5172

Sez. lav., 14 aprile 1981, n. 2258

Sez. III civ., 6 giugno 1981, n. 3675

Sez. III civ., 6 aprile 1983, n. 2396

Sez. III civ., 14 aprile 1984, n. 2422

Sez. lav., 26 novembre 1984, n. 6134

Sez. lav., 26 novembre 1984, n. 6135

Sez. III civ., 11 febbraio 1985, n. 1130

Sez. lav., 7 febbraio 1987, n. 1312

Sez. II civ., 6 maggio 1988, n. 3367

Sez. III civ., 11 maggio 1989, n. 2150

Sez. III civ., 30 gennaio 1990, n. 645

Sez. III civ., 3 aprile 1990, n. 2761

Sez. lav., 6 luglio 1990, n. 7101

Sez. III civ., 8 febbraio 1991, n. 1328

Sez. Un. civ., 10 aprile 1992, n. 4411

Sez. Lav., 16 luglio 1999, n. 7537

Sez. Un. civ., 6 luglio 2006, n. 17461

[Cass., Sez. III civ., 16 ottobre 2007, n. 21748](#)

Cass., Sez. I civ., 27 ottobre 2016, n. 21743

[Sez. III civ., 4 aprile 2017, n. 8662](#)

Sez. III civ., 23 dicembre 2020, n. 29469

[Sez. lav., 23 aprile 2021, n. 10868](#)

CONSIGLIO DI STATO

IN SEDE GIURISDIZIONALE

[Sez. VI, 9 giugno 2014, n. 2938](#)

[Sez. III, 21 giugno 2017, n. 3058](#)

[Sez. III, 18 dicembre 2020, n. 8166](#)

[Sez. III, 11 gennaio 2021, n. 316](#)

[Sez. III, 22 giugno 2021, n. 4797](#)

[Sez. III, 20 ottobre 2021, n. 7045](#)

IN SEDE CONSULTIVA

[Cons. Stato, Sez. I, Ad. 7 aprile 2020, aff. n. 260/2020](#)

TRIBUNALI AMMINISTRATIVI REGIONALI

[TAR Calabria, Sez. I, 9 maggio 2020, n. 841](#)

T.A.R. Campania - Napoli, Sez. V, decr. 18 marzo 2020, n. 416

[T.A.R. Lazio, Roma, Sez. III-*quater*, 13 febbraio 2020, n. 1973](#)

[TAR Lazio, Sez. III-*Quater*, 29 settembre 2020, n. 10047](#)

[TAR Lazio, Sez. III-*Quater*, 29 settembre 2020, n. 10048](#)

[T.A.R. Marche, Sez. I, decr. 27 febbraio 2020, n. 56](#)

[TAR Marche, Sez. I, decr. 27 febbraio 2020, n. 118](#)

[TAR Marche, Sez. I, 14 gennaio 2021, n. 19](#)

[T.A.R. Sicilia, Palermo, Sez. I, 10 maggio 2021, n. 1490](#)

TRIBUNALI ORDINARI

Trib. Ancona, ord. 26 marzo 2021

Trib. Ancona, ord. 9 giugno 2021

Trib. Padova, ord. 7 dicembre 2021

GIUDICI INTERNAZIONALI, SOVRANAZIONALI O STRANIERI

[Bundesverfassungsgericht - *BVerfGE*, 10, 59 \(80\)](#)

Corte EDU, 8 aprile 2021, [Vavříčka et autres c. République tchèque, ric. n. 47621/13](#).

Bibliografia

- Atti dell'Assemblea Costituente*, Roma, Tipografia della Camera dei Deputati, rist. della 1^a ed., 2008.
- AA. VV.: *Profili attuali del diritto alla salute*, a cura di GALLO, C.E. e PEZZINI, B., Milano, Giuffrè, 1998.
- AA. VV.: *La valutazione della performance in sanità*, a cura di NUTI, S., Bologna, Il Mulino, 2008.
- AA. VV.: *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*, a cura di NUTI, S. e VAINIERI, M., Pisa, ETS, 2009.
- AA. VV.: *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di DE VINCENTI, C., FINOCCHI GHERSI, R., TARDIOLA, A., Bologna, il Mulino, 2011.
- AA. VV.: *Diritto dell'ambiente*, a cura di ROSSI, G., 3^a ed., Torino, Giappichelli, 2015.
- AA. VV.: *I rapporti civilistici nell'interpretazione della Corte costituzionale nel decennio 2006-2016*, a cura di PERLINGIERI, P. e GIOVA, S., Napoli, ESI, 2018.
- AA. VV., a cura di STAIANO, S.: *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, Napoli, ES, 2020
- AA. VV.: *Bes 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2021.
- ACOSTA, L.: [The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United States](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628240), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, VIII and 35 pp., reference PE 628.240, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628240](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628240).
- AIELLO, V., FRANCISCI, S., VECCHI, G.: *La salute degli italiani, 1861 – 2011*, in *Politiche sanitarie*, 2011, 165 ss.
- ALIBRANDI, A.: [Il diritto di eccezione: una prospettiva di diritto comparato - Italia: stato di emergenza](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2020)651983), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), giugno 2020, VIII e 49 pp., referenza PE 651.983, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU\(2020\)651983](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2020)651983).
- AMATO, G.: *Individuo e autorità nella disciplina della libertà personale*, rist., Milano, Giuffrè, 1976, 25.
- ANGELINI, F.: *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, ES, 2020.
- ANTONINI, L.: "Il ruolo, da riscoprire in chiave "umanistica", della Corte dei Conti nello sviluppo costituzionale italiano", in *Bilancio comunità persona*, n. 2/2019, 20
- BALDASSARRE, A.: "Diritti sociali", in *Enc. giur.*, vol. XI, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1989, 1 ss.
- BALDUZZI, R.: "Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali", in AA. VV., *Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, a cura di CATELANI, E., CERRINA FERONI, G., GRISOLIA, M.C., Torino, Giappichelli, 2011, 149 ss.
- BARBERA, A.: *I principi costituzionali della libertà personale*, Milano, Giuffrè, 1971.

BARILE, P.: *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Bologna, Il Mulino, 1984.

