

18 NOVEMBRE 2015

La “salute in tutte le politiche”:
presupposti teorici e fondamento
costituzionale.

Il Trentino come laboratorio
istituzionale

di Simone Penasa

Assegnista di ricerca in Diritto pubblico comparato
Università degli Studi di Trento



La “salute in tutte le politiche”: presupposti teorici e fondamento costituzionale. Il Trentino come laboratorio istituzionale *

di Simone Penasa

Assegnista di ricerca in Diritto pubblico comparato
Università degli Studi di Trento

Sommario: **1.** Introduzione: le condizioni di vita come determinanti del livello di salute della persona. **2.** Per una concezione dinamica e “sociale” della promozione della salute: il punto di vista della dottrina costituzionalistica. **3.** Le conferme derivanti dalla giurisprudenza costituzionale. **4.** Una concezione “dinamica” e “trasversale” di salute: il triangolo costituzionale degli artt. 3, 32 e 38 Cost. **5.** Un possibile case study: la Provincia Autonoma di Trento. **6.** La “salute in tutte le politiche” tra quadro costituzionale e attuazione politica.

Abstract: Il contributo presenta un’analisi, fondata sulla dottrina costituzionalistica e sulla giurisprudenza della Corte costituzionale, del fondamento costituzionale di un approccio di “salute in tutte le politiche”, inteso quale metodo politico-normativo che riconosce la natura trasversale degli interventi di protezione e promozione della salute, la quale non può essere intesa da una prospettiva meramente sanitaria ma integrata, al fine di incidere sulla qualità dei cd. determinati sociali della salute. La tutela e la promozione della salute sembrano assumere dimensioni normative che vanno al di là della “mera” erogazione di prestazioni sanitarie. Riconosciuta la possibilità di fondare l’introduzione di un approccio di “salute in tutte le politiche” sulla interpretazione fornita dalla Corte costituzionale degli artt. 3, 32, 38 e 41 Cost., viene proposta un’analisi empirica del contesto normativo della Provincia autonoma di Trento, nel quale è stato avviato un processo di inserimento di tale metodo a livello di programmazione delle politiche provinciali.

* Articolo sottoposto a referaggio.



1. Introduzione: le condizioni di vita come fattori determinanti del livello di salute della persona

Una concezione moderna della funzione pubblica di tutela della salute evidenzia come i fattori determinanti il benessere delle persone siano orientati non solo dal tradizionale ambito delle politiche sanitarie, ma siano conseguenza di una serie di determinanti sociali, rispetto ai quali entrano in rilievo una numerosa serie di materie (urbanistica, tutela del paesaggio, comunicazione e trasporti, istruzione e formazione, politiche del lavoro, sicurezza alimentare, etc.), che nel loro complesso concorrono a definire le condizioni della e per la salute delle persone¹. La dottrina, in particolare straniera, ha ormai assunto quale elemento orientativo delle politiche di promozione della salute la natura trasversale della medesima²; in particolare, emerge il dato secondo il quale il livello di salute intesa quale stato di benessere fisico, psichico e sociale (OMS) dipende dalle concrete condizioni ambientali, sociali, economiche e culturali nelle quale le persone conducono la propria vita. A sostegno di tale approccio è possibile fare riferimento ad una serie di studi e indagini extra-giuridiche, di natura statistica, economica ed epidemiologica. Tuttavia, anche dal punto di vista delle politiche pubbliche, è possibile riferirsi ad una serie di ordinamenti nazionali, i quali hanno introdotto misure di incentivi e disincentivi, di natura economica ma anche non economica, per migliorare i livelli di salute delle persone in ambiti differenziati della vita privata e sociale: ad esempio, un sistema di tassazione su bevande ed alimenti che abbiano una quantità determinata di zuccheri; misure che limitano l'apertura di case da gioco, in particolare con riferimento a luoghi "sensibili" (come scuole, centri di aggregazione giovanili); campagne di sensibilizzazione di carattere alimentare³.

La tutela e promozione della salute può pertanto assumere dimensioni normative che vanno al di là della "mera" erogazione di prestazioni sanitarie, le quali – pur fondamentali⁴ – non esauriscono

¹ Cfr. ad esempio la *Commission on Social Determinants of Health* istituita in seno all'OMS.

² A. FREILER E ALTRI, *Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)*, in *Journal of Epidemiology Community Health*, 2013,67, pp. 1068–1072; E. OLLILA, *Health in All Policies: From rhetoric to action*, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011, 39, Suppl. 6, pp. 11–18; P. MACKIE, F. SIM, *Legislating for (Public) Health*, in *Public Health*, 125, 2011, pp. 811-812; R. MARTIN, *Law as a tool in promoting and protecting public health: Always in our best interests?*, in *Public Health*, 2007, 121, pp. 846 ss.; M. QUIGLEY, *Nudging for Health: On Public Policy and Designing Choice Architecture*, in *Medical Law Review*, 2013, 21, pp. 588 ss.; F. SIMOES, *Paternalism and Health Law: Legal Promotion of a Healthy Lifestyle*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2013, 3, pp. 347 ss.

³ A. ALEMANNI, I. CARREÑO, *Fat Taxes in Europe. Legal and Politic Analysis under EU and WTO Law*, in *European Food and Feed Law Review*, 2/2013, pp. 97-112; L. O. GOSTIN, *Law as a Tool to Facilitate Healthier Lifestyles and Prevent Obesity*, in *JAMA*, January 3, 2007—Vol 297, No. 1.

⁴ Esiste una correlazione tra benessere e salute, come recentemente evidenziato, anche sulla base di dati empirici e statistiche, dallo *European health report 2012: charting the way to well-being*



gli obblighi di natura istituzionale, amministrativa e normativa degli enti preposti, conformemente alle rispettive competenze, al raggiungimento di questi obiettivi. D'altra parte, la *vis expansiva* del diritto alla salute, la quale si esprime fin dalla definizione che di quest'ultima viene in modo ormai consolidato quale benessere psico-fisico delle persone⁵, trova espressione nello stesso contesto costituzionale, come dimostrerà l'analisi della giurisprudenza costituzionale.

A fronte di alcune esperienze regionali (Toscana⁶) e provinciali in via di definizione (Trentino), appare opportuno proporre una prima valutazione della possibilità di introdurre nell'ordinamento italiano – a fronte di esperienze straniere già consolidate – politiche di “salute in tutte le politiche”⁷, le quali abbiano come obiettivo la promozione della salute attraverso interventi normativi e di politiche pubbliche aventi ad oggetto i “determinanti sociali, economici e culturali” della salute.

Il fondamento costituzionale di tale approccio può essere rappresentato dalla natura trasversale del diritto alla salute, che la porta a esprimere una dimensione ulteriore rispetto a quella medico-sanitaria: richiamando la giurisprudenza costituzionale in materia, la salute può essere intesa come

(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/european-health-report-2012>), nel quale si evidenzia come “well-being includes health, and that health is an essential part of – if not a prerequisite for – well-being. Health matters for well-being, and specifically several aspects of health, including the physical, mental and social. Moreover, research shows that there are two-way relationships between different areas of well-being: it is clear that health influences overall well-being, but well-being is also an indicator of future health or illness. Further, reviews of studies to date suggest that the effect of well-being on health is substantial (though variable), and has a comparable effect to other risk factors that are more traditionally targeted by public health interventions, such as a healthy diet”.

⁵ Si pensi alla definizione che di salute viene fornita dalla Organizzazione Mondiale della Salute, la quale come noto definisce la salute «*not merely the absence of disease or infirmity*» ma come «*a state of complete physical, mental and social well-being*», secondo la Costituzione dell'OMS.

⁶ Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale); legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale); legge regionale 2 agosto 2013, n. 44 (Disposizioni in materia di programmazione regionale). Sul sistema toscano, M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, E. ROSSI (a cura di), *Il nuovo welfare toscano: un modello?*, il Mulino, Bologna, 2009.

⁷ Secondo le definizioni recentemente proposte da D. V. MCQUEEN, M. WISMAR, V. LIN, C. M. JONES, *Introduction: Health in All Policies, the social determinants of health and governance*, in ID., *Intersectoral Governance for Health in All Policies*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, p. 12, per “salute in tutte le politiche” si intende «the policy practice of including, integrating or internalizing health in other policies that shape or influence the social determinants of health (SdoH)», i quali come noto includono, tra gli altri ambiti, “transport, housing, tax and agricultural policies». T. STÅHL, M. WISMAR, E. OLLILA, E. LAHTINEN, K. LEPPÖ (Eds.), *Health in All Policies. Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Finlandia, 2006, p. XVIII, affermano che «because of the solid evidence that health can be influenced by policies of other sectors, and that health has, in turn, important effects on the realization of the goals of other sectors, such as economic wealth», tale approccio rappresenta «a strategy to help strengthen this link between health and other policies», in quanto questo metodo di programmazione e intervento pubblico «seeks to improve health and at the same time contribute to the well-being and the wealth of the nations through structures, mechanisms and actions planned and managed mainly by sectors other than health».



diritto della persona a godere di «condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongano a rischio questo suo bene essenziale»⁸.

2. Per una concezione dinamica e “sociale” della promozione della salute: il punto di vista della dottrina costituzionalistica

Il presente contributo si propone pertanto un primo approccio alla possibilità di interpretare la salute, definita dall'articolo 32 della Costituzione italiana quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, in una prospettiva dinamica, al fine di valutare se essa possa essere assunta tanto quale diritto della persona quanto come obiettivo di uno stato democratico e sociale, se interpretata alla luce degli articoli 2, 3, 38 e 41 del testo costituzionale.

La connessione della salute con altri diritti fondamentali è destinata ad assumere un rilievo decisivo, tanto in termini assoluti, al fine di ribadirne la centralità nell'assetto costituzionale, quanto in termini relativi, finalizzato ad una valorizzazione piena, pur in condizioni di contrazione delle disponibilità economico-finanziarie, del bene “salute”, ponendolo in relazione e in un rapporto di reciproca derivazione e dipendenza con altri beni giuridici e ambiti concreti di intervento dei pubblici poteri. La giurisprudenza costituzionale sembra avallare una siffatta interpretazione.

In termini generali, una concezione della salute come diritto condizionato dalle concrete modalità e condizioni di svolgimento della esistenza personale chiama in causa da un lato l'art. 2 della Costituzione, in particolare nel riferirsi al libero svolgimento della personalità; e soprattutto, l'articolo 3 della Costituzione, il quale come noto sancisce il principio di uguaglianza sia nella sua dimensione formale che in quella sostanziale. In particolare, l'obiettivo della rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana, sembra assumere una particolare valenza in vista di una qualificazione in termini non meramente sanitari o normativi⁹ della salute¹⁰.

⁸ Corte costituzionale, sentenza n. 218 del 1994, nella quale la Corte ha affermato che «la tutela della salute comprende la generale e comune pretesa dell'individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongano a rischio questo suo bene essenziale. Sotto il profilo dell'assistenza pubblica la tutela della salute si specifica nel diritto, basato su norme costituzionali di carattere programmatico, all'erogazione, nel contesto delle compatibilità generali non irragionevolmente valutate dal legislatore, di adeguate prestazioni di prevenzione e cura, dirette al mantenimento o al recupero dello stato di benessere».

⁹ Cfr. V. DURANTE, *La salute come diritto della persona*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C. M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, vol. I, Giuffrè, Milano, 2011, p. 586.

