

INTRODUZIONE

Il presente lavoro ha lo scopo di analizzare il bilanciamento fra il trattamento dei dati in grado di rivelare lo stato di salute di una persona e il diritto alla privacy di quest'ultima. Tale bilanciamento risulta sempre più necessario all'interno di una *digital society*, nella quale la libertà e il diritto all'informazione assumono un ruolo centrale. L'obiettivo finale è dunque capire in che modo possono essere trattati i dati sanitari e per quali finalità, tenendo sempre in considerazione i diritti e le prerogative dell'interessato.

Il primo capitolo esaminerà l'evoluzione e la configurazione del diritto costituzionale alla salute. Dopo intensi dibattiti in Assemblea Costituente verrà elaborato il testo definitivo dell'art. 32 della Costituzione. Grazie all'apporto prima della giurisprudenza costituzionale e poi della dottrina si arriverà a qualificare il diritto alla salute quale valore assoluto ovvero quale diritto fondamentale- inviolabile e diritto sociale. Infatti, si dimostrerà la totale compatibilità del concetto di diritto inviolabile con quella di diritto sociale. La salute rappresenterà quindi un bene personale e sociale senza che mai prevalga l'uno aspetto sull'altro. Questo, verrà considerato sia come un diritto intransmissibile, imprescrittibile, irrinunciabile e indisponibile sia, come un diritto necessitante dell'intervento del legislatore per poter avere concreta attuazione. Si constaterà che, nonostante il diritto alla salute non sia un "nuovo diritto", una volta abbandonato l'orientamento di coloro che tendevano ad attribuire a tale articolo un carattere meramente programmatico e non precettivo, conquisterà una sfera talmente ampia ed effettiva di tutela, da farlo considerare, da questo punto di vista, come nuovo cioè emergente nella considerazione giuridico-sociale come diritto effettivamente tutelato. Infine, si approfondiranno le garanzie attiva e passiva del diritto alla salute e le competenze legislative in materia.

Il secondo capitolo, invece, verterà sulla nascita del concetto di privacy in ambito internazionale ed europeo, passando per concentrarsi, preliminarmente, sulla genesi e sul fondamento costituzionale del diritto alla privacy, esaminando dettagliatamente le impostazioni dottrinali e le pronunce giurisprudenziali sul tema. Si procederà poi ad analizzare l'evoluzione della privacy da una dimensione statica ad una dimensione dinamica, grazie alla quale tale diritto viene concepito come una serie di diritti che rendono la sua struttura complessa e articolata, orientata a caratterizzarsi come potere di

controllo sulla circolazione delle informazioni personali, finalizzato a tutelare la dignità delle persone. Successivamente, ci si soffermerà sul diritto alla protezione dei dati personali, che, nonostante sia stato considerato diritto fondamentale dell'individuo (articolo 8 della Carta di Nizza), non è stato oggetto di un'elaborazione dottrinarie e giurisprudenziale, ma è stato introdotto dal legislatore italiano, proprio con l'emanazione del codice privacy, il quale ha ricondotto ad un ordine sistematico la varietà degli ambiti normativi nei quali emerge la tutela della privacy. Tale capitolo, si concluderà con l'analisi delle novità apportate dalla giurisprudenza della Corte EDU, recepite dal Regolamento *General Data Protection Regulation* n. 679 del 2016. Infine, la rivoluzione apportata dal nuovo Regolamento e il conseguente contrasto di questo con molte disposizioni del Codice Privacy porteranno il legislatore nazionale all'emanazione del decreto attuativo 101/2018 volto all'adeguamento e all'armonizzazione della normativa italiana a quella europea, che si preoccupa di individuare le basi giuridiche che legittimano il trattamento dei dati degli interessati oltre a riconoscere a questi un'elevata protezione.

