



2018 FASC. II

(ESTRATTO)

**FULVIA PASSANANTI**

**RIFLESSIONI SUGLI OBBLIGHI VACCINALI, TRA ESIGENZE DI  
UNITARIETÀ E RIDOTTI SPAZI PER LE REGIONI**

9 AGOSTO 2018

**IDEATORE E DIRETTORE RESPONSABILE: PROF. PASQUALE COSTANZO**

**Fulvia Passananti\***

## **Riflessioni sugli obblighi vaccinali, tra esigenze di unitarietà e ridotti spazi per le Regioni**

SOMMARIO: 1. Il contesto normativo. – 2. La vicenda della Regione Veneto. – 3. La [sentenza n. 5 del 2018](#): le questioni promosse in riferimento all'art. 117, commi 3 e 4, Cost. – 4. Lo svuotamento dell'obbligo vaccinale e la sua sospensione da parte della Regione Veneto. – 5. L'obbligatorietà della vaccinazione ed i principi fondamentali in materia di tutela della salute. – 6. Le «ragioni logiche prima che giuridiche». – 7. La profilassi internazionale e le norme generali sull'istruzione. – 8. Brevi conclusioni.

### *1. Il contesto normativo*

Il d.l. 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale e convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, ha disposto l'obbligatorietà di dieci vaccinazioni per i minori in età pediatrica ed adolescenti. Le disposizioni urgenti adottate in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci hanno seguito di pochi mesi il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017 - 2019<sup>1</sup>, su cui è intercorsa l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni<sup>2</sup>, e che, in modo significativo, si apre facendo riferimento agli obiettivi ed ai contenuti del Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015 - 2020 (*European Vaccine Action Plan 2015 - 2020 EVAP*)<sup>3</sup>, a sua volta contestualizzazione nell'area europea del Piano Globale dell'OMS (*Global Vaccine Action Plan 2011 - 2020 GVAP*)<sup>4</sup>.

Al PNPV 2017 - 2019 si accompagna il calendario vaccinale, e, tutti i vaccini ivi contenuti, sono inseriti nel DPCM che definisce i nuovi LEA<sup>5</sup>, ragion per cui, nel rispetto della calendarizzazione e della previsione delle fasce di età, essi sono garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale gratuitamente<sup>6</sup>.

Il d.l. n. 73/2017, così come parzialmente modificato con la legge di conversione, introduce nell'ordinamento italiano un complesso apparato normativo avente quali principali destinatari non solo i genitori o i tutori dei vaccinati, ma altresì gli operatori sanitari e scolastici, nonché di riflesso il personale amministrativo di ASL e di istituti scolastici e servizi educativi.

Con il susseguirsi di una serie di circolari ministeriali, si è poi provveduto a fornire istruzioni operative circa l'attuazione delle norme sull'obbligo vaccinale entrato in vigore sostanzialmente a ridosso dell'inizio dell'anno scolastico 2017/2018. In particolare, il Ministero della Salute ne ha emanate due a distanza di pochi giorni l'una dall'altra nell'agosto del 2017<sup>7</sup> e, successivamente, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), di concerto con il Ministero della Salute ne ha diramata una il 1° settembre 2017, contenente indicazioni operative relative all'allora

---

\* Dottoranda in *Fundamental Rights in the Global Society* presso l'Università degli Studi di Camerino.

<sup>1</sup> Il PNPV 2017-2019, datato 17 gennaio 2017, è consultabile sul sito del Ministero della Salute all'indirizzo [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2571\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf); più in generale, si tenga presente che dal 1996 ad oggi, in parallelo all'attività legislativa statale e regionale, si sono susseguiti a livello governativo una serie di atti di programmazione vaccinale (Piano sanitario nazionale per il triennio 1996-1998, Piano nazionale vaccini 1999-2000, Nuovo piano nazionale vaccini 2005-2007, Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014 ed infine il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019) e relativi calendari vaccinali che riportavano vaccinazioni obbligatorie e raccomandate.

<sup>2</sup> L'Intesa CSR 10/19 gennaio 2017, è stata pubblicata in *G.U.* 18 febbraio 2017. n. 41.

<sup>3</sup> Il Piano d'azione europeo per le vaccinazioni 2015-2020 è consultabile all'indirizzo web: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0007/255679/WHO\\_EVAP\\_UK\\_v30\\_WEBx.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v30_WEBx.pdf?ua=1).

<sup>4</sup> Il Piano d'azione globale per le vaccinazioni 2011/2020 è scaricabile, in lingua inglese, dal sito: [http://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/GVAP\\_doc\\_2011\\_2020/en/](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/).

<sup>5</sup> Il DPCM del 12 gennaio 2017 è stato pubblicato in *G.U.* 18 febbraio 2017. n. 41, Suppl. n. 15.

<sup>6</sup> Oltre all'inserimento nei LEA, la l. 11 dicembre 2016, n. 232, definisce un finanziamento specifico per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei vaccini ricompresi nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.

<sup>7</sup> Il Ministero ha adottato le circolari del 14 agosto 2017 e del 16 agosto 2017 (rispettivamente in [www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=60284&parte=1%20&serie=null](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=60284&parte=1%20&serie=null) e [www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=60282&parte=1%20&serie=null](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017&codLeg=60282&parte=1%20&serie=null)).

esordiente anno scolastico; poi, com'era prevedibile, a metà gennaio 2018 le Regioni hanno richiesto la predisposizione di un circolare rivolta agli operatori e recante le indicazioni per il recupero dei minori inadempienti<sup>8</sup>. Per quanto riguarda le ulteriori indicazioni relative agli anni scolastici 2017/2018 e 2018/2019, il MIUR ed il Ministero della Salute hanno pubblicato la nota congiunta del 27 febbraio 2018<sup>9</sup>. Da ultimo, un'altra circolare congiunta proveniente dagli stessi Ministeri ha previsto la possibilità di presentare agli istituti scolastici, per l'imminente anno scolastico, autocertificazioni attestanti l'avvenuto adempimento degli obblighi<sup>10</sup>.

In questo flusso di circolari ministeriali sono confluiti anche due provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali, il primo datato 1° settembre 2017, con cui l'*Authority* ha ritenuto in linea con quanto disposto dal Codice in materia di protezione dei dati personali la trasmissione degli elenchi degli iscritti dagli Istituti scolastici e servizi educativi per l'infanzia alle Asl competenti per territorio, al fine di consentire una più agevole verifica della regolarità vaccinale del minore. Il secondo provvedimento del 22 febbraio 2018 consiste in un parere richiesto dal Ministero della Salute su un documento relativo alle modalità tecniche per lo scambio dei dati inerenti la situazione vaccinale degli alunni tra le istituzioni scolastiche/educative e le ASL.

## 2. La vicenda della Regione Veneto

Benché la Regione Veneto, alla data del 21 luglio 2017, avesse già promosso la questione di legittimità costituzionale di alcune disposizioni del d.l. n. 73/2017 dinanzi alla Corte costituzionale, non si ritiene sia stata questa la prima *battaglia*<sup>11</sup> intrapresa dalla stessa contro l'allora Governo Gentiloni sul fronte della previsione dell'obbligo vaccinale. Anteriore, infatti, alla sentenza [n. 5 del 2018 della Corte costituzionale](#), è il parere n. 2065 reso dal Consiglio di Stato e, specificamente, dalla Commissione speciale, in data 26 settembre 2017. In quell'occasione, il Presidente della Regione Veneto aveva richiesto un parere circa l'interpretazione di alcune disposizioni del decreto-legge che egli riteneva «*non si prest[assero] a un'esegesi univoca e che occorr[esse] un chiarimento in merito alle conseguenze della mancata presentazione della documentazione che dimostri l'avvenuto adempimento agli obblighi vaccinali. Più in dettaglio (...) se già con decorrenza dall'anno scolastico (...) 2017/2018, si debba ritenere preclusa la frequenza scolastica ai minori i cui rappresentanti legali (...) non abbiano presentato la documentazione occorrente*».

Nello specifico, ancorché successivamente alla diffusione della sopracitata circolare congiunta dei Ministeri del 1° settembre 2017, il Direttore generale – Area sanità e sociale – della Regione Veneto, il 4 settembre 2017, adottava il decreto n. 111, con cui forniva indicazioni operative in regime transitorio per l'attuazione del decreto-legge sui vaccini, sostanzialmente stabilendo che, in attesa di ulteriori chiarimenti ministeriali sulla frequenza dei servizi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia dall'anno scolastico 2017/2018, per i bambini già iscritti, si sarebbe potuto applicare il regime transitorio fino al 2019/2020, anno in cui è prevista la decadenza dall'iscrizione in caso di inosservanza di tale obbligo.

Orbene, il Consiglio di Stato, con il parere n. 2065/2017, ha ritenuto che, anche alla Regione Veneto, così come in tutte le altre Regioni d'Italia, si dovesse applicare la norma, non soggetta ad altra interpretazione se non a quella secondo cui, già a decorrere dall'anno scolastico 2017/2018 «*la*

---

<sup>8</sup>La circolare diramata dal Ministero della Salute del 15.1.2018 è consultabile al sito: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=62700&parte=1%20&serie=nu>

<sup>9</sup> Cfr. la nota del MIUR – Ministero della Salute del 27 febbraio 2018, prot. n. 467; comunque, per un'approfondita disamina del contenuto del d.l. n. 73/2017 e delle relative circolari, cfr. M. MONTANARI – L. VENTALORO, *La nuova legge sui vaccini tra prevenzione, obblighi e criticità*, in *Famiglia e Diritto*, 2, 2018.