BEHRENDT, CH.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Belgique](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628304), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VI et 32 pp., référence PE 628.304, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628304](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628304).

BERLIN, I.: *Four Essays on Liberty*, Oxford, Oxford University Press, 1979, trad. it. di M. Santambrogio, *Quattro saggi sulla libertà*, Milano, Feltrinelli, 1989.

BIANCO, G.: *Persona e diritto alla salute*, Milano, Wolters Kluwer, Cedam, 2018.

BIGNAMI, M.: "Chiacchiericcio sulle libertà costituzionali al tempo del coronavirus", in *Questione Giustizia*, 7 aprile 2020, 8.

BOUHON, M., JOUSTEN, A., MINY, X.: [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - Belgique : Entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2021)690581), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2021, X et 161 pp., référence PE 690.581, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2021\)690581](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2021)690581).

BUDELLI, S.: *Immigrazione: salute, sicurezza, sussidiarietà*, Torino, Giappichelli, 2012.

BUSATTA, L.: *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018.

CAMMEO, F.: "Sanità pubblica. Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria", in CAMMEO, F., VITTA, C.: *Sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo italiano*, a cura di ORLANDO, V.E., vol. IV, 2^a parte, Milano, Società Editrice Libreria, 1905, 213 ss.

CARAVITA, B.: "La disciplina costituzionale della salute", in *Dir. soc.*, 1984, 49.

CAROSI, A.: "La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti", in *Rivista AIC*, 4/2017, 6

CARTABIA, M.: "La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana", in *Quad. cost.*, n. 2/2012, 455.

CAVASINO, E.: *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, ES, 2012.

CIACCIO, V.: "I vaccini obbligatori al vaglio di costituzionalità. Riflessioni a margine di Corte cost., sent. n. 5 del 2018", in *Giur. cost.*, 2018, 451 ss.

CRAM, I.: [The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United Kingdom](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628249), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, X and 38 pp., reference PE 628.249, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628249](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628249).

CRISAFULLI, V.: "In tema di emotrasfusioni obbligatorie", in *Dir. soc.*, 1982, 557 ss.

CUOCOLO, L.: *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano - Roma, Giuffrè - Luiss, 2005, 11 ss.

CUOCOLO, L.: *I diritti costituzionali di fronte all'emergenza Covid-19: la reazione italiana*, in *federalismi.it*, 31 marzo 2020, 14.

CUTOLO, F.: *L'influenza spagnola nel Regio Esercito (1918-1919)*, in *Annali del Museo Storico Italiano della Guerra*, n. 27/2019, 33 ss.

D'ALBERTI, M.: "Prefazione", in AA. VV., *Le valutazioni tecnico-scientifiche tra amministrazione e giudice. Concrete dinamiche dell'ordinamento*, a cura di MOLITERNI, A., Napoli, Jovene, 2021, 1 ss.

DÍAZ RICCI, S.: [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: Argentina](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU(2021)698814), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, XVIII y 134 pp., referencia PE 698.814, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU\(2021\)698814](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU(2021)698814).

DWORKIN, R.: *Taking Rights Seriously*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1978, ed. it. a cura di REBUFFA, G., Bologna, Il Mulino, 1982.

ELIA, L.: *Libertà personale e misure di prevenzione*, Milano, Giuffrè, 1962.

FABIANO, L.: "La catena della normatività emergenziale in risposta alle minacce di diffusione del Covid-19. Riflessioni sulla tenuta in termini di legittimità e di opportunità delle scelte normative del Governo italiano", in *Forum di Biolaw Journal*, 16 marzo 2020, 3.

FERRANDO, G.: "Il suicidio assistito di DJ Fabo. L'autodeterminazione terapeutica dai principi alle regole", in *Pol. dir.*, 2020, 15 ss.

FERRARO, L., MAURANO, F.: "Politica e amministrazione in sanità: l'evoluzione delle istituzioni sanitarie in Italia", in AA. VV., *Il governo delle Regioni tra politica e amministrazione. Principi e modelli nei settori qualità delle regole, sanità, ambiente e territorio*, a cura di PATRONI GRIFFI, A., Torino, Giappichelli, 2007, 235 ss.

FILICE, F., LOCATI, G.M.: "Lo Stato democratico di diritto", in *Questione Giustizia*, 27 marzo 2020, 6.

FRANCE, G.: *Federalismi e sanità*, Milano, Giuffrè, 2006.

GATTA, G.L.: "I diritti fondamentali alla prova del coronavirus. Perché è necessaria una legge sulla quarantena", in *Sistema Penale*, 2 aprile 2020, 5.

GAZZOLO, T.: "Il danno "prima" della nascita", in *Pol. dir.*, 2019, 601 ss.

GIANNINI, M.S., ""Ambiente". Saggio sui diversi suoi aspetti giuridici", in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1973, 15 ss., ora in GIANNINI, M.S.: *Scritti*, vol. VI, 1970-1976, Milano, Giuffrè, 445 ss.

GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: España](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU(2021)698810), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, X y 89 pp., referencia PE 698.810, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU\(2021\)698810](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_STU(2021)698810).

GRANDI, F.: "L'art. 32 nella pandemia: sbilanciamento di un diritto o "recrudescenza" di un dovere?", in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2021 (accessibile online), 82 ss.

GROSSO, E.: "Il rinvio a data fissa nell'ordinanza n. 207/2018. Originale condotta processuale o innovativa tecnica di giudizio?", in *Quad. cost.*, 2019, 531 ss.

GUASTINI, R.: "Legge (riserva di)", in *Dig. disc. pubbl.*, vol. IX, Torino, UTET, 1994, 169.

HÄBERLE, P.: *Die Wesensgehalt-garantie des art. 19 Abs. 2 Grundgesetz*, Karlsruhe, C.F. Müller, 1962.

HÄBERLE, P.: "Das Bundesverfassungsgericht im Leistungsstaat. Die Numerus-clausus-Entscheidung vom 18.7.1972", in *DöV*, 1972, 739 ss.

HOLMES, S., SUNSTEIN, C.R.: *The Cost of Rights. Why Liberty Depends on Taxes*, New York - London, W.W. Norton, 1999, trad. it. di E. Caglieri, *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, Il Mulino, 2000.