Il terzo ed ultimo capitolo tratterà specificamente della disciplina del Regolamento UE 2016/679 GDPR sul trattamento di categorie particolari di dati in ambito sanitario. Si farà riferimento all'articolo 9 del GDPR, il quale vieta di trattate particolari categorie di dati, tra cui rientrano i dati inerenti alla salute e si esamineranno le varie eccezioni al divieto di trattamento di tali dati, precisamente le eccezioni di cui alla lettera g), h), i), del secondo paragrafo dell'art. 9. Si osserverà che tale divieto discende dalla particolare delicatezza di tali dati, suscettibili di essere utilizzati per finalità meramente discriminatorie. I successivi paragrafi del capitolo tre si concentreranno principalmente sui trattamenti effettuati per finalità di cura, sulle relative differenze con la disciplina previgente, derivanti dalla fine del regime del "doppio binario" e sui trattamenti effettuati per motivi di interesse pubblico rilevante. A tal propositivo di richiamerà l'art. 2-sexies e l'art. 60 del nuovo Codice privacy. In seguito, si aprirà una parentesi sugli obblighi dei soggetti che effettuano trattamenti di dati in ambito sanitario, i quali concerneranno le informazioni da fornire agli interessati, il periodo di conservazione dei dati, la nomina di un DPO, la tenuta di un registro delle attività di trattamento. Per quanto riguarda il vizio di omesso trattamento, si vedrà che a volte, l'operatore sanitario dovrà, in deroga al proprio obbligo di segretezza professionale, comunicare i dati inerente alla salute di un paziente a terzi, per evitare un danno alla salute di questi

ultimi. Inoltre, si rimanderà alla giurisprudenza della Corte EDU, la quale accerterà i vari casi di indebito trattamento. Nell'ultimo paragrafo infine, si osserverà come vengono trattati i dati sanitari nell'emergenza Covid-19 e in che modo il trattamento di questi dati si concilia con la protezione dei dati personali dei diretti interessati. Si farà specifico riferimento all'*App Immuni*, al suo metodo di funzionamento e alla tutela che questa assicura agli utenti e i possibili rischi. Si concluderà affermando che il *trade-off* fra salute e privacy rappresenta semplicemente una falsa alternativa, poiché fra i due diritti non vi è un rapporto di esclusione, in quanto questi, sono diritti suscettibili di essere bilanciati in base alle esigenze concrete.

CAPITOLO I

PRINCIPI IN MATERIA DI DIRITTO ALLA SALUTE

1.1 La salute e il diritto alla salute: un profilo storico

L'inserimento del diritto alla salute nella Carta Costituzionale non è stato il frutto di una mera attività ricognitiva da parte del Costituente ma è stato il punto di arrivo di un processo lungo e complesso. Infatti, prima del 1948, la "salute" non era un diritto fondamentale garantito dall'ordinamento. La scelta operata dall'assemblea Costituente simboleggia il passaggio dallo Stato liberale allo Stato sociale.¹

Il "modello classico e tradizionalmente accettato di Stato liberale"², dominante nell'Europa occidentale del XIX secolo, aveva come dogma lo smithiano "*laissez faire*", il quale si basava sulla tutela di un'eguaglianza formale. Infatti, non era prevista una tutela generalizzata, né lo Stato aveva il compito di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, (limitano) di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini".³ L'incarico del Governo consisteva, invece, nel prevenire ed eventualmente reprimere e sanzionare lesioni degli interessi del consociato, così che i cittadini erano beneficiari di una mera tutela passiva.

Difatti, lo Stato liberale era caratterizzato da una serie di valori, i quali avevano come obiettivo quello di ridurre al minimo l'attività statale poiché ogni intervento dello stesso Stato era considerato come una vera e propria ingerenza.⁴ È con il modello liberale, che succede a quello assoluto in cui il singolo non possedeva alcun tipo di diritto se non quelle libertà concesse dal monarca, che inizia la scalata verso la conquista di una serie di diritti che oggi si trovano a fondamento del nostro ordinamento giuridico.

Per comprendere quale fosse il tipo di tutela accordata alla salute e quale la sua *ratio*, è necessario sottolineare la presenza, nello Stato preunitario, di figure

¹ Si veda, da un punto di vista storico, F. CONTI – G. SILEI, *Breve storia dello Stato sociale di diritto*, Roma, 2005; da un punto di vista giuridico, E. DICIOTTI, *Stato di diritto e diritti sociali*, in *Dir. quest. pubbl.*, 2004, n. 4.