<sup>10</sup> La circolare, adottata dal MIUR di concerto con il Ministero della Salute, è stata pubblicata il 6 luglio 2018 (<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=64928&parte=1%20&serie=nu>).

<sup>11</sup> Di “*battaglia*” della Regione Veneto, parla anche G. PASCUZZI, *Vaccini: quale strategia*, in *Il Foro Italiano*, 3, 2018, 738.

*presentazione della documentazione attestante l'avvenuto adempimento dell'obbligo vaccinale costituisce requisito di accesso ai servizi educativi per l'infanzia e alle scuole dell'infanzia».*

Qualche mese dopo, la Corte costituzionale, con la [sentenza n. 5 del 2018](#), ha rigettato tutte le questioni di legittimità che la Regione Veneto aveva proposto con due distinti ricorsi: il primo, avverso il d.l. n. 73/2017, ed il secondo, contro lo stesso decreto-legge, come conv., con modif., nella l. n. 119/2017.

La Regione Veneto, nei due ricorsi il cui contenuto si riporta ora in via estremamente sintetica, ha dedotto come primo motivo di censura la violazione dell'art. 77, comma 2, Cost. da parte del decreto-legge, sia nella sua interezza, sia in relazione a singole disposizioni, non sussistendone i presupposti di necessità ed urgenza. Inoltre, tale violazione si sarebbe ripercossa anche sulle attribuzioni regionali di cui agli artt. 117, commi 3 e 4, e 118 Cost. Nel secondo motivo di censura, rivolto ad una serie di articoli del decreto-legge, sia nella versione originaria, sia nel testo convertito, la ricorrente ha denunciato la violazione degli artt. 2, 3, 5, 31, 32, 34 e 97 Cost., quest'ultimo in combinato disposto con gli artt. 117, commi 3 e 4, e 118 Cost. Tuttavia, quello che per la Regione costituirebbe un unico motivo di censura, ha invece, secondo la Corte, un «*contenuto eterogeneo*», riguardando sia la violazione di parametri estranei al Titolo V, con ridondanza sulle competenze regionali, sia la violazione diretta di queste ultime. Infine, con il terzo motivo, la Regione Veneto ha lamentato la violazione dell'art. 81, comma 3, Cost., con ridondanza su quanto garantito dall'art. 119, commi 1 e 4, Cost., in ordine alla propria autonomia finanziaria.

### 3. La [sentenza n. 5 del 2018](#): le questioni promosse in riferimento all'art. 117, commi 3 e 4, Cost.

Data la copiosità e l'importanza dei temi trattati dal giudice delle leggi nell'anzidetta sentenza, verosimilmente destinata ad imprimere nell'ordinamento un'impronta indelebile sul tema dell'obbligatorietà della vaccinazione con riguardo ai molteplici profili affrontati<sup>12</sup>, si è scelto di circoscrivere l'ambito di indagine, soffermandosi esclusivamente sull'aspetto, di rilevante interesse, concernente il riparto di competenze legislative fra Stato e Regioni.

Prima di entrare nel merito della questione, per completezza espositiva, è necessaria una sintetica premessa: la perentorietà della profilassi vaccinale è considerata pressoché pacificamente, da dottrina e giurisprudenza costituzionale, un trattamento sanitario obbligatorio<sup>13</sup>. Il trattamento sanitario obbligatorio assume un rilievo pubblicistico dal momento che rappresenta uno dei «*problemi che l'intervento pubblico a tutela della salute suscita nei suoi rapporti con le norme costituzionali*»<sup>14</sup> e, specificamente, con le condizioni di legittimità costituzionale sancite dall'art. 32 Cost., cui sono assoggettate le leggi impositive dei suddetti trattamenti<sup>15</sup>. Orbene, in base all'art. 32 Cost., l'obbligatorietà di un determinato trattamento sanitario può essere previsto solo da una disposizione

---

<sup>12</sup> A. IANNUZZI, [L'obbligatorietà delle vaccinazioni a giudizio della Corte costituzionale fra rispetto della discrezionalità del legislatore statale e valutazioni medico-statistiche](#), in questa [Rivista](#), Studi 2018/I, 87-88, individua quattro profili di interesse della decisione: 1) la scelta della fonte, il decreto-legge; 2) quanto attiene al merito della scelta normativa ed in particolare il profilo della discrezionalità legislativa come esercitata per disporre il parziale superamento della strategia di persuasione in campo vaccinale in favore di un più ampio ricorso all'obbligo; 3) la legittimità del ricorso allo strumento del decreto-legge ad efficacia differita e 4) la legittimità dell'intervento statale in ambiti materiali in cui vantano titoli competenziali anche le Regioni.

<sup>13</sup> Cfr. [Corte cost. sent. n. 132 del 1992](#), che ha riconosciuto la configurabilità della vaccinazione obbligatoria come un trattamento sanitario obbligatorio e non invece coattivo, osservando come «*la vaccinazione - o qualunque altro trattamento sanitario attuato nei confronti del bambino non ancora capace di intendere e di volere - non è configurabile quale trattamento coattivo né quando sia attuata dai genitori o su loro richiesta, né quando sia disposta, in loro sostituzione ed anche contro la loro volontà, dal giudice dei minori*»; in dottrina, fra i tanti, M. LUCIANI, voce *Salute*, in *Enc. giur.*, Roma, 1989, 10.

<sup>14</sup> S.P. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, in *Dir. e Soc.*, 1979, 875 ss. ed aggiornato in *Scritti in onore di E. Tosato*, II, Padova, 1982, 127 ss.; sul punto, anche A.A. NEGRONI, *L'obbligatorietà delle vaccinazioni (decreto legge n. 73/2017) è questione eminente di diritto costituzionale*, in [Forum di Quaderni Costituzionali](#), 2017.

<sup>15</sup> C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e libertà*, Giappichelli, Torino, 2014, 108.

di legge che non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Con riguardo al tipo di riserva di legge contenuta nell'articolo, che riconosce il *fondamentale* diritto alla salute, se in dottrina dubbi continuano a permanere circa il suo carattere assoluto o relativo, ma comunque rinforzato<sup>16</sup>, particolarmente solida resta invece la convinzione che si tratti di una riserva di legge statale, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione<sup>17</sup>.

Sul punto si rileva immediatamente che la [sentenza n. 5/2018](#) nulla dice sulla riserva di legge dell'art. 32 Cost., anche laddove invece sarebbe stato auspicabile<sup>18</sup>. Difatti, se la riserva di legge prevista in materia di trattamenti sanitari obbligatori dovesse intendersi in senso assoluto, viene da sé che non potrebbe trovare spazio alcuno l'intervento di fonti secondarie e, quindi, anche quanto previsto dall'art. 1, comma 1-ter del d.l. n. 73/21017 come convertito, sulla possibilità del Ministro della salute, con proprio decreto, previa acquisizione di pareri qualificati e nel rispetto di determinate condizioni, di cessare l'obbligatorietà di alcuni vaccini, tra l'altro attraverso una «*delegificazione anomala della disciplina concernente quattro vaccinazioni*»<sup>19</sup>, striderebbe con il sistema di garanzie così interpretate che corroborano il diritto alla salute. Di contro, qualificare la riserva di legge di cui all'art. 32 Cost. come relativa, avrebbe suffragato con apprezzabili argomentazioni giuridiche la posizione di grande favore della Corte nei confronti del sistema introdotto dal legislatore nel suddetto articolo<sup>20</sup>. Di certo però non può ignorarsi che, nel caso in esame, il legislatore statale ha rinviato ad una fonte diversa da quella di rango primario non l'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio – certamente coperto da riserva di legge –, bensì la cessazione di tale obbligo.

La Regione Veneto ha lamentato, con il secondo motivo di censura, che il carattere dettagliato delle norme del decreto-legge non permetterebbe di qualificarle come principi fondamentali in materia di tutela della salute e che, inoltre, sarebbero state violate le competenze regionali in materia

<sup>16</sup> Fra i sostenitori della relatività della riserva, cfr. F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione*, in *Dir. e Soc.*, 1982, 313; S.P. PANUNZIO, *op. cit.*, 901; V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. e Soc.*, 1982, 558-559; fra i propensi alla sua assolutezza, cfr., P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Il Mulino, Bologna, 1984, 385; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. e Soc.*, 1983, 28, nonché D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2015, 47. Come illustrato da A. IANNUZZI, [L'obbligatorietà](#), *cit.*, 92, anche nella sentenza ora in esame, come si avrà modo di tornare in seguito, la Corte costituzionale parrebbe qualificare come relativa la riserva di legge di cui all'art. 32 della Costituzione; più recentemente invece, per l'assolutezza della riserva propende anche A.A. NEGRONI, *Decreto legge sui vaccini, riserva di legge e trattamenti sanitari obbligatori*, in [Forum di Quaderni costituzionali](#), 2017.

