

Filippo Curtale

Corte costituzionale: “Spetta allo Stato, non alle Regioni, determinare le misure necessarie al contrasto della pandemia”.

“Spetta allo Stato, non alle Regioni, determinare le misure necessarie al contrasto della pandemia”. Con questa frase, chiara ed inequivocabile, lo scorso 24 febbraio la Corte costituzionale accoglieva il ricorso dello Stato contro la legge regionale n. 11 del 9 dicembre 2020 della Regione Val D’Aosta, che introduceva misure di contrasto all’epidemia differenti da quelle previste dalla normativa statale.^[1] Nonostante la maggiore autonomia amministrativa e legislativa concessa alle regioni a statuto speciale, come la Valle d’Aosta, anche queste regioni, come le altre, non possono adottare una propria disciplina per definire le misure di contrasto alla pandemia da COVID-19, devono invece allinearsi alla legislazione statale in uno spirito di leale collaborazione. Il principale argomento portato dalla Corte a sostegno di questa decisione si basa sulla natura pandemica dell’epidemia che, essendo diffusa a livello globale, va affidata interamente alla competenza legislativa dello stato. Si fa riferimento in particolare all’articolo 117 della Costituzione, che tra le competenze esclusive dello stato menziona: q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale.

“Venendo al merito del ricorso, deve ribadirsi [...] che la materia oggetto dell’intervento legislativo regionale ricade nella competenza legislativa esclusiva dello Stato a titolo di «profilassi internazionale» (art. 117, secondo comma, lettera q, Cost.), che è comprensiva di ogni misura atta a contrastare una pandemia sanitaria in corso, ovvero a prevenirla.

La malattia da COVID-19, infatti, è notoriamente presente in tutto il mondo, al punto che fin dal 30 gennaio 2020 l’Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato l’emergenza di sanità pubblica di rilievo internazionale, profondendo in seguito raccomandazioni dirette alle autorità politiche e sanitarie degli Stati”.^[1]

Chiarita la base giuridica della sentenza, ancorata ad una rigorosa interpretazione della Costituzione, **la Corte motiva ulteriormente la decisione con la condivisibile logica necessità di una gestione unitaria della crisi** ed alla illegittimità di introdurre “un sistema di gestione dell’epidemia parallelo a quello delineato dalle norme statali e divergente da esso”, già affermata in precedenti sentenze.

“A fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, «ragioni

logiche, prima che giuridiche» (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002) [...]. Un'azione o un coordinamento unitario può emergere come corrispondente alla distribuzione delle competenze costituzionali e alla selezione del livello di governo adeguato ai sensi dell'art. 118 Cost. (*principio di sussidiarietà, ndr*), per ogni profilo di gestione di una crisi pandemica, per il quale appaia invece [...] inidoneo il frazionamento su base regionale e locale delle attribuzioni.

Tale conclusione può dunque concernere non soltanto le misure di quarantena e le ulteriori restrizioni imposte alle attività quotidiane, in quanto potenzialmente fonti di diffusione del contagio, ma anche l'approccio terapeutico; i criteri e le modalità di rilevamento del contagio tra la popolazione; le modalità di raccolta e di elaborazione dei dati; l'approvvigionamento di farmaci e vaccini, nonché i piani per la somministrazione di questi ultimi, e così via. In particolare, i piani di vaccinazione, eventualmente affidati a presidi regionali, devono svolgersi secondo i criteri nazionali che la normativa statale abbia fissato per contrastare la pandemia in corso".[1]

Infine la Corte ricorda come, dal punto di vista storico, la profilassi delle malattie infettive sia sempre stata appannaggio dello Stato. La legge 833/1978 di istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) menziona chiaramente tra le competenze dello Stato (Art. 6 lettera b) "la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizoozie", pur delegando alle regioni l'esercizio delle funzioni amministrative concernenti.[2] Tale impostazione è stata successivamente confermata dal Decreto Legislativo di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed altri enti locali (Dlgs n. 112/1998), che mantiene invariato il riparto di competenze tra Stato e regioni stabilito dalla normativa vigente in materia sanitaria per le funzioni concernenti: «la sorveglianza e il controllo di epidemie ed epizoozie di dimensioni nazionali o internazionali» (Titolo IV, Capo I Tutela della salute, art. 112, lettera g).[3]