² R. FERRARA, *L'ordinamento della Sanità*, Torino, 2007, 40.

³ Art. 3 Cost.

⁴ A conferma di tale tesi si vedano, N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Torino, 1990, 12 ss.; P. CALAMANDREI, *L'avvenire dei diritti di libertà*, in *Opere giuridiche*, a cura di M. Cappelletti, Napoli, 1968, 183 ss.

appartenenti alla burocrazia pubblica, che avevano la funzione di monitorare le questioni sanitarie.⁵

Dalla loro analisi, appare evidente che lo scopo di queste figure non fosse preminentemente quello della tutela della salute del singolo cittadino, quanto più di porre in essere un'azione "sanitaria"⁶, volta al controllo e alla salvaguardia della società. Questa azione era totalmente slegata dal cittadino, il quale poteva essere destinatario solo di un ristoro indiretto.

La motivazione di questo controllo sanitario era duplice: in primo luogo si voleva evitare la diffusione di malattie contagiose, così da consentire un costante aumento demografico, che era condizione per "avere una popolazione sana e numerosa, poiché la sanità ed il numero della popolazione è un presupposto necessario alla potenza dello Stato"⁷, in secondo luogo si volevano scongiurare rivolte, quasi sempre prodromiche a periodi di carestia o epidemia, a causa del malcontento e della paura che generano.

Dunque, si può evincere che la supervisione del Governo nel settore sanitario era finalizzata al controllo sociale e all'attuazione di più strategie di tipo politico ed economico, piuttosto che ad una tutela dei diritti e del benessere del cittadino.

Partendo da tali basi, ossia dalla tutela della salute al fine di garantire l'ordine pubblico, non stupisce il fatto che la l. 20 marzo 1865, n. 2248, la quale aveva l'ambizioso compito di unificare le funzioni amministrative nel novello Regno d'Italia, affidò le competenze sanitarie al Ministero dell'Interno e alle sue articolazioni territoriali e quindi ad un organo di natura prettamente amministrativa.

Tuttavia, anche se agli occhi dello Stato la salute rimaneva un fatto privato, esisteva, già da tempo, una rete sociale che curava tali bisogni di tipo sanitario. Questa rete sociale era caratterizzata dalle così dette "Opere Pie", le quali, all'insegna della Caritas e della dottrina cattolica⁸, avevano nei secoli creato un vero e proprio "Welfare

⁵ A titolo di esempio, si possono rammentare figure come quella del magistrato della sanità marittima o dei protomedici provinciali nel Regno Lombardo Veneto; l'istituzione, nel Granducato di Toscana, del soprintendente di sanità medica interna; nel Regno delle Due Sicilie, la genesi del Soprintendente generale di salute; infine, sempre nel Regno di Sardegna, all'inizio dell'Ottocento, di una compagine sanitaria, guidata da un protomedico, nonché l'adozione di un regolamento di polizia sanitaria. Per approfondire si veda, V. BARONI, *Profili di diritto sanitario*, Napoli, 1990

⁶ Cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007

⁷ F. CAMMEO, *Sanità pubblica: fonti e organizzazione*, in *Trattato di diritto amministrativo*, diretto da V.E. Orlando, Milano, 1905, IV, 213

⁸ Tali insegnamenti sono stati sempre presenti nel pensiero cristiano e trovano posto nel *De Civitate Dei* di Sant'Agostino, nonché negli insegnamenti di San Tommaso d'Aquino. Un interessante disamina storica su tali questioni si può trovare in R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI - G. CARPANI, Bologna, 2013, dove si riscontrano forme di assistenza già nel Medioevo, nell'aiuto ai pellegrini che viaggiavano verso i luoghi di culto.

State”, e nella quasi totalità dei casi erano l’unica possibilità di salvezza per i malati e indigenti.