<sup>17</sup> In proposito cfr. A. NEGRONI, *Sul concetto di "trattamento sanitario obbligatorio"*, in [Rivista AIC](#), 4, 2017; S. AGOSTA, [Il legislatore ed il nodo di Gordio della prevenzione vaccinale](#), in questa [Rivista, Studi 2018/I](#), 386, nonché M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2012, 458, secondo cui la Corte è stata particolarmente esigente nell'interpretare la previsione dell'art. 32, comma 2, Cost., «*richiedendo che ciascun trattamento sanitario sia specificamente individuato dalla legge statale. Si tende ad escludere che in questo ambito possano agire le regioni attraverso la propria autonoma legislazione*»; sul punto invece, D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002, 199, già rifletteva sulle conseguenze circa la possibilità di prevedere accanto a trattamenti sanitari obbligatori statali, anche quelli regionali; altresì D. MESSINEO, *Problemi in tema di discipline regionali sui trattamenti sanitari: il caso dei vaccini*, in *Le Regioni*, 2009, 336, chiarisce che non è comunque possibile affermare in modo categorico l'incompetenza assoluta della legge regionale in materia di trattamenti sanitari obbligatori, infatti, la legittimità delle differenziazioni regionali dovrebbe valutarsi caso per caso, sottoponendo le stesse ad un sindacato di razionalità strumentale in relazione all'obiettivo di tutela della salute.

<sup>18</sup> A riguardo c'è da dire che in passato la giurisprudenza costituzionale si era già espressa, sempre in materia di obbligatorietà della vaccinazione, a favore della relatività della riserva *ex art. 32, comma 2, Cost.* nella [sent. n. 258/1994](#) in cui si legge che «*proprio la necessità (...) di realizzare un corretto bilanciamento tra la tutela della salute del singolo e la concorrente tutela della salute collettiva (...) si renderebbe necessario porre in essere una complessa e articolata normativa di carattere tecnico - a livello primario attesa la riserva relativa di legge, ed eventualmente a livello secondario integrativo- (...)*»

<sup>19</sup> Testualmente, A. IANNUZZI, [L'obbligatorietà](#), *cit.*, 92, che infatti sottolinea come «*la circostanza che la Corte abbia invitato il legislatore ad estendere la portata normativa di questa misura lascia pensare, tuttavia, che potrebbe propendere per la configurazione di una riserva di legge relativa in materia*».

<sup>20</sup> Anche sotto questo profilo emerge quanto osservato da C. PINELLI, *L'obbligatorietà di vaccinazione fra Stato e Regioni*, in [diritto e salute](#), 2, 2018, 33, secondo cui la sentenza in esame risulta «*proiettata verso l'esterno e attenta alle interazioni fra scelte legislative e processi di formazione dell'opinione pubblica*» e riflette quindi l'intenzione di fornire all'opinione pubblica punti fermi su un tema così delicato.

di istruzione, di formazione professionale, e l'autonomia amministrativa regionale. Nel secondo ricorso, ha lamentato altresì la violazione dell'art. 5 Cost., in quanto l'uniformità imposta dalla normativa non prenderebbe in considerazione la più equilibrata ed efficiente attuazione dei principi costituzionali a livello regionale.

Al punto 7 della parte in diritto della sentenza ora in esame, la Corte dichiara inammissibili le censure riferite agli artt. 5 e 118 Cost. per carenza e genericità della motivazione e si sofferma invece sulle questioni promosse in riferimento agli artt. 117, commi 3 e 4, Cost., che comunque non ritiene fondate, pur avendo raggiunto la soglia dell'ammissibilità.

Dalla sentenza emerge che, in realtà, non dovrebbero sorgere dubbi in merito alla competenza del legislatore statale con riguardo alla normativa impugnata, giacché, sebbene il decreto-legge intersechi materie di legislazione concorrente, prime fra tutte la "tutela della salute" e "l'istruzione", il suo oggetto è catturato nella sfera di potestà legislativa dello Stato grazie a plurimi titoli competenziali descritti nei commi 2 e 3 dell'art. 117 Cost., con particolare riguardo ai principi fondamentali in materia di tutela della salute, ai livelli essenziali di assistenza, alla profilassi internazionale e alle norme generali sull'istruzione.

Infatti, la Corte mostra come siano lapalissianamente «*prevalenti i profili ascrivibili alle competenze legislative dello Stato*» e, a rafforzare ulteriormente tale statuizione, adduce l'argomentazione secondo cui il legislatore statale già da praticamente mezzo secolo è solito adottare norme che disciplinano e dispongono l'obbligatorietà della profilassi vaccinale. A ciò si aggiunga che, come già anticipato, i vaccini sono inclusi negli atti nazionali di programmazione sanitaria e nei LEA già dal 2011.

Ma se tale conclusione era, come si vedrà di seguito, prevedibile perché già preconizzata dalla stessa Corte<sup>21</sup>, ci si domanda allora come mai si sia resa necessaria una pronuncia della Consulta volta a pietrificare nella competenza statale le norme sull'obbligatorietà della vaccinazione e perché tale competenza statale non sia stata reclamata quando le Regioni, ai tempi, affiancavano a disposizioni statali delle norme regionali chiaramente non in linea con il riparto di competenze delineato nell'ordinamento giuridico italiano ed oggi rimarcato dalla sentenza in esame.

#### *4. Lo svuotamento dell'obbligo vaccinale e la sua sospensione da parte della Regione Veneto*

Occorre innanzi tutto illustrare molto rapidamente l'impianto normativo italiano sulla profilassi vaccinale prima del 2017, soffermandosi sulle scelte e posizioni assunte in tale contesto dalla Regione Veneto.

Prima del d.l. n. 73/2017 gli obblighi vaccinali dell'età pediatrica erano solo quattro e consistevano nella perentorietà della vaccinazione antidifterica, antitetanica, antipoliomelitica e contro l'epatite virale B<sup>22</sup>. Sicché, prima della fine del XX secolo, il sistema normativo prevedeva che all'atto di iscrizione alle scuole primarie e ad altre collettività infantili venisse presentata la documentazione comprovante l'avvenuta vaccinazione e, disponeva, nei casi di inottemperanza, sanzioni amministrative pecuniarie. L'impianto sanzionatorio era reso particolarmente efficace da quanto disposto dall'art. 47 del d.p.r. n. 1518 del 1967, secondo cui i direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata non potevano ammettere alla scuola o agli esami gli alunni che non avessero comprovato di essere stati sottoposti alle vaccinazioni imposte, nonché ai relativi richiami. A causa della crescente pressione esercitata da vasti movimenti di pensiero il cui obiettivo è stato, e continua ad essere, la dimostrazione dell'inutilità e della dannosità dell'inoculazione e

---

<sup>21</sup> Cfr. [Corte cost., ord. n. 87 del 2010](#) di cui si dirà nel successivo paragrafo.

<sup>22</sup> L'obbligatorietà della vaccinazione contro la difterite è stata disposta dalla l. 6 giugno 1939, n. 891; rendono obbligatoria la vaccinazione pediatrica: contro il tetano la l. 5 marzo 1963, n. 292 e contro la poliomielite la l. 4 febbraio 1966, n. 51 ed infine, più recentemente, la l. 27 maggio 1991, n. 165 ha imposto l'obbligo della profilassi vaccinale contro l'epatite virale B.

l'esistenza di un vero e proprio "dogma della vaccinazione" da osteggiare<sup>23</sup> attraverso la rivendicazione di una sorta di *obiezione di coscienza*<sup>24</sup>; sul finire degli anni '90 prevalse la tendenza a favorire soluzioni di facoltatività piuttosto che di perentorietà. Pertanto si superò quanto previsto dall'art. 47 attraverso il d.p.r. n. 355 del 1999, secondo cui la mancata certificazione dell'avvenuta vaccinazione non comportava più il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami. Permase dunque solamente un controllo sulle certificazioni relative alle vaccinazioni e rivaccinazioni obbligatorie all'atto dell'ammissione alle scuole o agli esami e la segnalazione delle eventuali omissioni, nonché il potere dell'autorità sanitaria in determinati casi di adottare interventi d'urgenza<sup>25</sup>.

A questo punto, senza ripercorrere nel dettaglio la normativa intervenuta nel settore<sup>26</sup>, anche i pochi elementi evidenziati sono sufficienti per comprendere come la propensione a valorizzare sempre più il principio del consenso abbia contribuito a dissipare gradualmente l'effettività degli obblighi vaccinali attraverso l'erosione del sistema di sanzioni ad essi connesso<sup>27</sup>. Quindi, ferma restando l'obbligatorietà delle quattro vaccinazioni suddette, tra l'altro introdotte con interventi legislativi «a singhiozzo, episodici e privi di qualsiasi collegamento tra loro»<sup>28</sup>, verso la fine del secolo scorso si aggiunsero al Piano Sanitario Nazionale 1996-1998 ulteriori vaccinazioni soltanto *raccomandate*, anche perché non trovavano fondamento in una norma di legge, dando vita ad un sistema in cui la differenza fra profilassi vaccinale obbligatoria e facoltativa quasi non si avvertiva più<sup>29</sup>. L'intento delle scelte intraprese in quel periodo era quello di far conciliare la libertà di autodeterminazione dei genitori con il mantenimento di una sufficiente soglia di copertura vaccinale<sup>30</sup> tramite l'adozione di politiche incentrate sulla prevenzione e sull'informazione con cui semplicemente si *raccomandava* l'inoculazione di vaccini (ulteriori rispetto ai quattro obbligatori), sulla falsariga di quei paesi europei che non prevedono alcun obbligo di vaccinazione<sup>31</sup>.

Tuttavia, l'effettività dell'obbligo vaccinale sembrerebbe essere stata fortemente compromessa dalla riforma costituzionale del 2001 che, con la nuova formulazione dell'art. 117 Cost., ha causato la frammentazione delle politiche di immunizzazione da malattie infettive sul territorio italiano<sup>32</sup> ed

---

<sup>23</sup> C. COLAPIETRO, *La valutazione costi-benefici nei trattamenti sanitari obbligatori: il bilanciamento tra gli interessi del singolo e quelli della collettività*, in *Nomos*, 3, 1997, 57.