Sono quindi ragioni logiche e storiche, oltre che giuridiche, quelle che richiamano ad una regia centralizzata di un evento epidemico/pandemico, basata su un sistema di sorveglianza nazionale, che utilizza gli stessi criteri diagnostici ed è indipendente da interessi locali, adotta un'unica strategia di contenimento, anche se applicata in maniera differenziata, predispone un unico piano vaccinale. Come notano giustamente Forastiere et al. "La risposta alla epidemia non si giova di una gestione frammentaria di venti regioni che non dialogano, non si scambiano in modo strutturato le esperienze, e non condividono

strumenti, metodi, successi e insuccessi. [...] Ridiamo forza e ruolo al SSN, non solo nelle attività di diagnosi e terapia ma anche e soprattutto nella sua capacità di coordinamento degli interventi di sanità pubblica. Ricostruiamo e trasformiamo le reti esistenti in punti di raccolta, analisi e interpretazione dei dati per fronteggiare l'epidemia sotto un coordinamento di riconosciuta autorevolezza".[4]

Le motivazioni della Corte costituzionale, condivise da gran parte del mondo scientifico ed accademico, contribuiscono al dibattito sulla necessità di una nuova riforma del titolo V della Costituzione, dopo quella approvata nel 2001 che ha attribuito alle regioni gran parte delle competenze in materia sanitaria. La regionalizzazione del sistema sanitario è stata una scelta basata sul presupposto che avvicinare i livelli decisionali alle persone avrebbe migliorato qualità ed efficienza dei servizi sanitari. La riforma puntava ad un federalismo solidale, ma ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti sistemi sanitari, facendo perdere al SSN la sua capacità di coordinamento degli interventi di sanità pubblica ed il suo ruolo centrale nelle attività di sorveglianza e diagnosi precoce. [5]

La conseguenza più evidente del frazionamento del sistema sanitario regionale è stata la resistenza di varie regioni ad allinearsi alle disposizioni statali nel corso della pandemia. Inoltre, la regionalizzazione del sistema di sorveglianza delle malattie infettive ha limitato di molto le nostre capacità di gestire un evento epidemico. Per ovviare a questo problema, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito in tempi brevissimi una sorveglianza epidemiologica e virologica ad hoc su tutto il territorio nazionale.[4] Se questo sistema fosse esistito prima della pandemia forse avremmo identificato in anticipo l'anomalo numero di polmoniti interstiziali ed avviato tempestivamente le misure di contrasto della pandemia, se sarà mantenuto in futuro, rappresenterà un utile strumento di allerta.

Alle criticità del sistema di sorveglianza si è aggiunta una diversa capacità delle regioni di realizzare le necessarie misure di tracciamento e controllo sul territorio, mentre il Ministero della Salute non dispone delle risorse umane e finanziarie per realizzare autonomamente queste competenze, anche nel caso in cui le regioni non siano in grado di realizzarle. Tutto ciò ha reso impossibile l'attuazione di quanto auspicato dalla Corte e cioè un'azione unitaria non soltanto per le misure di quarantena e ulteriori restrizioni imposte per contenere il contagio, ma anche per l'approccio terapeutico, i criteri e le modalità della sorveglianza epidemiologica, le modalità di raccolta e di elaborazione dei dati, l'approvvigionamento di farmaci, la realizzazione dei piani per la somministrazione dei vaccini.

La riforma del Titolo V della Costituzione - avvenuta con la legge costituzionale

3/2001- ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere.^[6] Questa riforma, approvata in maniera frettolosa, è stata attaccata e criticata da molti fronti, ma alla fine il tentativo di modificarla con una riforma altrettanto pasticciata è fallito con la vittoria dei No nel referendum del 4 dicembre 2016.^[7] C'è sempre più bisogno di un dibattito serio sulle politiche sanitarie e sul regionalismo, con ipotesi che sappiano coniugare poteri e competenze regionali e un contestuale potenziamento di una governance nazionale. Soprattutto c'è bisogno di procedere con riforme focalizzate e puntuali che oltre ad essere più comprensibili dalla popolazione, hanno maggiori possibilità di successo.

