

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e regioni*

Donatella Morana**

SOMMARIO: 1. Premessa: complessità e rilevanza costituzionale della nozione di appropriatezza. – 2. L'appropriatezza tra competenza statale sulla determinazione dei LEA e legislazione concorrente in materia di «tutela della salute». – 3. Diritto alla salute, appropriatezza e ruolo (sussidiario) del legislatore. Discrezionalità legislativa e valutazioni tecnico-scientifiche. – 4. Dimensione territoriale delle cure e vocazione aterritoriale (universale) della scienza medica: quale legislatore? – 5. Appropriatezza e obblighi di cura: le profilassi vaccinali tra Stato e regioni nella giurisprudenza costituzionale. – 6. L'appropriatezza clinica in pandemia, tra «profilassi internazionale», «tutela della salute» e paradigma di attendibilità scientifica: note conclusive a margine delle sentt. nn. 37/2021 e 14/2023 della Corte costituzionale.

* Il testo costituisce una rielaborazione dell'intervento presentato al XXI Convegno nazionale di diritto sanitario "Appropriatezza della cura e tutela della salute. Profili sistematici e applicativi" organizzato presso l'Università Roma Tre il 12 ottobre 2023, nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia" (P.I. prof. Renato Balduzzi).

** Professoressa ordinaria di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Roma "Tor Vergata", morana@uniroma2.it.

1. Premessa: complessità e rilevanza costituzionale della nozione di appropriatezza

Il concetto di appropriatezza fornisce una chiave di lettura particolarmente proficua alla riflessione, anche costituzionalistica, sulla tutela della salute nell'ordinamento italiano. È anzi possibile rintracciare uno statuto costituzionale di tale nozione a partire dal riconoscimento del diritto alla salute quale diritto a cure appropriate, sicché l'appropriatezza della prestazione sanitaria, nelle sue diverse dimensioni, concorre a definire e a valutare la qualità, l'efficacia, l'adeguatezza della cura rispetto al bisogno di salute del paziente e dunque, in ultima analisi, a garantire l'effettività della salvaguardia offerta dall'art. 32 Cost. Parlare di appropriatezza in ambito sanitario equivale, in sostanza, a parlare del diritto alla salute *tout court*.

Una tutela compiuta di questo diritto, peraltro, richiede l'attivarsi di un processo virtuoso all'interno del quale sono molteplici gli attori, i fattori e i livelli di regolazione chiamati in causa: l'autonomia e la responsabilità del professionista sanitario, i risultati della ricerca scientifica in ambito medico ("codificati" in qualche misura anche attraverso il sistema delle linee guida), le regole deontologiche e infine le scelte normative (e dunque lo spazio di discrezionalità – sia pure temperata – che spetta a tutti i legislatori, statale e regionali). Si tratta, insomma, di un sistema composito e coordinato al cui centro si situa la persona, che, in quanto paziente inserito in un rapporto terapeutico, è portatrice di specifiche esigenze e titolare di peculiari garanzie costituzionali.

In un'analoga prospettiva, del resto, si colloca quel passaggio della notissima sent. n. 282/2002 della Corte costituzionale, redatta da Valerio Onida, in cui la pratica terapeutica è individuata come punto di incrocio «fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica»; diritti che trovano entrambi riconoscimento nello stesso art. 32 Cost.

All'interno di questo contesto occorre in ogni caso tenere a mente che la nozione di appropriatezza presenta carattere complesso ed è quindi suscettibile di manifestarsi in una pluralità di *dimensioni* – come opportunamente mette in luce il titolo della sessione pomeridiana di questo Convegno. L'appropriatezza coinvolge infatti fattori diversi che si riverberano, ciascuno per la sua parte, sulla relazione di cura: tra essi, la qualità, l'efficacia e la sicurezza terapeutica del trattamento sanitario, il contesto strutturale e organizzativo in cui esso viene erogato, le risorse disponibili per garantirne la tempestiva e adeguata fruibilità, la congruità temporale nell'accesso alla prestazione, l'appropriatezza prescrittiva¹.

¹ Sulla complessità del concetto di appropriatezza e sullo stretto raccordo tra appropriatezza clinica e organizzativa, anche con riferimento alla progressiva introduzione di tale nozione nell'ordinamento italiano, v. R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in qualità: il quadro di riferimento legislativo*, in N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI, F. VANARA (a cura di), *Rapporto Sanità 2004*, Fondazione Smith Kline, Bologna, 2004, pp. 73 ss.

Allo stesso tempo, essendo quello di appropriatezza un concetto per sua natura non statico, esso è andato incontro a una evoluzione che si è dispiegata parallelamente al susseguirsi delle riforme del SSN, il cui tratto principale può essere individuato nella interferenza sempre maggiore tra diritto a cure appropriate, contesto organizzativo e disponibilità delle imprescindibili risorse economiche². In altre parole, l'appropriatezza ha dovuto gradualmente misurarsi con il tema dei mezzi finanziari necessari per garantire l'erogazione delle prestazioni³ e ciò ha inevitabilmente aggiunto elementi problematici alla sua affermazione sul piano concreto, incidendo sul rapporto tra benefici attesi, rischi sostenibili e risorse disponibili.

Quanto appena osservato vale anche a mostrare, una volta di più, come le diverse componenti che rendono pluridimensionale l'appropriatezza risultino strettamente interrelate e si condizionino reciprocamente, talché sarebbe illusorio prefiggersi di isolarle in compartimenti stagni. Nella mia esposizione mi soffermerò solo su alcuni di tali profili e ne trascurerò molti altri, pure significativi, che verranno affrontati nel prosieguo dei lavori dell'incontro odierno.

2. L'appropriatezza tra competenza statale sulla determinazione dei LEA e legislazione concorrente in materia di «tutela della salute»

Il tema che mi è stato affidato richiede di esplorare due aspetti dell'appropriatezza: il suo essere oggetto di valutazione di ordine tecnico-scientifico (una valutazione, quindi, trasversale a tutte le possibili declinazioni di essa) e il suo ricadere, dal punto di vista della corrispondente potestà legislativa, nell'ambito del riparto costituzionale delle competenze tra Stato e regioni così come fuoriuscito dalla revisione del 2001 e progressivamente conformato dalla giurisprudenza costituzionale.