Il primo concreto intervento da parte dello Stato in materia sanitaria, che si ebbe con la legge del 17 luglio 1890 numero 6972 sotto il governo di Francesco Crispi, tramutò le “Opere Pie” in Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza (meglio note come IPAB), aventi personalità giuridica. La legge Crispi pur non modificando, nella pratica, il controllo che gli enti religiosi avevano in materia, ebbe un ruolo fondamentale, poiché nel cosiddetto “deserto normativo”⁹ in cui versava l’ordinamento giuridico, rappresentò il punto di svolta con cui lo Stato comincia, anche per ragioni di ordine politico avverso la Chiesa, a prendere in carico la questione.

È opportuno precisare che il citato intervento comunque si trovava “al di fuori di una logica di posizioni soggettive dei cittadini-utenti, in qualche modo riconducibili ad una forma anche rozza e primitiva di diritto alla salute, anche qualificabile come mero “diritto sociale.”¹⁰

La suddetta normativa, nonostante non rappresentasse una rivoluzione copernicana, diede comunque inizio al cambiamento, soprattutto se letta in combinato disposto con un'altra legge ad essa coeva, la numero 5849 del 22 dicembre 1888, la quale garantiva ai più indigenti, inseriti in specifici elenchi, l’assistenza medica gratuita.

Con queste norme lo Stato decise di intervenire direttamente nel campo dell’assistenza¹¹, oltretutto per una fascia non poco ristretta della popolazione.

Le evoluzioni successive furono entrambe legate a due Regi Decreti. Il primo era il R.D. del 1° agosto 1907 numero 636, primo Testo Unico delle leggi sanitarie che, non portando alcun tipo di innovazione, ebbe un mero scopo ricognitivo volto a dare organicità alla materia. Il secondo, sempre un T.U. sulle leggi sanitarie, emanato con il R.D. 27 luglio 1934 numero 1265, è considerato l’intervento normativo più importante fino al 1978¹² e la stessa dottrina dell’epoca lo reputava di radicale impatto.¹³ Questo, infatti, prevedeva il passaggio, in piena armonia con la concezione organizzativa del regime fascista, da un sistema decentrato di decisione ed erogazione ad un sistema centralistico. Il ruolo principe era occupato dal Ministero dell’Interno, mediante la

⁹ R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, cit., 41

¹⁰ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 42

¹¹ Cruciale è il cambio di sostantivo, da “beneficienza” ad “assistenza”, ciò è evidenziato da R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, cit., 39. Tali espressioni, pur apparendo simili, celano il cambio di passo, prevedendo nell’assistenza un *quid pluris*, rispetto alla beneficienza.

¹² In cui con la legge di riforma sanitaria n. 833 venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale

¹³ A. LABIANCA, *Sanità pubblica*, in *Noviss. Dig. It.*, Torino, 1939, XI, 1045, e di R. ALESSI, *Le prestazioni amministrative rese ai privati*, Milano, 1956.

“Direzione generale della sanità pubblica” ed il “Consiglio superiore di sanità”, che erano al vertice di una struttura piramidale, la quale proseguiva e si ramificava con l’opera di Prefetti e di Podestà. Malgrado tale importante cambiamento sospinto da logiche di politica fascista, la quale affermava la necessità di uno Stato che si occupasse di tutta la vita del cittadino anche per chiare ragioni di dipendenza e controllo di quest’ultimo, la sanità rimaneva pur sempre un elemento ricondotto all’ordine pubblico.¹⁴

Inoltre, sempre in tale contesto, lo Stato si adoperava per la creazione di mutue assicurative¹⁵, al fine di assicurare ai lavoratori ed ai loro familiari, in seguito al versamento di contributi, l’assistenza medica, l’assistenza farmaceutica ed eventuali spese di degenza. Per la prima volta, quindi, si ebbe un intervento a favore di soggetti non indigenti. Proprio in questa situazione è possibile rintracciare la genesi primordiale del diritto alla salute, il quale comincia a sganciarsi dal perseguimento dell’ordine pubblico ed a costituirsi quale diritto del singolo. Effettivamente, mentre precedentemente vi era la beneficenza degli enti religiosi, a fine Ottocento si andava formando un modello assistenziale, caratterizzato da un obbligo giuridico a carico dello Stato e dell’apparato burocratico.¹⁶

