

ě

Collana Brěvitě

DIRITTO SANITARIO

intra



Collana Brëvitër
Quantum necesse est



Edizioni Intra[®]
www.intraedizioni.it
edizioni@intra.pro

Tutti i diritti riservati.
Copyright © 2026 Intra S.r.l.s. – Pesaro, Marche, Italia

ISBN 979-12-5991-828-4

Indice sommario

Indice sommario	3
Nota introduttiva	9
PARTE I – Il diritto alla salute e il sistema delle fonti	12
Capitolo 1 – Il diritto alla salute nell'ordinamento costituzionale	12
1.1. La salute come diritto fondamentale: la genesi dell'art. 32 Cost.	12
1.2. La duplice natura del diritto alla salute: diritto di libertà e diritto sociale	13
1.3. La salute come interesse della collettività	14
1.4. I trattamenti sanitari obbligatori e i loro limiti costituzionali	14
1.5. Uguaglianza, dignità e tutela delle persone vulnerabili	15
Capitolo 2 – Le fonti sovranazionali ed europee	17
2.1. La Convenzione europea dei diritti dell'uomo	17
2.2. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea	18
2.3. Le competenze dell'Unione europea in materia sanitaria	19
2.4. L'assistenza sanitaria transfrontaliera	19
2.5. La mobilità dei pazienti e dei professionisti sanitari	20
Capitolo 3 – Stato, Regioni ed enti locali nella tutela della salute	22
3.1. Il riparto di competenze legislative: l'art. 117 Cost.	22
3.2. I principi fondamentali della legislazione statale e la legislazione regionale di dettaglio	23
3.3. Le funzioni amministrative: sussidiarietà e leale collaborazione	24
3.4. I poteri sostitutivi statali	24
3.5. Il regionalismo sanitario: uniformità e differenziazione	25
3.6. L'autonomia differenziata e la sanità dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 192/2024	26
PARTE II – Il Servizio sanitario nazionale: storia, organizzazione, territorio	28
Capitolo 4 – Nascita ed evoluzione del SSN	28
4.1. Il sistema mutualistico anteriore alla riforma del 1978	28
4.2. La legge 23 dicembre 1978, n. 833: istituzione del Servizio sanitario nazionale	29
4.3. La riforma dell'aziendalizzazione: i decreti legislativi nn. 502/1992 e 517/1993	30
4.4. La riforma Bindi: il decreto legislativo n. 229/1999	30

4.5. Gli sviluppi successivi: contenimento della spesa, Patto per la salute e Missione Salute del PNRR	31
Capitolo 5 – Programmazione, finanziamento e controllo	33
5.1. La programmazione sanitaria: il Piano sanitario nazionale	33
5.2. I Piani sanitari regionali e la programmazione locale	33
5.3. Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale	34
5.4. Il monitoraggio della spesa e l'equilibrio di bilancio	35
5.5. I controlli sulla gestione economico-finanziaria delle Aziende sanitarie	35
5.6. I contratti pubblici in sanità	36
Capitolo 6 – Le amministrazioni sanitarie nazionali e regionali	38
6.1. Il Ministero della salute	38
6.2. Il Consiglio superiore di sanità	39
6.3. L'Istituto Superiore di Sanità	39
6.4. L'Agenzia Italiana del Farmaco	40
6.5. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali	40
6.6. Le Regioni e i sistemi sanitari regionali	41
Capitolo 7 – Aziende e strutture del SSN	42
7.1. L'atto aziendale e l'autonomia delle Aziende sanitarie	42
7.2. Le Aziende sanitarie locali: organi e articolazione	42
7.3. Le Aziende ospedaliere e le Aziende ospedaliero-universitarie	43
7.4. Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	44
7.5. I Dipartimenti e i presidi ospedalieri	45
7.6. Gli organi di controllo e la governance aziendale	45
Capitolo 8 – L'assistenza territoriale	47
8.1. La riforma dell'assistenza territoriale: origine e finalità del d.m. 23 maggio 2022, n. 77	47
8.2. Il Distretto	48
8.3. Le Case della comunità	48
8.4. Gli Ospedali di comunità	49
8.5. Le Centrali operative territoriali	49
8.6. L'assistenza domiciliare integrata	50
8.7. Medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale	51
8.8. L'integrazione tra rete ospedaliera e rete territoriale	51
Capitolo 9 – L'integrazione sociosanitaria e la presa in carico della persona fragile	53
9.1. La nozione di prestazione sociosanitaria e il suo fondamento normativo	53