In realtà, la questione dell'appropriatezza delle cure era emersa sul piano della regolazione anche prima della riforma del Titolo V. La nozione in esame era infatti già entrata nel lessico normativo, soprattutto con riguardo al rapporto tra appropriatezza e livelli essenziali di assistenza: si consideri, in particolare, il Piano sanitario nazionale 1998-2000, nel

² Per un quadro sintetico delle diverse definizioni di appropriatezza proposte nella letteratura nazionale e internazionale cfr. il *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*, a cura del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN del Ministero della salute, Roma, 2012, disponibile in salute.gov.it, pp. 9-10.

³ Da questa prospettiva può anzi osservarsi con R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 79, che quello di appropriatezza è divenuto «principio ispiratore del Ssn» (affiancandosi ai principi di universalità dei destinatari, globalità delle prestazioni ed equità nell'accesso che avevano già informato l'attività del Ssn sin dalla sua istituzione) proprio «negli anni di crisi del modello dello Stato sociale», quando è stato necessario individuare in concreto, stante la limitatezza delle risorse disponibili, quali prestazioni assicurare (quelle appropriate, appunto, dal punto di vista clinico ed organizzativo).

quale i livelli sono definiti essenziali non soltanto in quanto *necessari* per «rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione», ma anche in quanto *appropriati* «rispetto sia alle specifiche esigenze di salute del cittadino sia alle modalità di erogazione delle prestazioni»⁴. Nello stesso solco si colloca poi il dPCM che nel 2001, definendo i livelli essenziali di assistenza poche settimane dopo l'entrata in vigore della novella costituzionale, opera un ripetuto riferimento all'appropriatezza (e all'inappropriatezza) dei trattamenti. Il carattere dell'appropriatezza – come è stato osservato – è dunque «attributo necessario per l'inclusione di una prestazione» nei LEA⁵. E tale connessione necessaria tra LEA e appropriatezza (considerata non soltanto sul piano clinico ma anche su quello organizzativo) resta ovviamente confermata e ben salda nella disciplina successiva⁶ come nel dPCM del 2017 attualmente in vigore⁷, anche in relazione alle attività finalizzate all'aggiornamento dei livelli essenziali⁸ ed al monitoraggio ed alla verifica della loro erogazione sull'intero territorio nazionale⁹. Ad entrare in gioco non è tuttavia soltanto la competenza legislativa statale dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. Il tema dell'appropriatezza, infatti, coinvolge anche la materia «tutela della salute», che l'art. 117, comma 3, Cost. annovera tra gli ambiti di legislazione concorrente, oggetto quindi di un riparto c.d. verticale tra Stato e regioni, in virtù del quale al primo spetta la definizione dei principi fondamentali e alle seconde l'introduzione di

⁴ Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 la nozione di appropriatezza compie infatti «un vero e proprio salto di qualità»: così R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in qualità: il quadro di riferimento legislativo*, cit., p. 4, cui si rinvia per una analitica ricostruzione della progressiva valorizzazione della nozione di appropriatezza nell'ordinamento italiano.

⁵ Ancora R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 79.

⁶ Sugli ulteriori e più recenti sviluppi del principio di appropriatezza v. R. BALDUZZI, *Le nuove frontiere dell'appropriatezza clinica e organizzativa, tra individualizzazione del trattamento e superamento dei modelli tradizionali*, in F. RESCIGNO, G. GIORGINI PIGNATELLO (a cura di), *One Earth - One Health. La costruzione giuridica del terzo millennio*, Torino, 2023, pp. 93 ss., spec. p. 100 (per riferimenti al dm 9 dicembre 2015 sulla c.d. appropriatezza prescrittiva) e pp. 101 ss. (per gli sviluppi della nozione di appropriatezza delle cure nella medicina personalizzata).

⁷ Il dPCM 12 gennaio 2017 menziona in più parti la necessità di prestazioni appropriate. È quanto avviene, ad esempio, in tema di ricoveri ordinari, di *day surgery*, di *day hospital*, rispetto ai quali vengono individuati i criteri dell'appropriatezza (e, specularmente, quelli che rendono il ricovero inappropriato): ad es., «si definiscono appropriati i ricoveri ordinari per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguiti in *day hospital* o in *day surgery* con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse» (art. 39, comma 1, dPCM 12 gennaio 2017).

⁸ Spetta alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita dall'art. 1, comma 556, l. n. 208/2015 (legge di stabilità 2016), procedere ad una valutazione sistematica e continua delle prestazioni incluse nei livelli essenziali, al fine di garantire l'efficacia e l'*appropriatezza clinica e organizzativa* delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica.

⁹ Le attività di monitoraggio e controllo affidate al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, nell'ambito del «nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» (cfr. il DM 12 marzo 2019 del Ministero della salute), si concentrano infatti su tre dimensioni che confermano la complessità della nozione di appropriatezza: *i.* efficienza ed appropriatezza organizzativa; *ii.* efficacia ed appropriatezza clinica; *iii.* sicurezza delle cure» (così l'art. 1, comma 2, del DM 12 marzo 2019).

una conseguente disciplina di dettaglio¹⁰. Questo titolo competenziale interseca la nozione di appropriatezza nelle sue diverse dimensioni, sia sul versante clinico che su quello organizzativo. Infatti, come da tempo segnalato dalla dottrina più attenta, la dimensione organizzativa non può essere disgiunta da quella “materiale” inerente alle prestazioni erogate, ed entrambe sono essenziali al fine di una effettiva garanzia della tutela della salute¹¹. Si tratta di un aspetto che la giurisprudenza costituzionale ha avuto modo di sottolineare in più occasioni: la materia «tutela della salute» è comprensiva anche dell'organizzazione sanitaria¹², «in ragione dell'idoneità dell'organizzazione sanitaria ad incidere sulla salute dei cittadini», dal momento che le modalità di organizzazione del servizio sanitario costituiscono «la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate»¹³. Al riguardo può solo aggiungersi che il richiamo alla *qualità* e all'*adeguatezza* delle prestazioni con pari esattezza potrebbe essere espresso anche attraverso il riferimento alla loro *appropriatezza*.