¹⁰ Cfr. anche C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in ID., *Problemi di diritto pubblico nell'attuale esperienza costituzionale repubblicana. Raccolta di scritti*, III, Giuffrè, 1972, p. 435, il quale afferma



Il compito di promuovere e garantire il diritto alla salute tende ad assumere contorni e contesti di attuazione ben più ampi di quelli corrispondenti alla semplice assistenza sanitaria. Come sottolineato da attenta dottrina, alla natura universalistica del servizio sanitario nazionale rispetto all'estensione soggettiva di quest'ultimo (cfr. la riforma introdotta dalla legge n. 833 del 1970) si affianca progressivamente l'adozione di un approccio olistico per quanto riguarda l'estensione materiale della tutela e promozione della salute, in quanto lo Stato – ma sarebbe più appropriato riferirsi alla Repubblica – «interviene in prima persona in tutto ciò che possa essere finalizzato alla salute degli individui, con una potenzialità di incidenza in materie che si ritrovano estranee a quella sanitaria e pertinenti ad altre aree di disciplina normativa»¹¹.

Una lettura sistematica dell'articolo 32 Cost. permetterebbe di valorizzare anche l'eventuale qualificazione dell'art. 32 quale norma programmatica, in quanto – comunque – ad esso dovrebbe essere comunque attribuita portata vincolante, in quanto svolgerebbe la funzione di «determinare le premesse per uno sviluppo avvenire, ponendo certe direttive programmatiche all'azione dei futuri organi costituiti nel campo dei rapporti sociali»¹². In tale ottica, l'articolo 32 della Costituzione, «per la complessità di valutazioni che è ivi richiesta», sembra sussumibile tra quelli «programmatici, nel senso forte della parola»¹³. L'articolo 32 assume, nell'ottica qui proposta di «salute in tutte le politiche», il valore di norma programmatica in senso forte¹⁴, intesa a identificare «la caratteristica di certi precetti costituzionali, i quali, anziché regolare in modo diretto ed immediato determinate materie regolano comportamenti pubblici destinati a loro volta a incidere sulle stesse»¹⁵. In tale prospettiva, senza che da ciò sia possibile ricavare un indebolimento della concezione della salute quale diritto fondamentale e direttamente applicabile della persona, «la portata della norma trascende (...) il puro settore sanitario, per ripercuotersi in

come tra le condizioni favorevoli al pieno svolgimento della personalità vada inserita «in via primaria» la salute, quale «bene strumentale necessario allo svolgimento stesso»; anche C. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, in *Enciclopedia del diritto*, aggiornamento, vol. V, 2001, p. 1018, sottolinea come «il contenuto del precetto costituzionale può essere pienamente inteso solo se inserito nel più ampio contesto di tutela della persona umana delineato dagli art. 2 e 3 Cost.» e che quindi «la salute non è un valore a sé stante (...) concorre con altri valori fondamentali in rapporto di integrazione e reciproco condizionamento»; cfr. anche C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Giuffrè, Milano, 1991, p. 26 ss.

¹¹ C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, cit., p. 3.

¹² V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano, 1952, p. 31; cfr. anche E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012, pp. 1 ss.

¹³ V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, p. 215.

¹⁴ Imponendo un «preciso dovere di azione» ai pubblici poteri, cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1, 1983, p. 53.

¹⁵ L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'ordinamento sanitario*, vol. L'Amministrazione sanitaria, Neri Pozza Editore, Milano 1967, p. 114.



una sfera di materie assai ampia (igiene, edilizia, disciplina del lavoro, sorveglianza sugli alimenti, tutela della quiete pubblica e del riposo, ecc.)»¹⁶.

Questa impostazione trova ulteriori sponde dottrinali. Nel ricostruire le tappe evolutive della nozione costituzionale di salute, si è individuato nella giurisprudenza costituzionale di fine anni settanta il momento di una inversione di tendenza¹⁷, a seguito della quale «la nozione di salute subisce una larga estensione, dal piano biologico a quello sociale e relazionale, fino a coinvolgere la salubrità dell'ambiente e dei luoghi di lavoro»¹⁸. Alla tradizionale dimensione statica della salute, che coincide con la tutela dell'integrità fisica della persona, si verrebbe pertanto a sommare un elemento dinamico e relazionale: in tale prospettiva, «la salute dei singoli individui è venuta, via via, ad assumere rilievo nell'ambito di un contesto più ampio in grado di condizionarla, rappresentato dal luogo di lavoro ed anche dagli ambienti di vita»¹⁹. Pertanto, le condizioni determinanti per la salute sussisterebbero in relazione «non più soltanto alla situazione momentanea (e perciò incerta) dell'essere fisico o psico-fisico dell'individuo, ma alla sfera esterna in cui questi si muove, vive e lavora (...) e che costituisce il principale fattore condizionante del mantenimento o della perdita, nel futuro talora anche immediato, dello stato di salute»²⁰.

L'evoluzione che ha caratterizzato la nozione costituzionale di salute alla luce della giurisprudenza e della dottrina pubblicistica sembra supportare una proposta teorica, ma dagli evidenti risvolti pratico-operativi, finalizzata a valorizzare il ruolo svolto dal contesto sociale, economico e culturale sul livello di salute intesa in senso ampio e dinamico. È importante sottolineare come la dimensione dinamica – la salute come processo in continuo divenire condizionato da determinanti extra-sanitari – è destinata ad integrare e non a sostituire quella statica, legata alla condizione medico-sanitaria della persona²¹ e quella connessa alla espressione di autonomia individuale in tale ambito²².

¹⁶ D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 113.

¹⁷ Ivi, p. 15.

¹⁸ Ivi, p. 16.

¹⁹ Ivi, p. 17.

²⁰ M. LUCIANI, *Salute. I) Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enciclopedia Giuridica Treccani*, XXVII, Roma, 1991, p. 6.

²¹ Secondo D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 110, «la considerazione dinamica del bene tutelato non inficia la struttura della libertà di salute, che continua a configurarsi, in quanto libertà, come una posizione giuridica soggettiva statica: è il suo contenuto a specificarsi in relazione ad una realtà materiale in divenire, non la struttura del diritto, che resta quella propria di tutte le libertà».

²² Cfr. la sentenza n. 438/2008 della Corte costituzionale, sulla quale R. BALDUZZI, D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2008, pp. 4953 ss.; C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, v. 3-4, 2009, pp. 625-636.



Paradigmatico, al fine di rappresentare il legame ontologico e finalistico che tiene assieme dimensione statico-sanitaria e dimensione dinamica-contestuale della salute, è il caso del diritto all'ambiente salubre (su cui anche *infra* nella parte dedicata alla giurisprudenza costituzionale). Quest'ultimo, alla luce della giurisprudenza costituzionale, rappresenta una emanazione della salute come «diritto che non reclaims (...) l'esistenza non solo della “sanità” delle condizioni individuali, ma anche e soprattutto (in quanto necessario presupposto di quelle) della “salubrità” della sfera sia pure esterna all'individuo, ma nella quale egli vive ed opera»²³.

Il rapporto di dipendenza reciproca tra integrità fisica ed elementi fattuali destinati a condizionarne l'effettiva protezione può uscire rafforzato da una concezione trasversale della salute: infatti, «è la stessa integrità fisica dell'individuo che postula l'esistenza di condizioni esterne adeguate»²⁴. Il caso della derivazione del diritto a un ambiente salubre dal diritto alla salute dimostra come sia possibile, financo necessario, giungere a una ricomposizione di dimensione statica e dinamica della salute, attraverso la struttura normativa dell'articolo 32 Cost., non riconducibile alla mera equazione salute-integrità fisica, «poiché i parametri di valutazione sociale della sanità, del ben-essere, sono ormai divenuti ben più ampi e numerosi che non quelli della semplice efficienza fisica»²⁵. In altri termini, «la salute non può oggi che coincidere con una situazione tendenzialmente generale di benessere dell'individuo, derivante dal godimento di un complesso di opportunità, tra le quali quella di usufruire di un ambiente salubre si pone come preminente»²⁶.

Di particolare interesse risulta quella dottrina che sottolinea l'importanza, anche da un punto di vista giuridico e non meramente medico-sociologico, del «dato sociale» al fine di qualificare il concetto costituzionale di salute in una duplice prospettiva²⁷. Da un lato, infatti, ciò consente di esprimere la natura ontologicamente relazionale dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione, anche alla luce del principio personalistico e del ruolo della società e delle formazioni sociali rispetto al pieno svolgimento della persona umana (art. 2 Cost.). Dall'altro lato, la centralità del «dato sociale» permette di valorizzare la natura *lato sensu* “funzionale” della salute. Infatti, «tutelare la salute, attraverso la predisposizione di un complesso di mezzi di prevenzione e cura delle cause patologiche, significa intervenire su uno degli ostacoli più rilevanti che impediscono all'uomo di

²³ M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, p. 783.

²⁴ *Ivi*, p. 784.

²⁵ *Ivi*, p. 792.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., pp. 22 ss.

estrinsecare liberamente e compiutamente la propria persona»²⁸. La tutela della salute intesa in relazione (dinamica) con e attraverso il contesto (il dato sociale) nel quale le persone conducono la propria vita, risulta funzionale alla liberazione della persona umana²⁹, nel senso della piena realizzazione della personalità individuale, contribuendo a ridurre quegli ostacoli di ordine sociale ed economico che a cui fa riferimento il secondo comma dell'art. 3 Cost. (cfr. il caso della eliminazione delle barriere architettoniche, su cui *infra*).

Una siffatta interpretazione della tutela della salute impone pertanto una dilatazione dell'orizzonte all'interno del quale inserire la salute come dato giuridicamente rilevante³⁰. Attraverso il prisma del mutamento di paradigma avvenuto con la legge istitutiva del SSN (legge n. 833 del 1978), la quale ha inteso l'ambito dell'intervento pubblico in una rinnovata ottica di globalità delle prestazioni, la tutela della salute «diviene il fulcro di un programma diretto al raggiungimento di una serie di finalità sociali (...) principalmente attraverso la personalizzazione dell'azione sanitaria nell'ambiente complessivo, nei vari momenti delle attività economiche e sociali, in modo da individuare e raggiungere le categorie più esposte al rischio e, contemporaneamente, attraverso la socializzazione della problematica, promuovendo l'informazione e la partecipazione dei soggetti direttamente interessati»³¹. Personalizzazione e socializzazione della tutela e promozione della salute costituiscono pertanto i principi che devono orientare i pubblici poteri nella individuazione e realizzazione di politiche che favoriscano il consolidamento dei determinanti sociali ed economici del livello di salute delle persone. Questo approccio trova peraltro riscontro nella legislazione statale, fin dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale – secondo una rinnovata prospettiva di globalità degli interventi di promozione e prevenzione – si prevede che uno degli obiettivi consista nella «copertura dell'intero ciclo di intervento assistenziale: prevenzione, cura e riabilitazione»³². Il riferimento alla prevenzione richiama la necessità, che si traduce in un preciso obiettivo di politica sanitaria in senso ampio, di affrontare dalla prospettiva della tutela e promozione della salute tutti quegli ambiti di vita sociale, e di competenza legislativa, che riguardano e interessano le condizioni concrete – i determinanti sociali, economici e culturali – del benessere psico-fisico delle persone.

²⁸ Ivi, p. 23.

²⁹ N. OCCHIOCUPPO, *Liberazione e promozione della persona umana nella Costituzione. Unità di valori nella pluralità di posizioni*, Giuffrè, Milano, 1995.

³⁰ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 23.

³¹ Ivi, p. 61.

³² Cfr. legislazione statale e regionale sulla integrazione socio-sanitaria.



