

La tutela della salute come dovere di cura e come dovere di solidarietà. Riflessioni per una salute sostenibile

Ines Ciolli*

THE PROTECTION OF HEALTH AS A DUTY OF CARE AND AS A DUTY OF SOLIDARITY. REFLECTIONS ABOUT A SUSTAINABLE HEALTH

ABSTRACT: The protection of health provided for in Article 32 of the Constitution has been subject to broad interpretation by the Constitutional Court, but, above all, to an extension by the legislator, who has interpreted the fundamental right to health in the light of the principles of equality and solidarity. Today, however, new problems are arising in the face of new technologies and greater availability of treatments, including expensive ones, which the National Health Service is nevertheless attempting to provide. The challenge is to protect everyone and to provide greater protection for vulnerable individuals, and the legislature, as well as the Constitutional court, seem to be converging on this perspective of integrated and supportive care and protection.

KEYWORDS: Rights; duties; solidarity; health; sustainability; vulnerability

ABSTRACT: La tutela della salute prevista dall'articolo 32 della Costituzione è stata oggetto di un'interpretazione ampia da parte della Corte costituzionale, ma soprattutto di un'estensione da parte del legislatore, che ha interpretato il diritto fondamentale alla salute alla luce dei principi di uguaglianza e solidarietà. Oggi, tuttavia, stanno emergendo nuovi problemi di fronte alle nuove tecnologie e alla maggiore disponibilità di trattamenti, anche costosi, che il Servizio sanitario nazionale tenta comunque di garantire. La sfida è tutelare tutti e offrire una maggiore protezione ai soggetti vulnerabili, e il legislatore, così come la Corte costituzionale, sembrano convergere verso questa prospettiva di cura e tutela integrate e solidali.

PAROLE CHIAVE: Diritti; doveri; solidarietà; salute; sostenibilità; vulnerabilità

SOMMARIO: 1. La tutela della salute in Costituente: al diritto di essere curato non corrisponde un dovere di mantenersi in salute – 2. Il diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato? – 3. I doveri di solidarietà e la

* *Professoressa Associata di Diritto Costituzionale, Dipartimento di Studi giuridici ed economici, Università Sapienza di Roma. Mail: ines.ciolli@uniroma1.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*

tutela della salute – 3.1. Il dovere di tutelare i più vulnerabili – 4. Ancora sulla sostenibilità del SSN: è sostenibile ciò che riteniamo tale. Riflessioni conclusive.

1. La tutela della salute in Costituente: al diritto di essere curato non corrisponde un dovere di mantenersi in salute

In Assemblea costituente, il 24 aprile 1947, l'on. Sullo, insieme ad altri, propose un emendamento che mirava a cancellare il testo dell'art. 26 del Progetto di Costituzione, che conteneva già a grandi linee i due commi dell'attuale art. 32 Cost.¹ L'on. Sullo argomentò tale scelta come dettata dalla natura superflua dell'articolo, poiché a suo giudizio non corrispondeva né a una tutela di un diritto di libertà, né a quella di un diritto sociale e soprattutto la tutela della salute e dell'igiene a suo avviso non meritavano di essere iscritte nel dettato costituzionale visto che in passato la tutela legislativa aveva comunque garantito l'effettività delle prestazioni. Concordava sul punto anche l'on. Nitti che nella seduta del 19 aprile 1947 propose la cancellazione del diritto alla salute contenuto nell'art. 26 del Progetto sebbene per ragioni diverse; a suo avviso, la Costituzione non poteva contenere una prescrizione costituzionale alla quale non si sarebbe potuto dare seguito e che non avrebbe conosciuto un'attuazione nel breve e medio periodo, perché non vi erano mezzi adeguati a garantire quelle tutele. L'attuale art. 32 Cost. fu approvato grazie all'impegno dell'on. Caronia, che non solo comprese l'importanza di una tutela costituzionale della salute, ma apprezzò la combinazione di un diritto individuale e di un interesse della collettività. Sotto il profilo dei doveri, l'on. Merighi aggiunse al dibattito la necessità di contemplare un dovere di cura in capo alla Repubblica che riguardasse non solo i lavoratori e gli indigenti, ma tutti i cittadini. In questa prospettiva, la salute assumeva la struttura di un diritto sociale e contemporaneamente di un dovere di mutua solidarietà che costituisce un tratto «caratterizzante la forma di stato sociale disegnata dalla Costituzione», come ha ribadito negli anni successivi la stessa Corte costituzionale². L'on. Merighi aggiunse anche che le condizioni di indigenza che legittimano la gratuità delle cure dovevano essere contestualizzate e intese non in senso assoluto o letterale, perché proprio la malattia e il costo delle cure possono causare condizioni di povertà³. Sulla base di quelle osservazioni, in tempi più recenti la dottrina ha considerato l'indigenza come un concetto relativo, che si può riferire a persone

¹ Art. 26: «La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana».

² CORTE COST., sent. nn. 37/1991, 324/1989, 1011/1988; 294 e 177/1986.

³ Assemblea costituente, seduta del 7 maggio 1947. Sul punto si è soffermata successivamente la Corte costituzionale affermando che: «Questa Corte ha ripetutamente affermato che la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone; ma ha anche precisato (sentenze nn. 267/1998, 416/1995, 218/1994, 304/1994, 247/1992, 455/1990) 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. Ed è certamente a quest'ambito che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche, o indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 della Costituzione, a che siano loro assicurate cure gratuite», sent. n. 309/1999, punto 3 del *Considerato in diritto*.



«medicalmente bisognose», proprio per il fatto che la malattia può portare all'indigenza a causa del costo delle cure, quando queste non sono gratuite o accessibili⁴.

In Assemblea Costituente, ove il dibattito fu assai articolato, si pose anche la questione del dovere morale del cittadino di preservare la sua stessa salute⁵, senza però che il tema trovasse un ampio riscontro sotto il profilo del dovere individuale di curarsi, mentre fu affrontato con maggiore attenzione quello relativo ai doveri di solidarietà nei confronti anche dei soggetti vulnerabili, anche se poi all'art. 2 Cost. si scelse una formula inclusiva che richiede l'adempimento di doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, legittimando un bilanciamento tra diritti individuali e interesse della collettività⁶; bilanciamento non privo di potenziali contrasti⁷.

Nonostante la ricchezza del dibattito in Costituente, nella Carta costituzionale non resta traccia del dovere individuale di preservare la propria salute⁸. Oggi, però, quel dovere di mantenere la propria integrità psico-fisica, allora rigettato dai Costituenti in sede di redazione dell'art. 32 Cost., sembra tornato al centro del dibattito sia per il costo delle cure che il paziente "deve meritare" attraverso comportamenti virtuosi, sia in tema di dovere di curarsi e di curare, che è tornato alla ribalta con la pandemia da Covid 19⁹.