Un altro elemento prodromico alla formazione del diritto alla salute, lo si può rinvenire nel Codice Civile del 1942, in special modo nell’articolo 5, nel quale si vietano “gli atti di disposizione del proprio corpo [...] quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all’ordine pubblico o al buon costume”.¹⁷ È evidente, mediante un’inferenza logica presuntiva, che l’ordinamento, punendo una determinata condotta, vuole tutelare l’interesse che risulta leso da quella medesima azione. Di conseguenza si può ritenere che, con questa norma, fosse già appreso, nel panorama del diritto, il concetto di salute quale bene che necessita di essere tutelato, anche dallo stesso titolare. Sulla base della medesima *ratio*, si cita l’articolo 2110 del presente Codice Civile, il quale sancisce il diritto, per infortunio, gravidanza e puerperio, alla percezione di una retribuzione o di un’indennità.

¹⁴ Emblematico è il Capo I della Sezione VI, del T.U., quando prevede che il medico provinciale debba informare il Prefetto di qualunque questione possa riguardare la sanità pubblica, proponendo provvedimenti al fine di ristabilire l’ordine violato.

¹⁵ Rette da enti pubblici, sottoposti al controllo del Ministero dell’Interno.

¹⁶ Si potrebbe rintracciare una nozione di servizio pubblico nel diritto nazionale. Si veda A. DE VALLES, *Servizi pubblici*, in Trattato di diritto amministrativo italiano, a cura di V.E. ORLANDO, Milano, 1923, p. 823

¹⁷ Art. 5 Codice civile 1942

Al termine di questa breve disamina storica, si può evincere che, se inizialmente la ragione che spinse lo Stato a tutelare il bene salute consisteva nella tutela dell'ordine pubblico e della collettività, l'evoluzione normativa, derivante anche da cause di ordine politico e storico, ha portato alla formulazione di un primordiale diritto del cittadino. Tuttavia, è necessario precisare che, non si può ancora ritenere raggiunto quel passaggio che sarà posto in essere con l'articolo 32 della Costituzione, il quale sembra essere stato l'esito di un'intuizione avuta dai Padri costituenti.

1.2 I primi dibattiti in Assemblea costituente e la formulazione dell'art. 32 Cost.

All'inizio dei lavori della Costituente fu dato poco spazio all'articolo 26, prima numerazione dell'articolo che si sarebbe dovuto dedicare al diritto alla salute. Infatti, la prima Sottocommissione¹⁸ che si occupava dei diritti e doveri dei cittadini, non si concentrò particolarmente su questo diritto, non mancando anche voci fortemente contrarie alla sua introduzione nella Costituzione.¹⁹ A riprova di ciò, si può utilizzare la prima formulazione dell'articolo che, pur prevedendo sempre due commi, era molto più scarno e stringato.²⁰

Al primo comma, l'articolo, senza specificare il suo rilievo²¹, impegnava la Repubblica alla “tutela della salute, dell'igiene ed ad garantire cure gratuite agli indigenti.”²² Il secondo comma, invece, aveva una formulazione ed un contenuto più simile all'odierno articolo 32, prevedendo che “nessun trattamento sanitario può essere

¹⁸ È bene ricordare, per quanto attiene al funzionamento dell'Assemblea Costituente, che i 556 membri eletti nel 1946 decisero di nominare una Commissione per la Costituzione, che contava 75 componenti (da cui il nome “Commissione dei settantacinque”), che si divisero ulteriormente in tre Sottocommissioni, che, rispettivamente, si sarebbero occupate della stesura “dei diritti e dei doveri dei cittadini”, dell'organizzazione dello Stato ed infine dei “rapporti economici e sociali”. Il prodotto di queste venne poi affidato al “comitato dei diciotto” (detto anche “comitato di redazione”), che provvide, materialmente, a redigere il testo della Carta.

¹⁹ Di una certa virulenza fu la critica proveniente dall'area laica e radicale, come si vedrà in seguito.

²⁰ Articolo 26 progetto dell'Assemblea Costituente, Atti dell'Assemblea Costituente, Seduta del 23-24 aprile 1947: “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”.