In tale ottica, pertanto, la salute viene concepita non solo come diritto ad avere accesso a determinati servizi sanitari in condizioni di uguaglianza a fini diagnostici, terapeutici o riabilitativi, ma è destinata ad esprimere una dimensione ulteriore, che non si sostituisce alla precedente ma la viene ad integrare, e potenzialmente a rafforzare, in termini di prevenzione ed efficacia. La salute viene intesa quindi non solo come materia che debba essere regolata ai diversi livelli dell'ordinamento, coerentemente con un riparto predefinito di competenze, ma piuttosto come obiettivo generale al quale tutti i livelli normativi devono tendere in tutti gli ambiti di intervento che possano avere un impatto, diretto o indiretto, con il livello di salute intesa come benessere delle persone. In tale prospettiva, appare pertanto opportuna l'analisi della giurisprudenza costituzionale in materia, al fine di sistematizzare i numerosi spunti che sembrano emergere da essa ed individuare dei parametri che possano orientare l'azione del legislatore in tale ambito.

3. Le conferme derivanti dalla giurisprudenza costituzionale: la salute e i suoi “contesti”

Nell'ottica di una concezione dinamico-relazionale della salute³³, il ruolo della giurisprudenza costituzionale si rivela decisivo.

La Corte costituzionale infatti tende a sottolineare «il nesso tra la salute e i “contesti” più ampi in grado di condizionarla (...) contesti rappresentati non solo dai luoghi di cura ma anche dagli ambienti di vita, dai luoghi di lavoro e dall'ambiente esterno in generale»³⁴. In tal senso, la sentenza n. 399 del 1996 in materia di fumo passivo risulta particolarmente significativa, in quanto si afferma che al legislatore spetta di «riconsiderare l'intera materia per migliorare la disciplina in tema di tutela della salute dei cittadini, ed in particolare la prevenzione dai danni cagionati dal fumo passivo». Con ciò la Corte introduce un principio la cui portata sembra travalicare lo specifico ambito della tutela dei lavoratori dai danni provocati dal fumo passivo, per assumere natura e portata generali, come appare possibile ricavare dal riferimento testuale ad un dovere di intervenire al fine di migliorare la tutela della salute dei cittadini (non solo dei lavoratori) e dal fatto che la prevenzione dal fumo passivo rappresenta nell'ottica della Corte solo uno dei possibili ambiti di attuazione di tale principio generale («in particolare»). Alla luce della giurisprudenza della Corte, appare inoltre evidente la natura prevalente del ruolo del legislatore

³³ R. ROMBOLI, *Commento all'articolo 5 c.c.*, in A. SCIALOJA, G. BRANCA (a cura di), *Commentario del codice civile*, Zanichelli, Bologna-Roma, 1988, pp. 225 ss.

³⁴ E. LONGO, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali. Profili teorici e prassi costituzionali*, CEDAM, Padova, 2012, p. 217.



nel prevedere misure normative finalizzate al benessere delle persone e al sostegno di possibili contesti di difficoltà personale, fisica o sociale³⁵.

Dall'analisi della giurisprudenza emerge il fondamento costituzionale di quelli che possono essere considerati fattori determinanti della salute: l'abitazione; l'ambiente; l'assistenza sociale in condizioni di difficoltà fisica, psichica o sociale; le condizioni di lavoro e di vita; lo status sociale e la possibilità di accedere a provvidenze e misure di assistenza sociale.

Questi elementi esprimono una valenza sociale, testimoniando in modo concreto la connessione tra salute e «dato sociale»³⁶; ma essi esprimono anche una diretta valenza costituzionale, dal momento che la loro qualificazione quali «elementi caratterizzanti la socialità cui si conforma lo Stato democratico», «dovere che connota la forma costituzionale di Stato sociale»³⁷, o, riferito al bene “ambiente”, «valore che in sostanza la Costituzione prevede e garantisce (art. 9 e 32 Cost.)»³⁸, condiziona e orienta l'esercizio del potere discrezionale tanto legislativo quanto amministrativo. Particolare centralità assume il bene “ambiente”, quale sostanziale contesto di espressione, attuazione e protezione delle diverse posizioni giuridiche che vengono in rilievo (in particolare alla luce di una concezione sociale della salute), il quale viene significativamente qualificato dalla giurisprudenza costituzionale quale «valore primario e assoluto»³⁹, bene giuridico suscettibile di tutela costituzionale in quanto elemento determinativo della qualità della vita che si ricava dal combinato disposto degli artt. 9 e 32 Cost.⁴⁰.

Il rapporto di funzionalità tra tutela dell'ambiente e tutela della salute, espresso dal diritto costituzionalmente garantito del diritto ad un ambiente salubre e che impegna i poteri pubblici ad approntare misure di diversa natura (tanto preventiva quanto dissuasiva e rimediabile) finalizzate ad assicurarne l'effettività, viene sancito da quella giurisprudenza costituzionale⁴¹ che è venuta ad affermare in modo sistematico che «la tutela della salute riguarda la generale e comune pretesa dell'individuo a condizioni di vita, di ambiente e di lavoro che non pongano a rischio questo suo bene essenziale»⁴². Da ciò è possibile inoltre ricavare l'ineludibile relazione funzionale che intercorre tra i fattori evidenziati: un esempio paradigmatico è la tutela dei diritti della persona

³⁵ Cfr. la sentenza n. 167 del 1991. Sul punto, E. LONGO, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali. Profili teorici e prassi costituzionali*, cit., p. 223.

³⁶ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., pp. 22.

³⁷ Espressioni, queste, utilizzate dalla Corte cost., sentenza n. 217 del 1988, relativa al diritto all'abitazione.

³⁸ Corte cost., sentenza n. 210 del 1987.

³⁹ Corte cost., sentenza n. 641/1987.

⁴⁰ Corte cost., sentenza n. 617/1987.

⁴¹ Cfr. *ex plurimis* la giurisprudenza in materia di fumo passivo.

⁴² Corte cost., sentenza n. 399/1996.



disabile nei diversi contesti materiali in cui esprime la propria vita di relazione, la quale si articola e viene garantita secondo una rete di strumenti e misure socio-economiche e culturali-organizzative nella quale l'obiettivo della tutela della salute inevitabilmente si intreccia e dipende dalla realizzazione di altre finalità di natura socio-assistenziale o promozionale. Tale contesto esprime anche la relazione tra art. 32 e art. 3, secondo comma, della Costituzione.

In un caso relativo all'obbligo di eliminare le barriere architettoniche dagli edifici di nuova costruzione, la Corte costituzionale equipara l'omessa previsione della esigenza di accessibilità della casa di abitazione alla mancata realizzazione, in tale specifico ambito, del dovere di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione della persona sancito dall'art. 3 Cost e del principio personalista, il quale pone come fine ultimo dell'organizzazione sociale lo sviluppo di ogni singola persona umana. Al contempo, si afferma una rinnovata concezione della salute, che si svincola da quella meramente clinico-sanitaria e si rafforza nella sua valenza sociale: ciò consente alla Corte di affermare come «la socializzazione debba essere considerata un elemento essenziale per la salute di tali soggetti sì da assumere una funzione sostanzialmente terapeutica assimilabile alle pratiche di cura e riabilitazione»⁴³. La mancata accessibilità all'abitazione coincide quindi con la violazione del diritto alla salute delle persone disabili, in quanto impedisce la realizzazione di una condizione funzionale alla socializzazione di queste ultime.

Alla luce di una concezione integrata e sociale della salute, gli interventi di sostegno e assistenza in favore di categorie deboli vengono dalla Corte definiti «polifunzionali»⁴⁴, dal momento che i bisogni che la legge intende soddisfare non si concentrano soltanto sul versante della salute, ma anche su altri obiettivi costituzionalmente previsti (quali ad esempio l'inserimento sociale di minori disabili appartenenti a nuclei familiari che versino in condizioni economiche disagiate), secondo un'ottica solidaristica. In ultima analisi, la tutela della salute si inserisce in un contesto «quanto mai composito e costellato di finalità sociali che coinvolgono beni e valori (...) di primario risalto nel quadro dei diritti fondamentali della persona»⁴⁵, venendone inevitabilmente condizionata e qualificata.

Prestazioni sanitarie e di riabilitazione, cura inserimento sociale e continuità delle relazioni costitutive della personalità umana costituiscono un *continuum* giuridico che deve orientare la

⁴³ Corte cost., sentenze n. 167/1999 e n. 215/1987.

⁴⁴ Corte cost., sentenza n. 329/2011.

⁴⁵ Corte cost., sentenza n. 329/2011.



natura e le modalità di definizione e attuazione delle politiche pubbliche⁴⁶. Ciò a cui si aspira consiste nell'assicurare che «ciascuno sia messo in condizione di utilizzare i beni primari e che tale utilizzazione non sia imposta dall'alto, mediante il perseguimento e il condizionamento di uniformità e conformità, ma sia adeguata in relazione al progetto di vita che ciascuno vuole perseguire»⁴⁷.

Riconosciuta la speciale valenza costituzionale di tale costellazione di finalità sociali, la Corte non può non applicare un test di ragionevolezza avente ad oggetto la natura e la relazione funzionale che intercorre tra requisiti di accesso ai benefici e finalità perseguite dall'intervento legislativo, valorizzando pertanto il rapporto reciprocamente funzionale che tiene assieme artt. 32 e 3 Cost. In tal senso la giurisprudenza in materia di requisiti di accesso a provvidenze e misure assistenziali risulta paradigmatica: affermata la connessione tra queste ultime e la salute, risulta irragionevole condizionarne l'accesso a requisiti oggettivamente arbitrari o incoerenti rispetto alle finalità dell'intervento di tutela, il che si tramuterebbe in una indebita incisione sul diritto alla salute, inteso anche come diritto ai rimedi possibili e parziali alle menomazioni prodotte da patologie di non lieve importanza⁴⁸.

4. Una concezione “dinamica” e “trasversale” di salute: il triangolo costituzionale degli artt. 3, 32 e 38 Cost.

L'articolo 32 Cost. rappresenta, pertanto, un vertice del triangolo costituito dagli articoli 38 e 3, secondo comma, Cost., quando cioè la tutela della salute si intrecci da un lato con il compito attribuito alla Repubblica di assicurare adeguata assistenza alle persone che non risultino capaci, per motivi diversi, di provvedere a sé stesse al fine di garantire una esistenza dignitosa (art. 38), e dall'altro con l'obiettivo generale di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione della persona e la partecipazione alla vita sociale, politica ed economica (art. 3). Appare opportuno evidenziare, inoltre, come i fattori che tradizionalmente vengono qualificati come determinanti sociali della salute coincidono sostanzialmente con gli ambiti rispetto ai quali l'articolo 38, primo comma, con più forza impegna i pubblici poteri ad attivarsi al fine di rendere effettivo il principio in base al quale «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale». Non pare eccessivamente forzato, anche alla luce della giurisprudenza costituzionale, sostenere che questo comma possa

⁴⁶ Corte cost., sentenza n. 203/2013.

⁴⁷ E. LONGO, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali. Profili teorici e prassi costituzionali*, cit., p. 351.

⁴⁸ *Ex plurimis*, Corte cost., sentenza n. 306/2008.



rappresentare una base giuridica sufficiente a legittimare azioni e interventi da parte dei pubblici poteri, finalizzati a promuovere il livello di benessere e un progressivo miglioramento delle condizioni di vita delle persone attraverso azioni e politiche mirate a contesti specifici, quali l'alimentazione, l'attività fisica e l'assistenza in generale.

Queste, sulla base del contenuto costituzionale del concetto di assistenza sociale⁴⁹, andrebbero ad interessare categorie di persone particolarmente svantaggiate dal punto di vista fisico, psichico o economico, le quali inevitabilmente si trovano in una posizione di maggiore debolezza e svantaggio rispetto ad un adeguato livello di soddisfazione dei determinanti, sociali ed economici, della salute⁵⁰. Lungo questa linea, appare particolarmente interessante l'interpretazione in base alla quale dall'art. 38, letto in combinato disposto con gli artt. 3, secondo comma, e 32 Cost., sarebbe possibile ricavare un sistema complesso di "sicurezza sociale", «attraverso il quale la pubblica amministrazione o altri enti pubblici realizzano il fine pubblico della solidarietà con l'erogazione di beni, in denaro o in natura, e di servizi, ai cittadini che si trovano in situazioni di bisogno per il verificarsi di determinati rischi»⁵¹.