⁴ B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1, 1984, 49; M. LUCIANI, *Salute (diritto alla)* (voce), in *Enciclopedia Giuridica*, XXVII, 1991, 9; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1, 1983, 26. Ha parlato di indigenza come valutazione delle singole condizioni individuali e di una nozione che includa tutti coloro che non possono far fronte alle cure, senza dunque considerare il reddito come unico parametro di valutazione della condizione di povertà, B. PEZZINI, *Soggetti, contenuto e responsabilità della scelta terapeutica nel Servizio Sanitario*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003, 57.

⁵ Assemblea costituente, seduta del 24 aprile 1947.

⁶ M. Luciani, *Salute*, I, *Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1991, 1 ss. Specifica come il bilanciamento possa avvenire *tra* «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», e anche tra interessi individuali e forme di solidarietà sanitaria, G. M. RACCA, *Salute*, in *Enciclopedia del diritto*, I *Tematici*, III, 2022, 1003. Per un aggiornamento di quel rapporto tra diritto individuale e interesse della collettività anche R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in *Dizionario di diritto pubblico* diretto da S. CASSESE, vol. VI, Milano, 2006; B. CARAVITA, *L'Italia ai tempi del coronavirus. Rileggendo la Costituzione italiana*, in *Federalismi.it*, 2020, 4 e ss. Per una ricostruzione giurisprudenziale della questione, cfr. F. MINNI, A. MORRONE, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Rivista AIC*, 3, 2012, 1 e ss. Sul bilanciamento tra il diritto alla salute, che contiene anche il rispetto della persona umana e altri diritti e interessi in gioco, compresi quelli finanziari, si vedano anche CORTE COST., sentt. nn. 309/1999, 509/2000, 252/2001, 432/2005, 354/2008, 299 e 269/2010, 61/2011, 141/2019, ove la Consulta insiste sull'esistenza di un nucleo indefettibile che è rintracciabile dal legislatore ed è modulabile anche sulla base delle conoscenze scientifiche e di quelle tecnologiche ed è altresì legato anche a una concezione ampia di tutela della persona umana.

⁷ Lo ha ribadito M. LUCIANI, *Il diritto alla salute. Una prospettiva comparata*, Italia, Servizio Ricerca del Parlamento europeo. Unità Biblioteca di diritto comparato, 2022, 43-44, reperibile in [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/698893/EPRS_STU\(2022\)698893_IT.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/698893/EPRS_STU(2022)698893_IT.pdf), ove si osserva come vi siano profili nei quali il diritto individuale alla salute si prospetta come *versus* dell'interesse collettivo, sia aspetti nei quali il primo è *cum* l'interesse collettivo.

⁸ In merito all'assenza di un vero e proprio dovere di curarsi si sono pronunciati A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali. Parte speciale*, 2° ed., Padova, 1990, 43 s.; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, XI, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1989, 32.

⁹ Il Consiglio di Stato ha menzionato un dovere di cura che fa capo agli operatori sanitari, sebbene si possa più propriamente parlare di un trattamento sanitario obbligatorio rivolto agli operatori sanitari, contenuto nell'ottica del

Il secondo profilo attiene a un dovere individuale, già oggetto del giudizio di legittimità costituzionale da parte della Consulta, che l'ha interpretato nella sua accezione più restrittiva (trattandosi di una limitazione del diritto di autodeterminazione), quando ha evidenziato più precisamente un dovere

«di non ledere, né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri. Le simmetriche posizioni dei singoli si contemperano ulteriormente con gli interessi essenziali della comunità, che possono richiedere la sottoposizione della persona a trattamenti sanitari obbligatori, posti in essere anche nell'interesse della persona stessa, o prevedere la soggezione di essa ad oneri particolari»¹⁰.

Tale dovere di non ledere la salute altrui si poteva rintracciare nell'obbligo contenuto nel Decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, *Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici*, chiamato ad integrare un dovere di cura, che ricade sugli operatori sanitari e che si identifica con il dovere di vaccinarsi, come ha ricordato il Consiglio di Stato¹¹. Quest'ultimo ha sottolineato anche come quel dovere di cura sia la risultante di un ordinamento democratico e come «la legge non sia 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»¹².

Nella prima accezione, invece, nel dovere di cura e di curarsi si può scorgere un tentativo di legittimare anche culturalmente una forma di selezione rispetto all'erogazione dei servizi e una idea di cura che sia meritocratica, lontana però da una concezione universalistica, che finora ha sostenuto il Servizio sanitario nazionale e le lotte per la sua affermazione e la sua difesa; crollando tale baluardo, sarà più semplice differenziare le forme di tutela della salute, siano esse legate a questioni territoriali o socio economiche. Queste nuove accezioni restrittive della tutela della salute sembrano far emergere un dibattito sotterraneo in tema di prestazioni che il SSN è tenuto ad erogare a quei soggetti che mettono volontariamente a rischio la propria salute (fumatori, obesi o alcolisti); prestazioni che non possono essere negate per il solo fatto che si tratta di soggetti ipoteticamente meno attenti alla propria integrità, ma che sono invece argomenti sollevati da esigenze economiche in presenza di una risorsa scarsa (ad esempio gli organi da

«alterum non laedere». Tuttavia, la Corte nella sent. n. 137 del 2019 sembra aderire a un più ampio concetto di dovere di cura che non passa per i TSO: la legge regionale della Puglia n. 27/ 2018 ha riconosciuto alla Giunta regionale il compito di individuare i reparti dove l'accesso è consentito ai soli operatori sanitari che hanno accettato di sottoporsi alle vaccinazioni raccomandate; si tratta dunque di un dovere di tutelare la salute dei malati più vulnerabili e non di un dovere individuale di curarsi. Sul punto R. ROMBOLI, *Obbligo di vaccinazione anti Covid e principi costituzionali: a proposito del d.l. n. 44/2021*, 2021, 673 e ss.

¹⁰ CORTE COST., sent. n. 18/1994, punto 2 del *Considerato in diritto* nel quale si prospetta un'accezione più ampia di dovere di cura quando questo è imputabile all'ordinamento nel suo complesso; cfr. anche CORTE COST. sent. n. 22/2022 e 15/2023 con nota di L. BUSATTA, *Giustizia costituzionale e obblighi vaccinali: alla Corte l'occasione, in cinque tempi, per consolidare il proprio orientamento*, in *Osservatorio AIC*, 2023, 121, 132 ove sottolinea il dovere professionale dell'operatore sanitario, previsto *ex lege*, di tutelare le persone con le quali entra in contatto e lo definisce proprio dovere di cura.

¹¹ CONSIGLIO DI STATO, Sez. III, sent. n. 7045 del 2021, cfr. M. GASPARRO, *Obbligo vaccinale per il personale sanitario: il giudice amministrativo fa il punto alla luce della normativa europea e costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2022, 31 e ss.