IADICICCO, M.P.: *Procreazione umana e diritti fondamentali*, Torino, Giappichelli, 2020.

IANNELLO, C.: *Salute e libertà. Il fondamentale diritto all'autodeterminazione individuale*, Napoli, ES, 2020.

ISTAT, *Morti e dispersi per cause belliche negli anni 1940 - 45*, Roma, 1957.

LATTANZI, G.: *Relazione del Presidente alla Riunione straordinaria del 21 marzo 2019*.

LATTANZI, G.: "La pandemia aggredisce anche il diritto?", in *Giustizia Insieme*, 2020, 1 ss.

LECUMBERRI BEASCOA, G.: [*El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2020, II y 19 pp., referencia PE 649.366, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_IDA\(2020\)649366](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document/EPRS_IDA(2020)649366).

LECUMBERRI BEASCOA, G.: [*El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), 2a edición (aumentada y puesta al día), julio 2020, VI y 69 pp., referencia PE 652.005, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=EPRS_STU\(2020\)652005](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=EPRS_STU(2020)652005).

LUCIANI, M.: "Corte costituzionale e proprietà privata", in *Giur. cost.*, 1977, 1394.

LUCIANI, M.: *La produzione economica privata nel sistema costituzionale*, Padova, Cedam, 1983.

LUCIANI, M.: "Nuovi diritti fondamentali e nuovi rapporti fra cittadino e pubblica amministrazione", in *Riv. critica dir. priv.*, 1985, 71

LUCIANI, M.: "Le infermità mentali nella giurisprudenza costituzionale", in *Pol. dir.*, 1986, 439 ss.

LUCIANI, M.: "Salute. I) Diritto alla salute - Diritto costituzionale", in *Enc. giur.*, vol. XXVII, Roma, Istituto dell'Enciclopedia italiana, 1991, 1 ss.

LUCIANI, M.: "Sui diritti sociali", in *Studi Mazziotti*, Padova, Cedam, 1995, II, 97 ss.

LUCIANI, M.: "I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni", in AA. Vv., *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, a cura di CATELANI, E., CERRINA FERONI, G. GRISOLIA, M.C., Torino, Giappichelli, 2011a, 9 ss.

LUCIANI, M.: "Unità nazionale e struttura economica. La prospettiva della Costituzione repubblicana", in *Dir. soc.*, n. 4/2011b, 636 ss.

LUCIANI, M.: "Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte Costituzionale", in *Rivista AIC*, n. 3/2016, 13.

LUCIANI, M.: "Ermeneutica costituzionale e "massima attuazione della Costituzione"", in AA. Vv.: *I rapporti civilistici nell'interpretazione della Corte costituzionale nel decennio 2006-2016*, a cura di PERLINGIERI, P. e GIOVA, S., Napoli, ESI, 2018a, 37 ss.

LUCIANI, M.: "Laterna Magika. I diritti "finanziariamente condizionati"", in *Riv. Corte dei conti*, n. 1-2/2018b, 643 ss.

LUCIANI, M.: [*Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Italia*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VIII e 46 pp., referencia PE 628.259,

[http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628259](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628259).

LUCIANI, M.: *La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Italia*, Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2019, VIII e 55 pp., referenza PE 642.242, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU\(2019\)642242](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2019)642242).

LUCIANI, M.: *I principi di eguaglianza e di non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Italia*, Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2020, X e 71 pp., referenza PE 659.298, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU\(2020\)659298](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2020)659298).

LUCIANI, M.: "Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza", in *Rivista AIC*, n. 2/2020b, 109 ss.

MACCOLINI, R.: "Vaccinazione", in *Nss. D.I.*, XX, Torino, 1975, 403 ss.

MACK SMITH, D.: *Italy. A Modern History*, trad. it. di A. Acquarone, *Storia d'Italia. 1861-1969*, Roma-Bari, Laterza, 1972, vol. II.

MANES, V.: "Aiuto a morire, dignità del malato, limiti dell'intervento penale", in *Pol. dir.*, 2020, 41 ss.

MAZZIOTTI, M.: "Lo spirito del diritto sociale nelle costituzioni e nelle leggi della Francia rivoluzionaria", in *Arch. giur. F. Serafini*, vol. CXLVII (1954), 50 ss.

METILLE, S.: *Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Suisse*, Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 57 pp., référence PE 628.242, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628242](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628242).

MODUGNO, F.: "Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione", in *Dir. soc.*, 1982, 303 ss.

MODUGNO, F.: "La tutela dei "nuovi diritti"", in AA. VV., *Nuovi diritti dell'età tecnologica*, Milano, Giuffrè, 1991, 95.

MOLITERNI, A.: "Le disavventure della discrezionalità tecnica tra dibattito dottrinario e concrete dinamiche dell'ordinamento", in AA. VV., *Le valutazioni tecnico-scientifiche tra amministrazione e giudice. Concrete dinamiche dell'ordinamento*, a cura di MOLITERNI, A., Napoli, Jovene, 2021, 4 ss.

MORBIDELLI, G.: *Il contributo fondamentale di Alberto Predieri all'evoluzione e alla decifrazione della nozione giuridica di paesaggio*, in AA. VV.: *Il "paesaggio" di Alberto Predieri*, a cura di Morbidelli, G. e Morisi, M., Firenze, Passigli, 2019, 13 ss.

MOYSE, P.-E.: *Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Canada*, Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 67 pp., référence PE 628.292, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628292](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628292).

NATALE, A.: "Il decreto legge n. 19 del 2020: le previsioni sanzionatorie", in *Questione Giustizia*, 28 marzo 2020, 5.

PACE, A.: "Libertà personale (dir. cost.)", in *Enc. dir.*, vol. XXIV, Milano, Giuffrè, 1974, 287 ss.

PACE, A.: *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, 2° ed., Padova, Cedam, 1992.

PALAZZO, F.: "La sentenza Cappato può dirsi "storica"?", in *Pol. dir.*, 2020, 3 ss.

PANUNZIO, S.P.: "Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione", in *Dir. soc.*, 1979, 875 ss.