<sup>24</sup> A tal riguardo, evidenziano L. MUSSELLI - C.B. CEFFA, *Libertà religiosa obiezione di coscienza e giurisprudenza costituzionale*, II, Giappichelli, Torino, 2017, 132, che in dottrina viene spesso negata a questa fattispecie la qualificazione di obiezione di coscienza, mancando il requisito del carattere personale dell'obiezione, inoltre osservano che «l'obiezione di coscienza alle vaccinazioni obbligatorie, per essere riconosciuta dovrebbe recare a proprio fondamento un profondo convincimento interiore che non può essere riscontrato laddove ad essere messa in discussione sia la razionalità di una norma positiva o il suo fondamento scientifico».

<sup>25</sup> M. PLUTINO, *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di "diritto fondamentale" tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in *Dirittifondamentali.It*, 1, 2017, 5, ricostruendo le norme sulle vaccinazioni che si sono susseguite nel tempo, sottolinea però che è già dalla l. n. 689 del 1981 che «iniziò il disarmo dell'apparato sanzionatorio sotto ogni forma», depenalizzando il reato di omessa vaccinazione e trasformandolo in illecito amministrativo.

<sup>26</sup> Al proposito, v. la [sent. n. 5 del 2018](#) dal punto 3 in poi della parte in diritto.

<sup>27</sup> Sempre in M. PLUTINO, *Le vaccinazioni*, cit., 5; sulle politiche vaccinali di alcune Regioni cfr. P. D'ONOFRIO, *Obblighi vaccinali ed intervento delle Regioni*, in [Federalismi.it](#) (*Osservatorio di diritto sanitario*), 2017, 16 ss.

<sup>28</sup> L. FADIGA, *Vaccinazioni obbligatorie e profili di costituzionalità della relativa disciplina*, in *Corriere Giur.*, 4, 2018, 441.

<sup>29</sup> Sempre in L. FADIGA, *Vaccinazioni obbligatorie*, cit., 442.

<sup>30</sup> D. MESSINEO, *Problemi*, cit., 339.

<sup>31</sup> Per una analisi comparata cfr. M. TOMASI, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *DPCE*, 2, 2017, 455 ss.

<sup>32</sup> Cfr. la legge della Regione Veneto del 23 marzo 2007 n. 7, recante "sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva" o, di segno opposto, la l. della Regione Emilia-Romagna n. 19 del 25 novembre 2016 che all'art. 6 prevede quale requisito d'accesso all'asilo nido "l'aver assolto agli obblighi vaccinali prescritti dalla normativa vigente"; L. FADIGA, *Vaccinazioni obbligatorie*, cit., 442, ricorda che «i riflessi di questi successivi interventi nel campo delle vaccinazioni pediatriche sono stati profondi e hanno dato luogo a ingiustificabili differenze tra Regione e Regione, facendo fondatamente parlare di federalismo vaccinale e di Italia frantumata»; più di recente, C. PINELLI,

ha introdotto la “*tutela della salute*” nell’ambito delle materie oggetto di legislazione concorrente fra Stato e Regioni<sup>33</sup>. Per tale motivo si ritiene che il punto nodale della questione riposi proprio nel riparto di competenze tra Stato e Regioni.

Infatti, in tale contesto, la Regione Veneto, con la legge regionale 23 marzo 2007, n. 7 (*B.U.R. Veneto n. 30/2007*), statuiva la “*sospensione dell’obbligo vaccinale per l’età evolutiva*” per tutti i nuovi nati a partire dal 1° gennaio 2008, pur continuando le quattro vaccinazioni obbligatorie a costituire livello essenziale di assistenza ai sensi e per gli effetti della normativa allora vigente e restando inserite nel calendario vaccinale dell’età evolutiva, approvato e aggiornato dalla Giunta regionale, in conformità agli indirizzi contenuti nel Piano nazionale vaccini. Orbene, la stessa legge prevedeva che, al fine di valutare gli effetti derivanti dall’applicazione della sospensione dell’obbligo vaccinale, era istituito un Comitato tecnico scientifico presso la struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione e che, previa intesa con il Ministro competente, alle riunioni del Comitato partecipassero il Direttore del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle malattie ed un rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità. La legge regionale disponeva anche che, in caso di pericolo per la salute pubblica conseguente al verificarsi di eccezionali e imprevedibili eventi epidemiologici relativi alle malattie di cui l’obbligatorietà della vaccinazione era stata sospesa, ovvero in situazioni di allarme per quanto atteneva i tassi di copertura vaccinale, con ordinanza motivata, il Presidente della Giunta regionale poteva sospendere quanto disposto dalla legge regionale<sup>34</sup>.

La legge regionale del Veneto è stata circondata sin da subito da dubbi riguardo la sua legittimità costituzionale<sup>35</sup>. Tali norme regionali, rimaste in vigore quasi per dieci anni, sono ormai state superate dal decreto-legge impugnato, ma vale comunque la pena esaminarne alcuni profili critici di rilevante interesse, anche per evitare che un tale schema possa riproporsi in un futuro<sup>36</sup>.

La sospensione da parte della Regione Veneto di obblighi vaccinali previsti da una serie di leggi statali, sembrerebbe poter trovare fondamento solo in quanto disposto dal Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007<sup>37</sup>. Nello specifico, il PNV è stato adottato dal Ministero della Salute in conferenza Stato-Regioni ed è qualificabile come atto di programmazione<sup>38</sup>. Esso prevedeva, in modo assolutamente generico, che: «*tra gli indicatori e gli obiettivi contenuti nel presente Piano, e certamente includibili in un programma per l’abolizione dell’obbligo in favore dell’offerta attiva, vi sono: - un sistema informativo efficace (...); - un’adeguata copertura vaccinale; - un sistema di*

---

*L’obbligatorietà*, cit., 35, conducendo un’attenta analisi, ha evidenziato come in quegli anni il motivo di libertà individuale si sia saldato con l’espressione di istanze autonomistiche.

<sup>33</sup> Sempre M. PLUTINO, *Le vaccinazioni*, cit., osserva come, ad esito della regionalizzazione, la natura seppur formalmente obbligatoria della vaccinazione era venuta meno e l’illecito amministrativo si era ridotto ad una multa di 204 euro quasi mai irrogata o riscossa ed altrettanto raro era l’intervento del Tribunale dei minori.

<sup>34</sup> F. CORVAJA, *La legge del Veneto sulla sospensione dell’obbligo vaccinale per l’età evolutiva: scelta consentita o fuga in avanti del legislatore regionale?*, in *Osservatorio delle fonti*, 1, 2008, 2, mostra inoltre che la sospensione dell’applicazione della legge regionale avrebbe portato ad una riespansione della norma statale e quindi al ripristino degli obblighi vaccinali; orbene, pur rispondendo ad esigenze di flessibilità e tempestività, era criticabile dal punto di vista della legalità la scelta di affidare ad un provvedimento amministrativo il temporaneo ripristino di un trattamento sanitario obbligatorio.

<sup>35</sup> Dubbi avanzati da C. TRIPODINA, *Art. 32 Cost.*, in S. BARTOLE–R. BIN (dir.), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 2008, 331, «*affinché un trattamento sanitario obbligatorio possa essere imposto, è necessario che vi sia una legge a prevederlo (riserva di legge) [che parrebbe statale, sembrando inammissibile una regionalizzazione dei trattamenti sanitari obbligatori, anche se in seguito alla sopracitata l. regionale Veneto 7/2007 si pone la questione se l’obbligo statale possa essere disatteso a livello regionale]*».

<sup>36</sup> C. PINELLI, *L’obbligatorietà*, cit., 35, infatti ha osservato che «*la sottovalutazione dei meccanismi di funzionamento della comunicazione in rete, il disinvoltto aggiramento della legalità e l’improprio ricorso alle risorse del diritto informale si sono combinati con una strutturale asimmetria fra Stato e Regioni nell’organizzazione del servizio sanitario, attestata soprattutto dalla rimessione alle Regioni della facoltà di ricorrere alla raccomandazione anziché all’obbligo di vaccinazione in ragione della loro funzionalità amministrativa*», così evidenziando le fragilità del contesto istituzionali con riguardo al sistema di garanzie del diritto alla salute.

<sup>37</sup> D. MESSINEO, *Problemi*, cit., 340.

<sup>38</sup> D. MESSINEO, *Problemi*, cit., 340.

*sorveglianza delle malattie trasmissibili (...); - un buon sistema di monitoraggio degli eventi avversi a vaccino (...). Nelle Regioni in cui questi obiettivi sono raggiunti, si può iniziare un percorso per una futura sperimentazione della sospensione dell'obbligo vaccinale».*

La dottrina ha evidenziato come tale impostazione non risulta affatto in linea con il sistema ordinamentale delle fonti del diritto<sup>39</sup> e ciò, oggi, trova conferma anche in quanto statuito nella sentenza ora in esame in ordine al riparto di competenze fra Stato e Regioni.

Dunque, a fronte della previsione di una serie di obblighi a trattamenti sanitari predisposti da fonti di rango primario, la Regione Veneto aveva sospeso tale obbligatorietà, seppur in via sperimentale ed alla presenza di determinate condizioni, in forza di un atto amministrativo generale quale il PNV 2005-2007. Tale scelta è stata avallata dal Governo, non solo *ex ante*, nel PNV stesso, ma anche *ex post*, decidendo di non impugnare la legge regionale innanzi alla Corte costituzionale<sup>40</sup>.