La giurisprudenza costituzionale si è poi confrontata con il problema di tracciare una distinzione tra la competenza esclusiva (e finalistica) dello Stato in materia di LEA e la competenza concorrente tra Stato e regioni in tema di tutela della salute. In proposito la Corte ha assunto un atteggiamento piuttosto “morbido”, evidenziando in più occasioni come la linea di demarcazione tra i due ambiti sia da ritenersi flessibile, non predefinibile *a priori*. In sostanza, il limite della competenza esclusiva statale sui livelli essenziali «rispetto alla competenza legislativa concorrente in tema di tutela della salute può essere relativamente mobile e dipendere concretamente dalle scelte legislative operate» (così Corte cost., sent. n. 271/2008). Il carattere mobile di tale discriminazione produce, come risvolto, un inevitabile margine di indeterminatezza (e quindi di incertezza) nella individuazione dell'ente investito del potere di legiferare con riguardo a profili che rientrano nella “zona grigia” di confine. Le succinte notazioni che precedono dovrebbero essere sufficienti a mostrare come il quadro costituzionale relativo alle competenze legislative in materia sanitaria presenti già al proprio interno elementi di tensione che non possono non ripercuotersi anche sulla tematica dell'appropriatezza. Si pensi, ad esempio, al nesso dialettico tra le esigenze di

¹⁰ Sul riparto delle competenze legislative in materia di «tutela della salute» ex art. 117, c. 3, Cost., v. se si vuole, D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, 1/2018, pp. 1 ss.

¹¹ Per ulteriori notazioni sul rapporto tra organizzazione sanitaria, tutela della salute e livelli essenziali di assistenza sia consentito rinviare a D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione e molte perplessità su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2020, pp. 243 ss., anche per ulteriori riferimenti bibliografici.

¹² Cfr. in particolare Corte cost., sent. n. 371/2008, in cui la Corte ha evidenziato come l'organizzazione sanitaria sia «parte integrante della 'materia' costituita dalla 'tutela della salute'» di cui al terzo comma dell'art. 117 Cost.; v. anche Corte cost., sentt. nn. 181/2006, 207/2010 e 54/2015.

¹³ Corte cost., sent. n. 9/2022 (in tema di dirigenza sanitaria), nonché Corte cost., sent. n. 137/2019 (in tema di obblighi vaccinali del personale sanitario): su quest'ultima v. F. POLITI, *L'obbligo di vaccinazione per operatori sanitari ospedalieri afferisce alla "organizzazione dei servizi sanitari"?*, in *Corti supreme e salute*, 2019, pp. 411 ss.

uniformità nell'accesso a cure appropriate e il ruolo che le regioni possono assumere, valorizzando la loro autonomia, nel definire e realizzare scelte organizzative idonee a migliorare il grado di appropriatezza delle cure stesse. Uniformità e appropriatezza, infatti, non sono obiettivi necessariamente sovrapponibili e la possibilità di perseguire più calibrati livelli di appropriatezza attraverso la leva dell'autonomia normativa regionale è una prospettiva che, quanto meno in via potenziale, non dovrebbe essere esclusa, sebbene in forma sinergica con la valorizzazione di istituti di regionalismo collaborativo e di coordinamento sovraregionale¹⁴.

In ogni caso, non tutte le questioni concernenti il riparto di competenze tra Stato e regioni in tema di appropriatezza possono essere risolte sulla base della enumerazione degli ambiti materiali contenuta nell'art. 117 Cost.: quest'ultimo deve infatti essere letto alla luce delle garanzie costituzionali sulla tutela del bene salute e dei principi sull'attività terapeutica desumibili dalla disciplina costituzionale relativa al diritto alla salute, i quali si impongono, ovviamente, nei confronti di tutti i legislatori.

3. Diritto alla salute, appropriatezza terapeutica e ruolo (sussidiario) del legislatore. Discrezionalità (temperata) e valutazioni tecnico-scientifiche

Per ottenere una visione più completa dello spazio entro cui possono muoversi i legislatori (statale e regionali) in tema di appropriatezza terapeutica occorre quindi superare il "recinto" del riparto competenziale disegnato nell'art. 117 Cost. e indirizzarsi verso una ricostruzione sistematica dei punti fermi che presidiano la tutela costituzionale del bene salute.

Assunta questa prospettiva, va ricordato che al riguardo, sin dalla citata sent. n. 282/2002, le incisive osservazioni della giurisprudenza costituzionale hanno attribuito al legislatore un ruolo sussidiario rispetto all'autonomia e alla responsabilità del medico, il quale è chiamato a compiere le scelte terapeutiche sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, condivise e validate. Il legislatore, insomma, è abilitato a intervenire solo quando necessario e in funzione comunque servente rispetto alla decisione propriamente terapeutica che si incardina nel rapporto tra il professionista sanitario e il paziente. Restano ovviamente ineludibili alcuni principi costituzionali cui l'alleanza terapeutica tra medico e paziente deve conformarsi sempre e ovunque, senza distinzioni territoriali, talché neppure l'autonomia del professionista sanitario può prescindere dal diritto del paziente a ottenere

¹⁴ Evidenzia la necessità di «una politica sovraregionale circa l'appropriatezza, in particolare organizzativa» per evitare che politiche regionali volte a ridurre l'inappropriatezza in un determinato settore possano risultare «vanificate, attraverso il ricorso alla mobilità passiva e alle relative procedure di compensazione», R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in qualità: il quadro di riferimento legislativo*, cit., p. 83 s.

cure sicure ed appropriate. Tali principi, tuttavia, non valgono a legittimare (anzi escludono *a fortiori*) un'eventuale pretesa del legislatore (non importa se statale o regionale) di introdurre specificazioni normative dettagliate attraverso le quali predisporre soluzioni terapeutiche eteronome e non calibrate sulle peculiari necessità del paziente, per come esse emergono all'interno della specifica relazione di cura.

Il ruolo del legislatore, inoltre, non è da intendersi soltanto come sussidiario, ma appare altresì privo di una piena discrezionalità politica, dal momento che le sue scelte dovranno risultare saldamente ancorate ai risultati della ricerca e alle evidenze scientifico-sperimentali in ambito medico. Queste coordinate delineano un quadro vincolante entro cui bisogna collocarsi ancor prima di porsi la questione su quale sia il legislatore competente, se quello statale o quello regionale. La domanda quindi diviene: quali sono i confini della discrezionalità legislativa, *di tutti i* legislatori coinvolti, rispetto alle acquisizioni della ricerca e della scienza medica? Anche su questo versante la Corte costituzionale ha avuto modo di pronunciarsi più volte, definendo progressivamente spazio e limiti della c.d. riserva di scienza¹⁵. A onor del vero bisogna aggiungere che nell'offrire tali chiarimenti la Corte non è andata esente da alcune oscillazioni, quanto meno terminologiche, sulla qualificazione della corrispondente discrezionalità legislativa, benché ciò sia perlopiù avvenuto in corrispondenza del diverso carattere, volontario o obbligatorio, del trattamento sanitario la cui appropriatezza terapeutica era in esame (v. *infra*, §§ 5 e 6).