¹² CORTE COST., sent. n. 75/1992.

trapiantare o il costo di cure oncologiche di ultima generazione) e branditi da coloro che ritengono che tali risorse debbano essere riservate a chi le “merita”, in quanto assume comportamenti considerati virtuosi. La questione si era già posta durante la pandemia quando alla scarsità delle risorse a fronte di un numero di pazienti esorbitante, cominciava a serpeggiare l’idea che si potesse scegliere di curare i pazienti più giovani o comunque quelli che potevano avere maggiori prospettive di vita (difficili da valutare in condizioni di emergenza); posto che le valutazioni sanitarie e bioetiche spettano al medico, dal punto di vista dei principi costituzionali, con i quali il servizio sanitario universale è in linea, qualunque forma di differenziazione in termini di erogazione delle cure rappresenta una violazione di quegli stessi principi di solidarietà ed eguaglianza, oltre che dell’art. 32 Cost¹³.

In tal modo, si è tornati al dibattito degli Anni Novanta che insisteva sulla condizionalità dei diritti a prestazione, che riguarda in misura maggiore la sanità e l’erogazione dei servizi finanziati attraverso la contribuzione generale, in tempi recenti insidiata in verità da un numero crescente di adesioni a servizi di principio aggiuntivi ma troppo spesso nella sostanza sostituivi del SSN offerti dalle assicurazioni sanitarie¹⁴. Si tratta di un dibattito che dovrebbe essere considerato superato, visto che persino gli studiosi di Paesi ove l’adesione a principi liberisti è più consistente sostengono che il costo dei diritti non solo è inevitabile, perché le democrazie essendo dei sistemi complessi devono sostenere dei costi, ma questi ultimi hanno un effetto remunerativo altissimo in termini di solidarietà ed uguaglianza, perché garantirli incrementa la coesione e la pace sociale, strumenti indispensabili per la costruzione di una comunità politica coesa e di una cittadinanza attiva¹⁵.

Il dibattito in Costituente conteneva già poderosi anticorpi a quella visione economicista della tutela della salute, ma a causa delle ripetute crisi economiche e finanziarie (solo nell’ultimo ventennio si sono avvicinate la crisi economica e finanziaria del 2008, quella pandemica e quella scaturita dalla guerra in Ucraina, ancora in corso), tornano alla ribalta quelle istanze di condizionamento dei diritti, sebbene siano in aperto contrasto anche con il rispetto della persona umana, che pure era stata al centro del dibattito costituente e che è menzionata sia nell’art. 32, comma 2 Cost. sia nell’art. 3, comma 2, Cost.

La salute degli anziani e più in generale dei vulnerabili, per esempio, rappresenta oggi una nuova frontiera assistenziale che da una parte vede il successo del SSN che ha garantito buone cure e ha consentito una longevità e una buona qualità della vita anche nella terza e quarta età; dall’altra questi benefici richiedono i giusti investimenti e adeguate risorse economiche¹⁶. Spetta al legislatore nell’uso delle risorse privilegiare politiche della prevenzione e dell’integrazione socioassistenziale, che comportano costi minori e garantiscono maggiore autonomia e quindi un benessere complessivo dei vulnerabili, delle per-

¹³ Sugli aspetti bioetici delle scelte del medico in condizioni emergenziali, cfr. A. REMEDIO, *Criteri di priorità per l’allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da CoViD-19*, in *Biolaw Journal*, 2021, 13 e ss.

¹⁴ Sulla difficile convivenza tra assicurazioni sanitarie e servizio sanitario nazionale universale cfr. N. DIRINDIN, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez faire*, in *Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy*, 2016, 187 ss.

¹⁵ Per una critica della centralità del costo dei diritti si veda S. HOLMES, C. R. SUNSTEIN, *The Cost of Rights: Why Liberty Depends on Taxes*, New York-London, 1999, trad. it. di E. CAGLIERI, *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, 2000.

¹⁶ La salute deve avere come contenuto e come tutela il benessere psicofisico della persona, come ha previsto la Carta istitutiva dell’Organizzazione mondiale della sanità, istituita nel 1946; di recente un accenno al rapporto tra salute e benessere psicofisico è stato operato anche dalla Corte costituzionale, nelle sentt. nn. 143/2024; 180/2017; 221/2015; 432/2005.

sone con disabilità, della terza e quarta età; in tal modo, si possono elaborare soluzioni compatibili con le priorità prescritte in Costituzione, senza incorrere in eccessivi costi aggiuntivi. Del resto, non si tratta, dal punto di vista organizzativo, di ricorrere a nuovi approcci terapeutici, ma di far riferimento a un modello già approvato nella Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* del 1978 ad Alma Ata, che è a oggi ancora valido e sostenibile¹⁷. Quel dibattito scientifico (e politico) costituì il sostrato sul quale si edificò il SSN italiano, che nacque infatti lo stesso anno con la legge del 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*; oggi quel modello può essere integrato con un approccio “*One-health*”, del tutto in linea con le indicazioni di Alma Ata. Persino diverse Missioni del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) evocano un modello prossimo a quello “*One health*”, riferendosi a una tutela integrata della salute, che tenga conto anche della qualità dell’ecosistema e di quella degli altri esseri viventi, creando così finalità unitarie che esulano dalle singole materie per approdare a un piano di sviluppo globale e unitario del Paese¹⁸.

2. Il diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato?

La qualifica del diritto alla salute come diritto fondamentale comporta un contenuto precettivo, ovvero si esplicita l’appartenenza della salute al novero di quei diritti inviolabili dei quali parla genericamente l’art. 2 Cost. e si evoca una sorta di priorità logica, che deve essere intesa nel senso che la privazione della salute ostacola il pieno godimento anche degli altri diritti costituzionali¹⁹. Ciò non vuol dire che i diritti fondamentali siano gerarchicamente sovraordinati agli altri, visto che nessun diritto è considerato come un diritto tiranno rispetto agli altri²⁰. Si è parlato piuttosto della qualifica di fondamentale come un «elemento di resistenza rafforzata nelle operazioni di bilanciamento»²¹.

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 incisivo²². Né la qualifica di fondamentale comporta che il diritto alla salute si sottragga al bilanciamento con le risorse finanziarie, ma si deve considerare un bilanciamento ineguale²³. I vincoli fi-

¹⁷ Sul necessario approccio integrato alla salute si è soffermato G. MACIOCCO, *A Trent’anni da Alma Ata. Cure primarie: evoluzione storica e prospettive*, in *Toscana Medica*, 6, 2008, 35 e ss. L’A. ricostruisce il modello di “*primary care*” basato sulla prevenzione, sulla continuità delle cure, sulla costituzione di *team* assistenziali e sul ruolo attivo dei pazienti nella medicina di base e nella gestione delle malattie.