Il sistema di sicurezza sociale introdotto dall'articolo 38 Cost., che ha consentito lo sviluppo da un modello basato sulla mera "beneficenza" ad uno fondato sulla configurazione di un vero e proprio diritto soggettivo, si configura quale contesto di assistenza autonomo rispetto a quello sanitario⁵², ma esprime con quest'ultimo significativi e necessari punti di contatto al fine di assicurare la complessiva efficienza ed effettività del sistema di welfare nel suo complesso. Ciò è dimostrato a più livelli: dallo stesso testo costituzionale; dalla giurisprudenza costituzionale analizzata, nella quale è ormai sistematico il riferimento congiunto e il continuo rimando tra tutela della salute e garanzia delle condizioni economiche e sociali che ne garantiscano un livello adeguato; dalla legislazione ordinaria, nella quale si assiste alla organizzazione dei vari sistemi di assistenza in modo integrato. Il metodo dell'integrazione degli interventi assistenziali rappresenta – come noto – uno dei principi fondamentali del settore, tanto in funzione sistematizzante

⁴⁹ Intesa quale «sistema tendente a coprire i bisogni di alcune categorie di cittadini, sia con una spesa integrale (il c.d. mantenimento sociale), sia con altre forme di intervento». Cfr. B. CARAVITA, *Art. 38*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, CEDAM, Padova, 1990, p. 251.

⁵⁰ Come le statistiche sembrano dimostrare (cfr. il Profilo di salute della Provincia di Trento, 2014, a cura dell'Osservatorio per la salute della Provincia di Trento).

⁵¹ B. CARAVITA, *Art. 38*, cit., p. 251, il quale si riferisce alla ricostruzione proposta da M. PERSIANI, *Art. 38*, in G. BRANCA (A CURA DI), *Commentario alla Costituzione*, Zanichelli, Torino, 1979, p. 222.

⁵² Ivi, p. 373.



interna tra i vari interventi e servizi sociali quanto di coordinamento verso l'esterno rispetto ad interventi di natura diversa, quali quelli di prevenzione e assistenza sanitaria.

La lettura sistematica dell'art. 32 con l'art. 38 Cost. rafforza una concezione sociale e «proteiforme»⁵³ del diritto alla salute, intesa nel senso di una sua declinabilità in molteplici contesti e accezioni normative⁵⁴. È la stessa Corte costituzionale ad affermare che una «efficace salvaguardia [del diritto alla salute] giova anche al miglior assolvimento dei compiti assegnati allo Stato dall'art. 38, quarto comma, Cost.» e che «il perseguimento di una sempre migliore condizione sanitaria della popolazione é, invero, uno degli obiettivi primari che la Costituzione assegna alla Repubblica»⁵⁵, obiettivo che deve essere perseguito anche attraverso adeguate politiche di assistenza e prevenzione. Significativamente, la Corte costituzionale insiste sulla relazione tra prevenzione delle malattie (o del loro aggravamento, come nel caso di specie, relativo alle cure idrotermali) e sostenibilità economico-finanziaria del complessivo sistema di assistenza sanitaria, evidenziando «l'esigenza di garantire a tutti il diritto ad adeguate prestazioni sanitarie e previdenziali è razionalmente soddisfatta promuovendo la somministrazione di cure tempestive, sì da prevenire od attenuare oneri (per pensioni di invalidità, o per spese farmaceutiche e specialistiche) destinati a far carico in futuro sulla sfera sanitaria pubblica»⁵⁶.

L'articolo 38, pertanto, introducendo un sistema complessivo di assistenza sociale da garantire agli individui, «incarna – unitamente agli articoli 4, 32, 36 e 37 – il nucleo forte dello Stato sociale di cui agli artt. 2 e 3 Costituzione, sancendo nell'affermazione delle due fattispecie fondamentali, assistenza e previdenza, in collegamento con la tutela della salute, quel diritto complessivo alla sicurezza sociale, espressione dello spirito innovatore dei Costituenti nei riguardi della concezione liberale del rapporto tra Stato e cittadino»⁵⁷.

L'art. 38 Cost. può risultare decisivo anche rispetto alla questione relativa ai limiti che incontrano i poteri pubblici nel determinare la natura e l'ampiezza degli interventi assistenziali e promozionali di stili di vita funzionali ad un innalzamento della qualità della esistenza individuale,

⁵³ C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, cit., p. 372. Cfr. L. VIOLINI, *Art. 38*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet, Torino, 2006, secondo la quale l'assistenza garantita dal primo comma dell'art. 38 è «caratterizzata dall'assenza di discrezionalità circa l'erogazione delle relative prestazioni, una volta sia stato accertato lo stato di bisogno».

⁵⁴ A. ANDREONI, *Lavoro, diritti sociali e sviluppo economico. I percorsi costituzionali*, Giappichelli, Torino, 2006, p. 185.

⁵⁵ Corte cost., sentenza n. 559/1987.

⁵⁶ Corte cost., sentenza n. 218/1994.

⁵⁷ A. SGROI, *Art. 38*, in R. DE LUCA TAMAJO, O. MAZZOTTA (a cura di), *Commentario breve alle leggi sul lavoro*, V ed., CEDAM, Padova, 2013, p. 59.



anche nell'ottica dell'interesse collettivo alla salute e ad una adeguata ed efficiente allocazione delle risorse economiche in un'ottica di prevenzione delle malattie e degli stati di bisogno e disagio a queste collegati. Si tratta di individuare dove debba essere posto il limite tra un legittimo (e doveroso, ex art. 3, secondo comma, e 38 Cost.) intervento positivo della Repubblica al fine di assicurare la pienezza della natura sociale dello stato costituzionale democratico e un atteggiamento di eccessivo interventismo nella sfera personale degli individui in ambiti della vita espressione particolare della personalità ed autonomia individuale, il quale rischia di tradursi in un paternalismo normativo difficilmente conciliabile con i principi supremi del personalismo e del pluralismo (nonché, in termini più generali, di laicità).

Rispetto a tale ultimo profilo, infatti, è necessario evitare il rischio, per alcuni Autori espressione della rinnovata natura sociale dello stato costituzionale (lo «Stato amministrativo»⁵⁸), che sovranità popolare, suffragio universale e crescita dei bisogni producano, prima che “liberazioni”⁵⁹, nuove soggezioni⁶⁰, che in questo contesto si concretizzano in politiche e interventi finalizzati a ri-orientare i comportamenti individuali e sociali in vista di un innalzamento dello stato di benessere delle persone e collettivo. Il bilanciamento tra questa (legittima) finalità e la garanzia di uno spazio intangibile costituzionalmente riservato all'autonomia individuale e al libero svolgimento della persona appare quindi inevitabile e dovuto.

Anche rispetto a questa dimensione, dalla giurisprudenza costituzionale emergono elementi di interesse. Il caso della disciplina che prevede l'uso obbligatorio del casco risulta in tal senso particolarmente rilevante. Chiamata a valutarne la legittimità alla luce degli artt. 3 e 32 Cost., la Corte costituzionale afferma – in riferimento al secondo parametro (art. 32) – la piena legittimità di un intervento legislativo finalizzato a prescrivere determinati comportamenti, sanzionandone l'inosservanza «allo scopo di ridurre il più possibile le pregiudizievoli conseguenze, dal punto di vista della mortalità e della morbosità invalidante, degli incidenti stradali». Ciò avviene sulla base di una concezione della salute dell'individuo «anche come interesse della collettività», in quanto – nel caso di specie – le conseguenze negative in caso di mancata osservanza dell'obbligo non

⁵⁸ Cfr. anche A. BALDASSARE, *Lo Stato sociale: una formula in evoluzione*, in A. BALDASSARE, A. CERVATI (a cura di), *Critica dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari, 1982, p. 27, il quale ravvisa nello stato sociale la forma di stato all'interno della quale possono trovare composizione «lo Stato amministrativo, pianificatore e tendenzialmente totale, che dirige lo sviluppo economico, ridistribuisce le risorse, compensa gli squilibri del mercato e decide fra i conflitti (...), dall'altro la democrazia pluralista, ossia la ricostruzione dell'intelaiatura statale e del “politico” come dialogo, scambio o lotta fra i vari gruppi sociali».

⁵⁹ Ci si riferisce all'espressione utilizzata da N. OCCHIOCUPO, *Liberazione e promozione della persona*, cit.

⁶⁰ G. BERTI, *Diritto e Stato. Riflessioni sul cambiamento*, CEDAM, Padova, 1986, p. 122.



resterebbero limitate alla sfera personale dell'individuo, ma finirebbero con il ripercuotersi sull'intera collettività «in termini di costi sociali»⁶¹. Il bilanciamento individuato dal legislatore non può pertanto considerarsi contrario all'art. 32 Cost., anche quando quest'ultimo venga interpretato alla luce dell'art. 2 quale ambito di espressione della personalità individuale: infatti, la limitazione alla “estrinsecazione della personalità” introdotta dall'obbligo viene bilanciata dall'obiettivo di prevenire danni alle persone, quale interesse della collettività, e di limitare i costi sociali derivanti da eventi pregiudizievoli la salute delle persone. Il medesimo approccio è stato riaffermato nell'ordinanza n. 49/2009, avente ad oggetto la disposizione che prevede l'uso obbligatorio delle cinture di sicurezza, in cui la Corte costituzionale ha ribadito che «la protezione della salute del singolo come interesse della collettività è (...) tale da ammettere una trascurabile limitazione della libertà personale».

Il richiamo alla necessità di un bilanciamento tende a spostare la prospettiva dell'analisi giuridica dall'*an al quantum* e al *quomodo* dell'intervento pubblico, il quale deve configurarsi in modo da scongiurare il rischio di un approccio eccessivamente intrusivo, che finisca con il mutare la natura dello stato sociale in stato paternalistico⁶². Secondo autorevole dottrina, quindi, in termini generali è opportuno affrancarsi dall'impostazione statalista in base alla quale «solo il potere politico incapsulato negli strumenti di azione dello Stato possa realizzare le piattaforme egualitarie ritenute necessarie anche, e forse soprattutto, per l'acquisizione di utilità socialmente apprezzabili», in quanto ciò conduce inevitabilmente alla legittimazione di «nuove strutture autoritarie»⁶³.

Non appare superfluo, nell'ottica appena proposta (evitare il rischio di eccessivo paternalismo e soggezione delle persone ai poteri pubblici), proporre la definizione di salute alla quale l'Autore citato fa riferimento: il diritto alla salute va inteso come «non soltanto l'attesa di una protezione qualsiasi, ma una pretesa a più direzioni, che ha come suo nucleo politico fondamentale un forte potere di partecipazione, di prender parte cioè alla costruzione del complesso di strumenti occorrenti alla sua finale realizzazione. Diversamente, il diritto alla salute altro non sarebbe che

⁶¹ Corte cost., sentenza n. 180/1994.

⁶² Sul concetto di paternalismo, N. MATTEUCCI, *Paternalismo*, in N. BOBBIO, N. MATTEUCCI, G. PASQUINO (dir.), *Dizionario di politica*, Giappichelli, Torino, 1992, pp. 778 ss.; G. MANIACI, *Contro il paternalismo giuridico*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, n. 1, 2011, pp. 133-162; A. BARBERA, *Un moderno "Habeas Corpus"?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 27 giugno 2013; C. SUNSTEIN, *Libertarian Paternalism Is Not an Oxymoron*, in *The University of Chicago Law Review*, v. 70, n. 4, 2003, pp. 1159-1202; F. D. SIMÕES, *Paternalism and Health Law: Legal Promotion of a Healthy Lifestyle*, in *European Journal on Risk and Regulation*, n. 3, 2013, pp. 347-363.