Ad ogni modo, in un passaggio della menzionata sent. n. 282/2002, argomentando sul rapporto tra regolazione legislativa ed evidenze scientifico-sperimentali, si afferma che nel configurare norme finalizzate a garantire l'appropriatezza delle pratiche terapeutiche il legislatore non potrà basarsi su «valutazioni di pura discrezionalità politica», dovendo piuttosto «prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – *di norma nazionali e internazionali* – a ciò deputati» o comunque intervenire acquisendo «il risultato di una siffatta verifica» (corsivo aggiunto)¹⁶.

Alla stregua di questa impostazione, insomma, nell'ambito in questione possono certamente essere introdotte regole giuridiche, ma esse andranno parametrize alle risultanze offerte da organismi tecnici, in modo che la decisione normativa si ponga in armonia con lo stato delle conoscenze scientifiche nella loro continua evoluzione. A tale linea rico-

¹⁵ In argomento cfr. A. IANNUZZI, *Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione*, Napoli, 2018, spec. pp. 157 ss., D. SERVETTI, *Riserva di scienza e tutela della salute. L'incidenza delle valutazioni tecnico-scientifiche di ambito sanitario sulle attività legislative e giurisdizionale*, Pisa, 2019, spec. pp. 59 ss., nonché, anche con riferimento all'emergenza pandemica, G. RAGONE, *Imparare dalla pandemia: saperi scientifici e processi di decisione politica*, in *Quaderni costituzionali*, 1/2022, pp. 73 ss., spec. 78 ss. Sul rapporto tra diritto e scienza v. anche i contributi multidisciplinari raccolti in L. DEL CORONA, B. LIBERALI (a cura di), *Diritto e valutazioni scientifiche*, Torino, 2022.

¹⁶ Le riferite precisazioni contenute nella sent. n. 282/2002 sembrano avere carattere più penetrante, o quanto meno più articolato, rispetto a quanto osservato dalla Corte nella sent. n. 185/1998, con riguardo alla sperimentazione del c.d. multitrattamento Di Bella: in tale ultima decisione la Corte, con formula più sfumata, si era limitata a richiamare «l'essenziale rilievo» spettante in questa materia agli «organi tecnico-scientifici».

struttiva la Corte si è attenuta anche nelle decisioni successive, incluse ad esempio alcune pronunce riguardanti la legge n. 40/2004 in tema di procreazione medicalmente assistita, quali la sent. n. 151/2009 (relativa alla disciplina su numero massimo di embrioni producibili e loro contestuale impianto) e la sent. n. 162/2014 (avente ad oggetto il divieto di fecondazione di tipo eterologo)¹⁷.

La questione del rapporto tra discrezionalità legislativa e valutazioni tecnico-scientifiche, già in sé molto complessa, si interseca poi con un livello ulteriore di regolazione che incide sull'appropriatezza della cura, ossia quello costituito dalle raccomandazioni formulate attraverso il sistema nazionale delle Linee guida, introdotto nel 2004 e riformato dalla legge n. 24/2017 (in particolare, ad opera dell'art. 5 di essa). D'altra parte, non sembra errato ritenere che sia l'intera legge n. 24/2017 a occuparsi di appropriatezza, considerato lo stretto legame che intercorre tra quest'ultima e la sicurezza delle cure, la quale a sua volta rappresenta, ai sensi dell'art. 1 della legge in questione, una «parte costitutiva del diritto alla salute»¹⁸. Un trattamento sanitario inappropriato non può, quasi per definizione, essere sicuro: di ciò il legislatore pare essere consapevole, nel momento in cui specifica, sempre al medesimo art. 1, che la sicurezza «si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

L'insieme degli aspetti di cui si è finora detto restituisce la realtà di un rapporto problematico tra diritto e scienza, di una relazione dialettica tra pretese normative e specificità dell'attività di ricerca, tra discrezionalità legislativa ed evidenze scientifico-sperimentali. Pervenire a un punto di equilibrio tra i molteplici elementi in gioco è un obiettivo il cui conseguimento è necessario ma allo stesso tempo non semplice, come emerge dalla stessa giurisprudenza costituzionale. A rendere impegnativa questa operazione è la duplice esigenza, da un lato, di contenere e temperare la discrezionalità legislativa nel senso anzidetto e, dall'altro lato, di non appiattare del tutto le scelte giuridico-normative sugli asseveramenti provenienti da organismi tecnico-scientifici, sacrificando integralmente la componente di politicità che in esse risiede¹⁹.

¹⁷ «Un intervento sul merito delle scelte terapeutiche, in relazione alla loro appropriatezza», si osserva nella sent. 162/2014, «non può nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica del legislatore, ma deve tenere conto anche degli indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi a ciò deputati (sentenza n. 8 del 2011), anche in riferimento all'accertamento dell'esistenza di una lesione del diritto alla salute psichica ed alla idoneità e strumentalità di una determinata tecnica a garantirne la tutela nei termini nei quali essa si impone alla luce della nozione sopra posta».

¹⁸ Sul rapporto tra diritto alla salute e sicurezza delle cure v. G. CARPANI, *Sicurezza delle cure in sanità. Art. 1*, in G. CARPANI, G. FARES (a cura di), *Guida alle norme sulla responsabilità nelle professioni sanitarie. Un primo bilancio dopo cinque anni di legge Gelli-Bianco*, Torino, 2023, pp. 1 ss.

¹⁹ Sulla «intrinseca strumentalità della valutazione tecnica rispetto alla decisione politica» e sull'opportunità di mantenerle distinte l'una dall'altra, affinché restino attivabili i «meccanismi della responsabilità politica per le decisioni che, operando le selezioni di molteplici interessi, generano tale tipo di responsabilità», cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni*

È chiaro, infatti, che affermare, insieme alla Corte costituzionale, che in questo settore l'attività discrezionale del legislatore è limitata, non equivale comunque a negare in radice che sussista uno spazio di discrezionalità: sarebbe infatti erroneo tanto richiedere che il legislatore debba adagiarsi passivamente e automaticamente sulle indicazioni provenienti dalla comunità scientifica, quanto ammettere, all'opposto, che esso possa fare pieno e illimitato uso della sua discrezionalità. È invece preferibile ravvisare il punto di equilibrio di cui si parla nella sussistenza di quello che è stato chiamato un «vincolo modale» gravante sull'attività legislativa. Si intende dire che il legislatore non è tenuto a trasformare i propri atti normativi in un meccanico ed esclusivo strumento di recezione di valutazioni tecnico-sanitarie, ma deve in ogni caso operare le sue scelte rapportandosi al dato scientifico, evitando – come è stato condivisibilmente scritto – di «decidere in modo autoreferenziale» e di sovrapporre «al ragionamento scientifico la propria discrezionalità pura»²⁰.