In proposito, si rileva comunque che la Corte, quando nel 2010 fu investita della questione di legittimità costituzionale della legge regionale del Veneto, la dichiarò inammissibile per difetto di motivazione sulla rilevanza, ma suggerì anche che la disposizione legislativa regionale non era stata «*viceversa, apprezzata con riguardo all'osservanza, da parte del legislatore regionale, dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, affidati all'art. 117, terzo comma, Cost., alla competenza della legge statale*»<sup>41</sup>.

##### *5. L'obbligatorietà della vaccinazione ed i principi fondamentali in materia di tutela della salute*

Sembra dunque chiaro che la normativa oggetto del giudizio di costituzionalità si configuri come un caso di *oggetto ad imputazione multipla*, per cui è contemporaneamente riferibile a materie diverse che seguono differenti regimi competenziali<sup>42</sup>. Difatti la Corte costituzionale, nell'evidenziare che la normativa impugnata tocca una moltitudine di materie riconducibili sia al comma 2, sia al comma 3 dell'art. 117 Cost., ritiene, invocando il criterio della prevalenza, che essa rientri fra le attribuzioni legislative dello Stato principalmente in ragione della sua competenza circa i principi fondamentali nell'ambito della tutela della salute<sup>43</sup>.

---

<sup>39</sup> Così F. CORVAJA, *La legge*, cit., 5, secondo cui «*se è vero l'assunto secondo cui l'individuazione delle vaccinazioni obbligatorie è effettuata a livello di principi fondamentali, un superamento del principio sarebbe dovuto passare per una legge statale di revisione dei principi stessi e non è certo sufficiente un accordo politico o amministrativo per rendere cedevole una disciplina di rango legislativo, tanto più considerando il consolidato orientamento della giurisprudenza costituzionale secondo cui le fonti statali dalle quali è lecito trarre principi fondamentali vincolanti per il legislatore regionale devono rivestire rango legislativo*»; in questo senso anche V. MOLASCHI, *Verso il superamento degli obblighi vaccinali: considerazioni alla luce del piano piemontese di promozione delle vaccinazioni 2006*, in M. ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè, Milano, 2006, 92; nonché M. TOMASI, *Vaccini*, cit., 476, e, più in generale, G. GEMMA, *Vaccinazioni facoltative: un esempio di irragionevolezza legislativa*, in *Quaderni costituzionali*, 4, 2015, 1017, ritiene che l'abolizione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni sia una decisione irragionevole e, quindi, costituzionalmente illegittima; sul punto invece D. MESSINEO, *Problemi*, cit., 341 ss., osserva che i dubbi sull'idoneità di atti di programmazione a deviare i principi generali dell'attività terapeutica potrebbero essere ridimensionati facendo riferimento ad indicazioni di carattere sostanziale.

<sup>40</sup> D. MESSINEO, *Problemi*, cit., 342, rileva che proprio l'omessa impugnazione delle disposizioni regionali consente di richiamare riflessioni tese a riconoscere, nelle dinamiche del contenzioso tra Stato e Regioni, una valenza conformatrice del riparto materiale.

<sup>41</sup> Cfr. [Corte cost. ord. n. 87 del 2010](#), richiamata anche al punto 3.3. del considerato in diritto della [sentenza n. 5 del 2018 della Corte costituzionale](#).

<sup>42</sup>A. D'ATENA, *Diritto regionale*, 3a ed., Giappichelli, Torino, 157.

<sup>43</sup> Sul criterio di prevalenza G. CARPANI - D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. BALDUZZI - G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, 93, mostrano, in generale, come la Corte costituzionale abbia attenuato la rigidità del riparto di competenze legislative per materie facendo ricorso principalmente a tre meccanismi collegati ad altrettanti principi: della prevalenza, che valorizza l'appartenenza del nucleo essenziale, dominante, di un complesso normativo ad una materia piuttosto che ad un'altra; della leale collaborazione e della sussidiarietà; mentre, con specifico riguardo alla sentenza ora in esame, A. IANNUZZI, [L'obbligatorietà](#), cit., 95, evidenzia come la Corte, nella perimetrazione dei rapporti fra Stato e Regioni abbia utilizzato alcuni criteri ormai consolidati, in particolare, ha fatto riferimento al criterio di prevalenza, a quello che discende

I giudici costituzionali inoltre, a conforto dell'orientamento intrapreso, richiamano il già evocato parere del Consiglio di Stato, che, però, rispetto alle argomentazioni fornite in motivazione nella sentenza della Consulta, non sembra prendere una posizione così decisa riguardo la prevalenza dei principi fondamentali in materia di tutela della salute rispetto a tutti gli altri titoli competenziali.

Il Consiglio di Stato, infatti, illustra come l'art. 32 Cost. assegni alla Repubblica il compito di tutelare la salute, in via tanto legislativa quanto amministrativa, ma, da una lettura complessiva delle disposizioni costituzionali, si evince che la tutela della salute è compito essenzialmente ripartito tra lo Stato e le Regioni, posto che rientra nell'elenco di quelle materie che l'art. 117, comma 3, Cost. assegna alla potestà legislativa concorrente. In particolare, i giudici amministrativi hanno osservato che: *«il medesimo compito di tutela è altresì riconducibile, per taluni aspetti, alla sola potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dello stesso articolo 117, secondo comma, lettere m) e q), allorché si tratti di assicurare la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” o di disporre in tema di “profilassi internazionale” e quindi «la Commissione ritiene (...) che le norme di legge sulle vaccinazioni obbligatorie (e, comunque, quelle relative all'individuazione di tali vaccinazioni) siano ascrivibili al novero dei principi fondamentali alla cui osservanza è tenuta la legislazione regionale concorrente sia, soprattutto, all'ambito della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie che, per le elementari esigenze di uguaglianza prima ricordate, debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, nel rispetto degli obblighi internazionali relativi alla profilassi (anch'essi poggianti sulla solidarietà tra gli Stati e le popolazioni di altri Paesi)».*

La Corte costituzionale, argomentando quindi la riconducibilità della normativa in esame ai principi fondamentali di “tutela della salute”, consolida un orientamento fatto proprio in più pronunce, in particolare nelle [sentenze n. 169 del 2017](#), [n. 338 del 2003](#) e [n. 282 del 2002](#)<sup>44</sup>. Il principio di diritto, comune denominatore dei citati precedenti giurisprudenziali, è sussumibile nell'assunto secondo cui il legislatore non può limitare o vietare il ricorso a determinate terapie sulla base di valutazioni di discrezionalità politica e senza far riferimento alcuno alla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche offerte da istituzioni ed organismi nazionali ed internazionali; inoltre, *«stabilire il confine fra terapie ammesse e terapie non ammesse, sulla base delle acquisizioni scientifiche e sperimentali, è determinazione che investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia, collocandosi “all'incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curata efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica; e quello ad essere rispettata come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica (sentenza n. 282 del 2002)”»*<sup>45</sup>.

La [sentenza n. 5 del 2018](#) a ciò aggiunge che tali diritti della persona devono essere garantiti in condizioni di eguaglianza in tutto il paese e ciò può essere realizzato soltanto laddove intervenga una legislazione dello Stato che, proprio perché basata su evidenze che la comunità scientifica del panorama italiano ed internazionale condivide, sia in grado di garantire appieno quanto solennemente sancito dall'art. 32 della Carta costituzionale.

---

dall'esigenza di unitarietà della legislazione, nonché, richiamando la normativa precedente a quella del d.l. n. 73/2017, anche al criterio storico-normativo.

<sup>44</sup> 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*, cit., 42, a tal proposito già evidenziavano che *«è da sempre pacifico che soltanto la legge statale sia legittimata a prevedere l'obbligatorietà del trattamento, non essendo tollerabile una diversa disciplina differenziata a livello regionale; tale conclusione (messa in dubbio in un caso isolato e peculiare: Corte cost. n. 154/1980), pur in mancanza di recenti decisioni puntuali, sembra tuttora indiscutibile sulla scorta della giurisprudenza costituzionale in materia di pratica terapeutica (spec. Corte cost. n. 282/2002 e n. 338/2003)».*

<sup>45</sup> Testualmente Corte cost., [sent. n. 338 del 2003](#); nello stesso senso anche la più recente [sent. n. 169 del 2017](#).

Ebbene, i tre precedenti evocati dalla Corte si riferiscono a situazioni diverse dall'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio<sup>46</sup>, dovendosi infatti ricondurre all'annosa questione delle terapie ammesse o non ammesse e quindi alla possibilità per il legislatore regionale o statale di limitare o vietare il ricorso a determinati trattamenti sanitari. Tuttavia, seguendo lo stesso *iter* argomentativo tracciato nelle tre sentenze, il giudice delle leggi ha osservato che, se il confine fra terapie ammesse e non rientra nei principi fondamentali della materia, deve ancor più ritenersi che un trattamento sanitario obbligatorio, come la profilassi vaccinale, possa essere qualificato tale solo dallo Stato, ai sensi della disciplina di cui all'art. 117, comma 3, Cost.. Solamente lo Stato è infatti in grado di soddisfare le esigenze di eguaglianza purché, si badi bene, esso effettui tali scelte senza mai prescindere dalle valutazioni offerte dalla scienza medica accreditata<sup>47</sup>. La Corte, proprio perché riconosce un ruolo primario al diritto alla salute, pretende che la previsione di un trattamento sanitario obbligatorio sia disposta dal legislatore statale e sia ancorata alle più affidabili acquisizioni scientifiche<sup>48</sup>.