⁶³ G. BERTI, *Diritto e Stato. Riflessioni sul cambiamento*, cit., p. 122.



l'immagine giuridica, e perciò forse anche grottesca, della speranza di star bene»⁶⁴. Ciò conduce ad una specifica concezione dell'organizzazione dei servizi e delle istituzioni destinati ad incidere, direttamente o indirettamente, sulla condizione di salute delle persone, dal momento che «sono le organizzazioni a doversi frazionare rispetto a questa unità personale e ai singoli diritti che da essa promanano, e non l'uomo ad assumere aspetti e anche ruoli differenti a seconda dei diversi rapporti che intreccia con una organizzazione unitaria proprio in quanto politica»⁶⁵.

Questa definizione riassume i principali presupposti dell'approccio che si vuole qui analizzare: una concezione complessa, sociale e dinamica della salute e dei contesti nei quali essa rileva; un rapporto prioritario tra autonomia individuale rispetto all'intervento dei poteri pubblici; la partecipazione, con relativa assunzione di responsabilità, delle persone alla determinazione delle misure e dei meccanismi promozionali e di tutela; attraverso una lettura congiunta del principio personalista e solidarista, una concezione del rapporto tra persona e il proprio stato di salute improntata ad un bilanciamento tra personalismo («la complessità del diritto alla salute fa pensare che esso sia (...) la proiezione della personalità umana verso quell'area di servizi che sono più prossimi alla vita fisica dell'individuo e allo stesso tempo alla convivenza far gli individui») e solidarismo, all'interno della quale emerge la forza potenziale del contesto e delle condizioni di vita rispetto allo stato di salute («solidarietà intesa però non solo come una sorta di dovere di colui che rivendica il diritto, ma come l'ambiente sociale adatto alla completa realizzazione del diritto»).

Anche l'articolo 41 Cost., nel momento in cui prevede che l'iniziativa economica privata, pur se libera, non possa svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da arrecare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana e che la legge possa determinare programmi e controlli opportuni perché essa possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali, può fungere da base costituzionale di interventi normativi che prevedano misure e incentivi, di natura tanto positiva quanto negativa, finalizzati a disciplinare l'attività economica, privata e pubblica, in modo che si svolga in senso conforme alla tutela e alla promozione dei beni appena citati e in vista di finalità sociali. In tal senso può leggersi quella giurisprudenza, nella quale la Corte costituzionale riconosce che il diritto di iniziativa economica può essere legittimamente limitato, ex art. 41 Cost., per finalità preventive rispetto a rischi per la salute, i quali possono avere diversa natura ed evidenziarsi in contesti differenziati, quali quello lavorativo in relazione alla salubrità dell'ambiente e delle condizioni di lavoro, ma anche dell'oggetto e finalità dell'iniziativa

⁶⁴ Ivi, p. 128.

⁶⁵ Ibidem.



imprenditoriale, rilevando in questo caso l'impatto sulla salute psico-fisica degli utenti-consumatori (gioco d'azzardo legalizzato, slot machine).

Rispetto alla prima dimensione, è stato rilevato come «il complesso della legislazione prevenzionale indubbiamente comprime il diritto di iniziativa economica, garantito dall'art. 41 Cost.»⁶⁶: compressione che la Corte ha comunque riconosciuto come legittima, non potendosi configurare «la lesione della libertà d'iniziativa economica, perché questa consente l'apposizione di limiti al suo esercizio a condizione che essi corrispondano all'utilità sociale, nel cui ambito sicuramente rientrano gli interessi alla tutela della salute e dell'ambiente»⁶⁷. Non sembra irrilevante notare come la Corte, nel selezionare il bene costituzionale che giustifica la limitazione della libertà di iniziativa economica, non faccia riferimento alla dignità umana, alla libertà o alla sicurezza, che esprimono la natura eminentemente personale rispetto alla dimensione del diritto alla salute che viene in rilievo, ma all'utilità sociale, la quale sembra richiamare la dimensione collettiva di interesse pubblico alla tutela della salute.

Se ne potrebbe ipotizzare una applicazione debole, dal momento che se da un lato i limiti della libertà, dignità e sicurezza configurano norme attributive di situazioni giuridiche immediatamente efficaci *erga omnes* senza la necessità di una attuazione legislativa, dall'altro lato il richiamo all'utilità sociale quale limite all'iniziativa economica, ancorché collegato alla realizzazione di valori costituzionali, «non può essere, di per sé, immediatamente operativo»⁶⁸. Tuttavia, l'interpretazione prevalente⁶⁹ individua il contenuto del concetto di utilità sociale alla luce del progetto di trasformazione della società delineato dal secondo comma, art. 3, Cost., comprendendo quindi l'intero complesso dei diritti fondamentali, nel cui effettivo godimento si attua il pieno sviluppo della persona umana e si realizzano i diritti sociali delle persone. In tale ottica, quindi, «socialmente utile in senso costituzionale sarebbe (...) tutto ciò che consente il perseguimento di quei fini e la protezione di quegli interessi (culturali, sociali, politici ed economici), anche a costo di sacrificarne altri confliggenti»⁷⁰. Secondo Barile, l'utilità sociale coinciderebbe con «interesse generale dello Stato» che si esprime quale limite alle situazioni giuridiche soggettive in ambito patrimoniale⁷¹ e che andrebbe inteso quale «affermazione di un criterio di giustizia distributiva e

⁶⁶ A. ANDREONI, *Lavoro, diritti sociali e sviluppo economico. I percorsi costituzionali*, cit., p. 187.

⁶⁷ Corte cost., sentenza n. 196 del 1998.

⁶⁸ A. PACE, *Problematica delle libertà fondamentali*, Cedam, Padova, 2003, pp. 483-484, citato da M. GIANPIERETTI, *Art. 41*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, cit., p. 413.

⁶⁹ M. GIANPIERETTI, *Art. 41*, cit., p. 414.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, 1953, Cedam, p. 140.



(...) di elevazione sociale che la costituzione italiana vuole attuare mediante un'opportuna programmazione ed un penetrante controllo di tutte le attività economiche dell'individuo»⁷².

La tutela della salute, collettiva e individuale, può quindi giustificare una limitazione della iniziativa economica privata. A questa interpretazione è possibile giungere attraverso la teoria della funzionalizzazione dell'attività economica privata, secondo la quale l'attività economica privata non costituisce esercizio di una libertà, bensì svolgimento di una funzione sociale che si realizza in una attività che può incontrare dei limiti secondo tale prospettiva direttamente dal testo costituzionale, senza che sia necessaria una attività integrativa a livello legislativo⁷³.

Occorre comunque chiarire che anche questo ambito non sfugge alle tradizionali dinamiche del bilanciamento tra interessi costituzionalmente tutelati. Dalla giurisprudenza costituzionale emerge chiaramente, infatti, che la volontà legislativa (anche regionale) di orientare l'esercizio dell'attività economica a finalità di utilità sociale riconducibili all'obiettivo di una migliore promozione e garanzia della salute delle persone, se incontra un fondamento costituzionale, è comunque destinata a trovare un limite nel rispetto di concomitanti beni giuridici, quali ad esempio la tutela della concorrenza.

È interessante notare come le questioni in oggetto si giocano prevalentemente a livello di attribuzione delle relative competenze legislative. Un esempio paradigmatico è rappresentato dalla sentenza n. 300/2011, con cui la Corte costituzionale ha affermato la legittimità di una legge provinciale (Bolzano, n. 13/2010), la quale vietava di autorizzare l'esercizio di sale da giochi e di attrazione nelle vicinanze (prevedendo un limite di trecento metri) di luoghi – scuole, centri giovanili, strutture in ambito sanitario o socio-assistenziale – definiti dalla legge «sensibili». In questo caso, la determinazione dell'oggetto e della *ratio* dell'intervento legislativo risulta determinante al fine di affermare la competenza provinciale.

In particolare, individuando l'interesse tutelato nella protezione di «soggetti ritenuti maggiormente vulnerabili, o per la giovane età o perché bisognosi di cure di tipo sanitario o socio assistenziale» e, più in generale, nell'obiettivo di «evitare forme di gioco compulsivo» (rispetto ai quali la volontà di evitare disagi per il contesto urbano, la viabilità e la quiete pubblica sembrano assumere rilievo secondario), la Corte costituzionale esclude la possibilità di ricondurre la norma alla materia «ordine pubblico e sicurezza», di competenza esclusiva statale⁷⁴. Pur senza farvi

⁷² Ivi, p. 141.

⁷³ G. SALERNO, Art. 41, in . CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, cit., p. 291.

⁷⁴ Ricorda F. ANGELINI, *Quando non bastano le "regole del gioco" la Corte fa "ordine". Note a margine della sentenza n. 300 del 2011*, in *Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, n. 1, 2012, che la sentenza in



riferimento espresso, la Corte – come evidenziato in dottrina – «pare delineare l’ambito della disciplina in questione a cavallo tra la materia della tutela della salute e quella dei servizi sociali»⁷⁵: questa impostazione emerge in modo implicito dalle argomentazioni della sentenza, in particolare quando si afferma che le disposizioni impugnate incidono su «fattori (...) che potrebbero (...) indurre al gioco un pubblico costituito da soggetti psicologicamente più vulnerabili od immaturi»⁷⁶.

L’esigenza di tutelare la salute, in particolare di categorie sociali “deboli”, quale fondamento dell’esercizio del potere di ordinanza sindacale, alla luce di una interpretazione evolutiva dell’art. 50, comma 7, del d.lgs. n. 267 del 2000, al fine di limitare la libertà di iniziativa economica nel settore dei giochi leciti, è riconosciuta esplicitamente nella sentenza n. 220/2014. In termini generali, la Corte costituzionale sembra affermare, oltre alla possibilità di esercitare da parte del sindaco il potere di ordinanza anche in tale ambito, la necessità di operare un bilanciamento tra, da un lato, il diritto alla salute e, dall’altro lato, la libertà di iniziativa economica privata, potendo gli enti locali partecipare alla individuazione del “verso” del bilanciamento da operare, in quanto soggetti istituzionali più vicini alla concreta realtà territoriale⁷⁷.

Come anticipato, l’ambito di intervento degli enti locali e regionali non appare però essere illimitato, giocandosi l’ampiezza del medesimo sulla determinazione della materia prevalente nei singoli casi concreti di intervento legislativo. A tal riguardo, la Corte costituzionale, in un caso relativo a una legge regionale che prevedeva quale criterio di ammissibilità delle offerte per l’aggiudicazione di lavori e opere pubblici la valutazione di «criteri di premialità connessi alla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro», ha riconosciuto i limiti che le regioni incontrano nell’intervenire legislativamente in ambiti riconducibili alla materia esclusiva statale della tutela della concorrenza, anche quando tale intervento sia finalizzato a prevedere requisiti/standard specifici di garanzia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro⁷⁸. La

esame si pone in piena coerenza con la giurisprudenza costituzionale, la quale predilige «una interpretazione restrittiva della nozione di ordine pubblico, “risultando evidente come, diversamente opinando, si produrrebbe una smisurata dilatazione della nozione di sicurezza e ordine pubblico, tale da porre in crisi la stessa ripartizione costituzionale delle competenze legislative, con l’affermazione di una preminente competenza statale potenzialmente riferibile a ogni tipo di attività”».

⁷⁵ S. ROSSI, *Una pronuncia di rigetto in rito e una posta in gioco ancora da definire: i sindaci no slot e i loro poteri*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 11 gennaio 2015, p. 4.