PAPIER, H.-J., KRÖNKE, C.: *Grundkurs öffentliches Recht 2, Grundrechte*, 2[^] ed., Heidelberg, Müller, 2015.

PATRIARCA, C., CLERICI, C.A.: "Pathologica ai tempi della Spagnola", in *Pathologica*, 2018, 316.

PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: [El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - Consejo de Europa](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628261), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VI y 53 pp., referencia PE 628.261, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628261](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/es/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628261).

PEZZINI, B.: "Il diritto alla salute: profili costituzionali", in *Dir. soc.*, 1983, 21 ss.

PEZZINI, B.: "Soggetti, contenuto e responsabilità della scelta terapeutica nel Servizio Sanitario", in AA. VV., *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, a cura di CHIEFFI, L., Torino, Giappichelli, 2003, 41 ss.

PEZZINI, B.: "Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute", in AA. VV., *Profili attuali del diritto alla salute*, a cura di GALLO, C.E. e PEZZINI, B., Milano, Giuffrè, 1998, 1 ss.

PIKETTY, T.: *Le capital au XXI^e siècle*, Paris, Seuil, 2013.

PILEGGI, F.: "Il sindacato del giudice amministrativo sulle valutazioni tecniche dell'amministrazione in materia di salute", in AA. VV., *Le valutazioni tecnico-scientifiche tra amministrazione e giudice. Concrete dinamiche dell'ordinamento*, a cura di MOLITERNI, A., Napoli, Jovene, 2021, 51 ss.

PONTHOREAU, M.-C.: [Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - France](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628241), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 34 pp., référence PE 628.241, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628241](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628241).

PONTHOREAU, M.-C.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: France](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_STU(2021)698755), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2021, X et 66 pp., référence PE 698.755, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_STU\(2021\)698755](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_STU(2021)698755).

PREDIERI, A.: *Pianificazione e costituzione*, Milano, Comunità, 1963.

RAWLS, J.: *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1971, ed. rived., trad. it. di U. Santini, *Una teoria della giustizia*, 3[^] ed., Milano, Feltrinelli, 2010.

REIMER, F.: [Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document/EPRS_STU(2021)698770), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2021, XIV und 81 S., Referenz PE 698.770, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document/EPRS_STU\(2021\)698770](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document/EPRS_STU(2021)698770).

RIVERSO, R.: "Il risarcimento del danno per infortunio e malattia professionali tra riforme tentate e l'incerto incedere della giurisprudenza", in *Riv. dir. sicurezza sociale*, n. 1/2020, 27 ss.

- ROMBOLI, R.: "Articolo 5", in *Commentario del codice civile Scialoja-Branca* a cura di GALGANO, F., *Libro primo. Delle persone e della famiglia (Art. 1-10)*, Bologna-Roma, Zanichelli, 1988, 335 ss.
- ROSANVALLON, P.: *La démocratie inachevée. Histoire de la souveraineté du peuple en France*, Paris, Gallimard, 2000.
- ROSSI, G.: "Storicità e gradualità della emersione dell'interesse ambientale nella sfera giuridica", in AA. Vv., *Diritto dell'ambiente*, a cura di ROSSI, G., 3^a ed., Torino, Giappichelli, 2015, 7.
- ROSSI, N.: *I giudici di Ancona sul fine vita nel caso "Mario". Solo una postilla*, in *Questione giustizia*, 24 novembre 2021.
- RUGGERI, A.: "Il coronavirus, la sofferta tenuta dell'assetto istituzionale e la crisi palese, ormai endemica, del sistema delle fonti", in *ConsultaOnline*, n. 1/2020, 212.
- SALAZAR, C.: "'Morire sì, ma non essere aggrediti dalla morte". Considerazioni sull'ordinanza n. 2017/2018 della Corte costituzionale", in *Quad. cost.*, 2019, 567 ss.
- SALVATORE, V.: [Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628243), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VI e 39 pp., referenza PE 628.243, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU\(2018\)628243](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document.html?reference=EPRS_STU(2018)628243).
- SALVATORE, V.: [Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document/EPRS_STU(2021)698827), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), dicembre 2021, X e 68 pp., referenza PE 698.827, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document/EPRS_STU\(2021\)698827](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/it/document/EPRS_STU(2021)698827).
- SANDULLI, A.M.: "La sperimentazione clinica sull'uomo", in *Dir. soc.*, 1978, 507 ss.
- SANTINELLO, P.: "Sanità pubblica", in *Dig. disc. pubbl.*, vol. XIII, Torino, UTET, 1997, 547.
- SANTINI, G.: "Costituzione e ambiente: la riforma degli artt. 9 e 41 Cost.", in *Forum di Quad. cost.*, n. 2/2021, 460 ss.
- SANTORO PASSARELLI, F.: *Dottrine generali del diritto civile*, Napoli, Jovene, 1964.
- SANTOSUOSSO, A.: "Situazioni giuridiche critiche nel rapporto medicopaziente: una ricostruzione giuridica", in *Pol. dir.*, 1990, 181 ss.
- SCHÄFER, B.: [Das Recht des Ausnahmezustands im Rechtsvergleich - Deutschland: Ungenutztes Notstandsrecht und Integration des Ausnahmefalls in das einfache Recht](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_IDA(2020)651938), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), mai 2020, IV und 35 S., Referenz PE 651.938, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_IDA\(2020\)651938](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_IDA(2020)651938).
- SCHMITT, C.: *Die Tyrannei der Werte. Überlegungen eines Juristen zur Wert-Philosophie*, 3^a ed., Berlin, Duncker & Humblot, 2011.
- SCHNEIDER, H.P.: "Carattere e funzione dei diritti fondamentali nello Stato costituzionale democratico", in *Dir. soc.*, 1979, 230
- SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.: [Das Recht auf Achtung des Privatlebens – Problemstellungen im Digitalbereich, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document.html?), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2018, X und 94 S., Referenz PE 628.285, <http://www.europarl.europa.eu/thinktank/de/document.html?>

[reference=EPRS_STU\(2018\)628285.](#)

SEVERINI, G. - CARPENTIERI, P., *Sull'inutile, anzi dannosa modifica dell'articolo 9 della Costituzione*, in *Questione giustizia*, 22 settembre 2021, leggibile all'indirizzo web <https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-e-processo-amministrativo/1945-sull-inutile-anzi-dannosa-modifica-dell-articolo-9-della-costituzione?hitcount=0>

TOGNOTTI, E.: *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, 2^a ed., Milano, Franco Angeli, 2015.