9.2. Il Punto unico di accesso e la valutazione multidimensionale del bisogno	54
9.3. La non autosufficienza e la disabilità	54
9.4. La residenzialità e la semiresidenzialità	55
9.5. La salute mentale	55
9.6. Le dipendenze patologiche	56
9.7. I rapporti con i Comuni e con gli enti del Terzo settore	57
PARTE III – Prestazioni, prevenzione e soggetti erogatori	58
Capitolo 10 – I livelli essenziali di assistenza: definizione, aggiornamento, garanzia ed effettività	58
10.1. Nozione e fondamento dei livelli essenziali di assistenza	58
10.2. Il procedimento di individuazione e di aggiornamento	59
10.3. Le aree di assistenza	59
10.4. Il monitoraggio dell'erogazione: il Nuovo Sistema di Garanzia	60
10.5. Garanzia ed effettività: tutela giurisdizionale e limiti	60
Capitolo 11 – Accesso alle cure e diritti dell'utente	62
11.1. L'iscrizione al Servizio sanitario nazionale e la scelta del medico	62
11.2. La libertà di scelta della struttura e del professionista	62
11.3. Le liste di attesa	63
11.4. La mobilità sanitaria interregionale	64
11.5. Ticket e esenzioni dalla compartecipazione alla spesa	65
11.6. Trasparenza, partecipazione e tutela amministrativa dell'utente	65
Capitolo 12 – Prevenzione collettiva e sanità pubblica	67
12.1. Nozione e fondamento della prevenzione collettiva	67
12.2. Profilassi delle malattie infettive e vaccinazioni	67
12.3. Sorveglianza epidemiologica	68
12.4. Sicurezza alimentare e sanità veterinaria	69
12.5. La tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro	69
12.6. Il diritto delle emergenze sanitarie: poteri, competenze e limiti	70
Capitolo 13 – Soggetti privati, autorizzazione e accreditamento	72
13.1. La libertà di iniziativa economica privata in sanità	72
13.2. L'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio	72
13.3. L'accreditamento istituzionale	73
13.4. Gli accordi contrattuali e i tetti di spesa	73
13.5. La remunerazione delle prestazioni	74

13.6. Vigilanza e controlli sulle strutture private	75
Capitolo 14 – Assistenza farmaceutica e dispositivi medici	76
14.1. L'organizzazione del servizio farmaceutico	76
14.2. L'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali	76
14.3. Classificazione e rimborsabilità dei farmaci	77
14.4. Le farmacie e la farmacia dei servizi	77
14.5. I dispositivi medici	78
14.6. Farmacovigilanza e vigilanza sui dispositivi medici	79
14.7. La sperimentazione clinica	79
PARTE IV – Professioni e lavoro in sanità	81
Capitolo 15 – Professioni sanitarie, ordini e deontologia	81
15.1. Le professioni sanitarie regolamentate: nozione e classificazione	81
15.2. Gli Ordini delle professioni sanitarie: natura e organi	81
15.3. L'iscrizione all'albo e l'esercizio della professione	82
15.4. La formazione continua in medicina	83
15.5. La deontologia professionale	83
15.6. Il procedimento disciplinare	84
15.7. L'esercizio abusivo della professione sanitaria	84
Capitolo 16 – Il lavoro nel SSN: rapporto di lavoro, dirigenza, convenzioni, libera professione	86
16.1. Le fonti del rapporto di lavoro: il comparto sanità	86
16.2. La dirigenza medica e sanitaria: esclusività del rapporto e libera professione intramuraria	86
16.3. Il lavoro convenzionato: medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale	87
16.4. Accesso, incarichi dirigenziali e incompatibilità	88
16.5. La sicurezza sul lavoro del personale sanitario	88
PARTE V – La persona e il rapporto di cura	90
Capitolo 17 – Informazione, consenso e autodeterminazione terapeutica	90
17.1. Il fondamento normativo: la legge 22 dicembre 2017, n. 219	90
17.2. La relazione di cura e l'obbligo di informazione	91
17.3. I requisiti del consenso: forma e documentazione	91
17.4. Il rifiuto e la revoca del consenso	92
17.5. Lo stato di necessità e le situazioni di urgenza	92
17.6. Il consenso della persona minore di età	93