La programmazione nazionale prevede che il Fondo Sanitario Regionale (FSR) assegni il 5% delle risorse totali per la sanità ad attività di prevenzione (sia di malattie trasmissibili che non), con poche eccezioni le regioni non riescono a spendere neanche questo 5%. Secondo i criteri adottati dall'OCSE, in media solo, il 2,9% viene speso in attività di prevenzione con molta variabilità regionale all'interno delle componenti delle voci di spesa, che hanno visto negli ultimi anni una continua diminuzione dei servizi di igiene e sanità pubblica e di sanità pubblica veterinaria per privilegiare attività di screening per le malattie non comunicabili (attività di prevenzione rivolte alle persone), e in misura minore la medicina del lavoro (prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) e i servizi di medicina legale. Per la prevenzione, l'Italia spende tanto quanto i Paesi che non possiedono un servizio sanitario pubblico.^[8]

Meno del 2% del FSR viene speso per attività di sorveglianza e profilassi delle malattie infettive, il mancato trasferimento di questo finanziamento non avrebbe grandi ripercussioni sui bilanci regionali, o potrebbe essere agevolmente coperto con un aumento del Fondo Sanitario Nazionale. Queste risorse potrebbero essere utilizzate per ripristinare una regia nazionale per la profilassi ed il controllo delle malattie infettive, basato su un sistema di sorveglianza di casi e coperture vaccinali, che utilizza un unico flusso informativo e adotta definizioni valide su tutto il territorio nazionale. Ciò garantirebbe un maggior livello di accuratezza e di oggettività delle informazioni, la possibilità di ricevere informazioni tempestive e adottare misure altrettanto tempestive, supportando se necessario i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica regionali, con evidenti benefici sull'efficienza e la governance del sistema di controllo delle malattie infettive.

La portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale riconosce ad ogni cittadino la libertà di rivolgersi ad un ospedale in una regione diversa da quella dove risiede. Tuttavia, gli stessi non sono liberi di scegliere la sanità pubblica che preferiscono e sono esposti a sistemi più o meno efficienti (ed a un diverso livello di investimento) a secondo della regione dove risiedono.^[9] Le evidenze emerse nel corso della pandemia giustificano

l'intervento del livello centrale nel suo ruolo di garante dell'equità territoriale per assicurare a tutti i cittadini la stessa efficienza e le stesse coperture nelle attività di profilassi e controllo delle malattie infettive. Rappresenterebbe un passo importante verso l'equità nella salute per tutti i cittadini.[10]

Bibliografia

1. Corte costituzionale, motivazioni della sentenza n. 37 del 24 feb. 2021
2. Legge del 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del Servizio sanitario nazionale, in G.U. n. 360 del 28/12/1978 - Suppl. Ordinario.
3. Decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, in G.U. n. 92 del 21/04/1998 - Suppl. Ordinario n. 77.
4. Forastiere F, Micheli A, Salmaso S, Vineis P. Epidemiologia e Covid-19 in Italia, Editoriale. *Epidemiologia & Prevenzione* 2020; 24(2).
5. Nino Cartabellotta. [Diritto alla salute e riforma del Titolo V](#). *Salute Internazionale*, 15.05.2015
6. Legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3. Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione. (GU Serie Generale n.248 del 24-10-2001)
7. Marco Geddes. Il pendolo del regionalismo: ieri NO, oggi SI! *Salute Internazionale*, 15.10.2028
8. Signorelli C, Odone A, Bianco D, Di Vivo N, Bevere F. La spesa per la prevenzione in Italia (2006-2013): analisi descrittiva, trend regionali e confronti internazionali. *Epidemiologia & Prevenzione* 2016; 40(5): 374-380. DOI: 10.19191/EP16.5.AD01.095
9. Disuguaglianze regionali su prevenzione, assistenza ospedaliera e territoriale. Report di Cittadinanzattiva, 08.12.2020 - <https://www.insalutenews.it/in-salute>, accesso 22 marzo 2021
10. Antonio Nuzzo & Flavia Carle & Eugenio Anessi Pessina. [Processo di decentramento del SSN ed evoluzione dell'equità interregionale nell'assistenza sanitaria nel periodo 2001-2012 MECOSAN. Menagement e economia sanitaria](#). FrancoAngeli Editore 2018; 2018 (108): 9-34