TRIPODINA, C.: "Il risvolto negativo del diritto alla salute: il diritto di rifiutare le cure. Studio in prospettiva comparata di due recenti casi italiani: il caso Welby e il caso Englaro", in AA. Vv., *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, a cura di BALDUZZI, R., Bologna, Il Mulino, 2009, 369 ss.

TROISI, M.: *Le pronunce che costano. Poteri istruttori della Corte costituzionale e modulazione delle conseguenze finanziarie delle decisioni*, Napoli, ES, 2020.

VICECONTE, N.: "L'introduzione dei costi standard e il finanziamento dei livelli essenziali della salute", in AA. Vv., *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, a cura di NANIA, R., Roma, Sapienza, 2013, 77 ss.

VINCENZI AMATO, D.: "Articolo 32, secondo comma", in *Commentario alla Costituzione* a cura di BRANCA, G., Bologna-Roma, Zanichelli - Il Foro Italiano, 1975, 176.

VINCENZI AMATO, D.: "Tutela della salute e libertà individuale", in *Giur. cost.*, 1982, I, 2462 ss.

ZILLER, J.: [Droit d'exception, une perspective de droit comparé - France : lois d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2021 (mise à jour du 1^{er} juin 2021), X et 105 pp., référence PE 690.624, [http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU\(2021\)690624](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document.html?reference=EPRS_STU(2021)690624).

ZILLER, J.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_STU\(2021\)698030](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/fr/document/EPRS_STU(2021)698030).

Elenco dei siti web consultati

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1_ita.pdf?sequence=19&isAllowed=y#:~:text=La%20Costituzione%20dell'OMS%20del,di%20malattia%20o%20di%20infermit%C3%A0

<https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do>

<http://www.italgiure.giustizia.it/sncass/>

<https://www.giustizia-amministrativa.it/web/guest/dcsnpr>

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

<https://www.istat.it/it/archivio/254828>

<https://www.worldometers.info/population/>

<https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db288.htm>

https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2021/Rapporto_Annuale_2021.pdf

<http://www.centre-robort-schuman.org/userfiles/files/REPERES%20-%20module%201-1-1%20-%20notice%20-%20Bilan%20chiffre%20de%20la%20Premiere%20Guerre%20mondiale%20-%20FR%20-%20final.pdf>

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5338&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

<http://www.regioni.it/newsletter/n-3362/del-12-04-2018/cgil-analisi-sui-bilanci-delle-regioni-17947/>

<https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/wp-content/uploads/2021/06/29-Santini-FQC-2-21-1.pdf>

https://www.omceo.me.it/ordine/cod_deo/commentario.pdf

https://www.adnkronos.com/covid-il-costituzionalista-celotto-green-pass-e-costituzionalmente-corretto-non-discriminatorio_3OdHCjYRQP1FDUd8mBoNBb

<https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9580828>

https://www.cortecostituzionale.it/documenti/relazioni_annuali/lattanzi2019/Relazione_del_Presidente_Giorgio_Lattanzi_sull_attivita_svolta_nell_anno_2018.pdf

Elenco di pubblicazioni della Biblioteca di diritto comparato (per temi)

CORTI COSTITUZIONALI

- **Belgio:** BEHRENDT, CH.:
[Le rôle des Cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Belgique : La Cour constitutionnelle](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VIII et 38 pp., référence PE 593.508 (versione originale in francese);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Belgien: Der Verfassungsgerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VIII und 41 S., Referenz PE 593.508 (versione di traduzione tedesca);
[Il ruolo delle Corti costituzionali in un sistema di governo multilivello - Belgio: La Corte costituzionale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VIII e 39 pp., referenza PE 593.508 (versione di traduzione italiana);
- **Canada:** POIRIER, J.: [The role of constitutional courts, a comparative law perspective - Canada: The Supreme Court](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2019, VI and 41 pp., reference PE 640.134;
- **Germania:** SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.:
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Deutschland: Das Bundesverfassungsgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VIII und 48 S., Referenz PE 593.504 (versione originale in tedesco);
[Le rôle des cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Allemagne: la Cour constitutionnelle fédérale](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VIII et 55 pp., référence PE 593.504 (versione di traduzione francese con commenti aggiunti);
[El papel de los Tribunales Constitucionales en la gobernanza multinivel - Alemania: El Tribunal Constitucional Federal](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2016, VIII y 56 pp., referencia PE 593.504 (versione di traduzione spagnola con commenti aggiunti);
- **Italia:** LUCIANI, M.:
[Il ruolo delle Corti costituzionali in un sistema di governo multilivello - Italia: La Corte costituzionale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 30 pp., referenza PE 593.507 (versione originale in italiano);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Italien: Der Verfassungsgerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, V und 35 S., Referenz PE 593.507 (versione di traduzione tedesca con commenti aggiunti);
- **Spagna:** PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: [El papel de los Tribunales Constitucionales en la gobernanza a diferentes niveles - España: El Tribunal Constitucional](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2016, VI y 29 pp., referencia PE 593.506 (versione originale in spagnolo);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Spanien: Das Verfassungsgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VI und 33 S., Referenz PE 593.506 (versione di traduzione tedesca con commenti aggiunti);
- **Stati Uniti:** MARTIN, J.W.:
[The role of constitutional courts in multi-level governance - United States of America: The Supreme Court](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2016, VI and 34 pp., reference PE 593.503 (versione originale in inglese);
[Le rôle des cours constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - États-Unis d'Amérique: la Cour suprême](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VI et 46 pp., référence PE 593.503 (versione di traduzione francese con commenti aggiunti);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der Multi-Level-Governance“ - Vereinigte Staaten von Amerika: Der Oberste Gerichtshof](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 40 S., Referenz PE 593.503 (versione di traduzione tedesca con commenti aggiunti);
- **Svizzera:** DE ROSSA GISIMUNDO, F.:
[Le rôle des Cours Constitutionnelles dans la gouvernance à plusieurs niveaux - Suisse : Le Tribunal fédéral](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), novembre 2016, VI et 108 pp., référence PE 593.509 (versione originale in francese);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Schweiz: Das Bundesgericht](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 49 S., Referenz PE 593.509 (versione di traduzione tedesca con commenti aggiunti);
[Il ruolo delle Corti costituzionali nella governance multilivello - Svizzera: Il Tribunale federale](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 47 pp., referenza PE 593.509 (versione di traduzione italiana);
- **Unione europea:** SALVATORE, V.:
[Il ruolo delle Corti Costituzionali in un sistema di governo multilivello - Unione Europea: La Corte di Giustizia dell'UE](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2016, VI e 29 pp., referenza PE 593.505 (versione originale in italiano);
[Die Rolle der Verfassungsgerichte in der „Multi-Level-Governance“ - Europäische Union: Der Gerichtshof der Europäischen Union](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), November 2016, VII und 32 S., Referenz PE 593.505 (versione di traduzione tedesca);