17.7. Il consenso della persona incapace e l'amministrazione di sostegno	93
Capitolo 18 – Pianificazione delle cure, DAT, cure palliative e fine vita	95
18.1. La pianificazione condivisa delle cure	95
18.2. Le disposizioni anticipate di trattamento e il fiduciario	95
18.3. Le cure palliative e la terapia del dolore	96
18.4. Il divieto di ostinazione irragionevole e la sedazione palliativa profonda continua	97
18.5. Rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale e nutrizione e idratazione artificiali	97
18.6. Il suicidio medicalmente assistito	98
Capitolo 19 – Documentazione sanitaria e protezione dei dati	100
19.1. La cartella clinica: natura giuridica e funzione probatoria	100
19.2. Formazione, contenuto e conservazione	100
19.3. L'accesso alla documentazione sanitaria	101
19.4. Il segreto professionale	102
19.5. Il trattamento dei dati relativi alla salute: principi e basi giuridiche	102
19.6. Le comunicazioni e la circolazione dei dati sanitari	103
PARTE VI – La responsabilità sanitaria	104
Capitolo 20 – Sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico	104
20.1. La sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute	104
20.2. Il difensore civico per il diritto alla salute	105
20.3. I Centri per la gestione del rischio sanitario e l'Osservatorio nazionale	105
20.4. Le linee guida: il Sistema Nazionale Linee Guida	106
20.5. Le buone pratiche clinico-assistenziali	106
20.6. La trasparenza dei dati e l'obbligo di comunicazione	107
Capitolo 21 – La responsabilità civile della struttura e del sanitario	108
21.1. Il superamento del "contatto sociale qualificato": il sistema del doppio binario	108
21.2. La responsabilità contrattuale della struttura sanitaria	108
21.3. L'estensione della responsabilità contrattuale della struttura	109
21.4. La responsabilità extracontrattuale del sanitario	110
21.5. La responsabilità del sanitario extramurario e della struttura privata non accreditata	110
21.6. La responsabilità nell'attività d'équipe	111
Capitolo 22 – Prova, causalità e danno	113

22.1. Il riparto dell'onere della prova	113
22.2. Il nesso di causalità: causalità materiale e causalità giuridica	113
22.3. Il concorso di cause	114
22.4. La perdita di chance	115
22.5. Il danno da lesione del diritto all'autodeterminazione	115
22.6. I danni risarcibili e la loro liquidazione	116
22.7. La rilevanza probatoria della documentazione sanitaria incompleta	116
Capitolo 23 – Responsabilità penale, disciplinare ed erariale	118
23.1. La responsabilità penale del sanitario: colpa medica e reati tipici	118
23.2. L'art. 590-sexies c.p.: la causa di non punibilità per imperizia	118
23.3. I limiti della causa di non punibilità	119
23.4. La responsabilità disciplinare	120
23.5. La responsabilità amministrativo-contabile	120
23.6. L'azione di rivalsa	121
Capitolo 24 – Assicurazione e tutela processuale	122
24.1. L'obbligo assicurativo delle strutture e dei sanitari	122
24.2. Il decreto attuativo n. 232/2023: requisiti minimi delle polizze	122
24.3. L'azione diretta del danneggiato e il Fondo di garanzia	123
24.4. La consulenza tecnica preventiva quale condizione di procedibilità	124
24.5. La mediazione quale alternativa equivalente	124
24.6. Il giudizio di merito e la consulenza tecnica d'ufficio	125
PARTE VII – Sanità digitale	126
Capitolo 25 – Fascicolo sanitario elettronico, telemedicina e intelligenza artificiale in sanità	126
25.1. Il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: quadro normativo	126
25.2. Contenuti, finalità e accesso al FSE	127
25.3. L'Ecosistema Dati Sanitari e l'uso secondario dei dati	127
25.4. La telemedicina: quadro normativo e servizi	128
25.5. Responsabilità e telemedicina	128
25.6. L'intelligenza artificiale in sanità: l'AI Act e i dispositivi medici	129
25.7. La decisione clinica assistita da intelligenza artificiale: supervisione umana e responsabilità	130
Indice analitico	131

Nota introduttiva

Struttura del volume.