4. Dimensione territoriale delle cure e vocazione aterritoriale (universale) della scienza medica: quale legislatore?

Richiamati sommariamente i vincoli che gravano su (qualunque) decisore normativo, si può passare a considerare più attentamente quali sono i criteri per individuare il legislatore legittimato a intervenire nella materia in esame e, quindi, come debba essere ricostruito il riparto di competenze tra Stato e regioni.

Rispetto a questo tema, le indicazioni provenienti dalla giurisprudenza costituzionale appaiono non sempre uniformi, né ciò deve stupire più di tanto. L'individuazione del decisore normativo competente in questo ambito, infatti, è un *puzzle* la cui composizione è resa non agevole dalla necessità di incastrare una serie di elementi che si pongono, di fondo, in un rapporto di reciproca tensione. Da una parte, l'appropriatezza nell'erogazione della prestazione volta a soddisfare il bisogno di salute del paziente si colloca in una dimensione necessariamente *territoriale* della cura e, pertanto, non può non chiamare in causa anche gli attori regionali. Dall'altra parte, l'esigenza di salvaguardare il principio di eguaglianza nel diritto a cure appropriate spinge inevitabilmente verso una dimensione *nazionale* degli interventi normativi. A ciò si aggiunga il peso che assume la vocazione *aterritoriale* (in quanto tendenzialmente universale) delle valutazioni tecnico-scientifiche, alla cui stregua appare talvolta eccessivamente ristretta perfino la dimensione nazionale.

della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Padova 2007, pp. 211 ss., spec. p. 214

²⁰ COSÌ A. D'ALOIA, *Tutela della salute, valutazioni tecnico-scientifiche, limiti all'autonomia regionale. Appunti di giurisprudenza costituzionale*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Milano, 2011, pp. 23 s.

Mossa dalla necessità di conciliare l'insieme di questi dati, la Corte costituzionale già nella sent. n. 282/2002, come si è sopra ricordato, ha anzitutto richiesto che la scelta legislativa debba risultare basata su evidenze sperimentali, acquisite per il tramite di istituzioni e organismi *di norma nazionali e internazionali*, lasciando implicitamente intendere che non è ammissibile una “scienza casalinga” collocata in un orizzonte meramente regionale, né può essere considerata acquisizione scientifica quella che non sia stata istituzionalmente validata da competenti entità tecniche di settore.

La rilevanza nazionale della decisione normativa relativa all'appropriatezza è poi stata posta in primo piano dalla Corte soprattutto a partire dalla sent. n. 338/2003 (sulla cui scia si pone anche la sent. n. 169/2017), evidenziando la necessità di una legislazione statale di principio quanto meno nelle ipotesi in cui occorra limitare o a vietare determinate terapie o trattamenti sanitari perché inappropriati anzitutto sul piano clinico.

In particolare, nella decisione del 2003 la Corte specifica che l'individuazione del confine tra terapie ammesse e terapie non ammesse – sempre sulla base delle acquisizioni scientifico-sperimentali – «investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia», poiché coinvolge diritti «la cui tutela non può non darsi in condizioni di fondamentale eguaglianza su tutto il territorio nazionale». Pertanto, nell'esercizio della potestà concorrente in materia di tutela della salute, le regioni non possono «incidere direttamente sul merito delle scelte terapeutiche in assenza di – o in difformità da – determinazioni assunte a livello nazionale», e ciò esclude che esse possano introdurre in merito una disciplina regionalmente differenziata. In altri termini, la disciplina inerente all'appropriatezza delle pratiche terapeutiche non può subire frammentazioni territoriali e deve presentare un'ampiezza di respiro nazionale, ferma restando la natura sussidiaria ed eventuale dell'intervento legislativo in materia rispetto all'autonomia e alla responsabilità del medico nella scelta (fondata su conoscenze tecnico-scientifiche) delle cure più idonee nel singolo caso. In questo quadro, la Corte comunque specifica che alle regioni è consentito di legiferare, nel rispetto dei principi fondamentali statali, al solo fine di dettare «norme di organizzazione e di procedura, o norme concernenti l'uso delle risorse pubbliche in questo campo»²¹. In particolare, l'attività normativa regionale è giustificabile «anche al fine di meglio garantire *l'appropriatezza delle scelte terapeutiche* e l'osservanza delle cautele necessarie per l'utilizzo di mezzi terapeutici rischiosi o destinati a impieghi eccezionali e ben mirati» (corsivo aggiunto)²².

Alla luce di questa giurisprudenza, dunque, la questione dell'individuazione dei trattamenti appropriati rientra, *ratione materiae*, nel dominio della potestà concorrente riguardante la tutela della salute. Di conseguenza, il “dialogo con la scienza” è riservato al solo legislatore statale, tanto più che, una volta ricondotta l'identificazione delle cure appropriate

²¹ Corte cost., sent. n. 338/2003.

²² Ancora Corte cost., sent. n. 338/2003.

all'ambito dei principi fondamentali della materia, il residuo spazio normativo ricadente nella disponibilità di scelte regionali differenziate appare esiguo²³. Uno spazio esiguo ma non inesistente, dal momento che, come riferito, le regioni rimangono comunque legittimate a dettare quelle norme organizzative, procedurali e di allocazione delle risorse che siano finalizzate a conseguire un ancor più elevato livello di appropriatezza nella erogazione dei trattamenti.

5. Appropriatezza e obblighi di cura: le profilassi vaccinali tra Stato e regioni nella giurisprudenza costituzionale

La ricostruzione dell'assetto delle competenze appena esposta è però andata incontro a qualche variazione ad opera di un ulteriore filone della giurisprudenza costituzionale, cui la Corte ha dato luogo nel pronunciarsi su questioni che coinvolgevano l'imposizione legislativa di obblighi vaccinali.