¹⁸ Su “*One health*” in una prospettiva costituzionale, C. PANZERA, *Il paradigma One Health tra concezioni evolutive della salute e interpretazione sistematica della Costituzione*, in *Corti Supreme e salute*, 2025, 601 ss.; D. MORANA, *One Health, tutela costituzionale della salute e ragionevoli bilanciamenti: spunti dalla giurisprudenza*, cit., 587 ss.; B. PEZZINI, *One-Health e Corti supreme: le coordinate di un paradigma*, in *Corti Supreme e salute*, 2025, 1 e ss.; M. CERIONI, *Il diritto costituzionale alla salute tra gli approcci “One Health” e “Planetary Health”. Re-innovazione del concetto di “salute” come frutto di “nuove reti” ermeneutiche tra principi costituzionali*, in M. CERIONI, M. DE ANGELIS (a cura di), *Re-innovare la sanità*, Roma, 2024, 215 ss.

¹⁹ M. LUCIANI, *Il diritto alla salute. una prospettiva comparata*, cit., 16.

²⁰ Lo ha ben chiarito la Corte costituzionale nella sent. n. 83 del 2013.

²¹ D. MORANA, *op. cit.*, 593.

²² La discussione ha avuto luogo nella seduta del 24 aprile 1947.

²³ M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Studi Mazzioti*, Padova, 1995, II, 97 ss.; L. ANTONINI, *Il ruolo, da riscoprire in chiave “umanistica”, della Corte dei conti nello sviluppo costituzionale italiano*, in *Bilancio, comunità persona*, 2019, 20; A.



nanziari esistono e non devono essere ignorati, ma una volta che il legislatore ha individuato il nucleo incompressibile del diritto è tenuto a difenderlo e a finanziarlo²⁴.

La tutela della salute, grazie ai progressi scientifici e tecnologici, si arricchisce di tutele e di finalità sempre più articolate. Spetta dunque al legislatore stabilire quali prestazioni siano indispensabili e quali compatibili con i costi ormai crescenti di farmaci di ultima generazione, vaccini, *screening* sempre più sensibili e predittivi.

Maggiore sono le scelte a disposizione e maggiori sono le sfide che il legislatore deve affrontare, poiché una più lunga aspettativa di vita e di cura influisce sulle modalità di intervento volte a soddisfare il diritto alla salute e a garantire equità di prestazioni tra i cittadini (e non solo). L'art. 32 Cost è così strettamente legato al diritto alla vita, che pur non comparando quest'ultimo nel testo costituzionale, può essere considerato come un invitato di pietra, una garanzia implicita e come espressione indiretta del *primum vivere* che è stato più volte evocato durante la pandemia da Covid 19²⁵.

Tornando al profilo del diritto alle cure, quando si sceglie di edificare un SSN universalistico si aderisce a una visione solidaristica, che è legittimata dagli 2 e 3 Cost: sono prescritti doveri di solidarietà riferiti a tutta la comunità politica ed è la Repubblica che di fronte a un diritto costituzionalmente previsto deve garantire la tutela e deve rimuovere ogni ostacolo che impedisca la realizzazione delle finalità costituzionalmente previste. Data questa interpretazione, è chiaro che difficilmente quel dettato si coniuga con una diversa interpretazione del diritto vincolato finanziariamente, ovvero subordinato alle esigenze economiche-finanziarie. A lungo, invece, il vincolo finanziario è stato considerato uno strumento volto a proteggere l'universalità del SSN. Anche la Corte ha interpretato il contenimento delle prestazioni come una misura volta alla razionalizzazione della spesa sanitaria, senza la quale l'universalità del SSN sarebbe compromessa da disavanzi eccessivi; in altre parole, la Corte sembra voler convincere che una particolare attenzione nelle spese sanitarie conserva il SSN stesso e consente una migliore allocazione delle risorse destinate alla salute²⁶. Molto dipende però da quali risparmi e come sono distribuiti. Non c'è dubbio che ogni attività di interesse pubblico debba perseguire un controllo della spesa, ma l'interpretazione assunta dalla Corte costituzionale negli anni Novanta, successivamente confermata e rinforzata dalla riforma costituzionale che ha introdotto l'equilibrio di bilancio (L. cost. n.1/2012), ha imposto più stretti vincoli finanziari e la questione ha assunto una prospettiva di soddisfazione parziale del diritto che poteva limitarsi al suo "nucleo essenziale". L'introduzione in Costituzione di un nuovo art. 81 Cost. era stato considerato l'occasione per superare il bilanciamento ineguale; ma anche in presenza di un principio co-

CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista AIC*, 2017, 6.

²⁴ CORTE COST., Sent n. 275 del 2016.

²⁵ Considera il *primum vivere* alla base delle soluzioni emergenziali adottate durante la pandemia, ma anche del diritto alla salute, insieme al principio del *salus rei publicae*, M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista AIC*, 2020, 113.

²⁶ CORTE COST., Sent nn. 70/2017 e 140/2024. Sulla questione si veda C. BUZZACCHI, *Payback e Costituzione. La politica sanitaria tra tetti di spesa e contributi di utilità sociale*, in *Corti Supreme e salute*, 2024, 869 e ss., la quale spiega i meccanismi e le finalità del finanziamento organico e strutturale, necessario per sostenere il SSN. Sulla decisione n. 140/2024 in materia di payback anche M. MILANESI, *Il payback dei dispositivi medici in Corte cost., sentenza n. 140/2024. Ovvero: sul crescente rilievo costituzionale del contenimento della spesa*, in *Osservatorio AIC*, 2024.

stituzionale che impone vincoli di bilancio, non si può considerare un diritto alla stregua dei suoi limiti finanziari: si tratta di oggetti di diversa natura che non possono essere considerati interscambiabili²⁷.