[*The role of constitutional courts in multi-level governance - European Union: The Court of Justice of the European Union*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2016, VI and 29 pp., reference PE 593.505 (versione di traduzione inglese).

RICORSI INDIVIDUALI DINANZI ALLE PIÙ ALTE GIURISDIZIONI

- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, V et 38 pp., référence PE 608.732;
- **Canada:** POIRIER, J.:
[Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, VIII et 73 pp., référence PE 608.733 (versione originale in francese);
[Legal Proceedings available to Individuals before the Highest Courts: A Comparative Law Perspective - Canada](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, X and 80 pp., reference PE 608.733 (versione di traduzione inglese);
- **Consiglio d'Europa:** PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: [Los recursos de los particulares ante las más altas jurisdicciones, una perspectiva de Derecho Comparado - Consejo de Europa: Tribunal Europeo de Derechos Humanos](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2017, VI y 51 pp., referencia PE 608.734;
- **Germania:** SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.: [Rechtsbehelfe des Einzelnen bei den höchsten gerichtlichen Instanzen: eine Perspektive der Rechtsvergleichung - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2017, X und 65 S., Referenz PE 608.735;
- **Italia** LUCIANI, M.: [I ricorsi individuali dinanzi alle più alte giurisdizioni. Una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2017, VIII e 31 pp., referenza PE 608.736;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [Los recursos de los particulares ante las más altas jurisdicciones, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2017, VIII y 52 pp., referencia PE 608.737;
- **Stati Uniti:** ACOSTA, L.: [Judicial remedies for individuals before the highest jurisdictions, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, VIII and 33 pp., reference PE 608.743;
- **Regno Unito:** CRAM, I.: [Judicial remedies for individuals before the highest jurisdictions, a comparative law perspective - The United Kingdom](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2017, VIII and 50 pp., reference PE 608.746;
- **Svizzera:** DE ROSSA GISIMUNDO, F.: [Recours des particuliers devant les plus hautes juridictions, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2017, VIII et 58 pp., référence PE 608.738;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [I ricorsi individuali dinanzi alle più alte giurisdizioni, una prospettiva di diritto comparato - UE: Corte di giustizia dell'Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2017, VI e 39 pp., referenza PE 608.742.

DIRITTO AL RISPETTO DELLA VITA PRIVATA

- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Belgique*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VI et 32 pp., référence PE 628.304;
- **Canada:** MOYSE, P.-E.: [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Canada*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 67 pp., référence PE 628.292;
- **Consiglio d'Europa:** PÉREZ DE LOS COBOS ORIHUEL, F.: [*El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - Consejo de Europa*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VI y 53 pp., referencia PE 628.261;
- **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - France*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 34 pp., référence PE 628.241;
- **Germania:** SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.: [*Das Recht auf Achtung des Privatlebens – Problemstellungen im Digitalbereich, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2018, X und 94 S., Referenz PE 628.285;
- **Italia:** LUCIANI, M.: [*Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Italia*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VIII e 46 pp., referenza PE 628.259;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [*El derecho al respeto de la vida privada: los retos digitales, una perspectiva de Derecho comparado - España*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2018, VIII y 58 pp., referencia PE 628.260;
- **Stati Uniti:** ACOSTA, L.: [*The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United States*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, VIII and 35 pp., reference PE 628.240;
- **Regno Unito:** CRAM, I.: [*The right to respect for private life: digital challenges, a comparative-law perspective - The United Kingdom*](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2018, X and 38 pp., reference PE 628.249;
- **Svizzera:** METILLE, S.: [*Le droit au respect de la vie privée : les défis digitaux, une perspective de droit comparé - Suisse*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2018, VIII et 57 pp., référence PE 628.242;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [*Il diritto al rispetto della vita privata: le sfide digitali, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2018, VI e 39 pp., referenza PE 628.243.

LIBERTA DI ESPRESSIONE

- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 42 pp., référence PE 642.243;
- **Canada:** MOYSE, P.-E.: [Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 71 pp., référence PE 642.244;
- **Consiglio d'Europa:** ZILLER, J.: [Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 64 pp., référence PE 642.268;
- **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VI et 43 pp., référence PE 642.245;
- **Germania:** SCHÖNDORF-HAUBOLD, B.: [Freiheit der Meinungsäußerung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2019, X und 107 S., Referenz PE 642.269;
- **Italia:** LUCIANI, M.: [La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2019, VIII e 55 pp., referenza PE 642.242;
- **Perù:** ESPINOSA-SALDAÑA BARRERA, E.: [La libertad de expresión, una perspectiva de Derecho Comparado - Perú](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2019, VI y 43 pp., referencia PE 644.176;
- **Regno Unito:** CRAM, I.: [Freedom of expression, a comparative-law perspective - The United Kingdom](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2019, VI and 53 pp., reference PE 642.263;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [La libertad de expresión, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2019, VIII y 56 pp., referencia PE 642.241;
- **Stati Uniti:** VELENCHUK, T.: [Freedom of expression, a comparative law perspective - The United States](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), October 2019, X and 48 pp., reference PE 642.246;
- **Svizzera:** COTTIER, B.: [Liberté d'expression, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2019, VIII et 39 pp., référence PE 642.262;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [La libertà di espressione, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), novembre 2019, VI e 40 pp., referenza PE 644.172.