In proposito, va preliminarmente specificato che l'esigenza di ordine costituzionale di assicurare cure appropriate non viene di certo meno in presenza di trattamenti sanitari obbligatori ex art. 32, comma 2, Cost., ivi inclusi ovviamente quelli di natura vaccinale: anzi, le ragioni di solidarietà che sottostanno all'imposizione e che legittimano una limitazione della libertà di cura, amplificano e rafforzano, se possibile, quell'esigenza.

Nella giurisprudenza costituzionale la problematicità di un doppio livello di legislazione (statale e regionale) in tema di obblighi vaccinali emerge con chiarezza nella sent. n. 5/2018, con la quale vengono decise alcune questioni di legittimità costituzionale sollevate dalla Regione Veneto nei confronti della disciplina sulla profilassi vaccinale contenuta nel d.l. n. 73/2017, poi convertito in legge n. 119/2017.

La pronuncia, di ampio respiro e oggetto di diffusa attenzione da parte della dottrina²⁴, contiene in particolare tre passaggi argomentativi che meritano di essere qui ricordati.

Anzitutto la Corte ribadisce che il diritto ad essere curati efficacemente, attraverso trattamenti appropriati, deve essere «garantito in condizioni di eguaglianza in tutto il paese,

²³ Una linea interpretativa analoga emerge anche dalla sentenza della Corte costituzionale n. 8/2011, con riferimento alla disciplina sull'immissione in commercio dei farmaci; in questa pronuncia si afferma infatti che la scelta legislativa statale di attribuire a organi tecnico-scientifici del settore sanitario compiti specifici di sperimentazione e certificazione dell'efficacia e della non nocività delle sostanze farmaceutiche (e del loro impiego terapeutico), è idonea a integrare i *principi fondamentali* della materia tutela della salute, che in quanto tali non sono derogabili dalle leggi regionali.

²⁴ Sulla sent. 5/2018 v. almeno D. CODUTI, *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo*, in *Rivista AIC*, 3/2018, pp. 605 ss., A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche*, in *ConsultaOnline*, 1/2018, pp. 87 ss., e C. SALAZAR, *La Corte costituzionale immunizza l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quaderni costituzionali*, 2018, pp. 465 ss.; nell'ambito di una più ampia riflessione sui limiti all'autodeterminazione terapeutica, cfr. G. FONTANA, *Ricerca scientifica e libertà di cura. Scientismo ed antiscientismo nella prospettiva costituzionale*, Napoli, 2019, spec. pp. 319 ss.

attraverso una legislazione generale dello Stato basata sugli indirizzi condivisi dalla comunità scientifica nazionale e internazionale», e tale principio vale anche in relazione ai trattamenti imposti. Quindi, deve essere riservato allo Stato – «a maggior ragione, e anche per ragioni di eguaglianza» – il compito di qualificare come obbligatorio un determinato trattamento sanitario, sulla base dei dati e delle conoscenze medico-scientifiche disponibili. In questo contesto la Corte precisa anche che la scelta circa il rendere obbligatorio un trattamento sanitario o limitarsi a raccomandarlo è una decisione di politica sanitaria (sempre rivedibile) rimessa al legislatore, aggiungendo che comunque la distinzione tra obbligo e raccomandazione, se può acquisire rilievo sul piano giuridico, non assume particolare importanza dal punto di vista della pratica medica.

Nella sentenza viene successivamente evidenziato che «la profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive richiede necessariamente l'adozione di misure omogenee su tutto il territorio nazionale», alla luce del fatto che «secondo i documenti delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali, l'obiettivo da perseguire è la cosiddetta immunità di gregge, la quale richiede una copertura vaccinale a tappeto di una determinata comunità, al fine di eliminare la malattia e di proteggere coloro che, per specifiche condizioni di salute, non possono sottoporsi al trattamento preventivo». Il richiamo ai «documenti delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali» conferma, una volta ancora, che per la giurisprudenza costituzionale le valutazioni scientifiche di cui tener conto non possono presentare carattere localistico o estemporaneo.

Infine, la sent. n. 5/2018 osserva che in questo ambito il necessario intervento legislativo dello Stato acquisisce carattere vincolante per le regioni, le quali sono tenute «a rispettare ogni previsione contenuta nella normativa statale, incluse quelle che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, per la finalità perseguita si pongono in rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione con i principi di settore». Per la Corte, in sostanza, in sede di configurazione di trattamenti sanitari obbligatori, lo Stato può introdurre anche di norme di dettaglio in una materia di potestà concorrente come la tutela della salute (secondo una prassi ben nota al regionalismo anteriore alla riforma del Titolo V e già allora contestata)²⁵; la causa di legittimazione di tali norme viene rinvenuta nel loro essere «coesenziali» rispetto alla legislazione statale di principio nella materia.

È evidente che questa impostazione giurisprudenziale, riconoscendo alle condizioni dette una competenza statale che può spingersi fino al dettaglio, comprime ulteriormente gli spazi normativi regionali in tema di appropriatezza. È d'altro canto la stessa sent. n. 5/2018 a rilevare che si è in presenza di un ambito materiale in cui i titoli competenziali normativi in capo allo Stato sono molteplici e includono, oltre alla potestà concorrente sulla tutela della salute, quelle esclusive riguardanti sia la determinazione dei livelli essenziali sia la

²⁵ Sulla persistenza delle norme statali di dettaglio in materia sanitaria anche dopo la riforma del Titolo V, sia consentito rinviare a D. MORANA, *Le norme statali di dettaglio in materia sanitaria tra vecchio e nuovo Titolo V: spunti dalla giurisprudenza costituzionale*, in *Rassegna parlamentare*, 2010, pp. 707 ss.

profilassi internazionale. Un “arsenale” tanto nutrito di competenze assegnate allo Stato fa sì che – conclude la Corte – «le attribuzioni regionali recedono», benché venga comunque riaffermato che le regioni continuino «a trovare spazi non indifferenti di espressione, ad esempio con riguardo all’organizzazione dei servizi sanitari e all’identificazione degli organi competenti a verificare e sanzionare le violazioni».

6. L’appropriatezza clinica in pandemia, tra «profilassi internazionale», «tutela della salute» e paradigma di attendibilità scientifica: note conclusive a margine delle sentt. nn. 37/2021 e 14/2023 della Corte costituzionale

Tra le materie statali richiamate dalla sent. n. 5/2018 quali titoli di legittimazione per le pretese normative dello Stato incidenti sull’individuazione di cure appropriate, la profilassi internazionale è quella che, com’è noto, la Corte costituzionale ha preferito utilizzare quando è stata chiamata a pronunciarsi sulla disciplina statale anti-Covid19.