Tuttavia, una tendenza a considerare i diritti esigibili in funzione delle risorse disponibili ha riscosso un certo successo e la stessa Corte costituzionale nella sent. n. 455/1990 ha avallato quella interpretazione coniando il termine «diritto costituzionale condizionato», legittimando così una certa gradualità anche nell'attuazione del diritto alla salute. La sensibilità che il Giudice delle leggi ha dimostrato nei confronti del contenimento della spesa pubblica *a tout prix* si è riverberata anche sul tenore delle sue stesse sentenze, nelle quali ha provato a valutare i potenziali effetti finanziari della sua giurisprudenza²⁸. Quanto all'applicazione dei vincoli di bilancio, la Consulta già nella sent. n. 88/2014, aveva affermato che «Il nuovo sistema di finanza pubblica disegnato dalla legge cost. n. 1 del 2012 ha dunque una sua interna coerenza e una sua completezza, ed è pertanto solo alla sua stregua che vanno vagliate le questioni di costituzionalità sollevate nei confronti della legge»²⁹, lasciando intendere, perciò, che l'equilibrio di bilancio avrebbe potuto essere elemento attivo del bilanciamento e non più solo una preconditione o una finalità di cui il legislatore *in primis* e la stessa Corte in seconda battuta avrebbero dovuto tenere conto. È nelle sentenze nn. 10 e 70/2015 che il giudice costituzionale afferma con maggiore forza il vincolo di bilancio come super principio che travalica la tutela dei diritti fondamentali: il solo nucleo fondamentale del diritto riesce a prevalere sul bilancio. Non solo è assai complesso tracciare il perimetro del nucleo essenziale del diritto, stabilire cosa comprendere e cosa possa essere considerato superfluo; ma è altresì irrazionale scomporre un diritto fondamentale in parti accessorie e necessarie: il diritto è una garanzia complessa che di volta in volta rivela alcuni aspetti e alcune tutele specifiche che sfuggono a una regola generale e a una compressione lineare dovuta all'esigenza di contenere le spese e di equilibrio di bilancio³⁰. Ciò vale in particolar modo per la tutela della salute che è tra i diritti più complessi dal punto di vista strutturale, sicché rimarrebbe intatta solo la libertà di cura e non il diritto alle prestazioni da parte dello Stato. Inoltre, come si è già accennato, l'individuazione del cosiddetto “nucleo incompressibile” spetta al legislatore che solo può mediare in Parlamento tra diverse esigenze e dunque bilanciare diritti e interessi in gioco; una volta però che ha individuato tale nucleo incompressibile (che può anche essere assai esteso quando si tratta del diritto alla salute e in un contesto tecnologico avanzato) è tenuto a salvaguardarlo oltre i condizionamenti finanziari.

Una critica strutturale al condizionamento finanziario dei diritti è arrivata con la “giurisprudenza Carosi” che ha ribaltato la prospettiva e ha riaffermato una tutela piena dei diritti anche di quelli a prestazione, i quali non possono essere considerati sullo stesso piano dei vincoli di bilancio³¹.

²⁷ D. MONE, *Corte costituzionale italiana, Corte di giustizia dell'Unione europea e tutela delle identità nazionali quando il principio dell'equilibrio/pareggio di bilancio comprime i diritti fondamentali*, in *Dirittifondamentali.it.*, 2015 e se si vuole I. CIOLLI, *L'art. 81 della Costituzione: da limite esterno al bilanciamento a super principio*, in *Forum di quaderni costituzionali*, 2015.

²⁸ Cfr. CORTE COST., sentt. nn. 30/2004, 342/2002, 180/2001.

²⁹ Id, sent. n. 88/2014, Punto 6 del *Considerato in diritto*.

³⁰ M. LUCIANI, *L'equilibrio di bilancio e i principi fondamentali: la prospettiva del controllo di costituzionalità*, in *Corte costituzionale, Il principio dell'equilibrio di bilancio secondo la riforma costituzionale del 2012*, Atti del Seminario svoltosi in Roma, Palazzo della Consulta, 22 novembre 2013, Milano, 2014, 20 s. reperibile al seguente link: https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/Seminario2013_Luciani.pdf.

³¹ ID., *La “giurisprudenza Carosi”*, in *Scritti in onore di Aldo Carosi*, a cura di G. COLOMBINI, Napoli, 2021, 577 s.



Quella giurisprudenza riconosce pienamente l'importanza di una oculata utilizzazione delle risorse pubbliche e di una rendicontazione chiara e trasparente, perché essa si ricollega al circuito democratico rappresentativo e rende concreta la responsabilità politica. Ciò comporta che tale responsabilità consenta di giudicare l'operato dei rappresentanti politici³²; ma non deve essere inteso nel senso che il vincolo di bilancio debba sempre essere perseguito a tal punto da considerare i diritti fondamentali a intensità graduale, ovvero commisurati alle risorse in campo: sarebbe come dire che in presenza di risorse scarse (ma le risorse sono limitate per definizione), il diritto costituzionalmente previsto deve ridurre le garanzie da approntare. La Corte costituzionale ha rigettato questa interpretazione estrema e ne ha assunto una diversa nella sentenza n. 10 del 2016 e poi la n. 275 del 2016, nella quale ha affermato che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»³³.

Di recente, il legislatore nazionale ha ulteriormente esplicitato la priorità della tutela della salute e dei diritti sociali in generale, quando, ha previsto nel Bilancio di previsione 2024, (adottato con Legge 30 dicembre 2023, n. 213, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*) che il contenimento della spesa pubblica «escludesse dal calcolo quelle spese destinate alle politiche sociali, alla famiglia e alla sanità»; a questo proposito, la Corte costituzionale nella sent. n. 195/2024 ha osservato che «la modalità prescelta dal legislatore presenta caratteri di forte novità rispetto alle precedenti manovre di contenimento della spesa regionale», perché ha attribuito alle spese destinate a fornire prestazioni inerenti ai diritti sociali, alle politiche sociali e alla famiglia, nonché alla tutela della salute «una preferenza qualitativa, idonea a distinguerle da quelle rilevanti ai fini del riparto del contributo». Nella stessa sentenza ha ribadito, sulla scia della sent. n. 275/2016, che la tutela della salute e la spesa pubblica in questo delicatissimo settore è una spesa costituzionalmente necessaria³⁴. Nella successiva sent. n. 45/2025 ha ribadito che il criterio individuato dal legislatore è volto ad attuare il principio della spesa costituzionalmente necessaria³⁵ prevedendo che, in un contesto di risorse scarse, debbano essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quelle che si connotano come funzionali a garantire la tutela dei diritti sociali, delle politiche sociali e della tutela della salute. In altre parole, la Corte ha esplicitato quella tesi che conferisce ai diritti costituzionali una particolare resistenza anche rispetto ai vincoli di bilancio, sempre però in un quadro generale di contenimento della spesa. Si deve però sottolineare una certa differenziazione tra il diritto alla salute che sembra godere di

³² Cfr. CORTE COST., sent. n. 247/2017, nella quale la Corte stabilisce che il bilancio è «un bene pubblico», sul punto A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista AIC*, 4, 2017; C. BUZZACCHI, *Autonomie e Corte dei conti: la valenza democratica del controllo di legalità finanziaria*, in *Costituzionalismo.it*, 1, 2020, 1 e ss.; G. RIVOCCHI, *Il bilancio nel diritto pubblico italiano*, in *Nomos*, 2021.

³³ CORTE COST., sent. n. 275/2016, Punto 11 del *Considerato in diritto*. Si vedano tra i numerosi commenti, di L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali, limiti «invalidabili» alla discrezionalità del legislatore*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, 294 ss.; A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, 299 ss. Se si vuole, anche I. CIOLLI, *I diritti sociali «condizionati» di fronte alla Corte costituzionale*, in *Rivista giuridica del lavoro e della Previdenza sociale*, 3, 2017, 353 ss.

