

MONITORAGGIO INCOMPLETO

Poteri alle Regioni rischio non calcolato

La ripartenza del Paese si è concretizzata con una giravolta normativa senza precedenti nella storia della Repubblica: il DL 16 maggio demanda interamente alle Regioni la responsabilità del monitoraggio epidemiologico e delle conseguenti azioni, con il Ministero della Salute che rimane spettatore passivo da informare sui dati e sulle eventuali azioni intraprese dai governatori. Secondo il nuovo decreto spetta infatti a ciascuna Regione in autonomia monitorare la situazione epidemiologica nel proprio territorio, valutare le condizioni di adeguatezza del proprio sistema sanitario e introdurre misure in deroga, ampliative o restrittive, rispetto a quelle nazionali. Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione Gimbe sul nuovo Decreto rivelano incongruenze costituzionali, oltre che rischi di questo approccio.

Principi costituzionali - La Costituzione affida allo Stato da un lato la legislazione esclusiva in materia di profilassi internazionale (art. 117 lett. q) - come nel caso di una pandemia - dall'altro l'esercizio del potere sostitutivo a garanzia dell'interesse nazionale nel caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica (art. 120). Tuttavia, a fronte della più grave emergenza sanitaria della storia repubblicana, il Governo sin dall'inizio ha inspiegabilmente scelto di non esercitare i poteri conferiti dalla carta costituzionale.

Monitoraggio dell'epidemia - La decisione di affidare alle Regioni una totale autonomia sul monitoraggio dell'epidemia e sulle conseguenti azioni da intraprendere avviene in un contesto molto incerto e poco rassicurante. In dettaglio: il primo "Report di Monitoraggio della Fase 2" dimostra che le Regioni non hanno fornito a livello centrale tutti i 21 indicatori previsti. In particolare, non riporta nessuno dei 12 indicatori di processo e nel "Quadro sintetico complessivo" dettaglia solo 5 dei 9 indicatori di risultato. L'impatto sulla curva dei contagi di qualsiasi intervento di allentamento del lockdown può essere misurato solo 14 giorni dopo il suo avvio: in altri termini, le conseguenze delle riaperture del 4 maggio possono essere valutate solo a partire dal 18 maggio e quelle del 18 maggio lo saranno non prima del 1°

giugno.

Dal 3 giugno, data in cui inizieremo a intravedere le conseguenze sulla curva epidemica delle riaperture del 18 maggio, il via libera alla mobilità interregionale e alla riapertura delle frontiere sancirà la libera circolazione su tutto il territorio nazionale anche dei soggetti contagiati.

Strategia per la gestione sanitaria 2 - A fronte di linee guida elaborate da Governo e Regioni per la riapertura delle attività produttive e sociali, non esiste una strategia sanitaria nazionale ma solo variabili orientamenti regionali variabili per bilanciare tutela della salute e rilancio dell'economia.

In particolare le Regioni hanno una propensione molto diversificata ad effettuare tamponi diagnostici: a fronte di una media nazionale di 61 per 100.000 abitanti al giorno, si va dai 17 della Puglia ai 166 della Valle D'Aosta. In assenza di uno standard nazionale, tali differenze condizionano l'implementazione della strategia delle 3T (testare, tracciare, trattare), permettono un utilizzo "opportunistico" dei tamponi e sanciscono ancora prima della sua introduzione il fallimento dell'app Immuni, che per definizione è uno strumento "tampone-dipendente". L'indagine siero-epidemiologica nazionale è partita in grande ritardo e non si sa quando saranno disponibili i risultati; le Regioni peraltro hanno adottato protocolli propri utilizzando test differenti. Le modalità organizzative per la gestione territoriale dei casi positivi - USCA, isolamento domiciliare in strutture dedicate, prescrivibilità dei tamponi da parte dei medici di famiglia -, sono caratterizzate da immancabili disuguaglianze regionali. Con queste premesse il DL 16 maggio e il DPCM 18 maggio concretizzano due ragionevoli certezze sulla fase 2: gli indicatori più affidabili per monitorare l'eventuale risalita della curva epidemica non possono che essere i ricoveri ospedalieri e l'occupazione delle terapie intensive, dati al tempo stesso tempestivi e affidabili in quanto raccolti dai flussi ospedalieri.



Peso: 21%