⁷⁶ Corte cost., sentenza n. 300/2011.

⁷⁷ S. ROSSI, *Una pronuncia di rigetto in rito e una posta in gioco ancora da definire: i sindaci no slot e i loro poteri*, cit., p. 6.

⁷⁸ Corte cost., sentenza n. 52/2012, su cui L. PRINCIPATO, *L’ipostatizzazione della concorrenza: da situazione giuridica soggettiva ed ambito di competenza legislativa a strumento di politica economica*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 2, 2012, pp. 728 ss.



Corte costituzionale, sulla base di questo principio, ha dichiarato pertanto il contrasto con l'art. 117, secondo comma, Cost. della legge regionale che, superando quanto disposto a livello statale, aveva previsto quale criterio di ammissibilità delle domande una soglia minima relativa ad elementi di valutazione connessi con la tutela della salute, che la disciplina statale prevede al contrario quale criterio di valutazione delle medesime.

L'analisi della dottrina e della giurisprudenza costituzionale ha evidenziato l'esistenza di solide basi normative sulle quali proporre una concezione integrata e dinamica di salute, in vista di una sua valorizzazione in termini non esclusivamente sanitari, ma basata sull'analisi dei suoi presupposti a livello sociale, economico e culturale, riferendosi al concetto, ormai consolidato nella dottrina internazionale e nazionale, di determinanti sociali della salute. In particolare, dalla giurisprudenza costituzionale relativa alla tutela e alla promozione della salute sembrano emergere due elementi decisivi: da un lato, una sostanziale coincidenza tra quelli che a livello internazionale ed europeo sono identificati come determinanti sociali e politici della salute e gli ambiti che maggiormente entrano in relazione con l'obiettivo trasversale di promuovere la salute; per altro verso, una ulteriore concordanza tra i tradizionali obiettivi di uno stato costituzionale sociale di diritto (artt. 2 e 3 Cost.) e le aree nelle quali i poteri pubblici, a tutti i livelli di governo, sono chiamati ad intervenire al fine di ridurre le cause delle disuguaglianze che incidono direttamente o indirettamente sui livelli di benessere e salute delle persone.

5. Un possibile *case study*: la Provincia Autonoma di Trento e il metodo della “salute in tutte le politiche”

Definita la possibilità di riscontrare un adeguato fondamento costituzionale a un approccio normativo e istituzionale finalizzato a considerare la protezione e la promozione della salute come criterio trasversale di definizione e attuazione di politiche extra-sanitarie, si vuole proporre una breve analisi degli strumenti legislativi che, a livello di Provincia Autonoma di Trento, possono esprimere una funzionalità nell'ottica di interventi normativi in ambiti che incidono (o possono incidere) sui determinanti sociali della salute. Il livello provinciale può essere ritenuto rilevante in quanto, sulla base di quanto previsto dal Programma di sviluppo provinciale per la XV Legislatura⁷⁹, nella proposta di Piano provinciale per la salute (2015-2025) attualmente in

⁷⁹ Il *Programma di sviluppo provinciale per la XV Legislatura* prevede la redazione di «un (...) Piano per la salute del Trentino 2015-2025, che partendo dall'analisi del contesto provinciale individui gli obiettivi fondamentali e le conseguenti azioni operative per promuovere politiche di salute, secondo un modello integrato di forte investimento sociale che interpella la responsabilità personale (nei comportamenti e negli stili di vita) di ogni cittadino, oltre all'impegno di tutte le istituzioni», dal momento che «la buona salute dei



discussione tra gli obiettivi principali della programmazione socio-sanitaria si fa riferimento esplicito al metodo della “salute in tutte le politiche”. È quindi ipotizzabile che, in futuro, il contesto provinciale trentino sarà oggetto di una attività politico-istituzionale e normativa, orientata ad attuare quanto previsto dagli atti di programmazione citati, potendo porsi quale esempio paradigmatico per altri ambiti territoriali.

Partendo da questo elemento di politica istituzionale, sono state selezionate quelle leggi che, a livello provinciale, disciplinano materie che potrebbero essere interessate da un approccio trasversale alla promozione della salute e dei suoi fattori determinanti (assistenza sociale, urbanistica, appalti, edilizia abitativa pubblica, istruzione, immigrazione)⁸⁰. L'analisi è stata condotta con l'obiettivo di individuare la presenza *de iure condito* in particolare di:

cittadini – intesa non come mera assenza di malattia, ma come benessere fisico, mentale e sociale di ogni persona necessita di azioni complesse che incidano sui diversi fattori (ambientali, sociali, economici, sanitari) che la determinano» (p. 80). A tal fine, tra le strategie principali in materia sociale si individua l'obiettivo di «puntare, in modo trasversale, sulla prevenzione e la promozione della salute, promuovendo stili di vita salutari e interventi di promozione della salute nelle diverse politiche settoriali» (Ivi, p. 78).

⁸⁰ Le leggi oggetto di analisi sono state:

1. Legge provinciale sulla tutela della salute - 23 luglio 2010, n. 16 - Tutela della salute in provincia di Trento;
2. Legge provinciale sullo sport - 16 luglio 1990, n. 21 - Interventi per lo sviluppo e la promozione delle attività sportive;
3. Legge provinciale sulle politiche sociali - 27 luglio 2007, n. 13 - Politiche sociali nella Provincia di Trento;
4. Legge provinciale sul benessere familiare - 2 marzo 2011, n. 1 - Sistema integrato delle politiche strutturali per la promozione del benessere familiare e della natalità;
5. Legge provinciale sull'handicap - 10 settembre 2003, n. 8 - Disposizioni per l'attuazione delle politiche a favore delle persone in situazione di handicap;
6. Legge provinciale - 14 febbraio 2007, n. 5 - Sviluppo, coordinamento e promozione delle politiche giovanili, disciplina del servizio civile provinciale e modificazioni della legge provinciale 7 agosto 2006, n. 5 - Sistema educativo di istruzione e formazione del Trentino;
7. Legge provinciale - 7 gennaio 1991, n. 1 - Eliminazione delle barriere architettoniche in provincia di Trento;
8. Legge provinciale - 16 maggio 2012, n. 9 - Interventi a sostegno del sistema economico e delle famiglie;
9. Legge provinciale sulle piste ciclabili - 11 giugno 2010, n. 12 - Sviluppo della mobilità e della viabilità ciclistica e ciclopedonale nonché modificazioni dell'articolo 52 della legge provinciale 20 marzo 2000, n. 3, in materia di procedure di approvazione del piano provinciale della mobilità;
10. Legge provinciale - 7 novembre 2005, n. 15 - Disposizioni in materia di politica provinciale della casa e modificazioni della legge provinciale 13 novembre 1992, n. 21 (Disciplina degli interventi provinciali in materia di edilizia abitativa);
11. Decreto del Presidente della Provincia - 12 dicembre 2011, n. 17-75/Leg. Regolamento in materia di edilizia abitativa pubblica (legge provinciale 7 novembre 2005, n. 15 - Disposizioni in materia di politica provinciale della casa e modificazioni della legge provinciale 13 novembre 1992, n. 21 (Disciplina degli interventi provinciali in materia di edilizia abitativa)”, articolo 11);
12. Legge provinciale - 4 marzo 2008, n. 1 - Pianificazione urbanistica e governo del territorio;
13. Legge provinciale - 7 agosto 2006, n. 5 - Sistema educativo di istruzione e formazione del Trentino;
14. Legge provinciale sull'immigrazione - 2 maggio 1990, n. 13 - Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria;



- a) *principi generali* e gli *obiettivi* posti dalle singole legislazioni che possono assumere rilievo nell'ambito di un approccio di “salute in tutte le politiche”;
- b) *misure* normative che, pur interessando settori specifici e non direttamente collegati alla tutela della salute o della sanità, possono essere utilizzate anche in tale ottica specifica;
- c) *meccanismi organizzativi e istituzionali* utilizzabili al fine di permettere la concreta attuazione delle misure sostanziali di tutela e promozione nei diversi ambiti;
- d) *strumenti di raccordo e coordinamento* tra diverse strutture istituzionali coinvolte nei diversi ambiti, assumendo la programmazione delle politiche e il coordinamento istituzionale come condizioni necessarie di un approccio di “salute in tutte le politiche”.

A livello di principi generali e obiettivi settoriali, la tendenza alla previsione di elementi funzionali a un simile approccio è rinvenibile principalmente nelle discipline che riguardano direttamente l'ambito sanitario (legge provinciale n. 16/2010, “Tutela della salute in provincia di Trento”⁸¹) o sono a questo connesse in termini di integrazione degli interventi di programmazione e organizzazione (legge provinciale n. 13/2007, “Legge provinciale sulle politiche sociali”)⁸². Ma

15. Legge provinciale sulla valutazione d'impatto ambientale - 17 settembre 2013, n. 19;

16. Legge provinciale sugli incentivi alle imprese - 13 dicembre 1999, n. 6 - Interventi della Provincia per il sostegno dell'economia e della nuova imprenditorialità locale, femminile e giovanile. Aiuti per i servizi alle imprese, alle reti d'impresa, all'innovazione e all'internazionalizzazione. Modificazioni della legge sulla programmazione provinciale;

17. Legge provinciale - 10 settembre 1993, n. 26 - Norme in materia di lavori pubblici di interesse provinciale e per la trasparenza negli appalti;

18. Legge provinciale sugli asili nido - 12 marzo 2002, n. 4 - Nuovo ordinamento dei servizi socio-educativi per la prima infanzia;

19. Legge provinciale 3 novembre 2009, n. 13 - Norme per la promozione dei prodotti agricoli e agroalimentari a basso impatto ambientale e per l'educazione alimentare e il consumo consapevole;

20. Legge provinciale 28 marzo 2013, n. 5 - Controllo sull'attuazione delle leggi provinciali e valutazione degli effetti delle politiche pubbliche. Modificazioni e razionalizzazione delle leggi provinciali che prevedono obblighi in materia;

21. Legge sulla programmazione provinciale - 8 luglio 1996, n. 4 - Nuova disciplina della programmazione di sviluppo e adeguamento delle norme in materia di contabilità e di zone svantaggiate.

⁸¹ L'art. 1 afferma che la provincia: a) assicura la coerenza della legislazione provinciale, in particolare di quella in materia sociale e ambientale, con gli obiettivi di tutela e promozione della salute; b) promuove il coordinamento e l'integrazione funzionale dei servizi e delle attività sanitarie e sociali; c) vigila sulla tutela dell'ambiente naturale quale fattore determinante per il mantenimento della salute individuale e collettiva. Inoltre, il terzo comma attribuisce alle istituzioni provinciali competenti (le quali possono essere anche diverse da quelle formalmente titolari di competenze in materia medico-sanitaria) la promozione, tra gli altri obiettivi, dell'esercizio responsabile dei diritti e dei doveri individuali e collettivi in ordine alla tutela della salute. Anche questa disposizione può essere interpretata, in termini teleologico-sistematici, in senso estensivo, comprendendovi anche posizioni giuridiche soggettive, e concomitanti doveri istituzionali, diverse da quelle tipiche del settore medico-sanitario o della prevenzione intesa in senso stretto (dai diritti sociali alla libertà di iniziativa economica privata).

⁸² L'articolo 1 incorpora testualmente l'approccio di “salute in tutte le politiche”, introducendo il principio in base al quale «le politiche sociali concorrono con le altre politiche allo sviluppo del territorio attraverso



essa emerge in modo esplicito anche in altri ambiti, che non hanno una connessione diretta con l'ambito socio-sanitario. Due esempi risultano particolarmente significativi, in termini di approccio e di metodo utilizzati.