³⁴ Sulla decisione si veda la nota di C. SALAZAR, *Spese costituzionalmente necessarie, coordinamento finanziario e leale collaborazione nella sent. n. 195/2024*, in *Quaderni costituzionali*, 2025, 223.

³⁵ Si veda la nota di G. COMAZZETTO, *Il sentiero impervio della perequazione tra vincoli di bilancio e prospettive di riforma. Nota a Corte costituzionale, sentenza n. 45 del 2025*, in *osservatorio AIC*, 2025, 84 e ss. La spesa costituzionalmente necessaria è stata evocata sin dalla sent. n. 169/2017 e ripresa successivamente nelle sentt. nn. 195/2024, 220/2021, 197/2019, 87/2018.

un trattamento preferenziale in termini di risorse e di vincoli di bilancio rispetto agli altri diritti sociali, sui quali si osserva a fasi alterne una certa regressione, prontamente sottolineata dalla dottrina³⁶.

Il risparmio, come si è già accennato, deve essere perseguito attraverso politiche virtuose e avvedute, perché le prestazioni sanitarie non devono necessariamente essere costose: valorizzare la prevenzione, una medicina territoriale e di base può portare a una riduzione dei costi così come un'attenta contrattazione sui prezzi dei farmaci e sulla diagnostica più sofisticata può condurre a una razionalizzazione della spesa sanitaria.

In altre parole, esistono i presupposti secondo i quali la sostenibilità del SSN, pur in presenza di spese crescenti e di un accentuato invecchiamento della popolazione, è ancora una prospettiva concreta. La sostenibilità, semmai, deve essere declinata non più soltanto in termini economico-finanziari, ma in un'accezione più ampia e soprattutto in una visione integrata che la Corte costituzionale aveva già scorto nel lontano 1987 quando aveva interpretato il diritto all'ambiente salubre come una delle tante tutele rinvenibili nell'art. 32 Cost. Oggi, la visione "One health" legge la sostenibilità della salute attraverso matrici ancor più estese che, almeno formalmente, hanno costituito il sostrato sul quale basare riforma costituzionale del 2022 (la Legge costituzionale 11 febbraio 2022 n. 1, recante "*Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente*").

Contemporaneamente, anche il diritto dell'Unione europea, che in materia di diritti sociali è stato in passato poco presente, sembra condividere le scelte di una salute integrata e conferirle una tutela privilegiata quando sono coinvolti più diritti ed interessi³⁷. La decisione della Corte di Giustizia dell'Unione Europea (25 giugno 2024 nella causa C-626/22) sul caso italiano Ilva è una delle dimostrazioni di una giurisprudenza sempre più attenta alla sostenibilità della salute negli ambienti di lavoro³⁸.

Le "Corti europee" sembrano voler costruire una giurisprudenza che tenga conto della tutela integrata della salute e dell'ambiente, come dimostra anche la Corte di Strasburgo che proprio sul caso Ilva, con la decisione 24 gennaio 2019 (*Cordella e altri c. Italia*) ha voluto salvaguardare, sulla scorta di una interpretazione evolutiva dell'art. 8 della CEDU, un'ampia tutela ambientale, che comprende anche la tutela della salute globale e della vita stessa. Nel bilanciamento con le attività produttive, la tutela della salute deve godere di una tutela concreta e in questo caso sono le attività economiche a dover essere sostenibili sotto il profilo della salute individuale dei lavoratori e collettiva perché incide su tutti coloro che abitano in specifici luoghi di lavoro, come la Corte EDU ha ribadito nella decisione Canavacciuolo e altri c. Italia del 30 gennaio 2025, che si concentrava sulla salute dei cittadini residenti o lavoratori nella cosiddetta Terra dei fuochi.

³⁶ C. COLAPIETRO, S. BARBARESCHI, *Motivazione, tempo e strumentalità del bilancio: le coordinate giurisprudenziali sul rapporto tra diritti fondamentali e risorse finanziarie alla luce della sentenza n. 152 del 2020. Rischiose variazioni ritmiche in una straordinaria composizione*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, 2021, spec. 24 e ss. in commento alla sent. n. 152 del 2020.

³⁷ L'evoluzione della tutela dei diritti sociali nell'ordinamento dell'Unione europea è ben argomentata in A.O. Cozzi, *Diritti e principi sociali nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea. Profili costituzionali*, Napoli, 2017.

³⁸ G. ARCONZO, *Per la Corte di giustizia i decreti Salva Ilva ledono il diritto alla salute degli abitanti di Taranto*, in *Quaderni costituzionali*, 2024, 4, pp. 947 ss.; M. CARDUCCI, *L'installazione "ex Ilva" dopo la sentenza della Corte di giustizia UE: le emissioni climalteranti tra interesse "strategico" e generazioni future*, in *Diritti comparati*, 27 giugno 2024.



3. I doveri di solidarietà e la tutela della salute

La solidarietà si affianca al diritto costituzionale sin dalla elaborazione del concetto in chiave politica: la fraternità rivendicata nella Rivoluzione francese e poi proclamata nella Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789 è un paradigma che assume il rilievo giuridico e costituzionale nella Costituzione di Weimar e poi nelle Carte del secondo dopoguerra³⁹. La nostra Costituzione non si limita a parlare di *fraternité* - che pure è un concetto giuridico di rilievo, di recente utilizzato dal *Conseil constitutionnel* anche in combinato con il principio di solidarietà e con quello di dignità umana – ma prescrive nell'art. 2 Cost. i doveri di solidarietà che è ad ampio spettro, includendo aspetti economici, politici e sociali⁴⁰.

Leggendo in combinato il diritto alla salute e i doveri di solidarietà economici politici e sociali si legittima proprio l'universalità del diritto, perché il patto tra consociati garantisce tutti anche se ognuno contribuisce in modo proporzionale alle sue risorse attraverso la fiscalità generale. A chiunque si trovi in una condizione di vulnerabilità e quale che sia stato il suo contributo attraverso la fiscalità generale dovrebbe essere garantita la tutela della salute in condizioni di parità; è però chiaro che chi è più vulnerabile godrà maggiormente delle tutele costituzionalmente previste senza che le garanzie siano legate alla sua capacità contributiva. Riscoprire l'importanza dei doveri e in particolare dei doveri di solidarietà è dunque essenziale per una tutela effettiva dei diritti e in special modo del diritto alla salute⁴¹. Per meglio dire, i doveri di solidarietà offrono una potente copertura all'universalità del SSN e si configurano anche come strumenti capaci di dare attuazione a quelle esigenze di eguaglianza e di tutela della dignità della persona che il SSN esprime, visto che la ripartizione dei costi del diritto tra i cittadini in modo proporzionale al reddito garantisce l'eguaglianza sostanziale⁴².