Il volume è organizzato in sette Parti e venticinque capitoli, per un totale di centocinquantatré paragrafi numerati. La Parte Prima espone i fondamenti costituzionali e sovranazionali del diritto alla salute e il riparto di competenze tra Stato, Regioni ed enti locali. La Parte Seconda ricostruisce la nascita, l'organizzazione e il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, sino alla riforma dell'assistenza territoriale e all'integrazione sociosanitaria. La Parte Terza è dedicata alle prestazioni, alla prevenzione collettiva e ai soggetti erogatori, pubblici e privati. La Parte Quarta esamina le professioni sanitarie e il lavoro nel Servizio sanitario nazionale. La Parte Quinta tratta la persona e il rapporto di cura: consenso informato, pianificazione delle cure, fine vita, documentazione sanitaria e protezione dei dati. La Parte Sesta è dedicata alla responsabilità sanitaria, dalla sicurezza delle cure alla responsabilità civile, penale, disciplinare ed erariale, sino alla tutela assicurativa e processuale. La Parte Settima chiude il volume con la sanità digitale: fascicolo sanitario elettronico, telemedicina e intelligenza artificiale.

Criteri di selezione.

Ogni paragrafo risponde all'esigenza di fornire ciò che è necessario per orientarsi nella materia e rispondere a una domanda d'esame o di concorso, non ogni possibile approfondimento dottrinale. I rinvii interni (§ e Capitolo) permettono di richiamare un istituto già esaminato senza ripeterne la trattazione: il consenso informato, ad esempio, ha un'unica sede sistematica compiuta (§ 17.1 e ss.), richiamata dove necessario a proposito della sperimentazione clinica e della responsabilità sanitaria; lo stesso vale per la disciplina dei livelli essenziali di assistenza (§ 10.1), costantemente richiamata nella parte relativa alle prestazioni.

L'integrazione tra profilo istituzionale e responsabilità sanitaria.

A differenza di altri manuali della materia, che trattano separatamente l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e la responsabilità sanitaria – spesso rinviando quest'ultima a un volume dedicato – questo volume riunisce le due prospettive in un'unica trattazione organica. Il lettore trova così, nello stesso testo, tanto l'inquadramento pubblicistico del sistema sanitario quanto la disciplina sostanziale e processuale della responsabilità del sanitario e della struttura, che la prassi professionale richiede di conoscere congiuntamente.

Nessuna scheda, nessun box.

Coerentemente con l'impostazione dell'intera collana Brëvitër, il volume non fa uso di schede riassuntive, box di approfondimento, elenchi di parole chiave o questionari a fine capitolo. La chiarezza è affidata al solo testo – definizioni precise, riferimenti normativi e giurisprudenziali essenziali, un solo esempio dove serve – non all'alternanza di schemi grafici, che possono spesso distrarre ed essere controproducenti.

Aggiornamento normativo e giurisprudenziale.

Il testo tiene conto degli sviluppi più recenti rilevanti per la materia, tra cui la riforma dell'assistenza territoriale recata dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77, il decreto attuativo della legge Gelli-Bianco in materia di polizze assicurative (d.m. 15 dicembre 2023, n. 232), il regolamento (UE) 2024/1689 sull'intelligenza artificiale, il Fascicolo sanitario elettronico 2.0, e la più recente giurisprudenza costituzionale in tema di fine vita, sino alla sentenza della Corte costituzionale n. 204 del 2025.



Collana Brëvitàr
Quantum necesse est

I volumi della Collana sono caratterizzati da un approccio essenziale, realizzato attraverso un linguaggio chiaro e un impaginato lineare – solo testo, senza riquadri, colori o rimandi grafici che distraggono dalla lettura – pensato per favorire concentrazione e memorizzazione. Capitoli brevi e autosufficienti, così da poter essere letti e ripassati in poco tempo, senza rinunciare al rigore scientifico e all’aggiornamento normativo e giurisprudenziale. Con un’accurata selezione di ciò che è davvero necessario per comprendere e ricordare gli istituti fondamentali di una disciplina, i volumi rappresentano un supporto per quanti debbano preparare un esame o un concorso, ma anche per i professionisti e per tutti coloro che hanno necessità di conoscere, riprendere e fissare i fondamenti di singole discipline giuridiche.

PARTE I – Il diritto alla salute e il sistema delle fonti

Capitolo 1 – Il diritto alla salute nell'ordinamento costituzionale

Il diritto alla salute costituisce, nell'ordinamento italiano, la matrice costituzionale dell'intera disciplina che il presente volume esamina. Prima di addentrarsi nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, occorre fissare i caratteri fondamentali di tale diritto, la sua duplice natura di libertà e di pretesa sociale, e i limiti che ne condizionano la compressione da parte dei pubblici poteri.