Non è questa la sede per esaminare i profili problematici che l’emergenza pandemica ha determinato (anche) a carico del sistema delle fonti di produzione normativa. Può essere sufficiente ricordare, ai fini che qui interessano, come sin dalla prima pronuncia – la sent. n. 37/2021 – che ha avuto ad oggetto una disciplina regionale incidente su misure di contrasto al diffondersi del contagio (la legge della regione Valle d’Aosta n. 11/2020), la Corte costituzionale abbia sostanzialmente ricondotto alla materia di legislazione esclusiva «profilassi internazionale» ogni scelta adottata dal legislatore statale per scongiurare il diffondersi del virus, anche sul versante dell’approccio terapeutico. Questo assunto è oggetto di un’affermazione che più esplicita non potrebbe essere nella sent. n. 37/2021, in cui si legge che la materia profilassi internazionale deve ritenersi «comprensiva di ogni misura volta a contrastare una pandemia sanitaria in corso, ovvero a prevenirla».

Nella stessa decisione si ha anche cura di specificare che la profilassi internazionale è da qualificare come vera e propria materia-oggetto, dotata quindi di un suo perimetro contenutistico «che include la prevenzione o il contrasto delle malattie pandemiche, tale da assorbire ogni profilo della disciplina». Sarebbe pertanto inesatto, nell’ottica della pronuncia, tentare di inquadrarla quale “materia finalistica” (o “trasversale”), al fine di consentire una sorta di convivenza e di cooperazione tra tale competenza statale e l’esercizio delle funzioni legislative delle regioni nelle altre materie rimesse alla loro potestà²⁶.

²⁶ Sull’interpretazione della «profilassi internazionale» nella sent. n. 37/2021, nel quadro di una più ampia riflessione sulle criticità del riparto di competenze in materia sanitaria durante l’emergenza pandemica, G. RIVISECCHI, *Riparto delle competenze e finanziamento delle funzioni tra Stato e Regioni nella tutela del diritto alla salute: dall’emergenza alla stabilizzazione*, in *Diritto e società*, 2/2021, pp. 223 ss., spec. pp. 235 ss.

Secondo la Corte, in sostanza, operano in questa circostanza ragioni logiche, prima ancora che giuridiche, dalle quali deriva la necessità che la competenza regionale faccia un passo indietro. In particolare, l'allarmante capacità diffusiva del fenomeno pandemico e il carattere spiccatamente contagioso della malattia sono considerati elementi di fatto idonei a scalzare le attribuzioni regionali che potenzialmente potrebbero entrare in gioco, per ritenere invece prevalente l'esigenza di una risposta normativa unitaria su scala nazionale. Insomma, la gestione unitaria della pandemia è difesa dalla Corte con il «bazooka della profilassi internazionale»²⁷, con esclusione di qualunque coinvolgimento regionale e perfino della tradizionale forma di compensazione per le competenze sottratte rappresentata dalla richiesta di intesa²⁸.

Ma la lettura fornita dalla Corte con la giurisprudenza inaugurata dalla sent. n. 37/2021 interessa da vicino anche il tema dell'appropriatezza, se si considera che la decisione in questione prescinde del tutto dalla materia tutela della salute. La scelta di non assegnare alcun ruolo a quest'ultimo titolo competenziale genera inevitabilmente alcune perplessità per quel che attiene alle conseguenze. In particolare, se può comprendersi che la gestione della crisi pandemica induca a preferire un intervento unitario di livello nazionale, scongiurando il frazionamento delle misure sul piano regionale o locale, sembra quanto meno dubbio che possa essere ricondotta alla profilassi internazionale qualunque previsione che persegua il fine di contrastare la diffusione e il contagio, incluso – come afferma la Corte – il profilo dell'«approccio terapeutico». Quest'ultimo, infatti, non può – non deve – sfuggire alla logica sussidiaria dell'(eventuale) intervento legislativo rispetto all'autonomia ed alla responsabilità del medico, e comunque sempre sulla base dei risultati delle evidenze scientifico sperimentali, nemmeno – anzi, soprattutto – in un contesto emergenziale nel quale ci si trovi a fronteggiare la diffusione di un virus che sfugge alle consolidate acquisizioni sperimentali.

Il profilo più problematico, tuttavia, rimane quello del ruolo “pigliatutto” assegnato dalla Corte alla profilassi internazionale. L'inclusione della disciplina dell'approccio terapeutico in tale materia può essere ottenuto soltanto a prezzo di una torsione concettuale difficilmente condivisibile, trattandosi di un aspetto la cui diretta connessione con la materia tutela della salute è fin troppo evidente. Inoltre, individuare nella tutela della salute il referente materiale più congruo significa anche ripristinare un più equilibrato assetto delle

²⁷ L'eloquente immagine è di L. CUOCOLO-F. GALLARATI, *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della profilassi internazionale*, in *Corti supreme e salute*, 1/2021, pp. 1 ss.

²⁸ Sul punto cfr. G. BOGGERO, *In pandemia nessuna concorrenza di competenze. La Corte costituzionale promuove un ritorno al “regionalismo della separazione”*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 3/2021, pp.102 ss., A. POGGI, G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in *Osservatorio AIC*, 4/2021, pp. 231 ss., M. MEZZANOTTE, *Pandemia e riparto delle competenze Stato-Regioni in periodi emergenziali*, in *Consulta OnLine*, 2021, pp. 329 ss. e, se si vuole, D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2/2021, pp. 10 ss.

potestà normative, che senza estromettere il legislatore statale lo contenga all'interno di una logica di principi volti a radicarne, come accennato, le scelte normative nelle indicazioni elaborate con tanta difficoltà dalla ricerca scientifica nei mesi di reazione al Covid-19. Né la lettura del quadro delle competenze offerta dalla sent. n. 37/2021 dà luogo a minori perplessità nel momento in cui essa legittima la trasformazione delle strutture sanitarie regionali in mero mezzo al quale la legislazione statale, nel corso di una crisi pandemica, è autorizzata a imporre «criteri vincolanti di azione, e modalità di conseguimento di obiettivi» a fini profilattici, riducendole in sostanza ad autorità periferiche delle amministrazioni centrali. Consentire che l'autonomia dei sistemi sanitari regionali venga messa tra parentesi può apparire una scelta perfino doverosa nei casi di inadeguatezza nella gestione di situazioni di crisi, ma rendere di fatto pienamente disponibile e incondizionato tale scavalco finisce col rendere impraticabile l'attivarsi di un sistema sinergico con le strutture che sul territorio hanno la responsabilità di tutelare anche gli "altri pezzi" del diritto alla salute, vale a dire quelli che attengono all'ordinarietà dell'organizzazione sanitaria e dell'erogazione dei relativi servizi.