³⁹ Si veda G. ALPA, *Solidarietà. Un principio normativo*, Bologna, 2022; C. COLAPIETRO, S. BARBARESCHI, A. GIUBILEI (a cura di), *La solidarietà al tempo della pandemia*, Napoli, 2022; P. SOMMERANNO, *Some Reflections on the Concept of Solidarity and its Transformation into a Legal Principle*, *Archiv des Völkerrechts*, 52, 1, 2014, 10-24.

⁴⁰ La recente giurisprudenza del *Conseil constitutionnel*, legge in chiave evolutiva e innovativa il principio di fraternité. Tra le tante decisioni si vedano *Décisions* n° 2023-853 DC, 25 luglio 2023 e n. 2023-1066 QPC 27 ottobre 2023 che legano fraternità e solidarietà anche delle generazioni future; *Décisions* n. 2021-823 DC, 13 agosto 2021 e n. 2023-1039 QPC, 24 marzo 2023 che legano fraternità e dignità umana. Sul tema della *fraternité*, il *Conseil constitutionnel* con decisione n. 2018-717/718 QPC del 6 luglio 2018 aveva già riconosciuto un valore costituzionale alla fraternità e ne aveva riconosciuto la sua evoluzione storica e giuridica. Sul punto, M. BORGETTO, *Il principio costituzionale di fraternità nel diritto francese*, Milano, 2022 e più in generale, ID., *La notion de fraternité en droit public français*, Paris, 1991. Si veda anche in tema di solidarietà e diritto alla salute, A. MAZZOLA, *Il diritto alla salute tra dimensione individuale e dovere sociale*, in *Consulta Online*, 2, 2021, 572 e ss.

⁴¹ Per una riflessione sui doveri costituzionali G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, 1967; F. GRANDI, *Doveri costituzionali e obiezione di coscienza*, Napoli, 2014; sul dovere inderogabile di solidarietà, F. POLACCHINI, *Doveri costituzionali e principio di solidarietà*, Bologna, 2016; F. GIUFFRÈ, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano, 2002.

⁴² Sul concetto di universalità e sulla tesi dei minori costi di un SSN a fiscalità generale, si veda N. DIRINDIN, E. CARUSO, C. RIVOIRO, *Universalismo e vincoli di bilancio nella tutela della salute: una questione politica, prima ancora che finanziari*, in *Politiche sociali*, 3, 2014, 387 e ss.

3.1. Il dovere di tutelare i più vulnerabili

Nel rispetto del principio di uguaglianza sostanziale dell'art. 3, comma 2 Cost., la tutela della salute deve rivolgersi anche ai più vulnerabili, anche se la rimozione degli ostacoli può comportare dei costi aggiuntivi, ineludibili nell'ottica del ripristino dell'uguaglianza.

Oltre a una prescrizione costituzionale, interviene in favore della tutela dei soggetti vulnerabili, una mutata cultura che vede l'inclusione come un nuovo orizzonte, una nuova finalità che la Costituzione, le fonti nazionali, sovranazionali e internazionali sembrano accogliere⁴³. L'integrazione dei soggetti vulnerabili è auspicata anche dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che considera la salute umana come «esito dell'interazione tra la dimensione personale psico-fisica dell'individuo e il contesto socio spaziale, quest'ultimo costituito dall'ambiente sociale, dalle capacità infrastrutturali del territorio, dalla predisposizione di servizi e apparati in grado di garantire l'accesso libero e indipendente alle opportunità di inclusione, formazione e partecipazione»⁴⁴.

In ambito nazionale, l'instancabile lavoro della Corte costituzionale in tema di godimento del diritto alla salute si è anche soffermato con particolare attenzione sui diritti delle persone con disabilità e sulla tutela della salute mentale, degli immigrati e delle persone detenute, nel tentativo di superare le macroscopiche e persistenti disuguaglianze che colpiscono queste categorie. Pur con le dovute differenze, nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e nelle disposizioni legislative e costituzionali nazionali emergono almeno finalità comuni, volte a garantire specifiche tutele e garanzie di inclusione.

Dal canto suo, la disciplina nazionale prova a costruire anche una integrazione tra l'assistenza e la cura, come prevedono il D.lgs. n. 229/1999 e la legge n. 328/2000, seguite poi da legislazioni regionali che disciplinano, a loro volta, nei propri territori, questi nuovi aspetti integrati, che consentono la cura e l'assistenza soprattutto di persone con disabilità e delle persone anziane, ma si occupano anche di particolari condizioni di intersezionalità nelle quali è necessario procedere simultaneamente integrando le attività socioassistenziali⁴⁵. Nel nostro Paese vi è ormai una lunga consuetudine di promozione dell'inclusione come uno degli aspetti fondamentali della stessa attività di cura: tale finalità è stata infat-

⁴³ Si pensi alle disposizioni sulla condizione di disabilità, quali la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità è stata approvata dall'Assemblea generale nel dicembre del 2006 e ratificata dall'Italia con legge n. 18 del 2009. Si veda in merito all'attuazione dell'Agenda 2030 dell'ONU il report che fotografa le difficoltà di raggiungimento dei 17 obiettivi previsti per le persone con disabilità, come dimostra il *Report on Disability and Development 2018: Realization of the Sustainable Development Goals by, for and With Persons with Disabilities*. United Nations Department of Economic and Social Affairs 2018, disponibile al seguente link: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/publication-disability-sdgs.html>. Anche la Convenzione europea dei diritti dell'uomo dedica una peculiare attenzione ai soggetti vulnerabili, come ha ricordato nella sua *Lectio magistralis* «Diritti umani e persone vulnerabili», tenuta dall'allora Presidente della Corte europea dei diritti dell'uomo, Robert Spano, all'Università Sapienza il 22 aprile 2022, ora disponibile al seguente link: https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/itervento_spano_20220503170732.pdf.

⁴⁴ C. COLAPIETRO, *Disabilità, solidarietà e tutela della salute* in I. CIOLLI (a cura di), *Salute diseguale*, Napoli, 2024.

⁴⁵ V. TONDI DELLA MURA, *La disabilità fra «sanità» e «assistenza» (ovvero fra le omissioni della politica e le innovazioni dell'amministrazione-sussidiaria)*, in *Federalismi.it*, 2011, 1 ss.; C. BUZZACCHI, S. LA PORTA (a cura di), *L'integrazione sociosanitaria e il diritto delle Regioni*, Torino, 2022.



ti perseguita anche nella legge di delega in materia di disabilità (22 dicembre 2021, n. 227) e nei successivi decreti legislativi attuativi⁴⁶.

La presenza, inoltre, sul nostro territorio di immigrati in condizione di indigenza, che non sempre conoscono la lingua italiana, ha moltiplicato i fenomeni di intersezionalità, ovvero quelle condizioni nelle quali le vulnerabilità e le disuguaglianze si intrecciano e generano effetti che non possono essere compresi analizzando ogni singolo aspetto isolatamente: se le condizioni di persona immigrata, in cattive condizioni di salute, reclusa, appartenente al genere femminile si presentano contemporaneamente, le tutele si rivelano progressivamente inadeguate⁴⁷. Si chiede perciò al SSN di adeguarsi e di trovare soluzioni che riportino l'equità laddove si annida la disuguaglianza⁴⁸.