²¹ Come sarà più avanti esposto, quello alla salute è l'unico diritto ad essere definito “fondamentale”.

²² Articolo 26 progetto dell'Assemblea Costituente, in *Atti dell'Assemblea Costituente*, Seduta del 23-24 aprile 1947

reso obbligatorio se non per legge”²³ e affermando il divieto di compiere “pratiche sanitarie lesive della dignità umana”²⁴.

In questa prima formulazione manca del tutto l’affermazione forte della salute come diritto fondamentale. Si può quindi osservare che mancando questo inciso, frutto di emendamenti successivi, la collocazione tra i diritti sociali *tout court*, intesi nella interpretazione classica di principi programmatici e “condizionati”²⁵, suscettibili cioè di essere attuati dai pubblici poteri, appariva di chiara evidenza e scevra da particolari problematiche. Dall’analisi del testo dell’art. 26 balza all’occhio la veste sociale data alla salute: il sintagma “La Repubblica tutela la salute” sottolinea l’incarico che lo Stato assume nei confronti del bene salute. Tuttavia, la prospettiva è solo verticale, poiché presuppone un collegamento tra l’individuo, il quale deve essere preservato da una serie di situazioni che mettono in pericolo il bene in questione, e l’apparato statale che si assume il compito di predisporre i mezzi giuridici e materiali per rendere concreto “l’interesse” del singolo.

Gli emendamenti successivi della Costituente, posti in essere nella seduta del 24 aprile 1947, portarono poi alla formulazione attuale e alla collocazione del nuovo art. 32 Cost. nel titolo secondo della parte prima della Costituzione, sotto la dicitura “rapporti etico-sociali”.

È proprio in questa seduta che illustri esponenti, sia di parte liberale, sia cattolica, intervennero, ponendo in luce gli aspetti più problematici di una simile tutela costituzionale.²⁶

Si riportano le severe parole di Francesco Saverio Nitti, un autorevole componente della classe politica pre-repubblicana, che partecipò ai lavori dell’Assemblea costituente, in base al quale “la Repubblica, fin da ora, assume come obblighi di tutelare la sanità, promuovere l’igiene e garantire cure gratuite agli indigenti. Voi sapete quale è la situazione dell’Italia, voi sapete che cosa sono gli ospedali, quale è la situazione di almeno i nove decimi dell’Italia, in cui manca e per parecchi anni mancherà un po’ di tutto. E noi assumiamo proprio adesso, improvvisamente, l’impegno di assicurare tutte queste cose che non potremo, per parecchi anni, assicurare? Ora,

²³ *Ibidem*

²⁴ Di nuovo Articolo 26 progetto dell’Assemblea Costituente, in *Atti dell’Assemblea Costituente*, Seduta del 23-24 aprile 1947

²⁵ Cfr. V. CRISAFULLI, *Le norme “programmatiche” della Costituzione*, in *Studi di diritto costituzionale in memoria di L. Rossi*, Milano, 1952

²⁶ Cfr. E. LONGO, A. SIMONCINI, voce *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, Torino, 2006, pag. 656.; v. anche B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1983, pag. 21 ss

credete che sia buona procedura promettere in nome della Repubblica ciò che non si può mantenere? E perché farne materia di Costituzione?”.²⁷ È opportuno esplicitare anche l'intervento di un esponente della democrazia cristiana, Fiorentino Sullo, secondo cui: “si può affermare che, in questa prima parte del progetto di Costituzione, vi siano due categorie di diritti: i diritti di libertà e i diritti sociali. I diritti di libertà sono riaffermati più per un valore polemico nei riguardi delle violazioni che si sono avute da parte del fascismo dei diritti stessi che per altre ragioni che sono ormai nella coscienza del mondo moderno. I diritti sociali, invece, costituiscono delle innovazioni e dei germi che potranno avere uno sviluppo nella legislazione ordinaria. Ma questo articolo 26 non afferma in realtà né diritti di libertà, né diritti sociali.”²⁸

In risposta alle prime titubanze circa l'opportunità di inserire nella Costituzione un articolo sul tema della salute, sempre nella seduta del 24 aprile 1947, molti onorevoli avanzarono numerosi apprezzamenti. Una volta concordi sulla necessità della sua introduzione, non vi furono adeguate e numerose opposizioni sull'emendamento proposto per primo dall'On. Caronia, il cui intento era di considerare la salute come diritto fondamentale dell'individuo.