Il punto di intersezione fra il gruppo di sentenze della Corte costituzionale sull'appropriatezza delle pratiche terapeutiche e quella ora in esame, può essere individuato nel rapporto tra le scelte di discrezionalità del legislatore e le evidenze scientifiche; tuttavia la differenza fondamentale che avvalora ancor più la decisione di far rientrare la questione nell'ambito delle attribuzioni riconosciute al legislatore statale, sta nel fatto che, mentre per le terapie ammesse e non «*la regola di fondo di questa materia è costituita dall'autonomia e responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione*»<sup>49</sup>, ciò non è vero anche per un trattamento sanitario obbligatorio. Nel caso della normativa sull'obbligatorietà delle vaccinazioni infatti, il medico non ha alcuno spazio per effettuare una scelta terapeutica e gli è permesso solo eventualmente di comprovare l'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale o consentire il differimento o l'omissione della profilassi attestando un pericolo per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni mediche documentate. Anzi, lo stesso PNPV, al punto 9 degli obiettivi, si prefigge di sostenere il senso di responsabilità degli operatori sanitari, dipendenti e convenzionati con il SSN nonché l'adesione alle finalità di tutela della salute collettiva, prevedendo interventi sanzionatori nel caso si identifichi un comportamento di inadempienza. Nessun margine alla rivendicazione di una qualsivoglia sorta di *obiezione di coscienza* è lasciato né ai genitori e tutori dei minori, né tanto meno agli operatori sanitari. Le conseguenze sono molteplici, fra queste la circostanza che il medico, dovendo attenersi alle disposizioni della legge non potrà rimediare ad una loro eventuale obsolescenza, ad esempio suggerendo al paziente terapie alternative.

Infatti, quando si parla di vaccinazioni entrano in gioco una serie di diritti e doveri costituzionali che necessitano di un reciproco contemperamento ed in questo contesto al legislatore spetta un margine di discrezionalità sul *come* proteggere la comunità dal rischio di diffusione di malattie infettive, «*potendo egli selezionare talora la tecnica della raccomandazione, talaltra quella dell'obbligo, nonché, nel secondo caso, calibrare variamente le misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l'effettività dell'obbligo*»<sup>50</sup>. Tuttavia, come si diceva, tale discrezionalità deve

<sup>46</sup> Nello specifico, nella [sent. n. 169 del 2017](#), interpretativa di rigetto in tema di sanità pubblica, razionalizzazione delle spese del servizio sanitario e norme del decreto-legge n. 78 del 2015, la Corte costituzionale ha chiarito che il legislatore non può limitare o vietare il ricorso a determinate terapie la cui adozione ricade nell'ambito dell'autonomia e della responsabilità dei medici; nelle [sentt. n. 282 del 2002](#) e n. [338 del 2003](#) la Corte ha dichiarato la illegittimità costituzionale delle leggi regionali che disponevano la sospensione obbligatoria di determinate pratiche terapeutiche (terapia elettroconvulsivante, della lobotomia prefrontale e transorbitale e di altri interventi di psicoturgia).

<sup>47</sup> Sul criterio di ragionevolezza nell'ambito della giustizia costituzionale, quando il legislatore assume valutazioni scientifiche e con riguardo anche alla sentenza in esame cfr. U. ADAMO, *Materia "non democratica" e ragionevolezza della legge*, in questa [Rivista, Studi 2018/I](#), 313 ss.; sul rapporto tra la Corte costituzionale e le valutazioni tecnico-scientifiche vedere A. IANNUZZI, *Istruttoria e valutazioni tecnico-scientifiche*, in [Rivista telematica del Gruppo di Pisa](#), 2017.

<sup>48</sup> Così A. MAZZITELLI, *Il ragionevole dubbio in tema di vaccinazioni obbligatorie*, in [Federalismi.it](#), 2017, 16.

<sup>49</sup> Testualmente [Corte cost. sent. n. 282/2002](#).

<sup>50</sup> Così [Corte cost. sent. n. 5 del 2018](#), al punto 8.2.1.

imprescindibilmente essere esercitata nel rispetto delle conoscenze medico-scientifiche più accreditate e aggiornate<sup>51</sup>. Dunque, l'art. 1 comma 1-ter avviando per quattro vaccinazioni un sistema di monitoraggio periodico che prevede anche la possibilità di disporre la cessazione<sup>52</sup>, sembrerebbe poter rendere più flessibile la normativa consentendole di adeguarsi con più facilità all'inarrestabile progresso scientifico. Tale strumento, non a caso, è stato visto con favore dalla Corte che ha addirittura auspicato l'adozione di detto meccanismo di allentamento del grado di coazione anche per le restanti sei vaccinazioni.

Il richiamo all'eguaglianza, che nel caso in esame si declina nella necessità di soddisfare le esigenze unitarie<sup>53</sup> delle politiche vaccinali finalizzate al raggiungimento dell'immunità di gregge, è quindi il punto centrale del ragionamento della Corte in quanto, proprio ai principi fondamentali della materia si legano indissolubilmente le esigenze di unità ed eguaglianza sostanziale<sup>54</sup>. Infatti, quando, con riferimento alla materia della tutela della salute, entra in gioco il fondamentale diritto alla salute in tutte le sue accezioni<sup>55</sup>, la relativa disciplina normativa tende ad assumere i connotati del principio fondamentale e viene dunque attratta nella competenza del legislatore statale.

Del resto, quando la Corte si pronuncia su questioni inerenti la materia concorrente della "tutela della salute", si trova a ricondurre nell'ambito dei "principi fondamentali" gran parte dei criteri stabiliti dalla legislazione statale, richiamando altresì spesso le già note esigenze di eguaglianza<sup>56</sup>. Tale orientamento infatti, si inserisce perfettamente in una giurisprudenza che, osserva la dottrina, a partire dal 2007 tende a «*riportare al centro*» ciò che la riforma del titolo V sembrava inizialmente collocare in periferia<sup>57</sup>.

<sup>51</sup> Sul punto C. SALAZAR, *La Corte costituzionale immunizza l'obbligatorietà dei vaccini*, in *Quaderni costituzionali*, II, 2018, 467, evidenzia che «*la ricerca della ragionevolezza nel bilanciamento fra tali principi esige inoltre che la discrezionalità politica si muova in coerenza con le acquisizioni della ricerca medica e gli indirizzi provenienti dagli organi tecnico-scientifici nazionali e sovranazionali*».

<sup>52</sup> L'art. 1, comma 1-ter, del decreto-legge n. 73 del 2017, conv., con modif., nella l. n. 119/2017, prevede che il Ministero della Salute possa disporre la cessazione di quattro delle vaccinazioni obbligatorie con un decreto da adottare decorsi tre anni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del d.l. 73/2017 e successivamente con cadenza triennale, purché siano sentiti il Consiglio Superiore di Sanità, l'AIFA, l'ISS, la Conferenza permanente dei rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari e comunque sulla base dei dati epidemiologici, delle eventuali reazioni avverse segnalate e delle coperture vaccinali raggiunte nonché degli eventuali eventi avversi alle vaccinazioni obbligatorie, verificati dalla Commissione per il monitoraggio dell'attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

<sup>53</sup> Sul principio unitario cfr. A. D'ATENA, *Il principio unitario nel sistema dei rapporti tra Stato e Regioni*, in AA.VV., *Scritti in memoria di Livio Paladin*, II t., Napoli, 2004, 737 ss.; nonché M. SCUDIERO, *Interessi unitari e riparto delle competenze legislative dopo la riforma del Titolo V*, in F. MODUGNO (a cura di), *Attuazione e integrazione della Costituzione*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2008, 57 ss. ed altresì M. RUOTOLO, *Le esigenze unitarie nel riparto di competenze legislative fra Stato e Regioni: attuazione giurisprudenziale del Titolo V e prospettive di (ulteriore) riforma*, in AA.VV., *Scritti in onore di Michele Scudiero*, IV t., Napoli, 2008, 2055 ss.

<sup>54</sup> D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, 1, 2018, 5.

<sup>55</sup> In particolare, D. MORANA, *La salute come diritto*, cit., 1 ss., spiega approfonditamente il «*carattere complesso*» del diritto alla salute.

<sup>56</sup> C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *Astrid*, 2005, 18, evidenzia come l'ampliamento della nozione di *principio fondamentale della materia* sia stata ottenuta sia attraverso il richiamo alla particolare natura del fondamentale diritto alla salute che non ammette differenziazioni, sia con riferimento alla sussistenza di una pluralità di interessi e valori costituzionalmente protetti rispetto ai quali il legislatore statale potrebbe garantire un unitario punto di equilibrio.

<sup>57</sup> Testualmente D. MORANA, *La tutela della salute*, cit.; sul punto, A. IANNUZZI, *Regolamenti delle Regioni*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012, 152 ss., dalla riforma del Titolo V individua tre fasi della giurisprudenza costituzionale delineando poi quella che allora soltanto emergeva come una possibile quarta, in particolare: la prima fase, della prudente attesa, in cui la Corte palesa un sostanziale orientamento di continuità con la giurisprudenza precedente alla riforma; dal 2003 inizia la seconda fase, del salto in avanti, in cui le pronunce interpretano le disposizioni costituzionali nella direzione di razionalizzare l'assetto delle relazioni fra Stato e Regioni e soddisfare le esigenze di individuazione di istanze unitarie; la terza fase, successiva al quinquennio 2003-2008, di assestamento fra conferme e puntualizzazioni e la quarta fase connotata dalla considerazione del principio del coordinamento finanziario.