DIRITTO DI ECCEZIONE (BASI GIURIDICHE PER LE MISURE ANTI-COVID-19)

- **Belgio:** BOUHON, M., JOUSTEN, A., MINY, X.: [*Droit d'exception, une perspective de droit comparé - Belgique : Entre absence d'état d'exception, pouvoirs de police et pouvoirs spéciaux*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2021, X et 161 pp., référence PE 690.581;
- **Francia:** ZILLER, J.: [*Droit d'exception, une perspective de droit comparé - France : lois d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2021 (mise à jour du 1^{er} juin 2021), X et 105 pp., référence PE 690.624;
- **Germania:** SCHÄFER, B.:
[*Das Recht des Ausnahmestands im Rechtsvergleich - Deutschland: Ungenutztes Notstandsrecht und Integration des Ausnahmefalls in das einfache Recht*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), mai 2020, IV und 35 S., Referenz PE 651.938 (versione originale in tedesco);
[*Le droit d'exception, une perspective de droit comparé - Allemagne : non-utilisation du droit d'exception en faveur de l'application du droit ordinaire*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mai 2020, IV et 38 pp., référence PE 651.938 (versione di traduzione francese con commenti aggiunti);
- **Italia:** ALIBRANDI, A.: [*Il diritto di eccezione: una prospettiva di diritto comparato - Italia: stato di emergenza*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), giugno 2020, VIII e 49 pp., referenza PE 651.983;
- **Spagna:** LECUMBERRI BEASCOA, G.:
[*El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2020, II y 19 pp., referencia PE 649.366 (versione originale in spagnolo);
[*Das Notstandsrecht, eine rechtsvergleichende Perspektive - Spanien: Alarmzustand*](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), April 2020, II und 20 S., Referenz PE 649.366 (versione di traduzione tedesca con commenti aggiunti);
[*Le droit d'exception, une perspective de droit comparé - Espagne : état d'alerte*](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), avril 2020, II et 19 pp., référence PE 649.366 (versione di traduzione francese);
[*Il diritto di eccezione, una prospettiva di diritto comparato - Spagna: stato di allarme*](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), aprile 2020, II e 20 pp., referenza PE 649.366 (versione di traduzione italiana con commenti aggiunti);
[*El Derecho de excepción, una perspectiva de Derecho Comparado - España: estado de alarma*](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), 2a edición (aumentada y puesta al día), julio 2020, VI y 69 pp., referencia PE 652.005.

PRINCÌPI DI EGUAGLIANZA E DI NON DISCRIMINAZIONE

- **Austria:** VAŠEK, M.: [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive – Österreich](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, VIII und 44 S., Referenz PE 659.277 (versione originale in tedesco);
[Les principes d'égalité et non-discrimination, une perspective de droit comparé - Autriche](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2020, VIII et 49 pp., référence PE 659.277 (versione di traduzione francese con commenti aggiunti);
- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [Les principes d'égalité et non-discrimination, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2021, VIII et 44 pp., référence PE 679.087;
- **Canada:** SHEPPARD, C.: [The principles of equality and non-discrimination, a comparative law perspective - Canada](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), November 2020, VIII and 64 pp., reference PE 659.362;
- **Chile:** GARCÍA PINO, G.: [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - Chile](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), marzo 2021, VIII y 120 pp., referencia PE 690.533;
- **Consiglio d'Europa:** ZILLER, J.: [Les principes d'égalité et de non-discrimination, une perspective de droit comparé - Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2020, VIII et 72 pp., référence PE 659.276;
- **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [Les principes d'égalité et non-discrimination, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), janvier 2021, VIII et 44 pp., référence PE 679.061;
- **Germania:** REIMER, F.: [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, XIV und 77 S., Referenz PE 659.305;
- **Italia:** LUCIANI, M.: [I principi di eguaglianza e di non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), ottobre 2020, X e 71 pp., referencia PE 659.298;
- **Perù:** ESPINOSA-SALDAÑA BARRERA, E.: [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - Perú](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), diciembre 2020, VIII y 64 pp., referencia PE 659.380;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [Los principios de igualdad y no discriminación, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), octubre 2020, VIII y 104 pp., referencia PE 659.297;
- **Stati Uniti:** OSBORNE, E.L.: [The principles of equality and non-discrimination, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2021, XII and 83 pp., reference PE 689.375;
- **Svizzera:** FREI, N.: [Die Grundsätze der Gleichheit und der Nichtdiskriminierung, eine rechtsvergleichende Perspektive - Schweiz](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2020, X und 70 S., Referenz PE 659.292;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [I principi di uguaglianza e non discriminazione, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), gennaio 2021, VIII e 61 pp., referencia PE 679.060.

DIRITTO ALLA SALUTE

- **Argentina:** DÍAZ RICCI, S.: [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: Argentina](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, XVIII y 134 pp., referencia PE 698.814;
- **Consiglio d'Europa:** ZILLER, J.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: Conseil de l'Europe](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2021, VIII et 67 pp., référence PE 698.030;
- **Francia:** PONTHEAU, M.-C.: [Le droit à la santé, une perspective de droit comparé: France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), octobre 2021, X et 66 pp., référence PE 698.755;
- **Germania:** REIMER, F.: [Das Recht auf Gesundheit, eine rechtsvergleichende Perspektive: Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), Oktober 2021, XIV und 81 S., Referenz PE 698.770;
- **Spagna:** GONZÁLEZ-TREVIJANO SÁNCHEZ, P.: [El derecho a la salud, una perspectiva de Derecho Comparado: España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), noviembre 2021, X y 89 pp., referencia PE 698.810;
- **Unione europea:** SALVATORE, V.: [Il diritto alla salute, una prospettiva di diritto comparato - Unione europea](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), dicembre 2021, X e 68 pp., referencia PE 698.827.