Da un lato, la legge sul benessere familiare (legge provinciale n. 1/2011) si pone l'obiettivo di costruire un «sistema integrato delle politiche familiari» (art. 2), attraverso la promozione di politiche intersettoriali, l'utilizzo degli strumenti di programmazione esistenti, l'indirizzo dell'esercizio delle proprie funzioni in vista di tale obiettivo e l'adozione di criteri tesi a garantire il coordinamento, l'integrazione e l'unitarietà delle proprie politiche. Queste azioni, che si devono tradurre in precise scelte di carattere normativo, amministrativo e istituzionale, sono preordinate alla realizzazione di un «sistema integrato degli interventi, che si attua mediante raccordi sinergici e strutturali tra le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, giovanili, ambientali e urbanistiche, della gestione del tempo, dello sport e del tempo libero, della ricerca e delle altre politiche che concorrono ad accrescere il benessere familiare»⁸³.

Dall'altro lato, la legge provinciale 2009, n. 13 («Norme per la promozione dei prodotti agricoli e agroalimentari a basso impatto ambientale e per l'educazione alimentare e il consumo consapevole») interviene negli ambiti alimentare ed educativo, i quali si rivelano centrali in una prospettiva di «salute in tutte le politiche»: da un lato, infatti, le abitudini alimentari rappresentano uno degli stili di vita individuali che, a tutte le fasce di età, incidono maggiormente in termini quanti-qualitativi sul benessere e, quindi, sulla salute delle persone; dall'altro, politiche di comunicazione di corretti stili alimentari (secondo un'ottica informativa ma non punitiva o

il rafforzamento della coesione e del capitale sociale». Inoltre, l'art. 2 comprende, tra i principi e metodi ai quali tali soggetti istituzionali devono ispirarsi nel definire le politiche sociali, anche: il coordinamento con le altre politiche che concorrono al benessere della persona, con particolare riferimento alle politiche della salute, del lavoro, della casa, della formazione professionale, dell'istruzione e per la sicurezza (lett. h); il potenziamento delle attività di prevenzione del disagio sociale attraverso la rimozione delle cause che possono determinare l'insorgere degli stati di bisogno (lett. i); l'adozione del metodo della progettualità nell'individuazione degli interventi (lett. j); la qualificazione e specializzazione dei servizi offerti e delle risorse umane impegnate nella realizzazione degli interventi (lett. k); la valutazione dell'impatto degli interventi sociali (lett. k).

⁸³ L'art. 1 (Finalità) prevede che «le finalità del comma 1 sono perseguite mediante politiche familiari strutturali che prevengono le situazioni di disagio o ne promuovono il superamento e che sostengono il benessere della famiglia e dei componenti del nucleo familiare. Questa legge, tramite il sostegno dei legami familiari, parentali e sociali, promuove lo sviluppo di risorse umane relazionali a beneficio della coesione sociale del territorio». Inoltre, «per sostenere e promuovere sul territorio il benessere e i progetti di vita delle famiglie la Provincia persegue l'obiettivo di coordinare tutte le politiche settoriali per realizzare il sistema integrato delle politiche strutturali» (quarto comma).



autoritaria, tipico del cd. *nudging*⁸⁴) possono risultare funzionali al fine di orientare i comportamenti individuali e collettivi, anche eventualmente connessi a politiche di incentivo o disincentivo di attività economiche, imprenditoriali, o relative alla fornitura e ai servizi all'interno della pubblica amministrazione⁸⁵. Adottando espressamente un approccio inter-settoriale, la legge prevede che la provincia, «nell'ambito delle proprie politiche di settore, promuove inoltre il consumo di prodotti esenti da organismi geneticamente modificati, la riduzione dei residui di presidi sanitari nei prodotti agricoli vegetali, nonché la diffusione di prodotti utili a prevenire e curare le allergie ed intolleranze di origine alimentare» (art. 1, terzo comma).

Questa tendenza si esprime anche a livello di concrete soluzioni normative adottate nei singoli ambiti. La citata legge n. 13/2009 prevede uno strumento tipico dell'approccio di "salute in tutte le politiche" in ambito alimentare, prevedendo l'obiettivo di:

- a) incentivare l'utilizzo, nell'ambito dei servizi di ristorazione collettiva pubblica gestiti da enti pubblici o da soggetti privati in regime di convenzione, di prodotti agricoli e agroalimentari di qualità riconosciuta e certificata, biologici e a basso impatto ambientale⁸⁶;
- b) assicurare la vendita all'interno delle istituzioni scolastiche e formative provinciali di prodotti alimentari e di bevande conformi alle caratteristiche e alle tipologie individuate nel programma per l'orientamento dei consumi e l'educazione alimentare;

⁸⁴ Per un inquadramento del concetto di *nudging*, C. SUNSTEIN, R. THALER, *Nudge. Improving decisions about health, wealth and happiness*, Yale University Press, 2008; A. ALEMANNI, A.L. SIBONY (eds.), *Nudge and the Law*, Hart Publishing, 2015.

⁸⁵ L'art. 1 della legge richiamata afferma che la Provincia «favorisce la conoscenza dei prodotti agricoli e agroalimentari di qualità e delle caratteristiche delle bevande nonché del loro utilizzo, l'accesso diretto del consumatore al mercato delle produzioni agricole e agroalimentari nonché la riduzione dei consumi energetici e delle emissioni inquinanti legate al trasporto dei prodotti agricoli e agroalimentari e delle bevande». A tal fine, si intende promuovere, in particolare: a) il consumo di prodotti agricoli e agroalimentari di qualità riconosciuta e certificata, biologici e a basso impatto ambientale; b) l'educazione al consumo consapevole, attraverso la comprensione delle relazioni esistenti tra sistemi produttivi, consumi alimentari e ambiente, nella prospettiva di uno sviluppo autosostenibile ed ecosostenibile; c) l'adozione di corretti comportamenti alimentari e nutrizionali, attraverso la conoscenza e il consumo di prodotti alimentari e agroalimentari ottenuti nel rispetto della salute e dell'ambiente e legati alla tradizione e alla cultura del territorio provinciale.

⁸⁶ Cfr. quanto previsto dall'art. 5 della legge 13/2009 in termini di misure concrete per assicurare questo obiettivo, tra cui ad esempio limiti e criteri di aggiudicazione, come la percentuale minima di prodotti agricoli e agroalimentari di qualità riconosciuta e certificata, biologici e a basso impatto ambientale che deve essere utilizzata nell'ambito dei servizi di ristorazione collettiva, o incentivi, come criteri e modalità per assicurare, nell'ambito delle procedure di appalto di forniture o di servizi, punteggi aggiuntivi alle offerte che prevedono l'impiego nella preparazione dei pasti di quantitativi superiori alle misure minime stabilite dal programma; o incentivi economici connessi agli obblighi legislativi, come la possibilità di adeguare i finanziamenti per i servizi di ristorazione collettiva pubblica, al fine di tener conto dei maggiori oneri derivanti dagli obblighi introdotti da questa legge, e specifici contributi ai soggetti privati che gestiscono i servizi.



- c) promuovere, in collaborazione con le autorità sanitarie competenti, percorsi didattici, formativi e informativi di educazione alimentare e di orientamento al consumo;
- d) favorire l'incremento della vendita di prodotti a basso impatto ambientale nonché altre misure di sviluppo della filiera corta, compresa la riserva di appositi spazi nei mercati per la vendita diretta di prodotti agricoli e agroalimentari di qualità riconosciuta e certificata, biologici e a basso impatto ambientale (art. 3).

Almeno sulla carta, il sistema introdotto fornisce una serie di strumenti che possono consentire (e, in alcuni casi, obbligare) alle istituzioni provinciali di adeguare le proprie strutture alla finalità HiAP, in ambiti decisivi, quali quello scolastico-educativo, agricolo e commerciale.

Passando all'analisi dei meccanismi di carattere organizzativo e istituzionale, molteplici risultano le sedi istituzionali che presentano caratteristiche e funzioni tipiche (o in alcuni casi analoghe) delle soluzioni istituzionali adottate nell'ambito della "salute in tutte le politiche", e che quindi potrebbero essere utilizzate anche *de iure condito*, o fornire un valido esempio *de iure condendo*, nel momento in cui si decida di introdurre a livello legislativo una normativa specifica⁸⁷. Sarebbe inoltre possibile adeguare le soluzioni introdotte in sede di eventuale riforma legislativa alla luce

⁸⁷ La legge sulla tutela della salute prevede, in termini di coordinamento, che la Giunta adotti «atti di indirizzo e programmazione provinciale» (art. 7). Il Consiglio per la salute può svolgere una funzione di raccordo importante, in quanto tra le sue funzioni vi sono quelle di rilevare «i bisogni della comunità in ordine alla salute e concorre alla promozione di iniziative per il benessere dei cittadini, con particolare riferimento alle attività di prevenzione» e di formulare «proposte per il miglioramento dei servizi distrettuali, per l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, per l'educazione alla salute». In termini di programmazione, il Piano provinciale per la salute rappresenta il principale strumento di programmazione in ambito sanitario. Il piano provinciale per la salute definisce le strategie d'intervento in materia sanitaria e socio-sanitaria, stabilendo in particolare i principi e gli indirizzi di politica sanitaria e gli obiettivi di salute (lett. a); le modalità d'integrazione e coordinamento tra le azioni di competenza dei gestori dei servizi sanitari e sociali (lett. f); la pianificazione socio-sanitaria, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali delle comunità (lett. g).

La legge sul benessere familiare fornisce, anche in questo ambito, il quadro più esaustivo. L'art. 25 prevede espressamente l'obiettivo del coordinamento delle politiche provinciali, attribuendo alla Agenzia provinciale per la famiglia un parere obbligatorio sulle iniziative prese dalla Giunta nelle materie – da definire da parte della medesima Giunta – di rilievo. Essa istituisce il sistema integrato delle politiche in materia, al fine di «rappresentare in forma unitaria l'insieme delle politiche di prevenzione attivate dalla Provincia, al fine di rendere più efficaci ed efficienti gli interventi attuati sul territorio». Per la realizzazione del sistema integrato, la legge prevede strumenti che possono essere utilizzati anche in un'ottica di "salute in tutte le politiche", quali ad esempio: a) l'istituzione di una cabina di regia provinciale per l'attuazione di politiche integrate per la prevenzione del disagio; b) la mappatura, in uno specifico rapporto, degli interventi e delle attività promosse dalla Provincia e dagli enti locali; c) l'individuazione di specifici strumenti di coordinamento e di raccordo per orientare l'attività della Provincia e degli enti locali, in modo da evitare la sovrapposizione delle azioni e degli interventi; d) la realizzazione di specifici interventi da attuare attraverso il finanziamento di progetti di carattere provinciale e locale, l'attività di ricerca, informazione e formazione sulle tematiche concernenti le politiche di prevenzione finalizzate ad accrescere il benessere familiare.



di un'analisi delle performance degli organi esistenti in altri settori titolari di funzioni consultive, decisionali, attuative, di controllo e monitoraggio, evitando di riprodurre le criticità eventualmente emerse in altri ambiti in termini di effettività ed efficacia e valorizzando al contempo le positività espresse.