L'On. Caronia, costituente della Democrazia Cristiana, esprimeva infatti una “meritata lode alla Commissione dei settantacinque che non ha dimenticato di consacrare nella Costituzione i principi fondamentali riguardanti la tutela della salute, dando così una preventiva risposta all'onorevole Sullo, che vorrebbe escludere dalla Costituzione ogni cenno ad una delle più alte funzioni dello Stato e ad uno dei diritti più sacrosanti del cittadino”.²⁹

Ancora, l'On. Merighi, socialista, criticava aspramente il punto di vista di Sullo, affermando: “a me pare invece che sia intuitivo che le condizioni sanitarie della popolazione devono essere considerate come realmente diritti sociali. Ma c'è anche un'altra cosa che bisogna considerare a proposito della libertà: cioè che per me - e forse per molti di noi - la salute è il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo. Un

²⁷ Intervento in Assemblea costituente dell'ON. NITTI, in *Atti Assemblea costituente*, seduta del 19 aprile 1947, in *La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori della Assemblea costituente*, a cura del Segretario generale della Camera dei Deputati, Roma, 1970, vol. II, pag. 1034.

²⁸ Intervento in Assemblea costituente dell'ON. SULLO, in *Atti Assemblea costituente*, seduta del 24 aprile 1947, in *La Costituzione*, cit., vol. II, pag. 1214

²⁹ Intervento in Assemblea costituente dell'ON. CARONIA, in *Atti Assemblea costituente*, seduta del 24 aprile 1947, in *La Costituzione*, cit., vol. II, pag. 1215.

individuo malato o minorato nelle sue capacità fisiche e intellettuali, indubbiamente, non è più un uomo libero”.³⁰

In definitiva, grazie all’importante intuizione degli onorevoli *supra* citati viene elaborato il testo definitivo del nuovo art. 32 Cost., in base al quale “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.”³¹

L’articolo in questione ha comportato una netta rottura rispetto al periodo liberale e fascista: infatti agli occhi del giurista liberale la norma sembrava descrivere posizioni giuridiche assai differenti quali interessi individuali e della collettività (“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”), diritti a prestazioni (“e garantisce cure gratuite agli indigenti”), libertà negative (“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”), divieti perentori per il legislatore (“La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”).³² Tuttavia è ormai pacifico che l’apparente complessità oggettiva del diritto alla salute garantisca in realtà un unico bene fondamentale della persona, la cui realizzazione è affidata a molteplici strumenti di garanzia.³³

Il tenore della norma si traduce nell’interesse al bene-salute³⁴: bene giuridico, considerato unitariamente, oggetto tanto dell’interesse individuale quanto di quello collettivo.

In conclusione, dall’esame dei lavori dell’Assemblea costituente, emerge che l’intento verso il miglior stato di salute possibile è un’aspirazione naturalmente umana, che nel tempo ha guadagnato il ruolo di pretesa riconosciuta dall’ordinamento giuridico italiano. Alla base di ciò vi è senza dubbio l’evidenza che la salute rappresenta un vero e proprio valore, sul quale il diritto positivo può incidere, alla luce anche della rilevanza che esso ha nei rapporti personali, sociali e giuridici dei cittadini.³⁵

³⁰ Intervento in Assemblea costituente dell’ON. MERIGHI, in *Atti Assemblea costituente*, seduta del 24 aprile 1947, in *ibidem*, vol. II, pag. 1219.

³¹ Art. 32 Cost.

³² Cfr. E. LONGO, A. SIMONCINI, *voce art. 32*, cit., 656

³³ E. LONGO, A. SIMONCINI, *op. ult. cit.* 656

³⁴ M. LUCIANI, *Salute* (ad vocem), in *Enciclopedia Giuridica*, XXVII, Roma, 1991, pag. 2

³⁵ Cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., 21