1.1. La salute come diritto fondamentale: la genesi dell'art. 32 Cost.

Prima dell'entrata in vigore della Costituzione, la tutela della salute non costituiva oggetto di un diritto soggettivo del singolo, ma una funzione di polizia sanitaria rimessa alla discrezionalità dell'amministrazione. Il Testo unico delle leggi sanitarie del 1934 collocava la materia nell'alveo della tutela dell'ordine pubblico e dell'incolumità collettiva: l'intervento statale si giustificava in ragione della difesa della collettività da pericoli epidemici, non ancora in funzione della protezione della persona in quanto tale. In questa impostazione, l'individuo era destinatario di obblighi e limitazioni, non titolare di pretese azionabili.

La rottura rispetto a tale impostazione si compie con l'art. 32 Cost., che recita: *«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»*. La disposizione fu, all'epoca della sua adozione, tra le prime in Europa a elevare la salute al rango di diritto fondamentale della persona, anticipando soluzioni che solo più tardi troveranno riconoscimento in altri ordinamenti e in atti internazionali.

La Corte costituzionale ha da tempo chiarito che l'art. 32 non esprime una mera enunciazione programmatica, priva di immediata operatività, bensì una norma immediatamente precettiva, capace di produrre effetti diretti nei rapporti tra cittadino e pubblici poteri e

di orientare l'interpretazione dell'intero ordinamento sanitario. Da questa qualificazione derivano conseguenze pratiche di rilievo: il legislatore ordinario non gode di una discrezionalità piena nel conformare il diritto alla salute, ma incontra un limite nel nucleo di garanzie che la disposizione costituzionale individua direttamente.

1.2. La duplice natura del diritto alla salute: diritto di libertà e diritto sociale

L'art. 32 Cost. presenta una struttura bifronte, che la dottrina e la giurisprudenza costituzionale hanno progressivamente messo a fuoco. Da un lato, il diritto alla salute si atteggiava come diritto di libertà, ossia come pretesa dell'individuo a non subire interferenze esterne, pubbliche o private, nella sfera della propria integrità psicofisica: in questa accezione, il diritto alla salute si salda con il diritto all'autodeterminazione terapeutica, di cui il secondo comma dell'art. 32 costituisce diretta espressione (v. § 1.4, e per la disciplina del consenso informato, § 17.1).

Dall'altro lato, il diritto alla salute si configura come diritto sociale, ossia come pretesa a ottenere dai pubblici poteri le prestazioni necessarie alla cura e alla prevenzione delle malattie. In questa dimensione, il diritto non si esaurisce in un divieto di interferenza, ma implica un obbligo positivo di organizzazione: la predisposizione di strutture, personale, risorse e prestazioni idonee a rendere effettiva la tutela della salute (v. Parte II).

La qualificazione del diritto alla salute come diritto sociale pone il problema del suo bilanciamento con le risorse disponibili, poiché le prestazioni sanitarie comportano un costo che grava sulla finanza pubblica. La Corte costituzionale ha risolto tale tensione elaborando la nozione di *nucleo irriducibile* del diritto alla salute: un contenuto minimo ed essenziale della garanzia costituzionale, sottratto al bilanciamento con le esigenze di bilancio e non comprimibile nemmeno a fronte di situazioni di scarsità delle risorse pubbliche. Al di fuori di tale nucleo, il legislatore conserva un margine di discrezionalità nel graduare l'estensione e le modalità delle prestazioni, purché l'esercizio di tale discrezionalità non si traduca in un pregiudizio del contenuto minimo del diritto o in una lesione manifestamente irragionevole della sua effettività. Questo bilanciamento costituisce

la matrice concettuale della disciplina dei livelli essenziali di assistenza (v. § 10.1).

1.3. La salute come interesse della collettività

L'art. 32 Cost. non tutela la salute soltanto come bene individuale, ma la qualifica altresì come interesse della collettività. Questa seconda dimensione giustifica interventi pubblici che trascendono la sfera del singolo e che si giustificano in ragione della tutela della salute pubblica nel suo complesso: la disciplina della profilassi delle malattie infettive, le misure di sorveglianza epidemiologica, la regolazione dell'igiene degli alimenti e dei luoghi di vita e di lavoro trovano in questa componente collettiva del diritto alla salute il proprio fondamento costituzionale (v. § 12.1).

La dimensione collettiva spiega altresì la previsione, contenuta nello stesso primo comma dell'art. 32, della gratuità delle cure agli indigenti: un principio che, letto in combinato disposto con l'art. 3, comma 2, Cost., pone a carico della Repubblica l'obbligo di rimuovere gli ostacoli economici e sociali che impediscono l'accesso effettivo alle prestazioni sanitarie, e che costituisce una delle premesse costituzionali dell'universalismo del Servizio sanitario nazionale (v. § 4.1).