I casi analizzati esprimono inoltre una tendenza ad adottare soluzioni che hanno l'obiettivo di garantire una periodica valutazione degli effetti applicativi delle normative e delle politiche da esse derivate, in particolare alla luce dell'impatto effettivo sul contesto di riferimento e sulle condizioni "di vita" delle persone coinvolte, anche utilizzando parametri di natura non esclusivamente economico-finanziario (in particolare in termini di economicità degli interventi) ma anche sociale o culturale. Questa funzione viene assolta, in termini descrittivi, attraverso due macro-categorie di interventi: soluzioni adottate a livello settoriale (istruzione, assistenza sociale, etc.), le quali a loro volta si distinguono in soluzioni che richiedono l'istituzione di organismi ad hoc e soluzioni di carattere generale che impegnano gli organi di governo centrale a svolgere una valutazione periodica sugli effetti della legge (ad esempio, mediante la tecnica della "clausole valutative")⁸⁸;

⁸⁸ L'art. 6 della legge provinciale sulla tutela della salute ("Funzioni di indirizzo, programmazione e controllo") fornisce strumenti di natura programmatica e di valutazione delle politiche per la salute, prevedendo che «il Consiglio provinciale verifica il funzionamento del servizio sanitario provinciale e formula indirizzi e proposte alla Giunta provinciale. L'assessore provinciale competente, all'inizio della legislatura, illustra al Consiglio provinciale gli indirizzi generali al fine della predisposizione del piano provinciale per la salute». Inoltre, «ogni anno l'assessore presenta alla competente commissione permanente del Consiglio una relazione sullo stato di salute della popolazione, sull'attuazione del piano provinciale per la salute, sulla gestione e sull'efficienza dei servizi sanitari».

In materia di politiche sociali, sono presenti strumenti di valutazione che rientrano nel quadro tradizionale degli strumenti funzionali alla "salute in tutte le politiche": in particolare quando si prevede che «ai fini di una gestione razionale e responsabile, gli enti locali e la Provincia valutano (...) gli interventi di loro competenza, secondo criteri di qualità della prestazione, congruità dei risultati, efficacia dell'utilizzo delle risorse impiegate» e che «la valutazione è finalizzata a verificare l'impatto dei servizi socio-assistenziali erogati, sotto il profilo dell'efficacia della risposta ai bisogni espressi, dell'efficienza in termini di rapporto costi-benefici, nonché della ricaduta sul territorio e sulla collettività, ed è effettuata sia preventivamente che successivamente alla realizzazione delle attività considerate».

La legge sul benessere familiare rappresenta un possibile modello anche in tale ottica di valutazione e indirizzo delle politiche. La legge prevede un «rapporto sullo stato di attuazione del sistema integrato delle politiche strutturali» (art. 24), il quale si fonda su un più complessivo sistema di «valutazione di impatto familiare», finalizzato a «orientare le strategie complessive di governo al sostegno della famiglia» (art. 33). In particolare, l'articolo prevede che «la valutazione d'impatto familiare costituisce strumento per indirizzare le politiche tributarie e tariffarie della Provincia previste in ogni settore, secondo criteri di differenziazione e proporzionalità in rapporto alla composizione del nucleo familiare e alla sua condizione economica». La legge completa questo sistema di valutazione e monitoraggio con una clausola valutativa, secondo cui «il Consiglio provinciale esercita il controllo sull'attuazione di questa legge e valuta gli effetti da essa prodotti nel migliorare le condizioni di vita delle famiglie e nel prevenire situazioni di disagio» e a tal fine la Giunta provinciale presenta al Consiglio il rapporto biennale sullo stato d'attuazione del sistema integrato delle politiche familiari (cfr. la riforma introdotta dalla legge provinciale n. 3/2013).



soluzioni di carattere generale, come la legge sulla programmazione provinciale, le quali, finalizzate a connotare gli interventi normativi nel loro complesso ad una programmazione e coordinamento complessivo e organico, possono *de iure condito* rivelarsi utili strumenti immediatamente implementabili per introdurre soluzioni di “salute in tutte le politiche”⁸⁹.

6. La “salute in tutte le politiche” tra quadro costituzionale e attuazione politica

Alla luce dell’analisi della dottrina e della giurisprudenza costituzionale, non appare forzato sussumere in una concezione aperta di salute (cfr. la citata sentenza n. 218 del 1994) la disciplina di ciò che la dottrina extra-giuridica definisce determinanti della salute. La rilevanza del dato sociale, al fine di determinare l’esatto perimetro della protezione costituzionale della salute, assume una centralità decisiva al fine di fondare una concezione ampia e dinamica di salute. Salute e dato sociale si pongono in una relazione di reciproca funzionalità: da un lato, un adeguato livello di benessere fisico, psichico e sociale rappresenta una condizione necessaria al fine di assicurare la piena realizzazione del programma delineato dal combinato disposto degli

La legge per la promozione dei prodotti agricoli e agroalimentari a basso impatto ambientale e per l’educazione alimentare e il consumo consapevole prevede l’approvazione di un Programma per l’orientamento dei consumi e l’educazione alimentare (art. 4), di durata triennale e da approvare entro 180 giorni dalla entrata in vigore della legge, il quale deve provvedere a:

- a) definire le linee generali di promozione dell’orientamento dei consumi e dell’educazione alimentare;
- c) individuare i criteri di attuazione di quanto previsto dall’articolo 5 con riguardo all’utilizzo di prodotti agricoli e agroalimentari di qualità riconosciuta e certificata, biologici e a basso impatto ambientale nell’ambito dei servizi di ristorazione collettiva pubblica e alla definizione di una metodologia di preparazione dei pasti rispondente alle necessità dei soggetti affetti da intolleranza alimentare;
- d) individuare le caratteristiche e le tipologie dei prodotti alimentari e delle bevande che possono essere venduti all’interno delle istituzioni scolastiche e formative provinciali;
- e) stabilire le modalità di attuazione dei controlli per l’accertamento delle infrazioni alle disposizioni di questa legge.

⁸⁹ Due sono gli strumenti a carattere generale che vengono in rilievo. La legge sulla programmazione provinciale (n. 4/1996), la quale prevede l’adozione del programma di sviluppo provinciale, il quale può svolgere la funzione di atto che individui gli obiettivi per una salute in tutte le politiche e orienti l’azione pubblica attraverso l’individuazione di aree di intervento prioritarie (art. 7; sul punto, in termini generali, C. DE GASPERI, M. TRETTER, L. ZAMBARDA, M. RICCADONNA, *La finanza provinciale*, in M. MARCANTONI, G. POSTAL, R. TONIATTI (a cura di), *Quarant’anni di autonomia*, FrancoAngeli, Milano, 2011, pp. 499 ss.).

Infine, la legge provinciale sul controllo sull’attuazione delle leggi e la valutazione degli effetti delle politiche pubbliche (n. 5/2013) contiene strumenti specifici – settoriali nel senso che introducono specifici strumenti di valutazione e controllo in legislazioni di settore rilevanti in termini HiAP – di valutazione e controllo dell’impatto delle politiche (lo stato di attuazione della legge; il grado di realizzazione degli obiettivi della legge, tenendo conto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi eventualmente stabiliti a preventivo, delle risorse utilizzate; l’analisi degli effetti sui destinatari dei provvedimenti e del loro grado di soddisfazione; gli effetti prodotti in termini di semplificazione normativa e amministrativa; l’individuazione di eventuali criticità, di costi ed effetti non previsti, delle loro cause e di eventuali misure correttive adottate).



artt. 2 e 3 Cost.; dall'altro, le condizioni di vita e il contesto socio-economico-culturale assumono rilievo al fine di garantire (o escludere) un livello di salute adeguato e tendenzialmente universale. Quindi, dimensione medico-sanitaria e dimensione socio-culturale della salute devono necessariamente coesistere, risultando l'una condizione di effettività dell'altra⁹⁰.

Inoltre, a ulteriore conferma non solo del fondamento costituzionale ma anche dell'opportunità politico-normativa dell'approccio descritto, è possibile sottolineare che all'elemento oggettivo, per il quale «le politiche sanitarie propriamente considerate s'intrecciano con molte altre politiche di carattere non solo sociale, dalla tutela del lavoro all'ambiente, dal trasporto pubblico all'urbanistica», corrisponde un elemento statistico, legato alla più efficiente allocazione di risorse finanziarie in ambito sanitario, in base al quale «le risorse per la tutela della salute al di fuori dell'ambito strettamente curativo tendono ad avere una resa molto forte»⁹¹. Questa lettura trova rilevanti sponde anche nella dimensione internazionale, in particolare nella definizione già menzionata di salute proposta in senso alla Organizzazione Mondiale della Salute quale «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale», dalla quale è possibile derivare la centralità dell'attività di prevenzione⁹², al fine di garantire una piena attuazione del contenuto dell'art. 32 Cost. Si conferma pertanto che la nozione costituzionale di salute non può essere appiattita su una nozione meramente civilistica di integrità fisica, in quanto «essa attiene alla complessiva socialità della persona (...) come la normativa sub-costituzionale in tema di integrazione socio-sanitaria conferma»⁹³.

L'analisi del quadro normativo della Provincia autonoma di Trento, orientata a individuare gli strumenti – tanto sostanziali quanto istituzionali – che possono risultare funzionali all'adozione di un approccio di “salute in tutte le politiche”, sembra infine dimostrare che una chiara volontà politica, unita alla consapevolezza dei principi e dei limiti (soprattutto in termini di competenze

⁹⁰ Tale complessità affonda le proprie radici nella struttura costituzionale e nel “posto” della salute all'interno di essa: «non bisogna (...) dimenticare, che l'articolo 32 è inserito nel titolo *Rapporti etico-sociali* nel quale la tutela della salute trova posto accanto a quella di famiglia e dell'educazione, evidenziando che il concetto moderno di salute non è soltanto biologico, ma anche etico e sociale» (F. ROVERSI-MONACO, C. BOTTARI, *Commento agli artt. 1 e 2*, in F. ROVERSI-MONACO (coord.), *Il Servizio sanitario nazionale. Commentario alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Giuffrè, Milano, 1979, p. 12).

⁹¹ C. CASONATO, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, in Cardoni (a cura di), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo*, Giappichelli, Torino, 2012, p. 6, il quale si riferisce ad uno studio di G. FATTORE, *Le principali influenze del federalismo fiscale sui sistemi sanitari*, 2009.

⁹² Secondo R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (dir.), *Dizionario di diritto pubblico*, vol. VI, Giuffrè, Milano, 2006, p. 5395, per prevenzione bisogna intendere «sia quella strettamente sanitaria diretta a monitorare tempestivamente il possibile insorgere di fatti morbosi e a promuovere stili di vita e di lavoro adeguati (...) sia quella extrasanitaria connessa con la nozione di ambiente salubre».

⁹³ *Ibidem*.



legislative) derivanti dal contesto costituzionale, può *de iure condito* attivare un processo di progressiva attivazione di strumenti sostanziali e meccanismi istituzionali che possano condurre alla stabile definizione di un assetto normativo e istituzionale, nel quale l'attività di prevenzione e promozione della salute delle persone si sviluppi anche al di fuori del tradizionale ambito medico-sanitario. Ciò richiede, preliminarmente, un intervento organico e strutturale in termini di programmazione e di coordinamento delle politiche e delle istituzioni competenti per i diversi settori dell'organizzazione provinciale coinvolti nell'approccio di "salute in tutte le politiche". La previsione di strumenti istituzionali di raccordo inter-settoriale e di coordinamento delle varie strutture amministrative risulta una preconditione necessaria, al fine di assicurare l'effettività, l'efficienza e l'adeguatezza degli interventi. Ciò può avvenire valorizzando e ridefinendo gli strumenti esistenti in materia di coordinamento e programmazione; ma può anche richiedere l'introduzione di meccanismi e sedi istituzionali ad hoc. Una volta definiti e individuati gli strumenti istituzionali, è possibile concentrare l'attività politico-normativa sulla programmazione integrata e trasversale dei principi, degli obiettivi e delle soluzioni da adottare.

In questo senso, il processo avviato a livello di Provincia autonoma di Trento per la redazione di un Piano per la salute provinciale potrebbe essere utilizzato al fine di inserire il metodo di "salute in tutte le politiche" quale asse trasversale destinato ad orientare la definizione e l'attuazione delle politiche pubbliche ai diversi livelli territoriali di governo.