Che i principi fondamentali in materia di tutela della salute abbiano assunto nella giurisprudenza costituzionale contorni particolarmente ampi, è una tendenza che si conferma anche nelle più recenti pronunce. Si pensi alla [sentenza n. 66 del 2017](#), con cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 2, della legge della Regione Piemonte 16 maggio 2016, n. 11, che consentiva l'impiego di apparecchi di autodiagnostica rapida per il rilevamento di trigliceridi, glicemia e colesterolo totale presso gli esercizi di vicinato e nelle medie e grandi strutture di vendita, mentre la legge statale prevedeva che detto impiego fosse ammissibile solo nelle farmacie. Orbene la Corte, nel censurare la disposizione regionale, sancisce che essa «è costante nel ritenere che i criteri stabiliti dalla legislazione statale relativi all'organizzazione dei servizi delle farmacie costituiscano «principi fondamentali» in materia di tutela della salute, in quanto finalizzati a garantire che sia mantenuto un elevato e uniforme livello di qualità dei servizi in tutto il territorio, a tutela di un bene, quale la salute della persona, «che per sua natura non si presterebbe a essere protetto diversamente alla stregua di valutazioni differenziate, rimesse alla discrezionalità dei legislatori regionali» (ex multis sentenza n. 255 del 2013)»<sup>58</sup>.

La propensione ad attrarre la disciplina statale di un settore inerente la salute nell'ambito dei principi fondamentali della relativa materia, è anche ricaduta di quell'orientamento, in atto dal periodo di crisi economico-finanziaria degli ultimi due lustri, che porta al superamento dell'impiego di criteri oggettivi per differenziare i principi fondamentali dalle disposizioni di dettaglio<sup>59</sup>. Infatti, la tendenza del legislatore statale di introdurre norme di dettaglio ed invadere gli spazi regionali è agevolata anche dalla mancanza di una netta e circoscritta definizione dei principi<sup>60</sup>. Tant'è che, con riferimento al coordinamento della finanza pubblica, la Corte costituzionale, nelle [sent. n. 16/2010](#) e [n. 23/2014](#) ha ribadito come la nozione di "principio fondamentale" vada calibrata in base al contesto, al momento congiunturale in relazione ai quali l'accertamento va compiuto e alla peculiarità della materia<sup>61</sup>. Ancor prima, nella [sentenza n. 336/2005](#), la Corte si era inerpicata nell'affrontare il tema della natura dei principi fondamentali<sup>62</sup>, enunciando che *«l'ampiezza e l'area di operatività dei principî fondamentali (...) non possono essere individuate in modo aprioristico e valido per ogni possibile tipologia di disciplina normativa. Esse, infatti, devono necessariamente essere calate nelle specifiche realtà normative cui afferiscono e devono tenere conto, in modo particolare, degli aspetti peculiari con cui tali realtà si presentano»*.

## 6. Le «ragioni logiche prima che giuridiche»

---

<sup>58</sup> Il discorso, con riguardo all'organizzazione del Servizio farmaceutico è particolarmente complesso, qui si evidenzia che questa materia è stata ricondotta al titolo di competenza concorrente della tutela della salute, e, come riportato da G. CARPANI - D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., 97, la regolamentazione dell'attività economica di rivendita dei farmaci è preordinata al fine di assicurare e controllare l'accesso dei cittadini ai prodotti farmaceutici e, quindi, garantire la tutela del diritto alla salute, restando solo marginale il carattere professionale e l'indubbia natura commerciale dell'attività del farmacista.

<sup>59</sup> Di cui parla A. D'ATENA, *Il riparto delle competenze tra Stato e Regioni ed il ruolo della Corte costituzionale*, in *Rass. parlam.*, 2015, 9.

<sup>60</sup> Questo viene sottolineato da D. MORANA, *La tutela cit.*, 7, quando illustra come contribuisca a facilitare l'invasione dell'ambito riservato alla regione da parte del legislatore statale, la fisiologica debolezza del riparto verticale di competenze, basato su una demarcazione tra principio e dettaglio tutt'altro che rigida e sicura.

<sup>61</sup> In tal senso cfr. A. D'ATENA, *Il riparto delle competenze*, cit., 6 ss. il quale dopo la riforma del titolo V distingue due fasi, la prima in cui la Corte è intervenuta con notevole creatività emancipandosi dalla sudditanza rispetto alle decisioni del legislatore centrale e rivelandosi il maggior fautore di attuazione della nuova disciplina costituzionale ed una seconda, segnata dall'inizio della crisi economico-finanziaria della fine se decennio scorso, avvertita soprattutto con riferimento alla competenza statale sul coordinamento della finanza pubblica, la quale, in particolare, si è trasformata in una competenza finalistica che consente allo Stato ogni tipo di intervento.

<sup>62</sup> Cfr. B. CARAVITA, *Lineamenti di diritto costituzionale federale e regionale*, 2a ed., Giappichelli, Torino, 2009, 202.

Ricollegandosi alle fondamentali esigenze di eguaglianza, il giudice delle leggi sottolinea la necessità di adottare delle misure non differenziate da Regione a Regione ma omogenee su tutto il territorio, e richiama una serie di documenti delle istituzioni sanitarie nazionali e internazionali<sup>63</sup> che definiscono l'obiettivo da perseguire in tema di profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie: l'immunità di gregge. Tale immunità consente una protezione sulla comunità sottoposta a profilassi, ma soprattutto tutela coloro che per specifiche condizioni cliniche non possono essere sottoposti a vaccinazione, tanto più se si ritiene che costoro, qualora contraessero queste pericolose malattie infettive, potrebbero incorrere in complicanze assai rischiose. In una situazione di scarsa immunizzazione della popolazione – tale da fare ritenere sussistenti i requisiti di necessità ed urgenza per l'adozione di una decretazione d'urgenza– per raggiungere gli obiettivi di copertura nazionale superiore al 95%<sup>64</sup> nel più breve tempo possibile, risulta imprescindibile l'adozione di una strategia unitaria su tutto il territorio nazionale.

Ecco allora perché «ragioni logiche prima che giuridiche», dice la Corte, implicano che per le Regioni siano vincolanti tutte le disposizioni statali, comprese quelle a contenuto specifico e dettagliato e ciò perché, nelle materie a competenza ripartita, a causa della finalità perseguita, alcune previsioni si possono porre in rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione con le norme di principio che disciplinano il settore.

Conseguentemente, le norme che completano l'obbligo attraverso la previsione di sanzioni, debbono ritenersi assimilabili alla normativa di principio, non lasciando spazio all'intervento regionale se non, sottolinea la Corte, «con riguardo all'organizzazione dei servizi sanitari e all'identificazione degli organi competenti a verificare e sanzionare le violazioni».

I giudici rammentano quindi l'orientamento già assunto tempo addietro sulle norme statali concernenti il divieto di fumo (le [sentenze n. 63 del 2006](#) e la [n. 361 del 2003](#)) e secondo cui, sulla scorta di un interesse unitario non frazionabile<sup>65</sup>, anche disposizioni specifiche che prevedono sanzioni amministrative od il procedimento per irrogarle o, ancora, l'accertamento delle trasgressioni, debbono essere valutate come coesistenziali ai principi fondamentali della tutela della salute.

Le sentenze evocate, in particolare, sono quelle relative alla disciplina sul fumo, in una di esse il giudice della legge ha dichiarato non fondata la questione proposta dalla Regione Toscana, secondo cui, in violazione dell'art. 117, commi 3 e 4, Cost., la legge statale che disciplinava il procedimento di accertamento delle infrazioni al divieto di fumo in locali chiusi aperti al pubblico, in quanto normativa di attuazione dei principi generali riservati allo Stato, sarebbe dovuta essere riconducibile alla competenza legislativa di dettaglio attribuita alle Regioni. In questa occasione, la Corte ribadisce il concetto di interesse unitario infrazionabile che giustifica un intervento del legislatore statale talmente *profondo* da escludere una disciplina regionale di dettaglio in materia di tutela della salute<sup>66</sup>.

È quindi solo ed esclusivamente lo Stato a poter disciplinare la fattispecie da sanzionare nonché le relative sanzioni<sup>67</sup> per il «*parallelismo tra i due poteri (...) che comporta, in linea di principio, che la determinazione delle sanzioni sia nella disponibilità del soggetto al quale è rimessa la*

<sup>63</sup> Sulla ricostruzione del fatto tecnico-scientifico operato dalla Corte costituzionale e sulla valorizzazione dell'apporto degli organismi pubblici dotati di specifiche attitudini (ad esempio OMS, ISS e CNB) ed altresì sulla citazione di fonti esterne, si veda l'approfondita analisi di A. IANNUZZI, [L'obbligatorietà](#), cit., 88 ss. e diffusamente anche C. MAGNANI, *I vaccini e la Corte costituzionale: la salute tra interesse della collettività e scienza nelle sentenze 268 del 2017 e 5 del 2018*, in [Forum di Quaderni Costituzionali](#), 2018, 5 ss.

<sup>64</sup> L'OMS raccomanda, per garantire l'immunità di gregge, una soglia di copertura pari almeno al 90%, ma, per proteggere tutta la popolazione, anche coloro che per motivi di salute non possono sottoporsi a profilassi vaccinale, è importante non scendere sotto la soglia ottimale del 95%, in tal senso si è espresso l'Istituto Superiore di Sanità, nella relazione del 19 giugno 2017, consegnata alla Commissione Igiene e Sanità che operava in sede istruttoria legislativa sul disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 73/2017.