La coesistenza delle due dimensioni – individuale e collettiva – genera tensioni che l'interprete è chiamato a comporre caso per caso. L'interesse della collettività può giustificare limitazioni alla libertà di autodeterminazione individuale, come accade nella disciplina dei trattamenti sanitari obbligatori (v. § 1.4); per converso, l'interesse individuale alla salute impone che tali limitazioni non si traducano in un sacrificio sproporzionato della persona, la quale resta titolare di un nucleo di garanzie non comprimibile nemmeno in nome di finalità collettive.

1.4. I trattamenti sanitari obbligatori e i loro limiti costituzionali

Il secondo comma dell'art. 32 Cost. sancisce il principio secondo cui nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La norma pone anzitutto una riserva di legge in senso relativo: l'introduzione di un trattamento sanitario obbligatorio richiede una fonte primaria, che ne definisca i presupposti, le modalità e i soggetti destinatari, mentre alla fonte secondaria può essere rimessa soltanto la disciplina esecutiva o tecnica.

La riserva di legge non esaurisce, tuttavia, le condizioni di legittimità costituzionale di un trattamento sanitario obbligatorio. La Corte costituzionale ha individuato un duplice limite sostanziale, ulteriore rispetto alla riserva di legge: il trattamento deve essere diretto non soltanto a preservare lo stato di salute di chi vi è sottoposto, ma anche a preservare la salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore finalità, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione dell'autodeterminazione individuale; inoltre, il trattamento non deve incidere negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze relative al normale rischio inerente al trattamento stesso. Ove il trattamento comporti un pregiudizio ulteriore rispetto a tale rischio normale, l'ordinamento deve prevedere forme di indennizzo a favore del soggetto danneggiato: principio che ha trovato attuazione con riguardo ai danni da vaccinazioni obbligatorie e da emotrasfusioni.

Il terzo comma dell'art. 32 Cost. pone infine un limite invalicabile, che opera indipendentemente dalla sussistenza di una legge abilitante: la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Si tratta di una clausola di chiusura che sottrae alla disponibilità del legislatore ordinario un contenuto minimo di dignità della persona, insensibile a qualunque bilanciamento con l'interesse collettivo, e che costituisce il fondamento costituzionale del divieto di trattamenti sanitari degradanti o lesivi dell'integrità psicofisica al di là di quanto strettamente necessario al perseguimento dello scopo terapeutico o preventivo.

1.5. Uguaglianza, dignità e tutela delle persone vulnerabili

Il diritto alla salute, per essere effettivo, deve essere garantito in condizioni di uguaglianza sostanziale. L'art. 32 Cost. si legge in questo senso in stretta connessione con l'art. 3 Cost.: se il primo comma dell'art. 3 vieta discriminazioni fondate su condizioni personali e sociali, il secondo comma impone alla Repubblica di rimuovere gli ostacoli che, limitando di fatto l'eguaglianza dei cittadini, ne impediscono il pieno sviluppo. Applicato al diritto alla salute, tale principio si traduce nell'esigenza che l'accesso alle prestazioni sanitarie non sia condizionato dalla capacità reddituale, dal luogo di residenza o da altre condizioni personali, ma risulti uniforme su tutto

il territorio nazionale: un'esigenza che costituisce la matrice costituzionale sia della gratuità delle cure agli indigenti, sia della successiva disciplina dei livelli essenziali di assistenza come standard uniforme e vincolante per tutte le Regioni (v. § 3.3 e § 10.1).

La dimensione dell'uguaglianza sostanziale impone inoltre una tutela rafforzata nei confronti delle persone che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità: minori, persone con disabilità, soggetti non autosufficienti, persone affette da patologie croniche o invalidanti. Per tali categorie, il diritto alla salute si intreccia strutturalmente con il più ampio diritto all'assistenza e con l'esigenza di una presa in carico che non si esaurisca nella singola prestazione sanitaria, ma si estenda alla dimensione sociale del bisogno: un profilo che l'ordinamento affronta attraverso l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociosanitarie (v. Capitolo 9) e che rappresenta uno dei terreni in cui la dimensione individuale e quella collettiva del diritto alla salute, esaminate nei paragrafi precedenti, si ricompongono in una tutela unitaria della persona.