4. Ancora sulla sostenibilità del SSN: è sostenibile ciò che riteniamo tale. Riflessioni conclusive

La salute è oggi al centro del dibattito politico; alle forze politiche si chiede "più salute". Le nuove tecnologie forniscono maggiore assistenza e il progresso scientifico garantisce cure più efficaci e su uno spettro sempre più ampio di patologie. In tali condizioni si può auspicare che il SSN resti sostenibile?

Ciò è possibile, sebbene sia necessaria la concomitanza di alcune condizioni.

In termini di costi e di spesa sanitaria è necessario ricordare che essa è il frutto di una concertazione e di scelte politiche che mediano tra vari interessi in gioco e che è nella legge di bilancio, la più alta espressione di indirizzo politico, che l'allocazione delle risorse si manifesta. Così come si è scelto in passato di ridurre le spese per la sanità, così come la scelta è stata in (minima) parte corretta con l'insorgere della pandemia e sotto la spinta dell'emergenza, è sempre possibile dedicare risorse maggiori per incrementare il benessere psicofisico dei cittadini e la qualità della vita⁴⁹.

Anche nella prospettiva futura di un Paese più anziano e con maggiori cronicità, il SSN potrà continuare a essere sostenibile se sarà in grado di ripensare l'organizzazione sul territorio, di articolare l'assistenza primaria e di base e se riuscirà a contenere le prestazioni inappropriate⁵⁰.

Lo stato dell'arte non è roseo: il Rapporto Cergas Bocconi del 2021 evidenzia come l'universalità del servizio è messo a dura prova da una serie di prestazioni *out of pocket* che riguardano in larga misura le vi-

⁴⁶ A. VITALE, *Il d. lgs. 62/2024 interviene sulle definizioni di disabilità, valutazione di base, accomodamento ragionevole e progetto di vita individuale in conformità con la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2024. È stato sottolineato il salto di qualità operato da più recenti disposizioni normative: «In altri termini, la concezione attuale di disabilità deve superare nel concreto la sola identificazione con la menomazione psico-fisica e considerare le esigenze esistenziali, relazionali, affettive e culturali, nonché soprattutto deve includere il ruolo della persona nei contesti ambientali e sociali in cui è inserita», così C. COLAPIETRO, *Disabilità, solidarietà e tutela della salute*, cit. 25.

⁴⁷ P. HILL COLLINS, *Intersectionality as Critical Social Theory*, Durham, 2019; A. LORENZETTI, *Genere e condizioni di vulnerabilità nell'emergenza: l'inesorabile emersione di una doppia marginalità*, in E. CATELANI, M. D'AMICO (a cura di), *Effetto Covid. Donne: la doppia discriminazione*, Bologna, 57 e ss.

⁴⁸ Non solo la Corte costituzionale si è occupata in più occasioni di salute degli immigrati, ma anche la CEDU in più occasioni, richiamando gli artt. 3, 8, 14 di salute dei vulnerabili in carcere, di salute mentale e capacità di agire.

⁴⁹ Si veda UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Focus 3, Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute*, in www.upbilancio.it, 2024, 11 ss.

⁵⁰ Sul punto si vedano, S. RICCI, A. MIGLINO, *Medicina e Società - Dalla tutela dell'integrità fisica al diritto alla salute*, Roma, 2005.

site specialistiche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici e la quasi la totalità della riabilitazione domiciliare e ambulatoriale; sicché si parla di universalismo selettivo, che peraltro non include coloro che hanno maggiori necessità di cura, ovvero i soggetti vulnerabili.

Un aspetto spesso trascurato riguarda i comportamenti del singolo, che possono garantire ulteriori margini di risparmio e un'ottimizzazione delle risorse disponibili. Attraverso la diffusione di una cultura del benessere psicofisico, da perseguire anche mediante serie politiche di alfabetizzazione dei cittadini, si può plasmare una capacità di resistenza nei confronti del mercato sanitario che trasforma ormai le prestazioni sanitarie in consumi e rende difficile distinguere quelle che sono utili e necessarie da quelle superflue e a volte dannose (si pensi ad esempio agli *screening* inappropriati, che possono sia creare inutili allarmi nel paziente ma anche richiesta di nuovi accertamenti per risposte dubbie e a volte risultare addirittura dannosi se non necessari). Le prestazioni superflue gravano sia sulla salute del singolo, sia sul SSN⁵¹.

Più attente politiche di prevenzione possono contribuire a ridurre o mantenere sostenibile la spesa sanitaria anche se la prevenzione richiede investimenti non solo economici ma anche culturali; sono perciò necessarie strategie e campagne per l'educazione alimentare e per l'adozione di stili di vita più virtuosi.

Una riorganizzazione territoriale della medicina, già avviata -non senza problemi - grazie al D.M. 77 del 2022, può ridurre i costi ospedalieri e le prestazioni più costose, affidando il paziente a strutture socio-sanitarie che lo assistono con continuità, risultando così le cure al contempo più efficaci e meno dispendiose economicamente. Valorizzare la tecnologia e servirsi con maggiore frequenza della telemedicina e rilanciare il ruolo e lo *status* dei medici di medicina generale invece che affidarsi a una medicina specialistica, non sempre in modo appropriato, può rappresentare una soluzione non solo virtuosa dal punto di vista finanziario, ma anche umano e culturale, tornando a porre al centro della discussione il concetto di cura e di benessere psicofisico, non la prestazione in sé⁵².

Tutto ciò risponde a un dovere di solidarietà e a un uso accorto delle risorse, nel rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio. Il SSN merita una seconda *chance*.

⁵¹ Si parla di "*disease mongering*", ovvero l'attività di medicalizzazione di pazienti, giustificata dal progresso e dall'aumento delle patologie che possono essere curate, al fine di espandere il mercato di medicinali e di prestazioni; sul punto, L. PAYER, *Disease Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick*, New York, 1992. L'aggravio che pesa sul SSN anche quando le prestazioni sono erogate dal privato e con una spesa *out pocket*, ovvero non coperta dal SSN, per il fatto che i rimborsi fiscali di quelle prestazioni gravano su tutta la cittadinanza.

⁵² Sull'uso virtuoso della telemedicina, C. BOTRUGNO, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica*, Roma, 2018. La telemedicina avrebbe anche il vantaggio di raggiungere fasce di popolazione spesso dimenticate dallo stesso SSN; si pensi all'uso della telemedicina in carcere, come ricorda ID., *Telemedicina e diritto alla salute in carcere: stato dell'arte, rischi e opportunità*, in *Biolaw journal*, 2021, 401 e ss.