<sup>65</sup> D. MORANA, *La tutela della salute*, cit., 2018, 8.

<sup>66</sup> Sull'argomento cfr. G. CARPANI - D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., 116-117, nonché D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA - F.S. MARINI - D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale*, Esi, Napoli, 2015, 588-589.

<sup>67</sup> Sempre G. CARPANI - D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., 117.

*predeterminazione delle fattispecie da sanzionare»<sup>68</sup>. Il rischio che si tenta di scongiurare è quello che si realizzi un ennesimo svuotamento dell'obbligatorietà della vaccinazione se si consentisse alle singole Regioni di legiferare norme di dettaglio che corroborano l'obbligo e capaci quindi di incidere sull'effettività delle disposizioni di principio. Inoltre, se vigesse per ogni regione una disciplina differente, oltre a non soddisfare le esigenze di uniformità, potrebbe essere messa a repentaglio la tutela della salute collettiva ed individuale, posto che la tutela di cui si parla riguarda un bene «non suscettibile di valutazioni differenziate»<sup>69</sup>.*

Nondimeno questa posizione assunta dalla giurisprudenza costituzionale non è esente da profili critici. La dottrina ha infatti rilevato che, se, portandola all'estremo, tale impostazione venisse applicata ogni qualvolta la differenziazione normativa regionale compromettesse la protezione uniforme della tutela della salute sul piano nazionale, «è evidente che la competenza regionale in materia finirebbe per essere del tutto svuotata»<sup>70</sup>.

### *7. La profilassi internazionale e le norme generali sull'istruzione*

Anche la previsione degli obblighi vaccinali dei minori stranieri rientra nella potestà legislativa dello Stato e si radica nell'ambito della tutela della salute. Ai minori stranieri, in quanto esseri umani, viene riconosciuto il *fondamentale* diritto alla salute che nel caso in esame si declina nella protezione garantita dalla copertura vaccinale. Inoltre, nel ragionamento fin qui esposto non si può non considerare che, qualora solo ed esclusivamente i minori cittadini italiani venissero immunizzati, il senso stesso di una profilassi vaccinale e gli obiettivi di immunità di gregge verrebbero vanificati.

Viene poi in rilievo il profilo competenziale, esclusivamente statale, relativo alla materia della profilassi internazionale. In particolare, questo titolo di competenza è strettamente collegato all'esigenza di garantire politiche vaccinali uniformi in tutto territorio nazionale. L'argomento risulta anche di particolare interesse se lo si rapporta ai dubbi che potrebbero sorgere con riguardo al sopracitato art. 1 comma 1-ter del d.l. n. 73/2017 come convertito dalla legge n. 119/2017. Ovverosia ci si potrebbe chiedere se la disciplina che prevede l'utilizzo di un decreto ministeriale per cessare alcuni obblighi vaccinali non leda la potestà regolamentare riconosciuta alle Regioni *ex art.* 117, comma 6, Cost. Difatti tale regola, osserva la dottrina e conferma la giurisprudenza, risulterebbe applicabile anche in presenza di un *oggetto ad imputazione multipla*<sup>71</sup> e, in questo caso, la prevalente tutela della salute, in quanto materia legislativa concorrente, implicherebbe la competenza regolamentare delle Regioni. Invece, traspare dalla pronuncia, che la potestà regolamentare è esercitata dallo Stato in ragione della competenza legislativa esclusiva che esso vanta in base alla materia della profilassi internazionale. Illuminanti le parole della Corte secondo cui tale potestà legislativa esclusiva dello Stato rilevi «nella misura in cui le norme in questione servono (...) a

---

<sup>68</sup> Sent. [Corte cost. n. 361 del 2003](#).

<sup>69</sup> Sent. [Corte cost. n. 63 del 2006](#).

<sup>70</sup> D. MORANA, *La tutela della salute*, cit.; nonché, nello stesso senso, D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà*, in *Le Regioni*, 2007, 991, che, con riferimento alla [sent. 361 del 2003](#), rileva che «per definizione infatti, qualsiasi disposizione ricompresa sotto l'etichetta della "tutela della salute" deve necessariamente porre norme a protezione di quello stesso bene, insuscettibile di tutele territorialmente differenziate. In altre parole, la Corte sembra aver fatto uso del criterio finalistico-teleologico per distinguere ciò che è principio da ciò che dettaglio nell'ambito di una materia già di per sé definita in ragione del bene protetto, il che (...), avrebbe come paradossale conseguenza la potenziale attrazione dell'intera disciplina della materia nell'ambito dei principi fondamentali e la contestuale negazione di qualsiasi spazio per la normazione di dettaglio».

<sup>71</sup> Sul punto A. D'ATENA, *Diritto regionale*, cit., 171, richiama la [sentenza della Corte costituzionale n. 187/2012](#) che ha annullato un regolamento statale il cui oggetto era riconducibile sia a materie di competenza esclusiva statale che concorrente stabilendo che «lo Stato può esercitare la potestà regolamentare solo nelle materie nelle quali abbia competenza esclusiva (da ultimo, sentenze n. 149 e n. 144 del 2012), non in un caso, come quello in esame, caratterizzato da una «concorrenza di competenze»».

*garantire uniformità anche nell'attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale».*

Infine, la Corte osserva come tutte le disposizioni inerenti le iscrizioni e gli adempimenti scolastici rientrino anch'esse nel comma 2 dell'art. 117 Cost., potendo ricondursi a "norme generali sull'istruzione" e configurandosi come norme principali concernenti struttura ed organizzazione del sistema scolastico.

Alla luce dei molti titoli competenziali in capo Stato, le «attribuzioni regionali recedono», conclude la Corte.

Viene da sé che rimane poco spazio al legislatore regionale, essendogli preclusa anche l'adozione di leggi finalizzate ad implementare la tutela della popolazione dalle malattie infettive<sup>72</sup>. Il bilanciamento fra gli interessi in gioco è affidato al legislatore e viene calibrato da esso considerando l'intero impianto normativo concernente l'obbligatorietà della vaccinazione.

## 8. Brevi conclusioni

Quel che vale la pena ribadire, anche in sede di conclusioni, è l'importanza che questa pronuncia assume in un contesto quale era quello di una graduale dissipazione della cogenza dell'obbligo, dovuta alla convinzione da parte delle Regioni di poter legiferare in deroga alla disciplina statale. Tuttavia è chiaro che la competenza legislativa riconosciuta alle Regioni in questo ambito è pressoché assente ed il paventato *svuotamento* delle attribuzioni regionali in materia di tutela della salute sancite dall'art. 117, comma 3, Cost. altrettanto evidente. Si auspica quindi che, quando saranno raggiunti negli anni a venire gli obiettivi di immunizzazione prefissati dalla comunità scientifica, si terrà debitamente in considerazione l'opportunità di formulare soluzioni giuridiche che possano valorizzare il ruolo delle Regioni, sostenendo sì le esigenze di differenziazione, ma senza compromettere la garanzia del fondamentale diritto alla salute<sup>73</sup>.

Allo stato attuale non può comunque escludersi che l'impianto normativo ora vigente possa essere presto modificato<sup>74</sup>. A riguardo si augura però che, sulla scorta dei principi di diritto sanciti della Costituzione e arricchiti dalla giurisprudenza costituzionale, un futuro ed ipotetico intervento legislativo possa operare nel pieno rispetto dell'ordinamento giuridico, conscio dell'importanza di un tema così delicato come la tutela della salute della collettività ma anche, e soprattutto, dell'individuo.

---

<sup>72</sup> A. PATANÈ, *Obbligo di vaccinazione e riparto di competenze legislative*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 2018, 265, evidenzia come però resterebbe in capo al legislatore regionale la potestà di prevedere un ampliamento delle coperture vaccinali per far fronte ad emergenze epidemiologiche locali; in precedenza, già V. MOLASCHI, *Verso il superamento*, cit., 102, osservava che «spazi per la legge regionale in materia di determinazioni di vaccinazioni obbligatorie sembrano configurabili solo in ipotesi in cui il legislatore statale, riconoscendo l'inesistenza di un interesse della collettività nazionale ad un determinato vaccino, demandi a quello regionale l'imposizione di trattamenti sanitari strettamente correlati ad esigenze epidemiologiche locali, dettando peraltro i criteri generali da seguirsi dalla legge regionale» ma che comunque tale ragionamento troverebbe applicazione per le vaccinazioni speciali, previste per soggetti specifici in relazione allo svolgimento di determinate attività.

<sup>73</sup> A. IANNUZZI, *L'obbligatorietà*, cit., 95-96, auspica infatti l'opportunità di ripristinare il modello della persuasività.

<sup>74</sup> Da ultimo si evidenzia che, nella giornata del 6 agosto 2018, il Senato ha approvato il d.d.l. n. 717 di conversione del d.l. 25 luglio 2018, n. 91, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative (c.d. *milleproproghe*) e pubblicato in *G.U.* 25 luglio 2018, n. 171; tra le modifiche apportate dal Senato al testo del d.l. n. 91/2018 vi è la posticipazione all'anno scolastico 2019/2020 della disposizione che prevede come requisito di accesso ai servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia la presentazione della documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie. La modifica approvata dal Senato ha nuovamente acceso il dibattito sul tema dell'obbligatorietà delle vaccinazioni che probabilmente proseguirà anche nei prossimi mesi, posto che la discussione alla Camera dei Deputati del d.d.l di conversione del decreto-legge *milleproroghe* è stata fissata per l'11 settembre 2018.