La giurisprudenza costituzionale più recente ha offerto ulteriori spunti di interesse relativamente all'appropriatezza delle cure pronunciandosi in merito alla normativa sulla vaccinazione obbligatoria anti-Covid19, in particolare nella sent. n. 14/2023²⁹. In questo caso il profilo affrontato, di grande rilievo all'interno del quadro che si è finora ricostruito, è quello riguardante la sindacabilità delle scelte legislative sull'appropriatezza nell'ambito di un giudizio di legittimità costituzionale.

Nella decisione la Corte fa anzitutto il punto sui parametri in base ai quali, avendo di mira l'appropriatezza, va valutata la decisione normativa impositiva di trattamenti. Da questo punto di vista, ne risulta confermato il ricorso a criteri già emersi. Tra essi, la coerenza della disciplina rispetto al dato scientifico a disposizione, la riscontrabilità del carattere non irragionevole della decisione e la sua proporzionalità, la tempestività dell'intervento legislativo rispetto agli obiettivi di profilassi da perseguire, la sua natura transitoria, la flessibilità dell'imposizione rispetto all'evoluzione del quadro epidemiologico e alle risultanze messe a disposizione dalle autorità medico-scientifiche.

²⁹ Com'è noto, la disciplina legislativa sugli obblighi vaccinali anti-Covid è stata oggetto dello scrutinio della Corte costituzionale in una pluralità di occasioni: in particolare, oltre alla sent. n. 14/2023, cfr. Corte cost., sentt. nn. 15/2023, 16/2023, 156/2023, 171/2023, 185/2023 e 186/2023. Su tale giurisprudenza (e segnatamente sulle prime tre pronunce del 2023), v. M. MASSA, *Dati scientifici e discrezionalità politica nella legislazione sugli obblighi vaccinali*, in *Corti supreme e salute*, 1/2023, pp. 1 ss., G. FONTANA, *Gli obblighi vaccinali anti SARS-COV-2 secondo la Corte costituzionale, tra dati scientifici, discrezionalità legislativa e "non irragionevolezza"*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1/2023, pp. 431 ss., N. VICECONTE, *Gli obblighi vaccinali al tempo dell'emergenza. Il vaccino contro il SARSCoV-2 alla prova della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2/2023, 177 ss., A. IANNUZZI, *Vaccinazioni obbligatorie, dati scientifici e consenso informato: a margine delle sentenze n. 14 e 15 del 2023 della Corte costituzionale*, in *Nomos*, 2/2023, pp. 1 ss., nonché L. BUSATTA, *Giustizia costituzionale e obblighi vaccinali: alla Corte l'occasione, in cinque tempi, per consolidare il proprio orientamento*, in *Osservatorio AIC*, 4/2023, pp. 111 ss. (il riferimento nel titolo ai "cinque tempi" è dovuto alla considerazione anche delle sentt. nn. 25 e 35 del 2023, le quali tuttavia non riguardano la profilassi anti-Covid).

Accanto a questo contenuto in certo modo già acquisito, la sent. n. 14/2023 contiene altresì un paio di riferimenti che invece sembrano aggiungere, almeno parzialmente, qualcosa di nuovo rispetto alle considerazioni consolidate nella precedente giurisprudenza.

Il primo di tali aspetti è dato da quella che appare una sorta di rivalutazione della discrezionalità politica del legislatore. Ossia, in questa pronuncia viene messo in luce, più di quanto non accaduto in altre occasioni, che la necessità di fondarsi sui risultati della ricerca, sulle conoscenze scientifiche acquisite, non annulla comunque lo spazio discrezionale all'interno del quale la legge può muoversi.

Nella sentenza, infatti, da una parte si insiste, ai fini della legittimità della decisione normativa, sulla necessità che «il legislatore, nell'esercizio del suo potere discrezionale, si sia tenuto all'interno di un'area di attendibilità scientifica, alla luce delle migliori conoscenze raggiunte in quel momento storico, quali definite dalle autorità medico-scientifiche istituzionalmente preposte». Dall'altra parte, però, si precisa che «tutte le volte che una decisione implichi valutazioni tecnico-scientifiche, il legislatore sceglie tra le possibili opzioni che la scienza offre in quel momento storico», aggiungendosi che «la scelta tra le possibili opzioni, che inevitabilmente racchiudono una intensità diversa e quindi un diverso grado di limitazione dei diritti, è esercizio di discrezionalità politica che, nei limiti della sua ragionevolezza e proporzionalità, non può essere sostituita da una diversa scelta di questa Corte».

Il secondo profilo per il quale la sent. n. 14/2023 presenta una componente in certo modo inedita, se non nel contenuto quanto meno nell'intensità degli accenti, è la specificazione che, quando si richiamano le acquisizioni scientifiche, bisogna far riferimento alla scienza e non a singoli scienziati. La Corte giunge a esplicitare questo concetto nel momento in cui indica come verificare se il legislatore abbia fatto uso della sua discrezionalità tenendosi «all'interno di un'area di attendibilità scientifica, alla luce delle migliori conoscenze raggiunte in quel momento storico». Tale verifica, si specifica, deve essere effettuata basandosi sulle conoscenze «definite dalle autorità medico-scientifiche istituzionalmente preposte», che nel caso di specie vengono individuate nei «contributi elaborati dall'AIFA, dall'ISS, dal Segretariato generale del Ministero della salute, dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria». La scelta del legislatore – conclude la Corte – deve essere basata su dati scientifici di questa provenienza, cioè «forniti dalle autorità di settore e che non possono perciò essere sostituiti con dati provenienti da fonti diverse, ancorché riferibili a “esperti” del settore». In definitiva, non è un singolo scienziato, selezionato con criteri più o meno opinabili, a poter fornire la sponda tecnica di cui il legislatore necessita, ma soltanto la scienza, intesa come la comunità dei ricercatori da cui provengono risultati validati ad opera delle competenti istituzioni tecniche.