RATIFICA DEI TRATTATI INTERNAZIONALI

- **Belgio:** BEHRENDT, CH.: [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Belgique](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2020, VI et 44 pp., référence PE 646.197;
- **Canada:** PROVOST, R.: [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Canada](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2018, VI et 34 pp., référence PE 633.186;
- **Francia:** PONTTHOREAU, M.-C.: [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - France](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), juin 2019, VI et 61 pp., référence PE 637.963;
- **Germania:** GRAF VON KIELMANSEGG, S.:
[Ratifikation völkerrechtlicher Verträge: eine rechtsvergleichende Perspektive - Deutschland](#), Bibliothek für Vergleichendes Recht, Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments (EPRS), April 2018, VIII und 47 S., Referenz PE 620.232 (versione originale in tedesco);
[Ratificación de los tratados internacionales: una perspectiva de Derecho Comparado - Alemania](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), abril 2018, X y 55 pp., referencia PE 620.232 (versione di traduzione spagnola con commenti aggiunti);
[La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Allemagne](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2021, XII et 68 pp., référence PE 689.340 (versione di traduzione francese con commenti aggiunti e aggiornamento);
- **Italia:** CAFARO, S.: [La ratifica dei trattati internazionali, una prospettiva di diritto comparato - Italia](#), Unità Biblioteca di diritto comparato, Servizio Ricerca del Parlamento europeo (EPRS), luglio 2018, VIII e 42 pp., referenza PE 625.128;
- **Marocco:** BERRAMDANE, A.: [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Maroc](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), décembre 2018, VIII et 52 pp., référence PE 630.337;
- **Portogallo:** SALVAÇÃO BARRETO, P.: [A ratificação de tratados internacionais, uma perspectiva de direito comparado - Portugal](#), Unidade Biblioteca de Direito Comparado, Serviços de Estudos do Parlamento Europeu (EPRS), novembro 2018, VIII e 33 pp., referência PE 630.294;
- **Spagna:** FERNÁNDEZ DE CASADEVANTE ROMANI, C.: [La ratificación de los tratados internacionales, una perspectiva de Derecho Comparado - España](#), Unidad Biblioteca de Derecho Comparado, Servicios de Estudios Parlamentarios (EPRS), septiembre 2021, VIII y 80 pp., referencia PE 698.044;
- **Stati Uniti:** WINSTON, A.M.: [Ratification of international treaties, a comparative law perspective - United States of America](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2020, VIII and 44 pp., reference PE 652.013;
- **Svizzera:** DE ROSSA GISIMUNDO, F.: [La ratification des traités internationaux, une perspective de droit comparé - Suisse](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), mars 2018, VI et 35 pp., référence PE 614.719.

ALTRI TEMI

- **Diritti di autore:** AA. VV.: [Copyright Law in the EU: Salient features of copyright law across the EU Member States](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), June 2018, VIII and 409 pp., reference PE 625.126;
- **Corte Suprema degli Stati Uniti: nomina dei giudici:** DIEZ PARRA, I.: [La nomination des juges de la Cour Suprême des États-Unis](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), septembre 2020, 10 pp., référence PE 652.103.

- **Selezione della giurisprudenza:**
UNITÀ BIBLIOTECA DI DIRITTO COMPARATO: [Better Law-Making – Selected case law](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), January 2017, 5 pp
UNITÀ BIBLIOTECA DI DIRITTO COMPARATO: [Rule of law– Selected case law](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2017, 15 pp, reference PE 599.338
MICHAELSEN, F. e DIEZ PARRA, I. (coord.): [Accession of the EU to the ECHR – Selected publications & case law](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), July 2017, 7 pp, reference PE 607.299

- **Selezione della dottrina:**
UNITÀ BIBLIOTECA DI DIRITTO COMPARATO: [Better Law-Making – Selected publications](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), January 2017, 9 pp
UNITÀ BIBLIOTECA DI DIRITTO COMPARATO: [Rule of law– Selected publications](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), March 2017, 13 pp, reference PE 599.339
UNITÀ BIBLIOTECA DI DIRITTO COMPARATO: [Better Law-Making – Selected publications](#), Comparative Law Library Unit, European Parliamentary Research Service (EPRS), February 2018, 9 pp, reference PE 614.712
DIMBOUR, C. e DIEZ PARRA, I. (dir.): [Sélection de publications en droit comparé: Juridictions constitutionnelles: fondamentaux](#), Unité Bibliothèque de droit comparé, Service de recherche du Parlement européen (EPRS), février 2020, 35 pp., référence PE 646.175

Lo studio fa parte di un progetto più ampio, il cui scopo è quello di analizzare, nella prospettiva del diritto comparato, le delicate questioni che riguardano il diritto alla salute in diversi Stati ed organizzazioni internazionali.

Il suo obiettivo è esaminare la problematica nel contesto specificamente italiano, pur nella consapevolezza dell'importanza delle fonti internazionali e dell'Unione Europea in materia.

A tal fine, dopo l'esposizione di alcuni dati fattuali sul rischio sanitario in Italia e una breve introduzione di carattere storico generale, sono state prese in esame le vicende normative che hanno interessato il diritto alla salute, nelle sue varie forme, nell'Italia repubblicana. Punto di partenza è stata, ovviamente, la Costituzione, mentre le altre fonti sono state ordinate in ragione del loro tipo.

Ampia attenzione è stata dedicata alla giurisprudenza. Nell'impossibilità di dare conto di tutto il notevole materiale disponibile, si sono selezionati alcuni casi particolarmente significativi.

Sono stati identificati, infine, i principali nodi problematici che occorre tuttora sciogliere, in un contesto globale nel quale la questione della salute s'è fatta terribilmente pressante e delicata.

Questa è una pubblicazione dell'Unità Biblioteca di diritto comparato
EPRS | Servizio Ricerca del Parlamento europeo

Il presente documento costituisce materiale informativo destinato ai deputati e al personale del Parlamento europeo ed è stato preparato per assisterli nelle loro attività parlamentari. Il contenuto del documento è di esclusiva responsabilità dell'autore/degli autori e le opinioni ivi espresse non devono essere considerate come espressione della posizione ufficiale del Parlamento europeo.



PE 698.893

Carta ISBN 978-92-846-8916-3 | doi:10.2861/10137 | QA-07-22-022-IT-C

PDF ISBN 978-92-846-8917-0 | doi:10.2861/020085 | QA-07-22-022-IT-N